

Chers Collègues, Chers amis,
Après deux années de silence, la « Lettre du Collège » reparait. Devenu entre temps Président de cette dynamique association, j'ai le privilège de rédiger l'éditorial de ce vingtième numéro. Brigitte Ouvry-Neveu en assure la réalisation.

Ce silence ne fut pas synonyme d'inactivité. Nous avons comme à l'accoutumée continué d'organiser deux journées scientifiques annuelles et renoué avec la tenue de séminaires – ces moments conviviaux et d'intense travail – l'un sur le perfectionnement en échographie et l'autre sur le cancer du sein. Nous avons obtenu une réponse favorable du FAF-PM à notre projet de séminaire de perfectionnement à la colposcopie.

Retenez déjà deux dates en 2005. Le 4 juin, notre Journée Scientifique sera consacrée à la pathologie pré cancéreuse et cancéreuse du col utérin et le 5 novembre nous organiserons un congrès en commun avec le Collège des radiologues de Normandie.

Je tiens à saluer l'équipe qui m'entoure pour l'important travail bénévole qu'elle fournit avec enthousiasme, sérieux et conviction. Votre présence à nos manifestations est notre meilleure récompense, croyez-le. La pérennisation de nos Journées Scientifiques ne sera possible – eût égard aux laboratoires qui nous subventionnent – que par votre participation importante et assidue.

Mais votre présence est plus que cela. Elle est l'expression d'une indispensable cohésion et du désir d'une profession grandement menacée d'affirmer son existence, sa spécificité et sa nécessité au sein des différentes spécialités agissant en Santé publique.

Malgré un DES de Gynécologie Médicale inscrit dans la Loi par la volonté du Professeur Mattéi, les oppositions de tout bord et les manœuvres tentant de faire avorter cette seule chance de survie de notre spécialité ne manquent pas. Sans le soutien actif et la détermination de tous et de toutes, cette réhabilitation risque de faire figure de château de sable. Il faut à présent agir pour que se réalisent simultanément trois objectifs :

- la défense de la spécialité universitaire de Gynécologie Médicale au sein même de l'Université par l'octroi d'une section au Conseil National des Universités (CNU). La seule possibilité, semble-t-il, est quelle soit rattachée à la section de Biologie de la Reproduction. La Gynécologie Médicale pourra alors se déployer et acquérir ses lettres de noblesse.

- l'obtention d'un nombre de postes d'internes dévolus à la Gynécologie Médicale non réduit à la portion congrue (ce ne sont pas 20 mais 120 postes par an qui sont nécessaires au renouvellement de ce corps professionnel vieillissant),

- enfin que les internes qui ont choisi cette spécialité ne soient l'objet d'aucun ostracisme.

Une autre menace bien sûr guette la Gynécologie Médicale dans la tourmente qui frappe toutes les autres spécialités du secteur libéral n'appartenant pas au « plateau lourd » : celle d'être éradiquée par une lente asphyxie économique et une paralysie administrative. Jamais au cours de son histoire l'exercice libéral de la médecine n'a été aussi attaqué et même, osons le dire, lâchée par les hommes politiques libéraux. Nous

avons à présent sous les yeux toutes les pièces d'un puzzle une à une abattues par la CNAM (toutes contenues d'ailleurs, pour qui sait lire, dans le plan de restructuration du système de santé élaboré par la CNAM et paru en 1999). Toutes ces pièces vous en connaissez à présent les noms : numerus clausus, règlement conventionnel minimum (conduisant à notre paupérisation), CCAM des actes techniques (ou comment déshabiller Paul – le plus pauvre – pour habiller Pierre – le plus nanti –), renvoi aux calendes grecques de la CCAM des actes cliniques (c'était couru d'avance), campagne de DMO nous subtilisant nos patientes pour des résultats incertains mais forcément bons puisque les autorités se sont bien gardées d'effectuer auparavant un audit sérieux du dépistage individuel, ajoutez à tout cela le transfert des compétences et la mise en place des filières de soins dont le maillon essentiel est le médecin référent, relooké médecin traitant. Et aujourd'hui la notion floue sortie tout droit d'un chapeau d'énarque, plus qu'ambigüe, de spécialiste « traitant », est-ce un miroir aux alouettes ou un piège ?

De nombreuses spécialités sont d'ores et déjà à l'agonie et les choses n'iront pas en s'améliorant tant que les pouvoirs publics considéreront les honoraires des médecins libéraux comme la variable ajustable du déficit de la sécurité sociale.

Qui peut se réjouir d'une telle situation sinon quelques uns à l'abri de cette camisole économique d'inspiration bureaucratique, sinon des technocrates agissant sans concertation avec la volonté d'imposer la « Tchatchérisation » de la médecine française.

Il va falloir nous serrer les coudes chers amis, toutes spécialités réunies, et oser nous défendre, notre liberté professionnelle et la survie de la médecine libérale méritent bien cela.

Le regard lucide porté sur notre situation, pour préoccupant qu'il soit, ne doit pas conduire au renoncement, ni au désespoir. Nous exerçons une belle profession – plébiscitée par les femmes – et qui nous réserve encore bien des satisfactions. J'espère qu'elle nous permettra encore longtemps de nous réunir pour partager nos connaissances et nos expériences en cette période où plus que jamais l'union fera la force.

J'espère que vous serez nombreux à nous rejoindre le 20 novembre pour notre Journée Scientifique consacrée à la PMA et à un débat public sur la nouvelle loi de bioéthique. L'assemblée générale de notre association aura lieu à cette occasion. Il est souhaitable pour la bonne santé du Collège que des personnalités nouvelles fassent la démarche de nous rejoindre au sein du Conseil d'administration. Je leur exprime d'avance toute ma reconnaissance.

Je vous remercie de votre fidélité au Collège et de votre soutien.
Toutes mes amitiés.

Jean-Louis simEnEL, PrÉsidEnt du CGN



Quel mieux vieillir ?

1 Première partie de la journée : Conférences

(Notes de congrès)

Après avoir accueilli les participants, le Président Jean-Louis SIMENEL ouvre les travaux en présentant le thème de notre congrès et les orateurs qui interviendront au cours de ces deux journées.

Dans la première intervention, le docteur France MESLÉ, expose les causes et les conséquences de l'allongement de la durée de la vie qui s'est considérablement accrue au cours des deux derniers siècles. L'espérance de vie, à la naissance est ainsi passée de 25 ans en 1740, à 40 ans un siècle plus tard, puis à 50 ans en 1940 et à 80 ans en 1990. Jusqu'aux environs de 1960, ce progrès était essentiellement dû à la baisse de la mortalité infantile notamment celle que provoquaient les maladies infectieuses. Par contre, au cours des récentes décennies, c'est l'efficacité des thérapeutiques cardio-vasculaires qui explique l'accroissement du nombre des personnes âgées dont la prise en charge sanitaire constituera un des principaux enjeux de société du siècle débutant, la durée "physiologique" maxima de la vie humaine semblant s'établir autour de 110-120 ans, chiffre qui peut d'ailleurs être dépassé, comme en témoigna Jeanne Calment qui a atteint 125 ans.

Quelle est la physiologie de ce vieillissement défini comme un ensemble de processus touchant les fonctions et les structures de l'organisme dans son évolution jusqu'au terme de la mort ? c'est ce que nous exposent les gériatres Frédéric Bloch et Sylvie Haulon. Distinguant sénescence et sénilité, le premier rappelle que la durée moyenne de vie est caractéristique de chaque espèce ; ainsi est-elle de 3 ans pour la

souris, 34 ans chez le chien, et 62 ans chez le cheval. Les progrès sociaux et médicaux rapprochent l'être humain de la sienne. ainsi, en France le nombre de centenaires est-il passé de cent, en 1900, à neuf mille, en 2000.

Il existe actuellement trois cents théories du vieillissement, dont aucune n'explique de façon satisfaisante l'ensemble des phénomènes. Elles se rangent autour de quatre axes. Nous vieillissons selon une programmation génétique comme en témoignent l'observation de jumeaux, les familles de jumeaux, le syndrome de Werner, qui font supposer l'existence de gènes de longévité. Nous vieillissons aussi à cause de facteurs environnementaux comme l'action des radicaux libres, les rayons X, l'apesanteur, les apports alimentaires (une restriction augmenterait la survie de 30%). Nous vieillissons encore par désadaptation à ces changements de l'environnement.

si les théories neuroendocriniennes sont toujours en cours d'étude, certains dérèglements sont avérés et le docteur Sylvie Haulon nous en donne quelques exemples : l'augmentation de la glycémie malgré celle de l'insulinémie trahit une insulino-résistance ; la baisse de T3 malgré un chiffre stable de TSH, est due à une diminution de la clairance de T4 ; l'ACTH reste stable, mais la baisse de sa clairance entraîne une diminution de la réponse au stress. L'augmentation de la FSH, consécutive à l'effondrement des hormones gonadiques est connue de longue date.

sur le plan thérapeutique, évoquant l'étude DHage, l'orateur relève les effets positifs de la DHEA sur la peau, la perte osseuse, le muscle, le système cardio-vasculaire et les fonc-

tions cognitives. cependant, l'absence de recul, notamment sur les cancers hormonodépendants, empêche de prescrire cette hormone pour l'instant. Il en est de même pour l'hormone de croissance compte tenu de l'importance de ses effets secondaires. quant aux stéroïdes sexuels, leur prescription fera l'objet du débat public prévu en fin de congrès.

Après une pause, le docteur RAZAFINBELLO, nutrithérapeute, expose les idées clés pour un vieillissement réussi, dans les deux domaines de l'alimentation et des compléments alimentaires. Pour le premier, elle donne un exemple type, d'une répartition alimentaire quotidienne équilibrée : petit-déjeuner comportant 25 % des calories quotidiennes, avec thé vert sans lait, yaourt nature non allégé avec bifidus, fruits, céréales et jambon maigre, mais quantité modérée de lait de vache, le lactose étant soupçonné de favoriser la cataracte ; à midi, une viande non grillée (barbecue s'abstenir ++), ni trop cuite, ni associée au fromage mais avec des légumes et des fruits de saison et, ce qui ne sera pas pour déplaire aux participants, un bon vin ; le soir, repas léger avec pâtes bio, demi complètes (cuites dans de l'eau minéralisée, sans graisse), ou haricots ou lentilles.

en ce qui concerne les compléments alimentaires, l'auteur, s'appuyant sur l'étude suvimax, les estime incontournables, alors que notre consommation calorique, réduite du fait de la diminution de nos dépenses physiques liée aux progrès techniques, s'avère incapable de fournir les quantités nécessaires de vitamines et de sels minéraux. sélénium, zinc sont d'actifs

antioxydants que l'on associera aux vitamines c, e, et à celles du groupe B. Mais ce qui est nouveau, c'est la possibilité d'effectuer des bilans biologiques qui permettent de dépister les anomalies et de contrôler leur correction. ainsi en est-il pour le dosage du MDa, marqueur important du stress oxydatif, de l'homocystéine, molécule favorisant la formation de caillots vasculaires, du sélénium protecteur contre le risque cardiovasculaire, du fer dont, au contraire, l'excès élève ce risque, du p(a) marqueur de ce risque, du zinc favorisant l'anabolisme.

Quels sont les premiers signes des altérations neuropsychiques du vieillissement ? c'est le thème que va traiter ensuite le docteur Hélène BeauNleuX qui nous offre une description soigneuse des diverses facettes du processus de la mémoire, des différents degrés de son atteinte, et des signes évocateurs d'une démence débutante.

ayant évoqué la mémoire à court terme, l'orateur décrit les niveaux et les étapes de la mémoire à long terme ainsi que les plaintes la concernant.

Les niveaux concernent la mémoire déclarative, elle-même soit épisodique, celle des événements, soit sémantique, celle des connaissances du monde ; et la mémoire non déclarative, celle qui sous-tend les habiletés (par exemple le tricot, la pratique du ski ou du golf).

Trois étapes constituent le processus de mémorisation : l'encodage où l'attention joue un rôle important, puis le stockage, et enfin la récupération.

Les plaintes concernent en premier lieu la mémoire épisodique (la plus sensible, qui peut être affectée dès 40 ans), son atteinte est due à un déficit d'encodage avec défaut d'attention, et à un déficit de récupération. Viennent ensuite les plaintes concernant la mémoire sémantique.

en répondant aux diverses questions sur le traitement de ces troubles, le docteur Beaunieux critique la "Psy gym" en déclarant que "la mémoire n'est pas un muscle". Par contre l'explication du fonctionnement de cette mémoire peut aider le patient à améliorer l'encodage, de même qu'il

aurait un certain lien entre l'activité physique et la cognition.

Pour terminer, l'orateur trace les grandes lignes du tableau de l'alzheimer qui concerne 900.000 personnes en France avec 110.000 nouveaux cas par an, majoritairement au-delà de 80 ans. Le diagnostic se fonde sur au moins deux critères cliniques. Le premier concerne le déficit de la mémoire, surtout épisodique. Le second, une symptomatologie aphasique, apraxique ou agnosique. ou encore un trouble d'une fonction exécutive. Pas plus qu'il n'y a de marqueur biologique, il n'y a de thérapeutique, encore qu'une stimulation cognitive précoce puisse ralentir le processus pathologique.

C'est par un regard psychanalytique que débute l'après-midi. Sous le titre "Temporalité du vieillissement et sujet inconscient", le professeur Paul-Laurent ASSOUN considère le vieillissement à l'épreuve de la psychanalyse. car le discours sur le vieillissement peut être social, philosophique et biologique. et il peut être également psychanalytique.

Vieillir est un processus d'usure et un acte psychique. c'est un moment de vérité du sujet qui négocie son rapport au temps. c'est un rapport de problématique du sujet avec lui-même. comment accepter de vieillir ? comment vivre l'angoisse du corps souffrant touché par le vieillissement qui se voit dans le miroir ? Le vieillissement met en cause le spéculaire en tant que constituant du moi. Il est une épreuve de vérité : ne plus être aimé entraîne un effondrement spéculaire. Le corps organique peut cacher le vieillissement du corps libidinal qui est déstabilisé. Vieillir est un acte somato-psychique.

L'orateur évoque l'objet perdu du mélancolique, le "coup de vieux" du sujet qui, au fur et à mesure qu'il vieillit, se rapproche de son origine. ce qui explique certaines plaintes, certaines demandes et certains troubles qui traduisent la douleur de vieillir. Les pulsions de vie et de mort s'éprouvent en pulsions de liaison et de déliaison et la désunion pulsionnelle apparaît : on n'a qu'une vie et qu'ai-je fait de ma vie ? Le désir est mis de côté et le sujet n'an-

goisse pas tant de mourir que de ne pas désirer. Le problème commence quand le sujet est mécontent de lui-même. Le vieillissement touche à l'imaginaire, au symbolique et au réel. L'inconscient, c'est le réel qui fait symptôme.

Revenant sur la scène du somatique sans quitter pour autant la perspective du miroir, les deux derniers orateurs vont parler des altérations de l'enveloppe corporelle et des thérapeutiques que l'on peut proposer d'y apporter.

Le docteur Jean-Louis GuilleMAIN brosse un large tableau, tout d'abord des facteurs de vieillissement cutané, qui peuvent être génétiques (dans 25% des cas), photo-induits (héliodermie), ménopausiques (associés à des altérations des phanères), ou environnementaux (tabac, allergie solaire, pollution atmosphérique), retrouvés dans 75% des cas ; puis des lésions pathologiques rencontrées. Les unes sont bénignes : kératoses, adénomes sébacés, naevi dermiques, lentigo. Les autres malignes : kératose actinique sur zone insolaire, maladie de Bowen, épithéliomas baso et spinocellulaires (où tabac + soleil sont impliqués), mélanose de Dubreuil, mélanome malin.

quant aux actions thérapeutiques, les unes sont préventives, de l'essentielle photo protection appliquée le plus tôt possible, au TSH, aux phyto-œstrogènes, en passant par la vitamine a et la vitamine c à 5%. Dans une visée curative des rides, ou des taches vasculaires ou pigmentaires induites par le vieillissement, l'orateur nous expose l'utilisation du peeling chimique ou physique ; celle des produits de comblement, biodégradables, dans le traitement des plis d'amertume et des rides de la glabella ; celle des injections de toxine botulinique ; celle des différents lasers.

Le docteur Catherine BauDouIN, chirurgien plastique, nous entretient ensuite des différentes interventions possibles, qui s'intègrent, non dans une illusoire quête d'une jeunesse révolue, mais dans une prise en charge globale du "Mieux vieillir", susceptible de faciliter l'accord du sujet avec l'image que lui renvoient le miroir et le regard de l'autre.

2 Seconde partie de la journée. Débat public : THS : vérités et contrevérités

(Notes de congrès de Michèle Tissier et Jacques Rougeulle)

En complément du programme strictement professionnel de la première partie, le C.A. du Collège avait pris l'initiative d'une séance ouverte au public afin de faire le point avec ce dernier sur les vérités et les contrevérités que véhiculent informations et rumeurs, à propos du THS.

chacun par un exposé dans la perspective de sa spécialité, le professeur Frédérique KUTTEN, endocrinologue, et les docteurs Marc SPIÉ, oncologue, et Henri RoZENBAUM, gynécologue, ouvrent la séance avant de répondre aux questions du public.

L'étude américaine WHI, qui a semé l'inquiétude à propos des cancers mammaires induits par le THS, est passée au crible de la critique des orateurs. ceux-ci en soulignent les défauts méthodologiques qui en rendent les conclusions difficilement extrapolables en France : traitement déjà en cours avant le début de l'étude ou débuté chez des femmes beaucoup plus âgées ; double-aveugle illusoire ; et surtout, produits utilisés différents : œstrogènes d'origine équine, administrés par voie orale associés à une progestérone synthétique à effet androgénique dans l'étude américaine.

œstrogènes synthétique percutané et progestérone naturelle, en France. ces réserves faites, l'étude WHI mettait en évidence un risque relatif de 1,3 concernant, en fait, l'accélération d'un cancer préexistant, dont la surveillance liée au suivi du traitement permet un dépistage plus précoce et améliore donc le pronostic. Le docteur Espié souligne, en outre, qu'en épidémiologie un risque relatif inférieur à 2 doit faire penser à des biais méthodologiques. À titre d'exemple, le risque relatif du tabac pour le cancer du poumon est de 10 à 30.

L'information des patientes, le bilan préalable, le suivi clinique tous les six mois, et mammographique tous les deux ans, l'usage de produits adéquats (œstradiol percutané) et d'une

posologie minimale efficace (diminuer les doses en cas de mastodynie, les augmenter en cas de bouffées de chaleur) permettent alors d'obtenir les bénéfices attendus du THS, à savoir la disparition des symptômes, l'amélioration de la qualité de la vie, une atténuation du vieillissement cutané (que seul le THS peut procurer), une diminution de l'atrophie vulvo-vaginale, une prévention de l'ostéoporose (le WHI atteste une baisse de 30% des fractures). on peut en escompter également une protection vasculaire. De même, certaines études conduent à une diminution des cancers du colon, de l'ordre de 40%.

quant à la durée du traitement, un consensus s'est fait au symposium d'athènes en 2003 pour poursuivre le THS aussi longtemps que durent les symptômes. De plus, la reprise du traitement est toujours possible, par exemple sur des indications défavorables de l'ostéodensitométrie.

au terme de son exposé, le docteur Rozenbaum cite quelques alternatives au THS : la tibolone qui aurait un effet protecteur sur l'os mais la même incidence que le THS sur les cancers mammaires préexistants. Favorables sur l'os sont également les serms et les biophosphonates, mais ils sont onéreux et remboursés seulement après fractures. Les phytoœstrogènes, soja, isoflavones, sont des produits insuffisamment testés, actifs dans 40% seulement des cas. quant au DHea, l'orateur estime que c'est "l'escroquerie du siècle"

Les questions du public, auxquelles répondent les orateurs, sont, ensuite, nombreuses :

• **Quelles sont les conséquences d'un arrêt du THS après 17 ans ?**

• **Le cancer du sein est-il plus rapidement évolutif chez la femme jeune ?** "ce n'est pas toujours vrai, mais, à stade égal, 10% des cancers sont plus graves chez la femme jeune."

• **Des questions sur la différence entre œstrogènes équinés par voie orale et œstrogènes per cutanés**

• **Action du TSH sur la sexualité ?** "Les œstrogènes évitent la sécheresse vaginale mais ne stimulent pas la libido, ce que, seuls, font les androgènes."

• **Ya-t-il accoutumance au THS ?** "Non"

• **Hépatite C chronique non traitée et THS ?** "utiliser les œstrogènes per cutanés et la progestérone per vaginale pour éviter le passage hépatique."

• **La HTA stabilisée est-elle une contre-indication ?** "Non, mais préférer la voie percutanée."

• **Quel est le meilleur moyen diagnostique du cancer du sein ?** "l'examen clinique et surtout la mammographie (supérieure à l'échographie), encore qu'il existe des cancers détectables uniquement avant la mammographie."

• **Existe-t-il un THS minimum pour protéger l'os ?** "si la densitométrie montre une perte, il faut augmenter les œstrogènes, ajouter de la vitamine D et du calcium. La progestérone apporte peu de chose à l'os mais est nécessaire si l'utérus est en place."

• **La pilule augmente-t-elle le risque de cancer du sein ?** "Pour toutes femmes confondues, la réponse est non. Mais les œstroprogestatifs pris à 12 ans, les grossesses tardives, les antécédents familiaux, sont des éléments favorisants. Par contre, dans les familles à risque, les œstroprogestatifs protègent du cancer de l'ovaire au diagnostic difficile."

"Le risque majeur des pilules oP, si elles sont associées au tabac, est cardiovasculaire."

cette expérience d'échange avec le public a paru très positive. Il nous a paru toutefois nécessaire, si cette initiative se renouvelait à l'avenir, de veiller à ce que les exposés d'introduction et les réponses des intervenants aux questions du public soient plus concentrés afin de laisser, à ce dernier, davantage de temps d'expression.

Les cellules souches

Retour aux sources

Notre organisme est constitué de quelques cent mille milliards de cellules nées d'une cellule unique, l'œuf fécondé. Elles contiennent donc le même génome, la même quantité d'information. Cependant, ce stock d'information n'est pas utilisé de la même façon par nos cellules au cours de l'évolution embryonnaire et fœtale puis de la vie adulte. Alors que les premières, dites "indifférenciées", ont le pouvoir de générer des cellules filles de différents types, celles-ci se spécialisent peu à peu pour assurer certaines fonctions précises et constituer tous nos tissus et organes. Ainsi, la cellule initiale lance un programme complexe qui, par **divisions et différenciations successives**, aboutit à la constitution de l'organisme humain tel que nous le connaissons.

La différenciation

Le processus de différenciation permet donc la fabrication des tissus et organes. Sur le plan du fonctionnement cellulaire, il n'est pas dû à une perte de matériel génétique, mais se traduit par le **blocage définitif** de certaines informations contenues dans le génome. Cela signifie qu'une cellule différenciée comme celle de la rétine ne peut plus se transformer en une cellule d'un autre type comme celle du foie alors que les deux cellules possèdent, cependant, **exactement le même stock d'information**.

Les cellules-souches

Cependant, l'organisme compte une vingtaine de millions de cellules appelées cellules-souches, qui continuent à être capables d'**autorenewement** et peuvent alors remplacer les cellules qui disparaissent du fait de l'âge ou suite à des lésions. Il est également possible qu'elles jouent d'autres rôles inconnus aujourd'hui.

On distingue globalement deux catégories de cellules-souches :

- Les cellules du premier groupe ont perdu **une partie** de leur capacité de différenciation et d'auto-renewement. Il s'agit de cellules spécialisées qui seront actives durant toute la vie. Ainsi, les cellules-souches de notre épiderme reconstituent en permanence le stock de kératinocytes mais ne peuvent faire que cela. On dit qu'elles sont **unipotentes**. Dans la même catégorie,

on trouve les cellules souches hématopoïétiques qui sont à l'origine de toutes les cellules sanguines : globules blancs, globules rouges et plaquettes. On dit qu'elles sont **multipotentes**. Parmi les tissus qui se renouvellent sans cesse, il faut citer le foie, le tissu osseux et l'intestin.

• Les cellules du deuxième groupe sont les cellules souches embryonnaires qui peuvent se renouveler à l'infini et se différencier en de très nombreux types cellulaires. On dit qu'elles sont **totipotentes**. Récemment d'autres cellules, très rares, apparemment douées des mêmes capacités que les cellules embryonnaires ont été découvertes dans la moelle osseuse. On les appelle les MaPc (Multipotent adult Progenitor cells)

Utilisation des cellules-souches

On voit immédiatement l'intérêt de connaître et de maîtriser la multiplication et l'utilisation des cellules-souches. D'une part elles sont un outil prodigieux pour la recherche fondamentale concernant le développement de l'embryon, la cancérogenèse, les tests de nouveaux médicaments. D'autre part, elles sont les vecteurs d'une nouvelle thérapie cellulaire qui permettrait de remplacer les cellules anormales ou disparues par des cellules saines.

Les utilisations déjà testées

Des centaines de publications rapportent déjà les résultats spectaculaires obtenus par les cellules-souches. Citons-en quelques-uns.

Chez l'homme

- L'implantation de cellules souches de muscle dans le myocarde aide à régénérer le cœur après infarctus.
- L'utilisation de cellules souches au niveau artériel a donné de premiers résultats encourageants dans des cas d'artérite.
- Des patients ont recouvré la vue après une transplantation de cellules de cornée préalablement mise en culture.
- La greffe de cellules de pancréas a permis à certains diabétiques insulino-dépendants de supprimer l'insuline.
- Des résultats encourageants ont été obtenus dans le traitement de certaines leucémies par l'utilisation de cellules-souches de la moelle osseuse et du cordon ombilical.

• Des greffes de cellules-souches de la moelle osseuse réparent les tissus osseux endommagés.

• La multiplication en culture de cellules-souches d'épiderme a rendu possible des greffes de peau artificielle sur de grands brûlés.

• Des greffes de neurones fœtaux ont permis d'améliorer l'état de malades atteints de la chorée de Huntington et de la maladie de Parkinson.

• Des essais sont en préparation pour tenter de réparer les lésions du cerveau après un accident vasculaire cérébral

Chez l'animal

• Des tumeurs cérébrales (glioblastomes) ont été traitées avec succès par l'injection de cellules-souches chez la souris.

• Des cellules-souches de dents de porc implantées chez le rat ont évolué en petites dents.

• L'implantation de cellules-souches musculaires chez le porc a permis de reconstituer des muscles lésés. On envisage d'appliquer ces procédés au traitement des myopathies.

• Des cellules-souches ont permis la restauration de la fonction du sphincter de l'urètre chez le rat. Pourquoi pas chez les incontinents urinaires ?

• Une récupération partielle après lésion de la moelle épinière a été obtenue chez le rat.

• L'hémophilie a pu être traitée par un transfert de cellules-souches associé à une thérapie génique chez le chien.

• Des cellules-souches de moelle épinière injectées dans l'œil de la souris ont entraîné une régénération de la rétine aussi bien dans des cas de rétinopathie diabétique que de dégénérescence maculaire.

Conclusion

Les cellules souches font rêver car on perçoit aisément la révolution que leur utilisation maîtrisée pourrait apporter à la médecine. Remplacer des remèdes aux effets bénéfiques connus mais aux risques secondaires trop bien documentés, par l'utilisation de cellules spécialisées dans la réparation d'organes défectueux nous rapproche de la panacée. D'autant plus que chaque intervention utilisant les propres cellules du patient, aucune incompatibilité immunitaire n'est plus à craindre. Le proche avenir nous dira si nos rêves ont des chances de devenir réalité.

Grossesse et thyroïde

1 Première partie

Modifications physiologiques du statut thyroïdien lors de la grossesse

Les dysthyroïdies pendant la grossesse touchent 8/1 000 femmes.

Les hormones thyroïdiennes (HT) jouent un rôle essentiel dans la maturation de certains tissus dont le SNC. Toute anomalie qui pourrait perturber l'équilibre thyroïdien de la mère peut aboutir à des situations pathologiques avec le risque de répercussion sur le fœtus et/ou sur le déroulement de la grossesse. Il paraît donc important de comprendre les mécanismes qui assurent l'adaptation de la fonction thyroïdienne pendant la grossesse.

L'iode est un oligoélément essentiel indispensable à la synthèse des HT. Sa carence relative pendant la grossesse a probablement été longtemps négligée.

La grossesse entraîne des modifications importantes de l'équilibre thyroïdien en raison de quatre facteurs indépendants : les modifications des protéines porteuses, l'effet thyroïdope-like de l'hcg, les transferts transplacentaires et la carence relative en iode.

1 MODIFICATIONS DES PROTÉINES PORTEUSES

Les HT sont transportées dans le sérum par 3 protéines : la TBg (Thyroxin-Binding-globulin), l'albumine et la pré-albumine. Seule la forme libre des HT est active. Pendant la grossesse, l'hyperestrogénie induit une augmentation de la synthèse hépatique de la TBg et une diminution du catabolisme de la TBg. Il en résulte une baisse de la fraction libre de la T4 qui induit par rétro-contrôle hypophysaire une aug-

mentation de la production de T4 par la thyroïde.

Le début de la grossesse est marqué par un déséquilibre thyroïdien transitoire avec une majoration des besoins de 40 à 70 % qui se traduit souvent par l'apparition d'un goitre et la nécessité d'augmenter les doses chez les femmes substituées.

2 L'ACTION THYRÉOTROPE DE L'HCG

L'hcg est une hormone glycoprotéique composée de 2 sous-unités alpha et bêta. La sous-unité alpha est commune à la LH et à la FSH. La sous-unité bêta confère à l'hormone sa spécificité d'action.

comme il existe une homologie de structure entre la sous-unité bêta de l'hcg et celle de la TSH, l'hcg se lie sur le récepteur de la TSH en exerçant un effet stimulant.

L'étude de Glinoeur en 1990 a montré une corrélation positive entre le taux de T4l et d'hcg et l'apparition d'une hyperthyroïdie quand le taux d'hcg dépasse 50 000 u/l.

3 LE PLACENTA

Le placenta a un rôle essentiel dans les échanges materno-fœtaux.

La fonction placentaire fœtale se met en route à partir de 8 à 10 semaines de grossesse.

Le placenta présente 2 désiodases (type 2 et type 3) qui interviennent dans l'apport d'iode au fœtus indépendamment de la concentration en iode maternel.

Il est maintenant admis que la T4 maternelle traverse le placenta et

représente la seule source de T4 pour le fœtus pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse. En témoigne le dosage de T4 chez des NN ayant une agénésie thyroïdienne ou un déficit de l'homonogénèse et l'altération du développement psycho-moteur de l'enfant si l'hypothyroïdie maternelle est mal substituée pendant le 1^{er} trimestre.

Les anticorps traversent la barrière placentaire à partir de 16 sa : les ac bloquants anti-thyroperoxydase (TPO) et anti-thyroglobuline peuvent induire une hypothyroïdie fœtale, les anticorps stimulants TSH peuvent induire une hyperthyroïdie fœtale.

4 LE MÉTABOLISME DE L'IODE

L'iode nécessaire au fœtus est exclusivement fourni par le passage transplacentaire de l'iode maternel. Il paraît donc important de s'interroger sur le statut iodé de la femme enceinte pour savoir s'il est nécessaire de la supplémenter en iode.

Les besoins en iode varient en fonction de l'âge. Chez la femme enceinte, ils sont de l'ordre de 150 à 200 µg par jour et la consommation alimentaire est insuffisante pour assurer ces besoins. Une carence en iode pendant la grossesse entraîne une stimulation excessive de la machinerie thyroïdienne qui se traduit par l'apparition d'un goitre, le volume du goitre étant corrélé à la sévérité de la carence.

La supplémentation iodée systématique pendant la grossesse et l'allaitement permet d'améliorer l'adaptation de la fonction thyroïdienne maternelle.

Pathologie thyroïdienne et grossesse

La prévalence des affections thyroïdiennes étant relativement élevée chez la femme en âge de procréer, la grossesse peut entraîner des altérations spécifiques de ces désordres et les maladies thyroïdiennes peuvent à leur tour affecter le déroulement normal de la grossesse.

1 HYPERTHYROÏDIE ET GROSSESSE

La prévalence des thyrotoxicoses pendant la grossesse est peu élevée. Les étiologies sont dominées par la maladie de Basedow et la thyrotoxicose gestationnelle transitoire (TgT) mais il peut s'agir d'hyperthyroïdie iatrogène, induite par l'iode, d'adénome ou goitre hétéronodulaire toxique ou de thyroïdite subaiguë.

La sémiologie clinique est souvent trompeuse du fait de l'hypermétabolisme rencontré chez la femme enceinte ; le petit goitre, la tachycardie, l'irritabilité sont fréquents. Les antécédents personnels ou familiaux, la perte ou l'absence de prise de poids, les vomissements incoercibles, les signes oculaires (s'il s'agit d'un Basedow) orienteront plus aisément le diagnostic.

Le diagnostic biologique sera confirmé par le dosage effondré de la TSH et l'augmentation de T4 libre.

un titre élevé d'anticorps anti-récepteurs de la TSH (TRaK ou TBII) affirme le diagnostic de maladie de Basedow. celle-ci peut se révéler au cours du 1^{er} trimestre, dans certains cas on assistera à une rémission pendant le 2^e et 3^e trimestre avec une récurrence en post-partum. Il est indispensable d'insister sur la nécessité d'une contraception efficace en cas de maladie de Basedow survenant chez une femme en âge de procréer.

Les complications maternelles de l'hyperthyroïdie ne sont pas rares : fausses couches, accouchement prématuré, pré-éclampsie. L'hyperthyroïdie chez le fœtus peut se solder par mort fœtale, prématurité, retard de croissance avec anomalies du squelette (craniosténose). L'hyperthyroïdie fœtale est due au pas-

sage trans-placentaire des ac TRaK. Une forme particulière de l'hyperthyroïdie chez la femme enceinte est la thyrotoxicose gestationnelle transitoire (TGT) qui peut conduire à une hyperthyroïdie parfois très sévère mais qui est toujours transitoire. classiquement, la TgT s'accompagne d'hyperémèse gravidique ; le plus important étant de la différencier d'une maladie de Basedow car les répercussions chez la mère et le fœtus sont différentes. La TgT est Hcg dépendante, le rôle d'une mutation du récepteur de TSH rendant hypersensible à l'Hcg est discuté.

Dans les cas sévères, le traitement de l'hyperthyroïdie maternelle est nécessaire, bêta-bloquants anti-thyroïdiens de synthèse nécessitant une corrélation étroite gynécologue-obstétricien - endocrinologue.

Il est important en cas de grossesse chez une patiente ayant un antécédent d'hyperthyroïdie guérie médicalement ou chirurgicalement de doser pendant la grossesse (à chaque trimestre) les anticorps anti-récepteurs de la TSH qui peuvent persister et être responsables d'hyperthyroïdie fœtale.

2 HYPOTHYROÏDIE ET GROSSESSE

au cours de la grossesse, la prévalence de l'insuffisance thyroïdienne avérée est de 0,3 à 0,7% et celle de l'hypothyroïdie subclinique de 2-3%.

une franche hypothyroïdie peut être associée à une hypofertilité et à une augmentation du risque de fausse couche. Par ailleurs, l'évolution d'une grossesse chez une patiente présentant une hypothyroïdie peut être émaillée de complications obstétricales, HTa gravidique, pré-éclampsie, avortement prématuré, anémie. Plusieurs études récentes (New England 1999) ont montré que les enfants nés

de femmes ayant présenté une hypothyroxinémie (diminution de concentration de T4) pendant leur grossesse présentaient un risque de diminution des capacités intellectuelles.

Tout retard au diagnostic d'hypothyroïdie, ou tout non-ajustement d'une opothérapie substitutive peut coûter des points de QI à l'enfant à naître.

Les signes de grossesse (tachycardie, éréthisme) peuvent masquer les signes d'hypothyroïdie surtout si elle est frustrée. L'interrogatoire sera important, dépistant les antécédents de thyroïdectomie, de traitement par iode radioactif.

Si la patiente est déjà traitée par L-thyroxine, il faudra adapter la dose dès le tout début de la grossesse, en tenant compte de l'augmentation des besoins, la dose adéquate doit ramener la TSH autour de 1 mu/ml. un dosage trimestriel de TSH sera ensuite proposé. se pose le problème du dépistage systématique de l'hypothyroïdie fruste chez toute femme enceinte. certains prônent également le dosage des anticorps anti-péroxydase qui, s'ils sont élevés, associé à une TSH normale mais supérieure à 2 mu/ml exposerait à des complications éventuellement. Néanmoins, le dosage de TSH et des anticorps anti-péroxydase n'a pas été validé de manière systématique.

La thyroïdite du post-partum est relativement fréquente, elle peut survenir jusqu'à un an après l'accouchement et récurrence souvent après chaque grossesse (même fausse couche). après un rapide passage en hyperthyroïdie, l'hypothyroïdie s'impose pendant quelques mois, la symptomatologie pouvant ne pas être reconnue devant une patiente particulièrement asthénique après un accouchement. Il existe un petit goitre ferme non douloureux. La

TSH est ascensionnée et les anticorps anti-péroxydase fortement positifs. Dans 80 %, la guérison se fera ad integrum au bout de quelques mois.

Les autres pathologies thyroïdiennes, goitre, nodule, feront rarement l'occasion d'intervention thérapeutique pendant la grossesse. on peut néanmoins voir des complications compressives o RI en cas de goitre ou nodule volumineux pendant la grossesse, nécessitant thyroïdectomie en urgence au décours du 2^e ou 3^e trimestre. ceci confirme la nécessité de la prise en charge efficace des gros goitres ou nodules avant le début d'une grossesse.

Il est donc important en conclusion d'apprécier correctement les tests de la fonction thyroïdienne chez la femme enceinte et de prendre rapidement les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires car une bonne prise en charge du problème thyroïdien, si on a pris la peine de le considérer à sa juste importance, permet d'éviter comorbidité obstétricale et foetopédiatrique.

Pensez à régler votre cotisation 2004 : 65€ ! merci.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président : Jean-Louis SIMENEL
 Vice-Présidente : Béatrice GUILLES
 Secrétaire Général : Isabelle VERRE
 Secrétaire Adjoint : Brigitte ou VRY-NEVEU
 Trésorière : evelyne RIVIERE
 Conseillers Titulaires : Ph. ANGER, J. BERRONCALI, J.P. BILLHAUT, J. COUSTANT, A.-M. LEHENAFF, J. ROUGEUILLE, M. TISSIER
 Membres associés : C. AVRIL, A. LAMARRE-DARAGON
 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 : jlsimene1001@rss.fr
 www.college-gynormand.asso.fr

Bilan initial et de surveillance du cancer du sein

Ce résumé pratique a été conçu à partir de l'exposé de Monsieur le Docteur Marc ESPIE lors du séminaire sur le cancer du sein en décembre 2003

Bilan initial d'extension

- « Déchocage » après l'annonce du diagnostic
- Biopsie ou cyto-ponction (en cas de tumeur palpable)
- Radiographie pulmonaire face et profil
- échographie hépatique
- scintigraphie osseuse
- ca 15-3 (à titre de référence)
- ace pour certains
- Transaminases, phosphatases alcalines, yGT

Bilan préopératoire

- NFs, plaquettes
- TP, Tca
- groupe sanguin Rhésus
- ecg
- glycémie, iono, urée, créatinine pour certains centres

Surveillance après traitement

Le but : recherche de récidives locales ou de métastases

examen clinique	tous les 3 à 4 mois pendant 2 à 3 ans
	tous les 6 mois jusqu'à la 6 ^e année
	tous les ans « ad vitam aeternam »
Mammographie	6 à 9 mois après le traitement initial
	Puis 1 fois par an « ad vitam aeternam »
Pour certains centres surveillance tous les 3 à 6 mois	ca 15-3 ± ace
	Bilan hépatique
	NFs, yGT, transaminases phosphatases alcalines
	calcémie

un bilan complémentaire sera prescrit en fonction des signes fonctionnels ou cliniques et/ou d'une augmentation du ca 15-3

sous Tamoxifène : Faire une échographie pelvienne au début puis ensuite en cas de métorragies

Suivi gynécologique des patientes homosexuelles

Selon une enquête récente, faite en France, 3,6 % des femmes interrogées déclaraient une attirance homosexuelle. Ce taux est faible mais implique cependant que nous pouvons être concernés par ces patientes. Ces femmes sont plus souvent célibataires, vivant en couple non cohabitant, dans de grandes agglomérations. Elles ont un niveau d'études plus élevé, sont de catégorie professionnelle plus favorisée, et sont plus nombreuses à ne pas avoir d'enfant. Si 51 % des lesbiennes se disent incapables de dévoiler leur homosexualité à leur médecin, 91 % estiment cela très important.

Nous nous sommes intéressées à savoir si l'orientation sexuelle a des conséquences sur la santé en général et sur la sphère gynécologique en particulier et aussi de repérer si le fait de connaître l'orientation sexuelle de nos patientes présente un intérêt pour elles et pour la relation thérapeutique.

L'orientation sexuelle modifie-t-elle le recours aux soins

Les femmes hétérosexuelles commencent à consulter en gynécologie quand elles sont jeunes.

Nous savons le rôle décisif qu'a joué la contraception dans la médicalisation des femmes, créant les conditions d'une mise en place de la prévention et du dépistage des cancers gynécologiques.

Lors de nos consultations, nous prodiguons des conseils quant au dépistage par les frottis, par la mammographie, vis-à-vis des MST, à l'hygiène de vie etc. Les lesbiennes consultent les gynécologues pour des troubles déclarés, elles ne se sont pas glissées dans le moule du dépistage. De ce fait, elles sont moins souvent dépistées surtout dans les pays où il n'y a pas de dépistage systématique.

Il est important de signaler que l'immense majorité des homosexuelles ont ou ont eu des rapports avec des hommes et que des études récentes

ont montré que 2,8 % des frottis se sont révélés anormaux et que le HPV pouvait être transmis de femme à femme.

Les recommandations quant aux frottis doivent être identiques chez toutes les femmes.

L'homosexualité modifie-t-elle la morbidité

Nous avons utilisé une étude connue surtout pour ses conséquences sur le traitement hormonal substitutif, l'étude WHI. Cette étude comportait beaucoup de versants dont l'un porte justement sur les relations entre l'orientation sexuelle et ses incidences sur la santé. L'intérêt principal de cette étude est la comparaison possible entre hétérosexuelles et non hétérosexuelles.

sur les 93 311 femmes de l'échantillon, âgées de 50 à 79 ans.

- 97,1% étaient hétérosexuelles,
- 0,6 % soit 573 s'identifiaient comme lesbiennes également réparties entre lesbiennes depuis toujours et lesbiennes après 45ans.
- 0,8 % se sont déclarées bisexuelles
- 1,7 % n'avait jamais eu de rapport sexuel adulte.

Il y avait dans l'étude la possibilité de ne pas répondre à la question sur l'orientation sexuelle qu'ont saisie 2,8 % des femmes qui ont donc été

exclues de l'étude. si la grande majorité de ces femmes étaient homosexuelles on arriverait à un pourcentage attendu de 2 à 4 %.

en ce qui concerne **l'attitude face au dépistage**, malgré un taux moindre de frottis et de mammographie récents, les femmes respectent la fréquence recommandée de ces dépistages.

Dans les années 80, certains auteurs avaient suggéré que le risque d'avoir un **cancer du sein** était augmenté chez les lesbiennes. en fait aucune étude précise n'a fait le lien entre cancer et homosexualité si ce n'est par l'intermédiaire de facteurs de risques habituels tels que la nulliparité, l'absence d'allaitement et l'hérédité. Il semblait donc que le risque des lesbiennes était le même que celui des nullipares, ni plus ni moins. Dans l'étude WHI les groupes "non-hétérosexuels" avaient un taux plus important de cancer du sein que les hétérosexuelles.

Les taux les plus élevés se retrouvent chez les bisexuelles et les femmes devenues lesbiennes après 45 ans. cette constatation amène plusieurs remarques quant aux facteurs de risques. Le taux de nulliparité le plus élevé ne conduit pas à une incidence plus grande chez les femmes sans sexualité adulte et les lesbiennes depuis toujours.

Il semblerait donc que d'autres facteurs de risques interviennent, en particulier alimentaires. effectivement dans cette étude, une consommation excessive d'alcool, une plus faible consommation de fruits ou de légumes et l'obésité seraient plus fréquents chez les lesbiennes et les bisexuelles. ces risques contrebalanceraient l'effet protecteur du statut social et du niveau d'éducation plus élevés retrouvés chez ces femmes. Mais il n'y a rien de statistiquement significatif.

en ce qui concerne les **caractéristiques psychologiques**, les problèmes avancés sont plus liés à l'anxiété qu'à la dépression, mais seraient 3 fois plus élevé que chez les hétérosexuelles. Il semble que cette différence soit liée à l'isolement, à un statut de marginalité. l'existence fréquente de conflits avec la famille et d'un moindre environnement et soutien social fragilise. ces éléments prédisposeraient à la toxicomanie, l'alcoolisme et aux tentatives de suicide (18 % contre 8 % chez les hétérosexuelles). sur tous ces points, il faut se garder de généraliser car à la question de savoir si c'est l'homosexualité ou le mode de vie qui l'accompagne qui est à l'origine de ces troubles, il est impossible de répondre sans aborder la dynamique psychique de chacune.

Les adolescentes lesbiennes paraissent particulièrement vulnérables, lors du processus de découverte de leur homosexualité. ceci survient au moment de la crise d'identité de l'adolescence et en majore les effets. 50 % des tentatives de suicides ont eu lieu avant l'âge de 18 ans.

certaines jeunes lesbiennes tentent de cacher leur identité sexuelle en ayant des rapports hétérosexuels et parfois même en devenant enceinte.

Les infections sexuellement transmissibles

contrairement à ce qui se dit, ou se pense, les infections sexuellement transmissibles sont présentes et relativement fréquentes. Il est important de

rappeler que dans une enquête faite aux états-unis 77 % des lesbiennes avaient eu des rapports hétérosexuels. Les infections les plus fréquentes seraient les vaginites à trichomonases, les condylomes acuminés, la chlamydiae, l'herpès et les salpingites. ces infections ont été également retrouvées chez des femmes sans rapport hétérosexuel depuis 5 ans. ceci suggère une transmission par leur partenaire actuelle, ou une latence importante de l'infection. en ce qui concerne la vaginose bactérienne, elle serait très fréquente, voire plus fréquente que chez les hétérosexuelles, et retrouvée chez 3/4 des partenaires sexuelles.

Les risques de contamination par le VIH sont rares et essentiellement liés à l'utilisation de drogues injectables, des contacts avec des hommes atteints. Donc qu'elles aient eu ou non des rapports hétérosexuels, les homosexuelles peuvent avoir des infections gynécologiques.

Les homosexuelles et le désir d'enfant

La question du désir d'enfant, et plus précisément la demande d'aide à concrétiser ce désir est posée au gynécologue par des femmes homosexuelles. quand nous voyons à notre cabinet, un couple de femmes nous faisant part de leur souhait d'avoir un enfant, cette demande d'enfant est toujours "dérangeante" pour plusieurs raisons. D'abord biologiquement c'est impossible. Jusqu'à maintenant il faut toujours un homme et une femme, ou un ovocyte et des spermatozoïdes pour faire un enfant. Donc 2 femmes ne peuvent pas avoir d'enfant ensemble. Il faut une rencontre avec des spermatozoïdes! cette rencontre pouvait se faire avec un donneur ami, mais les nouvelles AMP ont changé les choses, ces nouvelles technologies sont présentes et effectivement tentantes pour ces couples d'homosexuelles. en France l'laD n'est autorisée que "pour un couple formé d'un homme et d'une femme. Le couple doit être marié ou en mesure d'apporter la preuve d'une

vie commune depuis au moins 2 ans" selon la loi de bioéthique de juillet 1994. cette possibilité existe à l'étranger et certains couples homosexuels français vont en Belgique pour avoir une laD et viennent à nous alors qu'ils ont déjà fait la démarche, nous demandant de leur prescrire le bilan préalable. ces demandes nécessitent une certaine distance de la part du soignant qui peut ressentir une forte pression. Il faut savoir entendre et discuter afin d'éviter de tomber dans des extrêmes de refus sans discussion ou au contraire d'acquiescement militant.

Quelles conclusions pour notre pratique ?

Nous avons vu qu'en matière de dépistage et de prévention il fallait traiter ces patientes comme les autres.

qu'il faut tenir compte de la fréquence de la bisexualité ; cela permet de ne pas passer à côté d'une grossesse extra-utérine ou d'une salpingite aigue.

L'intérêt de connaître le mode de vie de nos patientes, s'il existe des facteurs de risque (nulliparité, comportement alimentaire..) pouvant jouer un rôle dans le développement de certains cancers. si ces facteurs de risque ne sont pas présents, la situation n'a rien de spécifique.

La pudeur excessive, l'évitement de la sexualité est un écueil ; un interrogatoire intrusif en est un autre. Le médecin doit être conscient de son schéma de pensée, de ses préjugés, de ses ignorances. en particulier il peut être utile aux femmes gynécologues d'être au clair sur l'image qu'elles ont de l'homosexualité, ainsi que de leur éventuel "versant homosexuel" plus ou moins conscient.

Le but est de permettre un climat de confiance et d'écoute à l'aide de formules neutres, dénuées de préjugé moral pour que le dialogue puisse s'établir.

Référence de l'article : Les patientes homosexuelles en gynécologie ; c. Fohet, I. Borten-Krivine, gynécologie obstétrique & Fertilité 32 (2004) 228-232

La révision des lois de bioéthique enfin adoptée !

Cette loi votée en juillet 94 prévoyait une révision... 5 ans après au plus tard !!!!!!!!, mais ce n'est qu'en janvier 2002 que la nouvelle loi a été présentée par Elisabeth GUIGOUX alors Ministre de la Santé à l'Assemblée Nationale. Depuis cette loi a traversé les Ministères de Bernard KOUCHNER puis de Jean François MATTEI et a donc été adoptée avec Philippe DOUSTE- BLAZY après de multiples navettes parlementaires. Deux législatures, deux majorités de couleur politique différente et quatre ministres auront donc été concernés par les débats de bioéthique !

C'est surtout l'autorisation ou non du donage thérapeutique d'une part et de la recherche sur l'embryon d'autre part qui ont occupé les esprits, laissant au second plan des modifications concernant l'assistance médicale à la procréation qui ont pourtant toutes leur importance.

en effet, certains points concernant l'assistance médicale à la procréation changent plus la donne qu'il n'y paraît.

• **Tout d'abord l'organisation des instances de contrôle et d'autorisation des techniques d'assistance médicale à la procréation.** aujourd'hui c'est une commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction qui examine les demandes d'agrément des centres et qui contrôle l'activité de ceux-ci. Les praticiens, cliniciens et biologistes des centres publics et privés y sont largement représentés. cette commission doit être remplacée par une agence de bio médecine. cette agence doit être installée d'après Philippe Douste Blazy le 1^{er} janvier 2005. elle sera commune aux activités de don d'organes, d'assistance médicale à la procréation, de diagnostic pré-implantatoire et de diagnostic prénatal. Le nombre d'experts compte-tenu de l'étendue extrêmement vaste de cette agence sera vraisemblablement trop limité. Il est à craindre que la parité privé public n'y sera pas respectée. Tous les praticiens actuellement agréés verront leur agrément prolongé d'un ou deux ans compte-tenu du

délai nécessaire pour la mise en place de cette commission et l'organisation de ces activités.

• Pour la première fois, la stimulation simple est mentionnée dans la loi. contrairement au bruit qui court, il n'y aura vraisemblablement pas d'agrément pour les inductions de l'ovulation en dehors de la fécondation in vitro. Par contre, il est possible que dans les décrets cette **stimulation « hors FIV »** soit plus encadrée : nécessité du mariage ou des deux ans de vie commune ?, et peut-être à court ou moyen terme une déclaration d'activité avec envoi des résultats à la commission par l'intermédiaire de la DDRass ?

• Les modifications les plus importantes visent à **l'accueil d'embryon**, un embryon abandonné de son projet parental pourra être accueilli par un couple receveur. Les activités de don d'embryons seront réservées aux établissements privés ou publics à but non lucratif autorisés à cet effet.

• Les recherches ne peuvent être menées que sur des embryons conçus in vitro qui ne font plus l'objet d'un projet parental et avec le consentement écrit préalable du couple. La création d'embryons pour la recherche reste totalement interdite.

• Même si ce décret ne rentre pas dans la loi de bioéthique, il semble que la modification de l'organisation du **don d'ovocytes** soit maintenant effective. en effet, il va être possible de ne plus

congeler les embryons obtenus en vue de don mais de faire un contrôle sérologique le jour du prélèvement ovocytaire à la donneuse. ceci pourrait peut-être augmenter le taux de succès actuellement relativement faible du don d'ovocytes et donc faciliter le recours à cette technique.

ce sont les débats concernant le donage à visée thérapeutique et la recherche sur l'embryon qui ont été le plus largement rapportés par la presse. Il est toujours interdit de créer des embryons à des fins de recherche et seuls les embryons surnuméraires qui ne correspondent plus à un projet parental pourront être utilisés à visée de recherche.

Le donage reproductif est qualifié de crime et le donage à visée thérapeutique est lui aussi interdit.

Par contre le bébé médicament est autorisé c'est à dire que les parents ayant déjà donné naissance à un enfant atteint d'une maladie génétiquement incurable pourront sélectionner lors d'une tentative de fécondation in vitro parmi les embryons obtenus, celui qui est indemne de la maladie et immunologiquement compatible avec son frère ou sa sœur auquel il pourrait alors faire un don de cellules.

Le texte voté jeudi 8 juillet 2004 s'appliquera pendant 5 ans... peut-être plus au bout desquels il sera à nouveau soumis au parlement.

Samedi 20 novembre 2004

Casino de Deauville

2^e journée scientifique du CGN

ayant pour thème

« Le couple infertile : de la pratique à la bioéthique »

Nous vous remercions à l'avance de votre présence à cette journée ainsi que celle de vos amis, patients et patientes et/ou toutes personnes soucieuses de s'informer sur ce sujet d'actualité.

Assemblée Générale du CGN samedi 20 novembre à 12 h au casino de Deauville

avec à l'ordre du jour :

Rapport moral et financier et renouvellement du conseil d'administration. quatre membres sont sortants. quatre postes sont à pourvoir.

N'oubliez pas d'envoyer votre candidature à Madame le Dr VeRa clinique de l'europe, si vous souhaitez faire partie du ca ou devenir membre associé.

NB. Vous pouvez vous faire représenter à cette ag, mais attention 1 seul pouvoir par personne.

À partir de 16 h 30

sous la présidence du Professeur Israël NISAND et du Docteur Jean-Louis SIMENEL en présence du Maire de Deauville Philippe AUGER

Séance publique avec table ronde sur le thème

« RÉVISION DE LA LOI DE BIOÉTHIQUE DE 1994 »

Dimanche 21 novembre 2004

Hôtel du Golf à 10h symposium proposé par le laboratoire seRoNo

« Actualités en infertilité »

Notez dès à présent les dates et thèmes des journées scientifiques du CGN en 2005 à Deauville :

Samedi 04 juin 2005

• Pathologie précancéreuse et cancéreuse du col utérin

Samedi 05 novembre 2005

• « L'imagerie en gynécologie »

Journée commune avec nos confrères radiologues

Aléa médical ou faute en responsabilité médicale : des frontières parfois difficiles à déterminer

L'aléa médical, plus communément qualifié d'aléa thérapeutique, peut être défini comme un évènement dommageable au patient sans qu'une maladresse ou une faute quelconque puisse être imputée au praticien et sans que ce dommage se relie à l'état initial du patient ou à son évolution prévisible.

cette définition implique que l'accident ait été imprévisible au moment de l'acte ou qu'il ait été prévisible mais connu comme tout à fait exceptionnel, de sorte que la prise du risque était justifiée au regard du bénéfice attendu de la thérapie.

La position des magistrats est claire à ce propos : la responsabilité médicale est fondée sur la faute alors que l'aléa médical est la conséquence d'un acte non fautif du médecin.

La réparation des conséquences de l'aléa médical n'entre pas dans le champ de l'obligation dont un médecin est contractuellement tenu à l'égard de son patient.

en conséquence, c'est au législateur de régler le problème de l'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

on ne peut évidemment pas étendre la responsabilité des médecins à l'aléa thérapeutique sans entraîner un bouleversement du Droit de la Responsabilité Médicale car les conséquences financières en matière de prime d'assurance en responsabilité civile professionnelle (RcP) seraient désastreuses pour les praticiens à activité médicale dite à risques telle que les chirurgiens, les obstétriciens et les anesthésistes.

Conditions d'indemnisation des actes médicaux dans le cadre de l'Aléa Thérapeutique

Lorsque la responsabilité d'un professionnel ou d'un hôpital n'est pas engagée, les préjudices subis par le patient donnent droit à l'indemnisation au titre de la solidarité Nationale.

La prise en charge de l'aléa médical est liée à plusieurs conditions cumulatives : les dommages :

- doivent être directement imputés à des actes thérapeutiques,
- doivent avoir des conséquences anormales par rapport à l'état antérieur du patient,
- et enfin doivent présenter des critères de gravité correspondant à un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) élevé.

Dans la pratique, la victime saisit la

Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnité dont la mission est de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux et aux infections nosocomiales.

La commission Régionale nomme un expert qui va procéder à l'examen de la victime et évaluer le dommage. Les experts nationaux doivent justifier d'une qualification vérifiée par une évaluation régulière des connaissances, évaluation réalisée par la **Commission Nationale d'Expertise** qui dépend de l'**Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (oNlaM)**.

sur l'avis de l'expert, la commission Régionale d'Indemnisation des accidents Médicaux fait une offre de transaction dans les six mois qui suivent la saisine.

La victime peut accepter ou refuser cette offre d'indemnisation.

si la victime refuse, elle peut opter pour la voie judiciaire qui est beaucoup plus lente. Dans ce cas, les conditions d'indemnisation seront fixées par le juge sur avis de l'expertise.

Dans l'hypothèse où la commission a conduit à l'existence d'un aléa médical, l'oNlaM indemnise directement la victime. La réparation doit être intégrale pour la victime.

Dans l'hypothèse de partage entre aléa médical et responsabilité médicale, la commission Nationale d'expertise évalue la part de responsabilité respective et l'indemnisation sera versée intégralement pour partie par l'oNlaM et pour partie par la RcP du praticien ou de l'hôpital.

Détermination des frontières entre aléa médical et responsabilité médicale

L'établissement de cette frontière nécessite de définir des critères positifs d'appréciation d'un aléa médical c'est-à-dire sans qu'il y ait de faute dommageable prouvée.

Il est nécessaire d'établir une corrélation entre les faits observés et le comportement du médecin. l'intérêt est d'identifier d'authentiques aléas

sans faute qui ne relèvent pas de la responsabilité directe et certaine du praticien.

Il convient d'analyser avec rigueur les circonstances de la complication médicale. Tout d'abord pour estimer que la complication est aléatoire, elle doit être en rapport avec la technique utilisée, indépendante de la pathologie initiale et la fréquence de ces complications doit être connue statistiquement.

Il faut éliminer la maladresse technique, l'imprudence, une mauvaise indication ou une non-conformité de l'emploi technique.

enfin l'information préalable du patient et de la famille doit être intelligible et complète avec remise d'un document le prouvant.

De même au décours de la complication, la famille et le patient doivent être régulièrement informés.

au total on constate que pour qualifier une complication médicale d'accident thérapeutique, il faut apporter la preuve que le dommage subi est distinct de l'état pathologique initial du patient et qu'il n'y a pas de lien de causalité entre le préjudice et le comportement du médecin et/ou de l'équipe médicale.

Conclusion

on peut estimer que l'amélioration continue de nos pratiques, l'application stricte des protocoles thérapeutiques pré-établis en respectant les consensus nationaux, la prise en charge adaptée des complications, la vigilance de l'équipe médicale et l'information adaptée de nos patients sont des principes fondamentaux qui permettront de réduire les fautes en responsabilité civile.

on peut espérer que ces efforts permettront de réduire les dommages en responsabilité médicale et d'augmenter les accidents aléatoires qui sont indemnisés par la solidarité Nationale. Pourquoi ne pas envisager alors une stabilisation voire même une baisse de nos primes d'assurances en Responsabilité civile Professionnelle ?

Programme de la 5^e promotion

l'enseignement a lieu à la Faculté de Médecine, rue de l'école de médecine à Paris

Date	Thème	Collège(s) organisateur(s)
Vendredi 28.01.2005 Samedi 29.01.2005	Surveillance de la grossesse Surveillance de la grossesse	Ouest + Midi Ouest + Midi
Vendredi 21.10.2005 Samedi 22.10.2005	Endocrinologie Sexologie	Est + Sud Est Normandie*
Vendredi 27.01.2006 Samedi 28.01.2006	Virologie Ostéoporose	Paris Ile de France Paris Ile de France
Vendredi 20.10.2006 Samedi 21.10.2006	Fertilité La femme et le sport	Normandie + Nord* Centre-Val de Loire
Vendredi 26.01.2007 Samedi 27.01.2007	Génétique Éthique	Sud Ouest Sud Ouest
Vendredi 19.10.2007 Samedi 20.10.2007	Cancérologie Cancérologie	Rhône Rhône

* Journées dont l'organisation revient au Collège de Gynécologie de Normandie, responsabilité que nous partageons avec le Collège du Nord pour la stérilité. Une sympathique collaboration en perspective.

ETUDE MISSION

L'étude MISSION diligentée par le laboratoire THERAMEX et dont l'objectif principal est de déterminer la prévalence du cancer du sein en France en recourant à l'observation de 6 600 cas de femmes ménopausées réparties en deux groupes égaux de patientes traitées ou non traitées peine à atteindre son but.

Au 6 octobre dernier, 4 779 patientes ont été recrutées (2 550 cas traités et 2 229 cas non traités). La Normandie fait figure de mauvais élève puisque c'est le moins bon Collège recruteur avec seulement 112 cas reçus pour 600 cas attendus.

Nous vous rappelons l'intérêt de cette étude destinée à éclairer le corps médical et les autorités publiques sur les effets du THS tel que nous le concevons en France. Cela ne sera pas sans retombées pratiques et éventuellement jurisprudentielles.

Nous espérons un sursaut des gynécologues normands afin de recruter de « nouveaux » gynécologues volontaires ou des « super » volontaires pour inclure les 1 800 dossiers manquants.

Un numéro vert est à votre disposition : 0 800 91 25 99
e-mail : contact@enquetemission.com



Pour fêter son 20^e anniversaire, la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale prépare pour le 19 mars 2005, une Journée consacrée aux Etats - Généraux de la Gynécologie Médicale qui se tiendra à Versailles.

On y parlera dès l'aube (9 heures), de la responsabilité médico-légale en gynécologie médicale, des obligations professionnelles. On y présentera l'histoire de 40 ans de Gynécologie Médicale. On espère faire venir des personnalités de grand renom : Simone WEIL ou Lucien NEUWITZ. L'après-midi sera consacrée aux recommandations en pratique médicale gynécologique : à propos de la stérilité et de la pathologie du col utérin d'abord, puis après un intermède d'une heure quarante cinq consacré au spectacle équestre de BARTABAS et la visite (au pas de course ou au galop) des écuries, la tête pleine d'étoiles, nous redescendrons sur terre pour évoquer la contraception, l'IVG médicamenteuse et le THS.

Un programme bousculé et plutôt timoré, esquissant les difficultés de la profession : les entraves à la réhabilitation de la GM et les sombres perspectives économiques des spécialistes exerçant dans le secteur libéral. Rien sur les formes d'exercice de la gynécologie en Europe et sur ce qu'attendent les femmes européennes. Rien sur l'organisation de la défense de notre profession et les perspectives d'action. Tout va très bien Madame la Marquise. Pour paraphraser Buster Keaton qui au sujet de l'université américaine disait qu'elle était « un immense terrain de sport muni d'une université », cette journée apparaît comme un très grand spectacle équestre flanqué d'Etats-Généraux très « soft ».

Suivront... un goûter avec gâteau d'anniversaire et l'Assemblée Générale annuelle, de 17 h 30 à 21 h 30, au cours de laquelle aura lieu l'élection présidentielle. Pia de REILHAC, en fin de mandat et statutairement non rééligible devra laisser son poste à une nouvelle tête !! ...suspens.

Jean-Louis SIMENEL

L'amulette



« Alors Madame Hauchecorne, comment allez-vous depuis la dernière visite ? J'aimerais surtout savoir si le traitement que je vous ai prescrit a bien soulagé vos douleurs.

– Bien Docteur ! Bien... mais pour être honnête, ne vous réjouissez pas trop vite. Parce qu'à la vérité, en sortant de vot' cabinet je suis allée voir le guérisseur qui m'a dit d'écrire sur un petit bout de papier, une prière et des souhaits. Avec un peu d'encre, il y a mis l'empreinte de son pouce et fait quelques signes mystérieux de la main au-dessus, puis il a roulé le papier comme un petit cigare et l'a mis dans un petit cylindre en verre qu'il a fermé avec un bouchon serti à une

petite chaînette. Il m'a dit de mettre ça autour de mon cou, de le garder jour et nuit, et de tâter le tube plusieurs fois par jour... Eh ben Docteur, vous me croirez si vous voulez, mes douleurs ont disparu. Alors... on peut pas dire si c'est vot' traitement ou sa prescription. Y m' semble bien tout de même que c'est le sien qu'a été efficace ! Faut admettre qu'ce gars là, il a une sacrée réputation ! Mais en toute logique Docteur, j'dois reconnaître qu'on ne peut pas savoir.

– Et aujourd'hui, qu'est-ce qui vous amène ?

– Eh ben, le traitement... ça a été efficace quelques semaines, mais v'la t'y pas qu'ça aurait tendance à me rechatouiller.

– Pourquoi ne portez-vous plus la chaînette avec le petit papier et la prière ?

– C'est qu'j'l'avions perdu ! On travaille tellement dur, que j'm'en étions pas aperçu sû l'coup ! J'n'avions plus autour du cou qu'la chaînette et le bouchon ! Ça risquait pas d'marcher. Alors comme on sait pas, je veux bien réessayer vos petits cachets bleus.

– Pourquoi ne retournez-vous pas voir votre guérisseur ? Vous auriez pu commencer par lui.

– C'est pour faire l'expérience Docteur, et puis... y m'a pris l'triple de vot' consultation, non remboursé, plus le prix du p'tit matériel et des bondieuseries. Ça a beau être un as, je m'suis dit que si vos petits cachets bleus faisaient l'affaire, valait mieux commencer par ça... ça s'rait toujou ça d'gagné ! ».

Mon séjour à Angkor à la Toussaint en 2002



Voici mon retour à Siem-Real après 50 ans d'absence.

En 1949, avec mon ami Georges François, j'avais visité Angkor. Georges était Enseigne de Vaisseau, il commandait en second un « dragueur » pour rechercher les « Viets » dans le delta du Mékong, en patrouillant sur les côtes de Cochinchine et d'Annam. De mon côté, je travaillais à Saïgon dans la fabrique des cigarettes « Bastos ». J'étais tout jeune chef de fabrication, on m'appelait « Con Tai », le fils du patron.

J'avais visité Phnom Penh, puis Vientiane au Laos. Le Cambodge était calme à l'époque, mais la guerre n'était pas loin au Tonkin avec le « Viêt-cong ». Le roi **Norodom Sihanouk** tout jeune était farouche opposant aux colonialistes français. Ce n'était pas la guerre, mais nous étions sur nos gardes, nous devions être prudents surtout le soir. Il nous fallait bien une heure en cyclo-pousse pour rentrer d'Angkor-Vat à Siem-Real. A la tombée de la nuit, les chauves-souris quittaient les galeries, les tours du temple. Des milliers s'envolaient formant comme un nuage noir. Je n'ai pas pu retrouver aujourd'hui l'odeur âcre des chauves-souris quand elles dormaient dans les temples ; je suppose qu'on les a tuées toutes car c'était une réserve à virus ; elles faisaient surtout des dégâts dans les galeries sur les bas-reliefs et perturbaient les touristes.

Ce qui m'avait impressionné autrefois, c'était la longueur et la finesse des bas-reliefs qui étaient sculptés tout autour au premier étage des immenses galeries d'Angkor-Vat : je me souviens des croyances hindoues, tel le mythe du « barattage de l'océan de lait ». Tout autour du temple, il y avait de larges douves qui l'ont protégé de l'envahissement de la forêt vierge.

A l'époque, nous étions souvent seuls en cyclo-pousse, sans guide, il n'y avait pas de touristes ; nous ne pouvions pas aller loin, nos connaissances devaient être

limitées. Nous n'étions pas écrasés par la chaleur humide car nous étions habitués à Saïgon, nous ne connaissions pas la climatisation.

Angkor était la découverte. Au détour d'une route de latérite, il faisait sombre sous les grands arbres, les gommiers, les amandiers, parfois les géants banians avec mille lianes enchevêtrées ; des insectes bruyants faisaient entendre leur cri strident, telles les cigales ; on découvrait au détour d'un chemin les ruines d'un temple sous des décombres, une tour effondrée, des galeries sans toit où les racines pénétraient entre les pierres.

La végétation tropicale, les pluies torrentielles pendant la mousson ont dû détruire petit à petit les temples qui avaient été abandonnés au XV^e siècle.

Les guerres entre les Chams, les Siamois qu'on appelle aujourd'hui les Thaï de Thaïlande, avaient déjà incendié et pillé Angkor au XII^e siècle.

Le grand Roi-Dieu Jayavarman VII avait reconstruit la ville d'Angkor-Thom à la fin du XII^e siècle, il avait construit le Palais Royal en bois dont il ne reste rien. On voit encore l'enceinte en latérite.

En quittant Angkor-Vat, nous prenons une route vers Angkor-Thom où l'on arrive par une large chaussée-digue en dalles, avec de chaque côté, des rangées de statues : 27 bons géants à gauche, 27 démons à droite. Devant nous, on découvre une porte monumentale pour laisser passer les



éléphants, et au-dessus « le gopura » ; il est décoré par quatre visages du Roi orientés vers les quatre directions de l'espace : il est surmonté de trois tours qui indiquent le triple joyau bouddhique.



Les pillards comme les Khmers rouges avaient détruit quelques géants, des bas-reliefs, des sculptures.

Les Bouddhistes très fervents ont parfois enlevé des sculptures Hindouistes comme les Lingas, les idoles phalliques ; les Khmers rouges ont détruit quelques magnifiques visages du Bayon, temple montagne avec les tours à

quatre visages : sur 54, il en reste 37 aujourd'hui.

Je vous parlerai ensuite d'un petit temple en grès rose avec des sculptures très fines : c'était « **Banteay-Srei** » un bijou, où Malraux avait kidnappé une déesse, plutôt une danseuse charmante, une Apsara, une Dévata, qu'il avait sciée en 2 parties pour l'emmener ensuite dans des caisses avec des bas-reliefs. Dans tous les temples d'Angkor, il y a des jeunes déesses Apsara qui sont souvent les gardiennes des Temples.

Malraux avait tout juste 22 ans, il s'était marié avec Clara Goldschmidt, jeune juive d'origine allemande, vive, cultivée ; elle était riche, mais en 1923, l'effondrement de la bourse l'a ruinée ; Malraux n'avait aucune intention de travailler, il s'intéressait avant tout à l'art, surtout à l'Extrême-Orient. Il explique à Clara qu'ils pourraient partir pour l'Indochine et enlever quelques statues dans un petit temple au Cambodge, pour les vendre à des collectionneurs riches.

Après avoir été reçu à l'École des Langues Orientales, il s'était fait donner une mission archéologique... Il avait l'intention de suivre la piste qui marque le parcours de **l'ancienne route royale Khmère** pour retrouver d'anciens temples... Il pensait qu'il y avait des petits temples encore inconnus le long de la Voie Royale du Siam au Cambodge jusqu'à Angkor. Il avait réussi à convaincre le directeur de l'École Française d'Extrême-Orient de lui donner pour son expédition, des charrettes cambodgiennes avec leurs conducteurs indigènes pour le transport de ses bagages. Ils ont eu beaucoup de mal à traverser la forêt vierge en passant par le village de Siem-Reap. Lors du retour, lorsqu'

ils ont chargé les caisses la nuit et pris une vedette pour rejoindre Phnom-Penh par le grand lac de Ton-le-Sap, les douaniers les attendaient ; ils ont été condamnés, car ils avaient volé des bas-reliefs.

Malraux condamné à faire 18 mois de prison fait appel à Saigon. Clara était retournée en France, les grands noms de la littérature ont fait une pétition pour demander aux juges la clémence. La peine a été réduite à un an avec sursis. En 1930, il écrit un livre sur « **La voie Royale** » et en 1933, il a obtenu le Goncourt pour « La condition humaine ».

Nous quittons le temple élégant « Banteay-Srei » littéralement « la citadelle des femmes ». Nous partons en voiture visiter une immense piscine royale olympique de plus de 3 500 mètres de long.

Après avoir marché sur une étroite digue, nous découvrons au milieu d'un grand bassin carré, une petite île verte, c'était le sanctuaire « **Le Neak Pean** » qu'on appelait « la fortune royale » avec des serpents nâgas, des têtes de cobras enroulés, génies des eaux : mais où sont les lotus que j'aimais tant autour des temples ? Nous avons découvert près du sanctuaire les chapelles d'ablutions avec les gargouilles d'où coulent des eaux guérisseuses où les malades priaient les Arhats, les Saints bouddhiques. Neak-Pean devait être une île miraculeuse dans le lac bouddhique.

Le soir, l'île se mire dans l'eau foncée avec la végétation des grands arbres tout autour. Nous nous sommes assis avec notre guide âgé « **Choupi** » qui avait des marques de la torture sur le cou. Il nous a expliqué que la boue des péchés venaient toucher les bords de l'île miraculeuse. Dans l'eau, il y avait « **le cheval Balaha à cinq têtes** » : c'était Vishnu maître de l'humanité.

Nous tournons le dos à Angkor-Vat, nous pénétrons à nouveau dans la capitale royale d'Angkor-Thom où il ne reste que deux des douze tours et **la Terrasse des éléphants** avec ses soubassements sculptés d'éléphants grandeur nature. Devant l'esplanade royale, des marches montaient vers la terrasse décorée de trois têtes d'éléphants.

Non loin, nous découvrons **la Terrasse du Roi Lépreux**, appelée ainsi, pourquoi ? C'est qu'au XIX^e siècle, un archéologue français avait découvert dans les fouilles de cette terrasse effondrée, une statue très belle avec une main aux doigts mutilés. On pense que **Jayavarman VII**, grand bâtisseur, était devenu mystique depuis qu'il avait été guéri de la lèpre : mais ce n'est pas une explication satisfaisante. On sait qu'il était très amoureux d'une concubine première dont la sœur était mystique. Un anthropologue récent

nous donne une autre explication : cette terrasse symboliserait le lieu du jugement dernier, on a retrouvé en sanscrit une inscription sur le socle de la statue d'origine : c'est « **le juge suprême des morts** » ou encore « le roi des morts ou des revenants », le roi lépreux n'avait pas de sexe, il était nu, glabre.

Jayavarman VII, fin du XII^e - début du XIII^e siècle, était devenu un véritable roi-dieu de son vivant ; son œuvre était considérable : il avait étendu l'empire des Khmers au-delà de l'ancienne Indochine ; il avait construit des hôpitaux, des routes, des gîtes d'étapes... C'est lui qui a construit le « **Bayon** » temple-montagne, avec ses 54 Tours aux visages énigmatiques car il était un fervent bouddhiste du Mahayana. Il respectait aussi les Hindouistes.

Auparavant, j'aurais dû vous parler du roi **Suryavarman II** (1113-1152) qui avait construit **Angkor-Vat** avec les fameux bas-reliefs comme des fresques. Les rois avaient abandonné Angkor au XV^e siècle, puis un autre roi avait redécouvert Angkor-Vat au XVI^e siècle lors d'une chasse à l'éléphant. Ce temple hindouiste était devenu depuis le XVI^e siècle un monastère bouddhique.

C'est **l'École Française d'Extrême-Orient** qui a mis en valeur Angkor dès le XIX^e siècle : en 1935, elle a reconstitué les temples suivant les méthodes de **l'Anastylose**. Autrefois, j'avais admiré la patience d'un archéologue qui travaillait avec quelques ouvriers, une camionnette et un treuil ; il numérotait toutes les pierres mises à plat pour reconstruire un temple, comme un puzzle.

Depuis 1975, **les Khmers Rouges** ont occupé le temple. Ils voulaient faire table rase de la culture populaire bouddhique et ils ont décapité les statues bouddhiques.

Claire Ly* a perdu sa famille, ses parents, son frère : elle nous parle de « l'enfer des Camps ». **Le génocide de Pol Pot** a massacré près de 2 millions d'habitants entre 1975 et 1979. Après 30 ans de guerre civile et d'occupation étrangère, il y a une réconciliation après la mort de Pol-Pot en 1998. Il y a pourtant 10 % de Vietnamiens qui commandent dans la police, ils ont la mainmise sur le Mékong.

Peut-on vraiment parler d'une paix durable ? Les Khmers ne veulent pas juger les criminels d'autant qu'il y a aujourd'hui 34 % de communistes parmi les partis au pouvoir. Ils



respectent le Roi mais son influence a diminué, il a 80 ans.

Le Cambodge est un petit peuple d'environ 10 millions d'habitants. 80 % vivent dans les campagnes avec la culture du riz. Dans la région de Siem-Reap, les paysans n'arrivent pas toujours à faire deux récoltes.

Les Cambodgiens sont tolérants, bienveillants, ils gardent le sourire. Dans leur langue, ils ne savent pas dire « Non ». Les asiatiques sont souvent gênés par les Occidentaux qui veulent toujours des réponses précises.

Devant l'injustice et la pauvreté, les Khmers sont résignés, quand ils ont

un mauvais **Karma** : c'est le destin. Ils ont confiance au **Samsara**, la réincarnation si nous faisons dans notre vie de bonnes actions.

Claire Ly disait que le Karma et le Samsara deviennent de vrais obstacles pour les Droits de l'Homme d'autant qu'il n'y a pas d'individu chez les Bouddhistes : nous ne sommes que des agrégations, **des particules**. C'était le titre du livre de Houellebecq.

Les Khmers sont bouddhistes dans la tradition populaire : le « Petit Véhicule », **le Theravada** était la culture bouddhiste la plus ancienne des moines. Aujourd'hui, il y a plus de 3 500 pagodes avec 50 000 moines, des écoles comme chez nous où il y avait autrefois des « Petits Séminaires ».

Au Cambodge, on rencontre souvent des jeunes avec la robe safran qui donne une note de couleur dans le pays. Je n'ai rencontré qu'une fois une bonzesse au Sri-Lanka. Il n'y a jamais de femmes dans les pagodes. Il y a souvent des fêtes autour des pagodes. Pour prier, les Cambodgiens viennent facilement apporter des offrandes, des fruits par exemple pour les bonzes. Ils aiment faire brûler des bâtons d'encens comme des cierges. Ils croient parfois aux esprits malfaisants dans les campagnes.

Je parlerai plus tard des mines dans le Cambodge et du déminage dans la région de Siem-Reap ou nous avons visité un atelier **d'Handicap-International**.

* claire LY était bouddhiste, elle vit maintenant en France ou elle est devenue chrétienne. elle vient de publier « L'enfer des camps Khmers rouges » (éditions de l'atelier 2002).