

Assises de défense de la gynécologie médicale

PARIS • 28 MARS 2010

HÔPITAL DE LA PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

**INTERVENTIONS
ET MESSAGES**

La journée des Assises	PAGE 1
La gynécologie médicale, 1930-2010 : 80 ans au service des femmes	PAGE 3
Aujourd'hui, pour la gynécologie médicale, quel avenir ?	PAGE 17
Tableaux et résultats de notre questionnaire-enquête	PAGES I à VIII
Les pouvoirs publics face à leurs responsabilités	PAGE 32
Perspectives pour la défense et le développement de la gynécologie médicale pour toutes les femmes	PAGE 49
Témoignages de femmes	PAGE 51
L'appel à la tenue d'Assises de défense de la Gynécologie médicale	PAGE 57
Lettre à Mme Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports (16 avril 2010)	PAGE 61
Lexique	PAGE 64

ASSISES DE DÉFENSE DE LA GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

Dimanche 28 mars 2010, 10h - 16h30 ■ La Pitié-Salpêtrière - PARIS

MATINÉE, 1^{RE} TABLE RONDE : 10H-11H30

La gynécologie médicale, 1930-2010 : 80 ans au service des femmes

Modérateur : Dr David Elia.

- **1930, aux origines de la Gynécologie médicale : une spécialité pour les femmes.**
Dr David Elia, gynécologue médical.
- **Une spécialité de santé publique : progrès réalisés et indices de santé.**
Pr Anne Gompel, professeur Université René-Descartes,
chef du service de gynécologie endocrinienne, Hôtel-Dieu, Paris
- **Une spécialité qui a accompagné l'accès des femmes à leurs droits :
contraception et IVG.**
Simone Iff, ancienne présidente du Mouvement Français pour le Planning Familial,
membre du Conseil économique et social ;
Geneviève Couraud, membre du bureau du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPP) ;
Dr Jean-Claude Magnier, gynécologue médical,
praticien hospitalier, service de gynécologie médicale, Hôpital Bicêtre.
- **La naissance du CDGM :
des médecins et des femmes ensemble pour la restauration de la spécialité.**
Claude Groussin, cofondatrice et coprésidente du CDGM ;
Benoîte Groult, écrivaine, message lu par sa fille Lison De Caunes.
Élisabeth Badinter, philosophe, message lu par Marie Stagliano ;
Florence Montreynaud, historienne, message lu par Claude Groussin.

MATINÉE, 2^E TABLE RONDE : 11H30-12H45

Aujourd'hui, pour la gynécologie médicale, quel avenir ?

Modérateur : Pr Anne Gompel.

- **Restauration universitaire de la spécialité et insuffisance du nombre de postes.**
Pr Frédérique Kuttenn, professeur Université Pierre-et-Marie-Curie,
chef du service d'endocrinologie et médecine de la reproduction, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris ;
Dr Gisèle Jeanmaire, gynécologue médicale, cofondatrice du CDGM : message lu par Frédérique Kuttenn ;
Florence Coussy, interne en gynécologie médicale,
ancienne présidente de l'Association des Internes en Gynécologie médicale (AIGM) ;
Mikaël Agopianz, président de l'Association des Internes en Gynécologie Médicale (AIGM) ;
Dr Geneviève Plu-Bureau, maître de conférences des universités, praticien hospitalier,
service de gynécologie endocrinienne, Hôtel-Dieu, Paris.
- **Les conditions d'exercice aujourd'hui, paroles de gynécologues médicaux.**
Dr Yanick Leflot-Savain, gynécologue médicale,
membre de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Picardie ;
Dr Marie-Josée Renaudie, gynécologue médicale, présidente du Syndicat des Gynécologues Médicaux ;
- Catherine Coblenche, sage-femme ;
Dr Jean Marty, gynécologue obstétricien,
secrétaire général du Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens (SYNGOF) ;
Message du Syndicat des Médecins Libéraux.

Les pouvoirs publics face à leurs responsabilités

Modérateur : Pr Frédérique Kuttenn.

- **La remise en cause du système de soins à la française.**
La loi HPST. Le transfert de compétences.
Nicole Bernard, CDGM.
- Intervention de Geneviève Fraise, philosophe.
- **Un " suivi gynécologique " sans gynécologues médicaux ?**
Dr Marie-Annick Rouméas, gynécologue médicale, coprésidente du CDGM, et
Dr Claire Coussirat-Coustère, gynécologue médicale, ancienne coprésidente du CDGM.
- Dr Héliane Missey-Kolb, gynécologue médicale, Réseau Gynécomed Ile-de-France.
- **La nécessité de la gynécologie médicale vue par les autres spécialités.**
Pr Bernard Cassou, Santé publique ;
Pr François Piette, gériatre ;
Pr Pierre Bourgeois, rhumatologue ;
Dr Pierre Panel, obstétricien, gynécologue-chirurgien ;
Dr Laure Chauvenet, cancérologue ;
Dr Jean-Louis Chabernaud et Dr Françoise Philippe, pédiatres ;
Dr Hélène Renoux, médecin généraliste.
- **Paroles de femmes :**
les femmes ne veulent pas renoncer au recours au gynécologue médical.
Noëlle Mennecier, coprésidente du CDGM ;
Marianne Siquin, CDGM ;
Catherine Hoebler, CDGM.

Perspectives pour la défense et le développement de la gynécologie médicale pour toutes les femmes.

Marie Stagliano, coprésidente du CDGM.

*Le CDGM remercie toutes celles et tous ceux
qui ont fait le succès de ces Assises de défense de la gynécologie médicale.*

La gynécologie médicale, 1930-2010 : 80 ans au service des femmes

1930, aux origines de la gynécologie médicale : une spécialité pour les femmes

David ELIA

Gynécologue médical.

**« La gynécologie médicale...
une jeune dame de 80 ans... les femmes,
comme les gynécologues, savent bien que
c'est une spécialité à part entière. »**

Nous avons une première session, une session au cours de laquelle je ferai un historique que beaucoup connaissent déjà. Anne Gompel va vous expliquer pourquoi la gynécologie médicale est une spécialité de santé publique, et puis ce sera les années Planning, avec les icônes comme Simone Iff et le Dr Magnier, puis nous finirons par la naissance du Comité de défense de la gynécologie médicale, avec Claude Groussin, qui est co-présidente du Comité.

Il me revient en quelques minutes de vous rappeler la naissance de la gynécologie médicale. C'est une jeune dame de 80 ans. En fait elle est née sur les fondements de 1931. On est entre les deux guerres, et des obstétriciens de bonne composition je dirais, et des gynécologues, non, des médecins, car ils ne sont pas encore gynécologues, des médecins décident donc de fonder la Société française de gynécologie. Et puis, en 1949, donc après guerre, arrive le Professeur Albert Netter, qui est une personnalité incontournable de l'historique de la naissance de cette gynécologie. Il milite pour elle et en pose en quelque sorte les fondements. L'endocrinologie, la gynécologie, se distinguent de l'obstétrique, de la chirurgie des femmes, de l'accouchement des femmes. En 1960, c'est la véritable naissance de la spécialité, puisque dès lors vont coexister deux certificats d'études spéciales, les CES, le Certificat d'études de gynécologie obstétrique et le Certificat d'études de gynécologie médicale. Ce sont deux troncs qui sont séparés, qui peuvent être reliés pour ceux et celles qui veulent faire les deux, mais qui peuvent être aussi parfaitement autonomes. Cela fonctionne bien jusqu'en 1987. Car on nomme, on diplôme, 130 gynécologues médicaux par an ; ce qui aujourd'hui est encore

le chiffre qu'il aurait fallu atteindre pour pérenniser donc notre espèce, qui malheureusement est en voie de disparition, sauf à voir aboutir nos efforts des uns et des autres.

En 1987, c'est la réforme des études médicales.

La réforme des études médicales, c'est là que la spécialité va disparaître, une sorte de hold-up sur la gynécologie médicale. Voilà comment cela se passe. Les CES sont remplacés par des DES, des diplômes d'études spécialisées, et ces DES sont pour les seuls internes, ceux qui sont nommés au concours de l'internat. A ce moment-là, la gynécologie médicale disparaît, et seule persiste la gynécologie obstétrique, qui est, on le sait, une spécialité qui a beaucoup à faire d'ailleurs, qui fait ce que la gynécologie médicale ne peut pas faire puisqu'il s'agit des cancers, de la chirurgie, de l'obstétrique, et on commande de ne plus enseigner la gynécologie médicale. Et à ce moment-là, et bien qu'il y ait eu des démarches au niveau ministériel, on a vu apparaître une espèce de diplôme complémentaire en deux ans à l'obstétrique, mais ce diplôme ne sera pas qualifiant, ce qui veut dire qu'en fait il n'a pratiquement aucune valeur. A partir de ce moment-là, 7 gynécologues médicaux par an vont être nommés, en contraste avec les 130 diplômés d'au-paravant.

En 1997, 10 ans après, se crée le Comité de défense de la gynécologie médicale, et immédiatement, ce comité milite pour deux objectifs. D'abord la restauration d'un diplôme spécifique qualifiant de gynécologie médicale, et, puisque l'évolution des dépenses de santé a amené à ce que ne soit plus garanti le libre accès de patients et patientes à un certain nombre de spécialités, le Comité est amené à revendiquer le libre accès à la gynécologie médicale. Il s'agit d'un combat difficile. Il est passé par mars 2000, avec, pour la première pétition qui circule auprès des femmes, le recueil d'un million de signatures, puis octobre 2001, avec le recueil de deux millions de signatures. Et en juin 2002, le ministre M. Mattéi reçoit le Comité de défense de la gynécologie médicale et s'engage à créer un diplôme de gynécologie

médicale. Ce qui fut fait puisque, en février 2003, paraît un décret créant le Diplôme de gynécologie médicale.

On aurait pu croire que c'était gagné, que finalement la parenthèse de 1987 à 2003 se refermait et que les gynécologues médicaux et médicales allaient réapparaître.

En fait, non, puisqu'on est resté sur le système du diplôme réservé aux internes. Vous savez que les internes ont un certain nombre de spécialités à choisir selon un nombre prédéterminé par le gouvernement. Or, actuellement, toute cette agitation semble avoir été matée, puisqu'on offre 20 postes chaque année, 27 cette année, au choix des internes, alors qu'il en faut 130. Le calcul est vite fait. Cela va s'éteindre, c'est pour cela que je parle d'une spécialité en voie de disparition.

Autre combat en 2004-2005, c'est l'accès direct aux gynécologues médicaux. Les femmes ne devraient pas avoir l'obligation d'aller voir leur médecin généraliste pour obtenir « l'autorisation » d'aller voir leur gynécologue. Début 2009, Mme Bachelot dit oui à l'accès direct, mais refuse de l'écrire. Donc cela veut dire que l'on sera soumis au bon vouloir des ministres qui se succèdent. En octobre 2009, le Comité, jugeant la situation grave, c'est le moins que l'on puisse dire, décide de tenir des Assises.

Enfin, qu'est-ce que la gynécologie médicale ?

Est-ce une spécialité superflue, qui viendrait doubler une spécialité déjà faite par le généraliste, les obstétriciens ? On pourrait dire : quel luxe, en France, que d'avoir cette spécialité qui est faite déjà par d'autres médecins. Or les femmes, comme les gynécologues, savent bien que c'est une spécialité à part entière, puisqu'il s'agit de choses extrêmement complexes, comme l'histoire de l'évolution des femmes et les progrès dans la santé des femmes l'ont prouvé, à savoir l'endocrinologie. L'endocrinologie n'est ni du domaine du médecin généraliste, ni de celui du gynécologue obstétricien, cette endocrinologie-là, spécialisée, en plus. Bien sûr on peut faire du diabète et de la thyroïde, mais les femmes ont bien le droit d'avoir un médecin spécialiste de leurs glandes endocrines. Ces glandes, du fait de la reproduction, ces glandes endocrines, sont particulièrement demandeuses de ces spécialistes.

J'ai aussi eu la chance de pratiquer au moment où la contraception est arrivée. Ma mère allait en Suisse chercher des diaphragmes et des spermicides, elle militait au Planning avec Simone Iff.

On a eu quand même cette chance extraordinaire d'avoir vu et accompagné cette évolution sociale et ce

changement de mentalité induits par cette première liberté, qui allait en appeler bien d'autres, de faire un enfant, de décider de faire un enfant, quand on veut, si on veut, pour paraphraser le slogan du MLF. Et puis il y a eu la fécondation in vitro, Louise Brown, 1979. Il y a la stérilité en général. Un couple sur 10 ne peut pas avoir d'enfants. Et il y a le dépistage des cancers. On nous taxe souvent de « mémères à frottis », « de pères à frottis ». Je le revendique. Cela veut dire quoi, de faire ces frottis ? Il faut les faire, et c'est grâce à cela que nous avons une diminution importante du nombre de décès par cancers du col. Ce n'est pas le généraliste qui peut le faire, ou alors il faudra en payer la conséquence et qu'il devienne gynécologue médical. Bien sûr il peut le faire, il n'y a pas des gens qui peuvent et d'autres pas, mais, dans son exercice particulier, il ne pourra pas le faire. Cela demande du temps. Il ne le fera pas. Et puis je ne suis pas sûr que les femmes en aient envie, parce qu'il y a autre chose qui s'est passé et qui se passe entre le gynécologue et sa patiente.

C'est cette intimité, cette écoute, ce temps passé à entendre, pas seulement leur pathologie, la majorité de nos patientes vont bien, merci. Simplement, le gynécologue médical, c'est un médecin auquel on peut dire des choses simplement, que l'on ne peut pas dire ailleurs, rapidement, sans que cela soit difficile, et c'est la perte de cette intimité qui est programmée. Et donc si aujourd'hui nous avons moins d'hystérectomies que la plupart des pays, si nous avons véritablement réussi à avoir la meilleure survie dans le monde après un cancer du sein, j'ose penser que c'est grâce à nous et que nous sommes un véritable filtre entre les patientes, les femmes, et les obstétriciens-chirurgiens. Je ne leur en veux pas, il en faut. Je suis bien content d'envoyer mes patientes quand il le faut voir un obstétricien-chirurgien, un accoucheur, il en faut.

Alors pourquoi en sommes-nous là après 80 ans d'une existence forte et très riche de gynécologie médicale ? En somme, il y a une opposition, une lutte fratricide, entre les tenants du pouvoir obstétrique et les tenants du pouvoir médical. Les raisons en sont navrantes. C'est le mépris du chirurgien-obstétricien envers la gynécologie médicale, la considérant comme une sous-spécialité, parce que, pour lui ou elle, c'est là, dans les blocs opératoires, que se passent les vraies choses, et que, dans les cabinets de gynécologues médicaux, c'est du blabla qui ne sert à rien. Ce pouvoir chirurgical a gagné la partie, quasiment, et si nous ne réagissons pas et ne remobilisons pas les femmes, cette spécialité disparaîtra dans quelque 10-15 ans. Nous serons au musée Grévin.

Une spécialité de Santé publique : progrès réalisés et indices de santé

Anne GOMPEL

*Professeur Université René-Descartes,
chef du service de gynécologie endocrinienne,
Hôtel-Dieu, Paris.*

**« On est le pays où il y a le moins
d'hystérectomies... Pour le cancer du sein :
une des meilleures survies en Europe,
84 % à 5 ans. »**

Tu m'as précédée, David, dans la profession, qui est extrêmement féminine, puisque 90 % des gynécologues médicaux sont des femmes. On a bien sûr quelques messieurs, et nous remercions ceux qui sont là. Effectivement, la gynécologie médicale est différente de la gynécologie obstétricale, qui est partiellement chirurgicale pour les obstétriciens s'occupant d'accouchement.

Et on ne forme pas de la même façon quelqu'un qui veut devenir un chirurgien ou un médecin. Et les phénotypes de ceux qui choisissent la médecine ou la chirurgie ne sont pas les mêmes. C'est vrai pour toutes les autres spécialités, et, en gynécologie, on nous conteste la possibilité d'avoir des médecins formés différemment des gynécologues obstétriciens.

Une des raisons également de dire qu'il faut continuer à former des gynécologues médicaux, c'est qu'il n'est pas logique de former en cinq ans des chirurgiens, pour qu'ensuite un certain nombre d'entre eux s'installent comme médecins sans avoir eu de formation sur l'exercice médical.

La filière de gynécologie médicale implique de passer dans les services d'obstétrique et de chirurgie, mais pour un temps limité, car notre exercice est différent. Nous ne pratiquons ni la chirurgie, ni l'obstétrique, même s'il faut les avoir vues au cours de notre formation, mais, comme tu l'as très bien dit, il y a dans notre travail une partie endocrinologie et une partie cancérologie ; puis la psychosomatique, puis l'interaction avec toutes les autres spécialités médicales, c'est aussi une grande partie de notre travail. Ce que n'ont pas forcément le temps de faire les obstétriciens, qui sont formés à une partie plus chirurgicale, que nous, médicaux, ne pratiquons pas, et que nous ne connaissons pas. On ne fait donc pas le même métier, d'autant que la médecine devient de plus en plus compliquée, de plus en plus pointue, et donc mieux se former est utile pour le soin des patients.

La gynécologie médicale commence, avant la puberté, avec la gynécologie pédiatrique, puis s'occupe des cycles, des saignements, des traitements hormonaux, de la pré-ménopause, puis de la ménopause, des pathologies du sein. On a appris à traiter avec des médicaments plutôt qu'à opérer, à faire des diagnostics de bénignité qui permettent de ne pas aller jusqu'à la chirurgie, et puis aussi de pathologies bénignes de l'utérus et des ovaires. On verra tout à l'heure qu'on est le pays où il y a le moins d'hystérectomies parmi les pays développés, parce qu'on a appris, grâce à cette école mixte d'endocrinologie et gynécologie, à manier les traitements hormonaux. Il faut savoir qu'on a une pharmacopée tout à fait exceptionnelle, car on a plusieurs classes de progestatifs. De moins en moins, parce qu'ils sont supprimés pour des raisons économiques par les laboratoires, mais on sait traiter avec des médicaments, et vous verrez que, bien qu'on soit le pays qui ait le plus d'utérus, on a le moins de cancers de l'endomètre. Et puis il y a la contraception. La contraception de la femme lambda qui n'a pas de risques, mais il y a aussi celle de toutes les femmes qui ne peuvent pas prendre ces contraceptions lambda, et ça, c'est beaucoup de ce que l'on traite, et l'infertilité, les questions liées à la sexualité, la psychosomatique, et cela, ça prend du temps. Il est vrai que les premières consultations sont longues, surtout quand la femme vieillit et qu'elle a accumulé un certain nombre d'événements médicaux dans sa vie. On fait de l'éducation thérapeutique (maintenant c'est très à la mode, mais on n'a pas attendu que cela soit à la mode pour le faire), l'éducation, la prévention, et puis évidemment l'examen clinique. Quand tu dis : « On déshabille les femmes, on leur fait des frottis et elles se rhabillent », c'est un peu rapide, parce qu'on fait une foule d'autres choses quand même au cours de cette consultation. C'est vrai qu'il va y avoir un relais par les généralistes et les sages-femmes, qui vont assurer le suivi gynécologique des femmes. On va en discuter cet après-midi. Est-ce que tous ces aspects-là seront pris en compte de la même manière ? On n'en est pas complètement convaincu(e)s.

Donc prévention et dépistage précoce des cancers gynécologiques et mammaires par un interrogatoire prolongé. Cela prend du temps. Aux étudiant(e)s, je dis : 90 % de la médecine, c'est dans l'interrogatoire. Après, l'examen clinique confirme, et les examens complémentaires confirment un diagnostic que l'on a déjà évoqué à 90 % à la sortie de l'interrogatoire.

L'interrogatoire doit être long, on prend son temps et l'on évalue non seulement l'histoire de la patiente mais l'histoire de sa famille, son histoire psychologique, etc.

C'est de la médecine, cela prend du temps. Mais c'est bien. Education, traitement des dépistages, maladies sexuellement transmises, on sait le faire, et donc c'est différent de la chirurgie et des accouchements. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y ait pas des gynécobstétriciens qui sachent le faire, et tant mieux, et des généralistes aussi, et tant mieux, des sages-femmes, tant mieux, mais cela ne remplacera probablement jamais **une spécialité à part entière**, qui demande un certain temps d'années de formation, et qui demande du temps d'exercice lors de la consultation.

On a besoin de tout le monde, on n'est pas là pour dire que nous sommes meilleur(e)s que les autres, mais une spécialité comme toute autre spécialité. C'est **une spécialité de santé publique**, on verra les indices de santé des femmes en France, spécialité de santé publique qui assure en même temps une prise en charge individuelle, à la carte, adaptée à chaque patiente. Alors il y a des médecins avec lesquels on ne s'entend pas bien, il y a des patientes avec qui on ne s'entend pas bien, eh bien alors elles changent de praticien, cela existe, c'est la vraie vie. Mais on essaie de s'adapter dans les prescriptions, à la carte, et aux risques. Tu l'as dit : c'est très important, et c'est pour cela que le Comité de défense de la gynécologie médicale a été créé beaucoup par les femmes, Claude en parlera tout à l'heure, c'est ce qui a permis les bons indices de santé par la prévention.

On a une des meilleures survies d'Europe à cinq ans du cancer du sein. Le dépistage du col - qui n'est pas organisé, contrairement à ce qui est fait ailleurs - fonctionne assez bien, jamais assez, parce que tout le monde n'est pas dépisté. 100 % des gynécologues font des frottis, 8 à 12 % des généralistes, car, comme tu l'as dit, cela prend du temps, et il y en a un certain nombre qui n'ont pas envie de le faire, et des femmes qui ne veulent pas que ce soit le médecin traitant qui le leur fasse. On a le taux le plus faible d'hystérectomies, ce qui veut dire que l'on a su manier des hormones, cela a permis de garder les utérus. Il n'y a que 6,2 % des femmes qui n'ont plus d'utérus.

On s'occupe aussi d'endométriase, de fibromes, d'information sur les MST, de la contraception, et puis la population vieillit.

On a besoin de plus en plus de gens pour s'occuper des problèmes de plus en plus compliqués chez les femmes âgées.

Maintenant, entrons dans les indices hard, d'abord **l'espérance de vie, en France**. Elle continue à augmenter. Actuellement, pour les femmes, on est à 84,6 ans en moyenne. On est toujours en avance par rapport aux hommes, et je ne sais pas si c'est grâce à la gynécologie médicale. C'est peut-être associé à un certain nombre de conduites sociales et culturelles des femmes qui sont des conduites moins à risques, et pas forcément parce que nous sommes là. Ce qui est intéressant est qu'à l'âge de 60 ans, les femmes ont encore 27 ans d'espérance de vie.

La démographie. Les chiffres au 1er janvier 2008 : 32 millions de femmes ; moins de 20 ans : un peu plus de 7 millions ; de 20 à 64 ans : un peu plus de 18 millions ; plus de 65 ans : presque 6 millions. Cela veut dire que l'on peut considérer qu'il y a 24 millions de femmes (sans compter les 15-20 ans), qui sont concernées par une consultation de gynécologie, et encore plus après l'âge d'une quarantaine d'années. Les populations, d'après la démographie, qu'il faut prendre en charge sur le plan gynécologique : si on calcule cela en fonction de la densité moyenne française des gynécologues qui exercent probablement comme gynécologues médicaux - cela, ce sont les chiffres donnés par l'Observatoire médical - cela donne 7 gynécologues médicaux pour 100.000 femmes. De 15 ans et plus, selon le rapport Berland.

Donc les jeunes n'ont plus accès aux gynécologues médicaux dans les délais normaux, il y a perte de la qualité de suivi, et cela va aboutir à des inégalités sociales. On y reviendra.

Les indices de santé : cancer du sein, une des meilleures survies en Europe à 84 % à 5 ans (Source : Nadine Bossard et coll., « Surveillance des cancers en France : état des lieux et perspectives en 2007 », in Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 13 mars 2007, n° 9-10). Et d'autre part, on lit dans une publication très sérieuse, le British Medical Journal, en 2008 (J. et Al. Gentil-Brevet), que ce suivi gynécologique est associé avec une meilleure survie du cancer du sein, plus de 25 % à 7 ans, conséquence du suivi, et donc de meilleur pronostic, et c'est en France.

Si on regarde les survies, cette publication permet de voir une survie à 5, à 7 ans, entre les années 90-94, et 97, la France a encore augmenté sa survie. Les chiffres 2000-2002 idem. On n'est pas tout à fait les meilleurs d'Europe. La Suède et la Finlande sont les meilleures d'Europe, car ce sont des pays nordiques et non latins, et ils sont extrêmement disciplinés. Pour un pays latin, on est bons, compte tenu du fait qu'il n'y avait pas de dépistage organisé (il s'est mis en place tardivement), et que l'adhésion à celui-ci n'est pas très bonne. Et cela parce que les femmes sont bien suivies, et qu'elles adhèrent à leur suivi gynécologique, qui a constitué depuis longtemps un dépistage individuel ayant précédé le dépistage national organisé.

La courbe d'incidence est liée aux facteurs de risques et au dépistage. L'incidence, c'est le nombre de cancers diagnostiqués. En ce qui concerne la mortalité, c'est intéressant. La mortalité baisse dès les années 90 et 95 ; elle a commencé à baisser bien avant l'organisation du dépistage organisé. Celui-ci a démarré fin 90 et s'est mis en place nationalement en 2004. Actuellement, il y a moins de 60 % de femmes qui y adhèrent. Cela dépend des régions. En fait, celui-ci a été précédé par le dépistage individuel. Nous, les gynécologues, nous leur prescrivons tous les deux ans une mammographie à partir de l'âge de 50 ans. Donc ce dépistage a sûrement

conduit à la baisse de la mortalité par cancer du sein, due à l'efficacité du dépistage et à l'accès au traitement, qui sont de bonne qualité en France. Il est vrai qu'on a une filière de soins qui jusqu'ici est restée de bonne qualité, qui est en train de se dégrader à toute allure. Je ne suis pas sûre que les bons indices de santé vont persister. Donc la baisse de mortalité est due à deux effets conjugués : accès aux traitements efficaces et filière de soins corrects, dépistage qui fonctionne.

Les indices (Voir les graphiques en annexe).

Si on compare avec les autres pays (source OMS) : en France, on avait une mortalité plus faible que les autres pendant des années et des années, et puis, là, ils nous ont rattrapés, parce qu'ils ont mis en place, en particulier en Angleterre, un dépistage systématique. Vous voyez, ils restent au-dessus de nous. Le Canada est en train de nous dépasser un peu. On peut se poser des questions sur ce qui s'est passé depuis 97-98, 2000 (diminution des gynécologues ???). On pourra en rediscuter.

Vous allez voir : c'est la même chose avec tous les cancers. C'est extrêmement intéressant.

Cancer du col : vert, plus forte incidence, rouge, moins forte incidence. Ce n'est pas la mortalité. La France a une incidence qui n'est pas si faible que cela (vert pâle), mais ce qui est intéressant, c'est que la mortalité est dans la zone vert très pâle, ce qui indique que nous dépistons très tôt. Et donc on empêche de mourir. Probablement, le dépistage marche. Si on regarde comment cela se passe, l'incidence en 75-95 et la mortalité montrent que, grâce au dépistage spontané, puisqu'il n'y a pas de dépistage de masse à cette époque, on a divisé par 4 l'incidence et par 2 la mortalité.

Si on regarde la courbe française par rapport aux autres pays (l'Amérique, l'Angleterre où il y a un dépistage mis

en place par les infirmières de santé, et puis le Canada - ces deux pays, Amérique et Canada, n'ont pas de dépistage organisé), vous voyez que la France est située largement en dessous de ces pays en termes de mortalité. Ces chiffres sont intéressants. Mais en ce moment, nous sommes rejoints par eux et nous stagnons.

Moins d'hystérectomies : 6,8 % des femmes contre 40 % aux USA, 20-30 % dans les autres pays européens. 6,8 %, c'est quand on intègre tous les âges des femmes, de la naissance à la mort. Après 50 ans, on est à 14 % de femmes sans utérus. Et pourtant en 2000, en termes de cancers du col de l'utérus, l'incidence est de 9,2 pour 100 000. On a le taux le plus bas d'Europe. Alors qu'on a le plus grand nombre d'utérus.

En termes de mortalité, une fois le cancer du col de l'utérus déclaré, la mortalité est équivalente.

Pour le cancer de l'ovaire, il n'y a pas de dépistage, car c'est un cancer qui évolue très vite, et on n'a pas les moyens de le dépister. Pour le col, c'est le frottis. Pour le sein, c'est l'examen clinique, car on retrouve ainsi 20 % des cancers non trouvés par la mammographie. La mammographie ne suffit pas, mais elle rend tout de même des services. Il faut coupler les deux. Et si on remplace des gynécologues par une infirmière qui fera le frottis, ce ne sera pas le même service rendu, d'autant qu'une gynécologue évalue tous les autres risques de la patiente : les risques cardio-vasculaires, les risques osseux, d'ostéoporose, les mélanomes, etc. Et on dit en même temps de ne pas manger gras, de ne pas s'exposer au soleil, et une foule d'autres choses, je n'insiste pas, car vous le savez.

J'espère que je vous ai convaincus en vous montrant les bons indices de santé féminins et pourquoi il faut garder la gynécologie médicale.

Une spécialité qui a accompagné l'accès des femmes à leurs droits : contraception et IVG

Simone IFF

Ancienne présidente du Mouvement Français pour le Planning Familial, membre du Conseil économique et social.

« Vous avez maintenant ce rôle particulier du suivi médical dans un climat de confiance... Les millions de signatures témoignent du rôle indispensable que vous avez. »

La raison de mon intervention sera de faire un peu d'histoire. J'ai réfléchi sur ce que nous ont appris les années d'illégalité au Planning. On a commencé à ouvrir des centres en 1961. La contraception a été légalisée en 1967. Nous avons fait, au Planning, un travail de formation très intéressant auprès des femmes et des jeunes internes. Il n'y avait alors aucune réponse institutionnelle. Nous n'avions à ce moment-là que le diaphragme comme méthode contraceptive. Le diaphragme a posé des problèmes très intéressants parce que son utilisation nécessite, pour une femme, de

toucher son corps et, plus précisément, son sexe. Un médecin ou un non-médecin apprenait aux femmes à poser le diaphragme. Nous avons été confrontés à cette énorme et double demande : pouvoir contrôler les naissances et en même temps dépasser les tabous et interdits entraînés par l'ignorance. Ce travail a eu lieu entre médecins et non-médecins. Nous faisons l'analyse de la pratique. Il y a eu quelques médecins encore imbus de leur savoir et je me rappelle m'être fait « engueuler » par une gynécologue très titrée parce que j'avais montré un diaphragme à une femme. C'était un crime de lèse-majesté d'autorité. Mais c'était un cas particulier. Ensuite a émergé la double demande de tous, à savoir la sexualité, le plaisir, avoir des enfants ou pas, avoir ou ne pas avoir de plaisir. Et pour vous, gynécologues, c'est le b.a.-ba quotidien pour chaque femme et ses partenaires.

Si la contraception est considérée comme magique, nous n'avons pas fait notre travail de formation. Si c'est une prescription sans qu'il y ait, pour la femme, une appropriation de son corps, nous n'avons pas aidé à ce travail d'autonomie, de libération et de partage.

Quand est arrivée la proposition des pilules, on avait déjà appris aux femmes à connaître leurs organes génitaux avec le diaphragme ; après il fallait leur faire comprendre les cycles hormonaux. Jusque-là on savait seulement que, quand les règles arrivaient, la mayonnaise tournait ! Oui, cela faisait partie de la vox populi, et nous avons donc repris le chemin des explications. Je me souviens d'un journaliste qui me demandait de lui expliquer comment il se faisait que tant de femmes oublient leur pilule et pourquoi les femmes ont tant de difficultés. Je lui ai dit : « Vous savez comment cela fonctionne ? » « Je ne sais pas, cela arrête les règles. » Je lui ai répondu : « Tant que nous serons dans l'ignorance du fonctionnement de notre corps, cela voudra dire que n'aura pas été fait le travail de prise d'autonomie. »

En plus, chaque année, il y a une nouvelle génération, et vous comprenez qu'il faut recommencer constamment. Quand on dit : « L'information sexuelle, mais on l'a déjà faite ! », il faut savoir que cette fille et ce garçon n'ont que treize ans, et avant-hier, ils avaient dix, douze ans... Donc voilà le premier apprentissage qu'on a fait communément jusqu'en 1967. Le Planning faisait des cycles de formation médicale. J'avais entendu dire, à ce moment-là, que pour un certain nombre de médecins, s'inscrire au Planning c'était se faire une clientèle en trois mois au lieu d'un an. Pourquoi pas ? C'est vrai, on manquait tellement de médecins que nous étions très contentes de les voir venir ; il y avait aussi ceux qui, pendant leur internat, ne supportaient plus les avortements clandestins rencontrés... Beaucoup

sont venus au Planning demander des formations, car cela leur était insupportable.

Puis, en 1973, notre deuxième période d'illégalité commença. Au congrès, nous avons voté que nous pratiquions des avortements dans les centres d'orthogénie du Planning familial. C'était quand même une sacrée aventure. Heureusement que Karman avait passé l'été précédent en France parce que, autrement, nous n'aurions pas pris ce risque. Notre objectif était de former des médecins, de plus en plus de médecins. On avait plutôt trois médecins qu'un quand on faisait deux fois par semaine des interruptions de grossesse. Et ce travail était fait en commun.

On avait bien sur une certaine crainte. On avait bien dit que, s'il y avait une hémorragie, tant pis si on risquait d'être poursuivis, mais nous emmènerions la femme à l'hôpital. C'était évident. Nous avons appris dans nos centres d'orthogénie qu'il faut parler avec les femmes, mais pas dans n'importe quelle position. On ne parle pas à une femme quand elle a les pieds dans les étriers ou qu'elle est à moitié déshabillée. Ce n'est pas le moment d'un vrai dialogue. Maintenant ces connaissances se sont largement répandues. A ce moment-là c'était un travail commun de médecins et non-médecins, avec la conscience de cette illégalité, et la conviction profonde que ce que nous faisons était bien, que nous avons raison de le faire, et tant pis si l'on était poursuivi. Cette bataille a été tellement dure et longue, je pense que peut-être, après, le Planning a un peu baissé les bras dans la mise en application des lois. Je disais tout à l'heure à David Elia qu'on aurait peut-être dû continuer à faire avancer ensemble ces pratiques médicales, mais les héros étaient fatigués. On avait travaillé bénévolement et tellement dur pendant des années !

C'est une expérience tout à fait unique qu'a pu avoir le Planning avec des femmes : recherche du plaisir, de l'autonomie, et travail en commun dans les équipes. Quand je vous entends, je vois que vous êtes arrivées à créer pour votre spécificité les conditions pour répondre à cette profonde demande. Si on diminue votre place, s'il n'y a pas ce travail régulier auprès des femmes, qui donne une autre dimension à la prescription contraceptive et contribue à la prévention des risques cancéreux, il ne faut pas s'étonner qu'il y ait encore de nombreux avortements. Vous avez maintenant ce rôle particulier du suivi médical dans un climat de confiance.

Voilà, je voulais rappeler ce temps de l'histoire, que vous-même avez repris sur un plan professionnel. Non, cela ne peut être arrêté. Je dois dire que les millions de signatures témoignent du rôle indispensable que vous avez.

Geneviève COURAUD

Membre du bureau du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF).

« Je représente le Bureau confédéral national du Planning Familial. Je vous apporte son soutien au combat que vous menez... Les millions de signatures témoignent du rôle indispensable que vous avez. »

Mesdames, Messieurs, Cher-e-s ami-e-s,

Bonjour,

Je remercie le Comité de Défense de la Gynécologie Médicale de m’avoir invitée aujourd’hui aux Assises de défense de la gynécologie médicale, où je viens au nom du bureau de la Confédération du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) apporter notre soutien dans le combat que vous conduisez depuis de si nombreuses années, contre la disparition programmée d’une spécialité dont vous deviez être – et dont vous ne serez pas, parce que nous allons nous battre ensemble – les dernier-e-s représentant-e-s.

Nous nous étions rencontrées le 23 juin 2009 au Sénat lors de la conférence de presse que vous aviez convoquée dans l’urgence, en réaction à la décision de la Commission Mixte Paritaire, donnant satisfaction au Gouvernement, de supprimer du texte de loi l’accès direct au gynécologue sans aucune pénalisation, malgré l’amendement voté précédemment par les sénateurs.

Je m’y étais retrouvée au côté de Simone IFF, militante historique du Planning, pour représenter le MFPF. Grande était alors notre consternation devant une mesure aussi stupide et injustifiée, qui ne tenait aucun compte de la demande de millions de femmes en France de pouvoir consulter leur gynécologue à leur guise sans passer par leur médecin traitant.

Comment ne pas être atterré en effet de voir s’éteindre une spécialité française qui n’existe nulle part ailleurs et assure aux femmes un suivi de leur santé et de leur vie sexuelle dans tous leurs aspects, des problèmes de la sexualité au dépistage des cancers, au traitement des troubles endocriniens de la ménopause et des atteintes spécifiques de l’âge ?

Aujourd’hui, nous voici à nouveau réunies pour des Assises que vous avez convoquées afin de retrouver le public qui vous soutient depuis tant d’années.

Nous nous étions dit, en nous quittant en juin dernier, que, si les relations entre la gynécologie médicale et le Planning avaient naguère été tendues, en particulier sur la question de l’exercice par les médecins généralistes du suivi gynécologique des femmes, il était temps de cheminer ensemble, que nous devions être **solidaires** parce que **complémentaires** et non pas concurrents.

Ces Assises organisées par le CDGM sont aujourd’hui l’occasion de nous parler et de repenser ensemble nos complémentarités.

Pourquoi complémentaires ?

Parce que, si les gynécologues médicaux/les dans leurs cabinets et les conseillères conjugales et médecins des centres de planification et des EICCF (Etablissements d’Information, de Consultation et de Conseil Conjugal et Familial) du MFPF s’occupent les uns et les autres de santé reproductive, de contraception et d’avortement, la philosophie, le mode d’approche, l’histoire, les objectifs de ces deux activités ne sont pas les mêmes.

Au Planning familial on s’occupe aussi d’éducation à la santé sexuelle et reproductive, d’éducation populaire, de violences faites aux femmes, de lutte contre le sida, etc. On cherche à toucher une frange large de la société, à créer des effets d’éducation de masse, par les séances d’éducation sexuelle à l’école, par exemple. Les gynécologues médicaux/les, de leur côté, ont une approche autre des femmes qu’ils /elles accompagnent individuellement tout au long de leur vie, et ce n’est pas un mince mérite que de suivre les femmes jusque dans la vieillesse, et même l’âge très avancé.

Pour résumer, le Planning a une vision transversale de la population des femmes (sans oublier celle des hommes), les gynécologues, une vision verticale, sur la durée d’une vie humaine.

On voit bien que ces deux perceptions se croisent sans se chevaucher, on voit bien en quoi elles se complètent. On voit bien qu’elles doivent être solidaires.

Pour en revenir aux combats que nous avons partagés et que Simone Iff et Jean-Claude Magnier ont évoqués, combats qui ont permis les lois Neuwirth (1967) et Veil (1975), ils ont dû, pour aboutir, être conjointement portés par des médecins et par des associations de femmes, c’est cette mobilisation qui a fait bouger les lignes politiques.

Cette conjonction des mouvements de femmes, des spécialistes des questions de santé, et des politiques s’est à plusieurs reprises retrouvée dans l’histoire des femmes (qui n’est en fin de compte pas si longue), parfois mue par de bonnes et de mauvaises raisons à la fois, pour faire avancer nos droits.

Ainsi en 1909, lors de la création du congé de maternité pour les femmes. Au sortir de la guerre de 70 (1870), où la France avait été battue par la Prusse et l’Allemagne qui avaient pu mobiliser d’impressionnantes ressources humaines, le camp militariste, pensant que l’échec français était dû à l’infériorité en nombre des troupes françaises, cherchait des solutions pour que les femmes fassent davantage d’enfants (de la chair à canon). Dans le même temps, les médecins-députés, qui siégeaient en nombre à l’Assemblée nationale, s’inquiétaient de la mortalité des nourrissons et de celle des mères, obligées de retravailler sitôt après une naissance. Sous la pression conjointe des associations de droits des femmes et des médecins, s’appuyant sur le projet des militaristes, le sénateur de Paris Strauss a obtenu, après vingt ans de luttes, la création du congé de maternité pour les femmes, qui sera, dix ans après, inclus dans le statut de

la fonction publique.

Ainsi, en 1965, lorsque le général De Gaulle décide que l'élection du Président de la République se fera désormais au suffrage universel, il est alerté par son entourage¹ :

« Mon général, mais 53 % des électeurs sont des femmes ! »

- « Qu'est-ce qu'elles veulent ? », demande le futur Président.

Et c'est alors que l'on « entend » les revendications portées par les associations de droits des femmes, dont le Planning familial, soutenues par Lucien Neuwirth (un médecin), qui aboutissent (1967) à la loi autorisant la contraception.

Car le corps des femmes - comme nous le disons, au Planning, « Le privé est politique. » - le corps des femmes est « politique ». Faut-il rappeler le très récent et malheureux exemple des Etats-Unis lors du vote par le Congrès de la réforme de la protection de la santé voulue par le Président Obama, contraint d'arracher le vote de cette réforme par la promesse d'un décret² interdisant aux Etats le remboursement de l'avortement ?

Pour en revenir au Planning familial, notre mouvement, « âgé » aujourd'hui de cinquante-trois ans, représente 70 associations départementales en France métropolitaine et dans les DOM, regroupées en 15 fédérations régionales.

Le MFPF est membre de l'IPPF (International Planned Parenthood Federation), 2e ONG au monde après la Croix-Rouge.

La taille des associations départementales (A.D.) est variée. 30 de nos A.D. comportent un CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale), les autres, plus modestes, seulement un EICCF (*voir plus haut*), ce sont ces établissements, justement, qui ont été menacés au premier chef par la baisse drastique des subventions de titre 1, finalement rétablies - et au prix de quels combats ! - grâce au soutien des associations et du public l'année dernière, si vous en avez gardé mémoire.

Je rappelle encore que le MFPF est un mouvement féministe et d'éducation populaire qui œuvre pour changer les rapports sociaux de sexe dans la société.

Un bref point à présent sur l'avortement et la contraception aujourd'hui.

Nous sommes assez d'accord avec les constats du rapport³ sur l'accès à l'IVG, remis le 2 février dernier à la Ministre de la Santé par les deux inspectrices des Affaires sociales, et dont l'objectif était de faire le bilan de la loi de 2001, qui avait porté le délai maximal de recours à l'IVG de 10 à 12 semaines et permis l'accès des mineures à la contraception sans autorisation parentale.

Aujourd'hui, trente-cinq ans après la loi Veil, le recours à l'avortement reste stable, autour de 14 IVG pour 1 000 femmes, soit entre 200 et 210 000 IVG/an.

On entend souvent dire « C'est trop », et nous disons : « Trop, mais par rapport à quoi ? »

Si en effet le chiffre des IVG reste stable, il faut d'abord le rapporter à l'ensemble de la population française qui, parce que les Françaises sont devenues dans le même temps les championnes de la fécondité, est passée de 52,66 millions d'habitants en 1975, à 65 millions d'habitants en 2010 (+ 12 millions, ce n'est pas rien !).

Pour aller vite, on peut dire que (constat) :

- Les Françaises occupent la 1re place dans le monde quant à l'utilisation des **méthodes médicales de contraception**.
- Pourtant **1/3 des grossesses ne sont pas voulues**, et la moitié de celles-ci conduisent à une IVG.
- 2 grossesses non voulues sur 3 surviennent chez des femmes contraceptées (72 % des IVG).
- La France et la Suède avec le Royaume-Uni sont parmi les pays qui ont le **taux de recours à l'IVG le plus élevé**, surtout pour ce qui est de la France, dans le Sud, en Île-de-France et dans les DOM.
- Le nombre des **IVG médicamenteuses**, décrites comme douloureuses pour les femmes, en principe préconisées jusqu'à 49 jours (mais qui se pratiquent jusqu'à 12 semaines dans certaines régions), concerne aujourd'hui 43 % des IVG, au détriment de l'IVG chirurgicale.

Les problèmes que nous pointons :

Outre la **disparition des gynécologues médicaux/les**,

- Du côté des soignants et encadrants :
- **Le départ à la retraite des médecins militants** pratiquant des avortements,
- Le recours à la clause de conscience de plus en plus mis en avant depuis l'augmentation des délais,
- **La baisse dramatique du nombre des centres d'IVG** (729 en 2000, 639 en 2006 ; 50 de moins entre 2000 et 2005 en Ile-de-France). La fermeture de centres d'IVG à Paris, à Lyon,
- Le problème de la tarification de l'IVG chirurgicale (certes augmentée de façon notable le 8 mars), mais pas ainsi que nous le souhaitions.
- **Le manque de formation des médecins généralistes**, d'où l'inadéquation de la méthode contraceptive aux conditions de vie particulières des femmes.

1 - Voir sur ce sujet Mariette Sineau, La Force du nombre. Femmes et Démocratie présidentielle, p.17 et seq.

2 - Le décret vise à garantir dans le cadre de la nouvelle loi le moratoire sur le financement de l'avortement par des fonds fédéraux, sauf en cas de viol, d'inceste ou si la vie de la mère est en danger.

3 - <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000048/0000.pdf>

• Du côté des femmes :

- L'inégalité géographique d'accès à la contraception et l'IVG,
- Les difficultés d'accès pour les mineures,
- Le non-remboursement de certains contraceptifs, d'où l'inégalité devant le choix du mode de contraception (cf. notre campagne à venir),
- Les ravages de la loi HPST, à laquelle est consacrée une table ronde cet après-midi,

• Du côté de l'éducation à la sexualité :

- L'inapplication des dispositifs législatifs (2001) qui prévoient la mise en place de 3 séances /an d'éducation à la sexualité de la maternelle à la terminale.

Je vais m'arrêter là, craignant déjà d'avoir été trop longue. Merci pour votre écoute.

Jean-Claude MAGNIER

Gynécologue médical, praticien hospitalier, service de gynécologie médicale, Hôpital Bicêtre.

« C'est la surveillance régulière des femmes sous pilule qui nous a fait les suivre comme jamais elles ne l'avaient été. »

J'ai fait aussi pendant des mois le vendredi soir des IVG au Planning avec Simone Iff, son mari et d'autres encore. Nous étions une petite bande. Bien sûr, avec la clandestinité, il y avait toujours une crainte, une appréhension, mais en même temps la certitude qu'on faisait quelque chose d'utile. C'est quelque chose qui me tient à cœur, je ne sais pas si vous vous en rendez compte. Mais je vais m'en tenir à mon texte, sinon je deviendrais lyrique.

Je vais vous livrer un scoop : c'est l'arrivée de la pilule en France qui a provoqué le mouvement de Mai 68 ! C'est en 67 qu'elle a été en vente, et, comme prévu par ces messieurs du Conseil de l'Ordre, elle a rendu les femmes folles et les hommes aussi, par contrecoup !

Le CES (Certificat d'études spéciales) en Gynécologie médicale avait été créé en 63. Pour quelle raison ? Peut-être parce que toutes les autres spécialités étaient partagées entre une branche médicale et une autre chirurgicale sans que cela pose de problème à personne ? Peut-être parce qu'on s'apercevait (un peu tard !) que les femmes avaient des spécificités physiologiques dont on pouvait s'occuper en dehors de la grossesse ? En tout cas on peut se réjouir que cette spécialité ait existé quand la pilule est apparue !

C'est la surveillance régulière des femmes sous pilule qui nous a fait les suivre comme jamais elles ne l'avaient été. Avant, on ne connaissait que les femmes enceintes ou lors de l'accouchement, ou quand elles se mettaient à saigner d'un fibrome ou d'un cancer du col. C'était un peu restrictif ! Ce suivi a fait qu'on a mieux connu toutes les pathologies dont les femmes pouvaient souffrir. Moi, c'est par l'infécondité que je suis venu à la gynéco. J'ai eu la chance de faire un stage d'externe à l'Hôpital Broca, qui, à l'époque, abritait le premier centre parisien d'étude de la stérilité, avec, notamment, Raoul

Palmer. Je crois que ce domaine-là aussi a bénéficié de la contraception. Non pas parce que la pilule rend stérile, comme le prévoient ces messieurs du Conseil de l'Ordre, mais parce que prendre la pilule, c'est décider de ne pas avoir d'enfant, et que l'arrêter, c'est décider d'en avoir, et tout naturellement on s'adresse au même médecin dans les deux cas s'il y a problème.

Et puis il y a eu le féminisme, qui s'est bien épanoui avec la pilule et avec Mai 68. Et les femmes, et quelques hommes qui les suivaient de près, ont crié que ce n'était pas normal qu'elles risquent leur vie en faisant un avortement. Et de réclamer qu'il soit libre et gratuit !

Des rapports entre la gynécologie médicale et l'avortement, je vais vous parler avec mon expérience de trente-quatre ans de travail à l'Assistance publique de Paris (AP-HP). C'est assez caractéristique de ce qui s'est passé partout en France quand la loi Veil a été votée.

Les obstétriciens chefs des maternités étaient, en grande majorité, hostiles à l'IVG, comme ces messieurs du Conseil de l'Ordre. Pour faire cesser le scandale de l'avortement clandestin, et des avortements militants du MLAC et du Planning familial, les pouvoirs publics créèrent des « centres autonomes » où des praticiens et du personnel volontaires accueillent les femmes souhaitant avorter. À l'AP-HP, sur 7 centres autonomes, 5 étaient dirigés par des gynécologues médicaux, 1 par un généraliste et 1 par un anesthésiste. Depuis 79, la loi est devenue définitive et les obstétriciens ont commencé à s'intéresser à cette activité. Les mauvaises langues diraient que c'est pour récupérer les moyens alloués aux IVG. Il serait juste de dire : pas toujours... mais souvent. La loi de 2001, qui a apporté beaucoup d'améliorations aux lois précédentes, décide l'intégration des centres autonomes aux services d'obstétrique et il revient à leur chef d'y organiser l'activité. C'est pourquoi on se retrouve actuellement à l'AP avec des chefs de service anti-IVG chargés d'en organiser la prise en charge ! À l'époque, j'avais demandé aux députés de ne pas inscrire ces dispositions dans la loi. La réponse avait été : les chefs de service d'obstétrique ont changé. Je crois surtout qu'ils ont exercé un lobbying efficace, étant constamment les conseillers des ministres. On a vu leur bienveillance lors du combat pour le rétablisse-

ment de la spécialité de Gynécologie médicale !

À l'AP, ce sont les obstétriciens entre eux qui ont décidé comment allaient être formés les futurs médecins qui pratiqueraient les IVG quand la génération des « militants » serait partie en retraite. Le système est tellement lourd que les volontaires ne vont pas se précipiter vers cette activité, par ailleurs si peu valorisée. Je crois que ce choix a été fait pour faire disparaître plus vite encore les centres autonomes. C'est particulièrement dramatique, car 56 % des IVG de l'AP sont faites dans ces centres, et que c'est là qu'il existe un vrai travail de réflexion sur ce thème. Le but est de pratiquer des avortements en grande série (à l'image des structures qui feront bientôt 5000 accouchements par an) et, éventuellement, en en dissociant les consultations de contraception et toute l'activité de planification familiale, que n'ont jamais développée les services d'obstétrique, tout en continuant longtemps à recevoir un financement pour.

Récemment, j'ai été convié, ainsi qu'Anne Gompel, par la direction de la politique médicale de l'AP à discuter du plan stratégique 2010-2014 pour ce qui concerne l'organisation de la Gynécologie médicale dans l'institution. Le rapport (contre lequel nous avons tous deux protesté) adosse systématiquement cette spécialité aux services d'obstétrique ! Les arguments que j'ai entendus cent fois de tous les chefs de service de l'obstétrique parisienne, c'est : il ne faut pas diviser la spécialité. Je pense que la guerre que nous livrent les obstétriciens est aussi idéologique, sous-tendue par la différence des positionnements vis-à-vis de la contraception et de l'avortement. Contraception : obstétriciens majoritairement contre, gynécos méd majoritairement pour ; avortement : gynécos méd majoritairement pour, obstétriciens majoritairement contre.

Si elle veut survivre, notre spécialité doit conquérir une véritable autonomie par rapport à l'obstétrique.

La naissance du CDGM : des médecins et des femmes ensemble

Claude GROUSSIN

Cofondatrice et coprésidente du CDGM.

« Ce n'est pas sans émotion que je vais aujourd'hui retracer la gestation, puis la naissance de cet extraordinaire mouvement qui a débuté il y a 13 ans. »

Une organisation des soins allait se mettre en place qui mettrait en péril l'accès direct des femmes à leur gynécologue.

Emotion, parce que Dominique Malvy, qui fut l'instigatrice de ce mouvement, n'est plus à nos côtés depuis maintenant 8 ans, et je voulais lui rendre hommage, car elle reste la mère spirituelle, la référence. **Elle était visionnaire.**

La gestation.

1997 : Grande colère de Dominique Malvy, gynécologue médicale à Albi. Le "plan Juppé" préconise la mise en place de filières de soins, avec un passage obligé par le médecin référent.

Ces mesures programment la disparition de toutes les spécialités de ville.

Dominique essaie de sensibiliser ses collègues au danger

qui guette la gynécologie. Elle le fait au cours de formations organisées par la Fédération des Collèges de gynécologie médicale. Corinne Cantegrel, qui l'a relayée certaines fois, se souvient de la bronca dans l'enceinte des réunions.

Dominique parle dans le désert, dans un silence lourd de la part des instances professionnelles.

Une bouffée d'oxygène vient en juin du « Comité national pour l'abrogation de la RMO limitant le remboursement par la Sécurité sociale du frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus ». Voilà une action citoyenne qui la remplit d'espoir. Elle écrit le 13 juin à Nadine Gillebert : « Bravo, Bravo, Bravo. **J'ai été très heureuse et très soulagée** de voir qu'il existe des femmes qui se prennent en main et **ont pris le relais** de la bagarre que nous, médecins, avons menée contre « les frottis tous les trois ans ». Plus loin elle ajoute : « A propos des femmes et des gynécologues, je vous avais fait part au téléphone de mes grandes craintes au sujet des **FILIERES de soins** qui sont prévues pour cette année ». Cette lettre contient l'essentiel de ce qui alimente ses craintes, et reste aujourd'hui d'actualité : disparition des spécialistes de ville, prise en charge par des professionnels n'ayant pas la même formation, médecine à deux vitesses, risque que ces économies coûtent, à terme, très cher.

Juin 1997 : changement de gouvernement : Lionel Jospin Premier Ministre, Martine Aubry ministre de l'Emploi et de la Solidarité, Bernard Kouchner secrétaire d'Etat à la Santé.

Juillet 1997 : Dominique Malvy sort de son cabinet pour devenir une militante féministe, ce qu'elle n'a jamais cessé d'être tout au long de sa carrière (elle a créé les premières consultations pour IVG à l'Hôpital d'Albi en 1975). Elle interpelle les femmes et les associations qui, sur Albi, sont connues pour travailler pour le respect et la dignité de la personne. Elle leur expose sa révolte et son questionnement : « Les gynécologues médicales sont-elles utiles, doivent-elles disparaître, peuvent-elles être remplacées par des généralistes formés comme le prévoit la réforme instaurant les filières de soins, ont-elles encore un rôle spécifique pour les femmes ? »

Leur réponse : Nous voulons garder notre gynécologue.

Dans le souci d'avoir une réponse plus fiable en élargissant le champ des personnes consultées,

un questionnaire est élaboré et envoyé à une trentaine de gynécologues qui partagent ses inquiétudes. 3000 femmes répondent. C'est Corinne Cantegrel qui dépouille.

Les réponses sont catégoriques :

- l'obligation de passer par son médecin de famille entraînerait une grave régression dans la prévention pour 96 % des femmes interrogées
- 70 % consulteraient moins souvent et
- plus de la moitié ne consulteraient qu'en cas de problème.

Une enquête SOFRES commandée par la Fédération des Collèges de gynécologie médicale, réalisée en janvier 1998 et publiée en août, donne exactement les mêmes résultats.

Il fallait se mettre à l'ouvrage. Un groupe se forme, composé de nombreuses femmes, militantes ou non, de Dominique Malvy, de Corinne Cantegrel et d'une association : le groupe d'Albi du Mouvement Jeunes Femmes. Cette association, dont je fais partie, a servi de matrice à ce mouvement naissant. C'est sous son nom et signées par sa présidente Suzanne Millet que toutes les lettres de septembre 97 à juin 98 ont été envoyées aux députés. Le Mouvement Jeunes Femmes a soutenu Dominique, car elle défendait le droit des femmes, et cela faisait partie des objectifs de ce mouvement.

Octobre 1997 : Le « plan Juppé » est repris par le nouveau gouvernement.

Dominique écrit à Martine Aubry un vibrant plaidoyer pour la défense de la gynécologie médicale, qu'elle termine par « Laissez-nous vivre ! » Elle y expose les spécificités de cette spécialité faite à la fois de haute technicité et de relation de confiance. Bernard Kouchner annonce sa décision d'organiser des dépistages de masse des cancers féminins et de les confier aux médecins référents.

Dominique Malvy répond à Bernard Kouchner, avec double à Lionel Jospin et Martine Aubry : « **Une consultation gynécologique n'est pas réduite à un frottis tous les 3 ans et un mammothest tous les 3 ans après 50 ans. D'autre part, pour des raisons de pudeur et de discrétion, les femmes veulent garder le droit de choisir leur médecin dans ce domaine intime.** »

Parallèlement Mme Dux, pédiatre et conseillère de Bernard Kouchner, lors d'une rencontre avec des professionnels, déclare : « **Les spécialités qui ne pourraient pas faire la preuve de leur utilité pour les malades seraient inévitablement amenées à disparaître, en particulier les spécialités dont l'exercice correspond à un acte intellectuel, sans recours à un plateau technique lourd.** »

Une pétition nous paraissait être le meilleur moyen de faire circuler une information que personne ne connaissait, nous l'intitulons :

« La Santé des Femmes en Danger »,

« Pétition pour une bonne politique de la santé des femmes ».

Nous citons la phrase de Mme Dux. Nous pouvons constater, 13 ans après, sa mise en place progressive. A cette annonce qui serait passée inaperçue sans Dominique, nous ajoutons les réponses au questionnaire et nous disons aux femmes : votre santé est entre vos mains, l'efficacité de cette action dépend de chacune de vous.

Nous poursuivons avec deux revendications :

« **Nous exigeons qu'on continue à former des gynécologues médicaux pour l'avenir.**

Nous exigeons de pouvoir garder notre gynécologue si c'est notre choix. »

Nous avons donné le 15 février 98 comme date limite pour l'expédition des pétitions.

Pendant l'été, Dominique est alertée par des collègues à qui elle avait envoyé les questionnaires : la formation des gynécologues médicaux semble ne plus être assurée depuis la suppression du CES en 1986. Parmi elles, il y a Gisèle Jeanmaire, qui va devenir au fil du temps un des piliers de ce qui deviendra le CDGM.

Cette pétition est diffusée par le canal militant, elle est expédiée aux gynécologues avec une lettre explicative.

Le groupe s'était donné comme objectif : informer les femmes, informer et faire bouger les politiques, utiliser la presse comme point d'appui.

Alors commence un travail de fourmi - et une aventure fabuleuse.

Nous adressons une lettre explicative sur notre action à des femmes médiatiques et féministes, Françoise Giroud, Elisabeth Badinter ; à des femmes et hommes politiques que l'on sait proches des femmes : Yvette Roudy, Simone Veil et Lucien Neuwirth ; aux députés du Tarn, au Mouvement français pour le planning familial

(MFPF), à la Coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception (CADAC), à l'Association médicale de défense de la déontologie et des droits des malades (AMDDDM). Nous recevons des réponses d'encouragement qui nous confortent quant au bien-fondé de notre démarche. Lucien Neuwirth envoie un petit mot perso à Dominique : « Vous me rendez ma jeunesse. »

En octobre 97, Sylvie Andrieux pose une question écrite sur ce sujet à l'Assemblée nationale et d'autres députés prennent le relais tout au long de l'année 98.

Le premier trimestre 98 est consacré à diffuser très localement auprès de la presse les prises de position.

Et à interpeller encore et toujours les politiques.

Nous comprenons que, d'une part, le puissant lobby des grands patrons hospitalo-universitaires ne veut pas entendre parler d'une spécialité qui est en train de disparaître sans bruit, et qui sera remplacée à terme par des généralistes sans concurrence dangereuse, et que, d'autre part, les politiques, de droite comme de gauche, en accord avec la CNAM, veulent maîtriser les dépenses de santé par un rationnement des soins plaçant le médecin de famille au centre du dispositif.

Il faut informer, il faut expliquer. Beaucoup de textes sont écrits :

Dominique Malvy est dans le registre pédagogique : « Qui a supprimé la gynécologie médicale ? », « La fin d'une exception française : la gynécologie médicale. »

Gisèle Jeanmaire s'attache à ridiculiser l'argument de l'Europe, qui obligerait la France à supprimer les gynécologues médicaux au seul motif qu'il n'en existe pas ailleurs. Elle écrit aussi des textes polémiques qui répondent aux propos dévalorisants du Pr Lévy :

« Le pot de fer contre le pot de terre » et « Toutes les couleuvres qu'on nous fait avaler à l'insu de notre plein gré !!! », entre autres.

Mai 1998 : Mme Dux veut rencontrer ce groupuscule, car cela commence à faire désordre. Date est prise : ce sera le 26 mai.

Nous avons recueilli 10 000 signatures. Pour nous, c'est un triomphe ! Nous voulons les lui remettre.

Nous en profitons pour organiser une conférence de presse dans les locaux de la Domus Medica. Dans l'invitation, nous expliquons qui nous sommes, nos objectifs et surtout que nous allons être reçues au Ministère à son invitation. Le nombre de journalistes intéressés nous donne la mesure de l'intérêt pour cette question.

Sont présents : un journal médical, l'AFP, « Informations ouvrières », et le groupe de femmes qui a organisé avec succès la résistance aux RMO sur les frottis, parmi lesquelles les médecins Martine Debat et Marie-Thérèse Cousin.

Par le Mouvement Jeunes Femmes, nous avons les coordonnées de Marie-Claude Beaudeau, sénatrice PCF. Nous obtenons un rendez-vous à la descente du train à

7 heures du matin. Elle nous propose le Sénat pour notre prochaine conférence de presse.

A 16 heures, la délégation, composée de Dominique Malvy, Gisèle Jeanmaire, Claude Groussin, Perrine Cavagné, Nadine Gillebert et Catherine Delahayes, est reçue par Mme Dux.

Nous lui posons trois questions, elle nous répond de façon précise :

- Que la gynécologie a grandement contribué à améliorer la santé des femmes depuis 30 ans ; la compétence et la formation des gynécologues médicaux étant spécifiquement orientées vers le dépistage, la prévention, Mme Dux juge :
- Que le suivi gynécologique n'est pas un luxe superflu, son souci est au contraire de permettre à toutes les femmes d'en bénéficier;
- Que la liberté de consulter le médecin de son choix, qui seule permet de créer des liens de confiance, est la base d'une politique de prévention et d'une médecine de qualité (à plus forte raison pour une consultation aussi intime).

En conclusion, elle juge utile que les femmes gardent le libre accès à leur gynécologue pour le suivi régulier si c'est leur choix ; **elle ne souhaite pas limiter la compétence du gynécologue à une prise en charge des problèmes que les généralistes ne sauraient pas résoudre.**

Elle nous conseille aussi de rencontrer le Pr Lévy, responsable n°1 à la Santé, et le Pr Rey à l'Education nationale.

Nous inscrivons sur nos pétitions les propos de Mme Dux. Elles servent d'outil pour faire le point de notre action. C'est comme cela que, au fil du temps, les pétitions évoluent, et que les revendications se précisent au fur et à mesure que nous progressons et que s'affine notre connaissance de la situation.

Juin 98 : Nous avons compris que le problème ne serait pas réglé rapidement et nous décidons de nous doter de la capacité juridique. Nous nous constituons en Association loi 1901.

C'est la naissance du CDGM.

Dominique Malvy en est la présidente, il y a une secrétaire et une trésorière.

Le groupe des femmes qui ont obtenu la suppression de la RMO sur les frottis se joint à nous, et petit à petit ces personnes, que nous appelons « personnes ressources », organisent des débats auxquels participent Dominique Malvy, Gisèle Jeanmaire et moi-même et distribuent la pétition. Cet apport est d'un grand soutien.

La communication commence à porter ses fruits, il y a à Albi des articles de presse, et, en octobre 98, paraissent les premiers articles nationaux : « Elle » et « Ça m'intéresse », avec un débat contradictoire, avec, dans le camp des « Contre la gynécologie médicale » le Pr Lévy et dans celui des « Pour » Dominique Malvy. Les

opposants donnent des arguments qu'il est facile de combattre. Les journalistes commencent à s'intéresser à ce mouvement atypique.

Nous nous rendons compte que, en fait, la formation n'est plus assurée depuis 1986 et que plus aucun gynécologue ne s'installe. Un des mots d'ordre devient :

« Pour la santé de nos filles et de nos petites-filles nous exigeons que la formation des gynécologues médicaux soit de nouveau assurée. »

De plus en plus de questions à l'Assemblée nationale et au Sénat. A Nicole Bricq (PS), Véronique Neiertz (PS), Dinah Derycke (PS) , Bernard Kouchner répond inlassablement qu'aucune menace ne pèse sur la gynécologie et que l'accès direct n'est pas supprimé, qu'il nous a déjà répondu. Dialogue de sourds. Il nous faut expliquer aux élus, aux journalistes, à la population, qu'il y a plusieurs branches dans la gynécologie : l'obstétrique, la chirurgie et la gynécologie médicale.

Pendant tout le dernier trimestre, nous faxons 10 pétitions tous les jours à Lionel Jospin, Martine Aubry, Bernard Kouchner, Nicole Péry, Dominique Voynet. Sur les pétitions, nous avons inscrit les professions des signataires. Nous voulons montrer que les personnes qui demandent le maintien des gynécologues médicaux ne sont pas des personnes nanties comme le prétendent les administratifs du Ministère.

1999 : Tous les médias parlent enfin à partir de maintenant de la menace de la disparition de la gynécologie médicale ainsi que du médecin référent. Dominique passe à « La Marche du Siècle », sur FR3, et sur les radios locales et nationales.

Mai 99 : la conférence de presse au Sénat est un vrai succès. Sont présents le Dr David Elia et le Dr David Serfarty, Président de la Fédération des Collèges de gynécologie médicale. Nous avons le soutien de Benoîte Groult, d'Elisabeth Badinter, de Lucien Neuwirth...

De nombreux journalistes sont là et nous aurons la confirmation de leur soutien dans les jours qui suivent.

Nous sommes submergées par le courrier : nous recevons jusqu'à 7000 signatures par jour ! Un facteur spécial nous est affecté.

Nous sommes fortes de 150 000 signatures.

Nous nous relayons chaque jour pour dépouiller les pétitions. « Femme actuelle » insère la pétition dans un article, nous constatons que ce journal est lu dans le monde entier. Nous recevons des lettres témoignant de l'attachement des femmes à leur gynécologue, ce qui renforce notre conviction et contrebalance les moments difficiles qu'il a fallu endurer, comme l'admonestation par les conseillers de Lionel Jospin, le Pr Lyon-Caen et Mme Jourdain-Menninger, qui nous ont traitées en demeurées irresponsables.

Juin 99 : Gisèle Jeanmaire obtient, grâce à Nicole Borvo, sénatrice PCF, une **question orale avec débat au Sénat ; du jamais vu !**

Pour calmer les esprits, Bernard Kouchner met en place un groupe de travail censé être chargé de rétablir la gynécologie médicale. Ce groupe de travail est composé de notre association : Dominique Malvy et Gisèle Jeanmaire ; des universitaires Anne Gompel et Frédérique Kuttenn, de représentants des professeurs d'obstétrique et d'autres représentants de la gynécologie médicale. Bernard Kouchner part pour le Kosovo et laisse maître à bord le Pr Lévy, hostile à la spécialité de gynécologie médicale.

Prenant la suite de Bernard Kouchner, et clôturant les travaux de ce groupe de travail, la ministre annonce alors sa réforme, la "Réforme Gillot", qui instaure un diplôme unique de gynécologie obstétrique et médicale avec un tronc commun. C'est une nouvelle manière d'enterrer la gynécologie médicale.

Nous comprenons que seul un diplôme spécifique pourra garantir des postes d'internes en nombre suffisant, pour prendre la relève, et la création de postes d'enseignants en gynécologie médicale. Il n'a pas été question par ailleurs de la garantie de consulter directement son gynécologue en restant remboursée sans abattement. Sur la pétition apparaît : **Nous voulons un diplôme spécifique de gynécologie médicale.**

A la fin de cette année 99, nous avons rempli un de nos objectifs : celui d'informer.

Tous les journaux ont relayé nos informations, de « Télé Poche » à « Que Choisir », tous les hebdomadaires féminins, les quotidiens nationaux, dont « Le Monde », et dans les régions les comités qui se sont constitués mobilisent la presse locale. Les news comme « Le Nouvel Obs », « L'Express », « Marianne » et bien d'autres consacrent un ou plusieurs articles à notre action. A la fin de l'année, l'association compte plus de 2 000 adhérents.

Nous recevons 100 000 signatures par mois. Nous décidons de lancer une manifestation pour montrer que l'attachement des femmes et des hommes à cette spécialité n'a rien à voir avec une volonté de quelques gynécologues qui manipuleraient ces pauvres femmes parce qu'elles ne peuvent plus vendre leur cabinet, comme Jean-Daniel Flaysakier l'a perfidement affirmé pendant le Journal d'Antenne 2.

Politiquement, nous avons été soutenues, au Sénat, par les sénatrices PCF et PS, à l'Assemblée nationale, par les députés de l'opposition entraînés par le député UDF Pierre Hellier.

L'année 2000 sera une année-charnière avec la préparation de la manifestation du 25 mars. Les comités se sont constitués dans presque tous les départements. Il faut chaque jour envoyer les derniers documents.

Dominique et Gisèle s'occupent des gynécologues, de la Fédération des Collèges et des journalistes, moi, des adhérents et des comités. La préparation de la manifestation montre que les Françaises ne sont pas prêtes à modifier leur comportement.

Une manifestation exemplaire entièrement dédiée aux

femmes sans récupération politicienne. 15 000 personnes. 80 comités, 6 000 cotisants, 25 % des gynécologues médicaux cotisent.

Nous avons récolté un million de signatures.

Une nouvelle organisation est nécessaire : nous ne pouvons plus assurer la pérennité du mouvement à trois.

A l'Assemblée générale, en juin, une nouvelle structure est adoptée : 4 co-présidentes. Dominique Malvy et Gisèle Jeanmaire représentent les gynécos; Noëlle Menecier et Marie Stagliano représentent les femmes. C'est à Paris que se déplace la charge de travail.

Une autre histoire va s'écrire.

Benoîte GROULT

Écrivaine.

Message lu par sa fille Lison De Caunes.

« Il y a 10 ans déjà, en compagnie de ma fille et de ma petite-fille de 10 ans, c'était sa première manif, je manifestais pour le maintien de la gynécologie médicale. »

Comme ma mère n'est pas là, je vais vous lire son texte. Il est très court.

« Il y a 10 ans déjà, en compagnie de ma fille Lison, (c'était moi), et de ma petite-fille de 10 ans, Pauline (c'était sa première manif), je manifestais pour le maintien de la gynécologie médicale. Je ne pouvais imaginer que 10 ans plus tard cette spécialité, indispensable pour les femmes, serait en voie de disparition.

Elisabeth BADINTER

Philosophe.

Message lu par Marie Stagliano.

« Vous avez mille fois raison de vous battre pour la gynécologie médicale.

Florence MONTREYNAUD

Historienne.

Message lu par Claude Groussin.

« L'ampleur du mouvement « Pour la santé des femmes » est sans précédent dans l'histoire des luttes qu'ont menées les Françaises pour obtenir ou préserver leurs droits. La pétition demandant le rétablissement de la gynécologie médicale a été cosignée par 3 millions de personnes, en très grande majorité des femmes, ce qui en fait un cas unique dans notre pays. La mauvaise

Pour ma part, je salue le travail exemplaire accompli par chaque membre des comités auprès de la population et des élus. L'opiniâtreté, la détermination des femmes et des hommes de toutes conditions sociales, de toutes opinions syndicales, politiques, philosophiques, font de cette mobilisation sans précédent le principal combat des femmes depuis la lutte pour la contraception et l'avortement.

Refuser aux femmes de pouvoir disposer de leur corps relevait d'un pouvoir idéologique, leur refuser d'avoir la possibilité de le conserver en bonne santé relève du pouvoir de l'argent.

Le gynécologue est plus qu'un médecin, c'est un confident, un conseiller, presque un moraliste. Les femmes qui requièrent ses soins ne sont pas forcément des malades et le médecin remplace d'une certaine façon le « confesseur » des siècles derniers qui aidait ses confidentes à franchir les caps difficiles. Les « généralistes » ne peuvent pas remplacer ces témoins intimes de la vie des femmes parce que précisément leurs problèmes sont particuliers et ne relèvent pas seulement de la médecine. Les sages-femmes n'interviennent qu'en certaines occasions bien précises. Le (ou plus souvent) la gynécologue médicale est là durant tout le parcours féminin. Perdre ce témoin, ce conseiller intime, ce gardien de la santé des femmes, si importante pour la santé de leurs enfants, serait un abandon inadmissible, dangereux et qui témoignerait du recul des Droits des Femmes en ce XXI^e siècle. »

Malheureusement, je serai en Allemagne et ne pourrai être des vôtres. Mais ma solidarité est totale.

Je compte sur vous pour transmettre ma profonde solidarité à toutes les personnes présentes qui mènent ce combat nécessaire.

Merci. »

volonté des différentes autorités à satisfaire cette demande de santé publique n'en est que plus incompréhensible et navrante.

Regrettant de ne pouvoir me joindre à vous en ce jour, je vous adresse le témoignage de ma vive admiration pour les nombreuses qualités que vous avez mises en oeuvre pour mener cette action, au premier rang desquelles je place votre persévérance, car sans elle toutes les autres vertus seraient inutiles. Il vous en faudra encore beaucoup, sans doute. Vous pourrez compter sur moi. »

Aujourd'hui, pour la gynécologie médicale, quel avenir ?

Restauration universitaire de la spécialité de gynécologie médicale et insuffisance du nombre de postes

Frédérique KUTTENN

Professeur Université Pierre-et-Marie-Curie, chef du service d'endocrinologie et médecine de la reproduction, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris.

« Tous les ans, nous sommes intervenus auprès du Ministère... »

I - Différences entre Gynécologie Médicale et Gynécologie Obstétrique.

Marie Stagliano et d'autres participants au Congrès de la Gynécologie-Obstétrique pratique m'ont dit en revenant: « C'est quand même extraordinaire, il y en a encore qui ne savent pas faire la différence entre Gynécologie Médicale (GM) et Obstétrique (GO). Ils signent la pétition, mais n'ont pas encore fait la différence. » J'ai donc été missionnée pour faire un bref rappel de cette différence.

Dans toutes les disciplines, il y a un bras médical et un bras chirurgical. A côté de la Neurologie, il y a la Neurochirurgie ; à côté de la Cardiologie, la Chirurgie Cardiaque ; face à la Gastro-Entérologie, la Chirurgie Digestive ; tandis que les Rhumatologues s'appuient sur les Chirurgiens Orthopédistes. Donc ce serait surprenant et unique que, pour la Gynécologie, il n'y ait que des Obstétriciens et Chirurgiens.

Comment se partagent ces spécialités ? (Tableau 1)

Obstétrique et Chirurgie non seulement s'occupent de la mère, mais aussi du fœtus. Il existe maintenant une activité de diagnostic échographique et une gestion de la prise en charge fœtale qui ont pris une ampleur extrêmement importante. A côté de la chirurgie classique du sein et de l'utérus, la discipline a elle-même explosé avec la chirurgie cancérologique, la reconstruction périnéale, la reconstruction mammaire, et puis cette nouvelle approche chirurgicale qu'est la coeliochirurgie, qui demande à la fois un renouvellement de la formation et des techniques.

Différente et complémentaire : la Gynécologie Médicale. Elle assure l'équilibration hormonale de la puberté à la ménopause, la prise en charge des stérilités conjugales, le choix des contraceptions, notamment

chez les femmes présentant des risques métaboliques, vasculaires hormonaux, l'éducation sexuelle et l'éducation à la contraception, la prévention des MST, notamment chez les adolescents, l'identification des facteurs de risque de cancers génétiques ou hormonaux, la prévention, le dépistage, le diagnostic et le suivi des tumeurs du sein et de l'utérus, et puis aussi le suivi des tumeurs bénignes du sein et de l'utérus, ce que ne font pas les chirurgiens, ainsi que leur traitement. Donc, (Tableau 2) du côté de l'Obstétrique : une spécialité chirurgicale, et en face une spécialité médicale de la Gynécologie. Les thèmes d'activité sont l'Obstétrique et la Chirurgie d'un côté, l'Equilibre Hormonal et la Fertilité de l'autre. Les techniques sont elles aussi différentes : coeliochirurgie d'un côté, comme technique innovante, de l'autre côté : Hormonologie, Biologie de la Reproduction. Les thèmes de Recherche sont eux aussi complètement différents : Pour les Obstétriciens, la Recherche concerne le fonctionnement du placenta, les mécaniques pelviennes et obstétricales, l'imagerie éventuellement à caractère interventionnel, les techniques de chirurgie. En Gynécologie Médicale, la Recherche concerne les Hormones, les Gamètes, la Génétique.

Les activités sont donc différentes, les sujets d'intérêt complètement différents, et il y a une nécessité de formations différentes. Souvent les obstétriciens disent qu'ils peuvent et souhaitent tout faire, mais ils n'ont pas d'intérêt et de formation pour les thérapeutiques d'équilibration hormonale.

Ces spécialités ont des compétences complémentaires. Elles ne sont pas en situation de rivalité ou ne le devraient pas.

II - La formation par l'Internat et les promotions Hospitalo-Universitaires depuis que cette spécialité a été recréée (Tableau 3).

Ce qui était prévu, c'était 140 par an pour la Gynécologie Obstétricale, 60 pour la Gynécologie Médicale. En fait, il y a eu de 2001 à 2003 une augmentation progressive de 140 à 198 pour les Obstétriciens. Certains Chefs de Service d'Obstétriciens, notamment en province, ont alors crié au secours, car dans

certain services, les internes étaient passés de 3 à 8 et il n'y avait plus d'encadrement suffisant pour ces internes. Surtout, les internes avaient évidemment moins de travail chacun quand ils étaient 8 au lieu de 3. Et avec l'introduction du repos compensateur après leurs gardes, ils étaient moins présents dans les services, en salle de travail et en salle d'opération. A la fin de leurs 5 années d'internat, ils étaient moins bien formés en chirurgie. Leur nombre a donc été diminué à 150. Actuellement, 164 sont nommés à l'Internat de GO chaque année.

En Gynécologie Médicale, le nombre d'internes nommés augmente progressivement. Les deux premières années, 2001-2002, c'était ce qu'on appelait « la réforme Gillot », du nom de la Ministre de la Santé de cette période, avec un tronc commun, et qui était assez peu attractif puisqu'il n'y a que 4 internes qui sont entrés dans cette formation. Et puis, en 2003, avec l'autonomisation de la spécialité et la création de la filière de Gynécologie Médicale, 20 internes ont été nommés tous les ans dans cette spécialité. C'est bien ! mais ce n'est pas encore les 60 réclamés, et c'est bien sûr complètement insuffisant pour renouveler et remplacer les gynécologues médicaux actuels.

Tous les ans, nous sommes intervenus auprès du Ministère pour essayer d'obtenir une augmentation de ce nombre. En 2008, nous avons eu une dizaine d'entretiens, soit au Ministère de la Santé, les conseillers changeant sans cesse en cours d'année, soit à Matignon. En 2009, on a continué, et en juin 2009, le nombre d'internes nommés est passé de 20 à 27.

L'état des lieux des capacités de formation dans les 7 Interrégions Universitaires et les grandes villes est fourni très régulièrement au Ministère de la Santé. Actuellement, il y a possibilité de formation d'au moins 40 internes par an. En 2008, les conseillers de la Ministre nous en avaient promis 35. Je pense que l'on devrait pouvoir passer à 40 cette année, et après pourquoi pas à 60...

Les internes vous diront comment ils sont reçus dans les services :

Ils sont très appréciés dans les services où ils passent. Dans les services de Médecine, car ce sont des Internes motivés et pugnaces. Il y a clairement un biais de sélection, du fait de la difficulté annoncée du parcours. Ils sont aussi appréciés dans les services de Gynécologie-Obstétrique, car ils apportent une spécificité de formation qui s'avère utile dans ces services et complémentaire de la compétence habituelle des internes de GO.

Mais après l'Internat, y a-t-il des postes de chef de clinique pour ces internes qui finissent leur internat ?

En fait, il y a des postes de chef de clinique, et des postes d'assistant, soit en CHU, soit en CHR, ou encore dans les Centres Anti-Cancéreux (CAC). Il est même tout à fait surprenant d'assister à la prise de conscience qui se développe sur le besoin de gynécologues médicaux,

y compris dans les centres hospitaliers. Même dans les services d'Obstétrique, les Chefs de Service sont séduits par leur formation particulière, par leur motivation, par le côté complémentaire de leurs connaissances. Il y a donc des postes qui se créent dans les services des CHU mais aussi dans les CHR.

J'ai examiné leur devenir en Ile-de-France de 2006 à 2009 (Tableau 4) : tous les internes avaient eu un poste de chef de clinique ou d'assistant. Quatre ont fait un DEA, ce qui est important pour envisager une carrière hospitalo-universitaire ultérieure. Et il est essentiel de souligner qu'on a besoin de formateurs pour les années à venir. Trois se sont installés après leur clinicat : cela fera plaisir aux femmes qui sont ici et qui ne souhaitent pas que tous ces internes finissent dans une carrière hospitalo-universitaire qui leur capture leur médecin gynécologue de ville.

Voici, par exemple, les services où un poste d'Assistant définitif a été créé :

- L'Hôpital des Diaconesses, où un poste d'Assistant de GM a été créé dans la consultation d'un service de chirurgie gynécologique,
- L'Institut Curie, un poste plein-temps, et aussi un poste mi-temps,
- L'Hôpital de Versailles, où sont passées plusieurs des internes ayant fini leur internat de GM, comme Assistantes de Gynécologie Médicale pendant deux ans.

C'est donc la réalité, en Ile-de-France. Dans les autres Interrégions aussi (Tableau 5), il y a des internes qui font des DEA. Et tous ou presque ont des postes de chef de clinique ou des postes « d'Assistant Partagé ». Lorsqu'ils ont un poste d'assistant partagé, ils vont effectuer leurs deux années moitié dans un CHU, moitié dans un CHR. Dans les CHR, il y a un besoin important de gynécologues médicaux, d'abord parce qu'ils apportent des connaissances que n'ont pas les Obstétriciens, et aussi parce que, n'ayant pas de gardes de nuit, ils n'ont pas de repos compensateur comme les Obstétriciens, et sont donc présents tous les jours.

Voici des exemples de postes d'assistant partagé: Lille et Lens, Amiens et Senlis, Rennes et Redon, Angers et Saumur, Bordeaux et Livourne, Toulouse et Castres, Toulouse et Auch. Dans ces régions encore, il y a des installations en cours pour satisfaire aux besoins en Gynécologues Médicaux. C'est encore totalement insuffisant, mais disons que quelque chose a démarré.

On a bien sûr besoin de formateurs : Praticiens Hospitaliers (PH), Maîtres de Conférences et Professeurs de Gynécologie Médicale. Il est intéressant de remarquer qu'il y a toujours eu des Praticiens Hospitaliers de Gynécologie Médicale, depuis 1986. C'est l'aveu que les gynécologues médicaux restaient indispensables au moins dans les Hôpitaux ! Cela ne s'était pas arrêté. Il y a toujours eu des jurys pour former des Praticiens Hospitaliers gynécologues médicaux, qu'on retrouve dans les centres de PMA, d'Orthogénie et dans les

Centres Anti-Cancéreux. Donc les Obstétriciens toléraient les médecins praticiens hospitaliers, mais pas d'Universitaires !

Depuis la réforme de la spécialité de Gynécologie Médicale, il y a eu des nominations (*Tableau 6*) de Maîtres de Conférences et une nomination de Professeur. Les trois maîtres de conférences ont été nommés à l'Hôtel-Dieu de Paris (Geneviève Plu-Bureau), à Poissy et à Lille. Il y a eu aussi la nomination d'un Professeur de Gynécologie Médicale à Grenoble, avec une origine un peu particulière, puisqu'il s'agit d'une Biologiste en Génétique. Du fait de cette compétence, elle peut assister les patientes pour des problèmes difficiles en procréation assistée et en génétique. Nous avons enfin maintenant des chefs de clinique qui terminent leur cursus, qui pourront être candidats et occuper des postes.

Malgré toutes ces nominations, il y a une pénurie. Dans le dossier qui vous est remis (voir page 20), il y a une courbe qui vous montre qu'il faudrait 120 gynécologues médicaux formés par an pour assurer la continuité de la prise en charge, et sur la même figure ce qu'il advient avec 60 par an, ou avec 20 par an.

III - Je vous lis maintenant un message de

Gisèle JEANMAIRE

Gynécologue médicale, cofondatrice du CDGM.

Elle regrette de ne pas être là aujourd'hui et redit l'importance de garder l'Autonomie de cette Spécialité.

« Ce sont les femmes qui, en s'organisant, ont obtenu ce que même en rêve je n'aurais jamais pensé possible : le rétablissement de la formation universitaire des gynécologues médicaux. »

« Chers (es) amis (es),

Il y a 12 ans, quand nous avons publiquement posé le problème de la disparition de la spécialité universitaire de Gynécologie médicale, nous nous sommes accordées, Dominique Malvy, Claude Groussin, et moi-même, pour démarrer une action autour de deux piliers fondamentaux :

- **Sauvegarder l'accès direct des femmes à une consultation de gynécologie** sans aucune pénalité financière, ni aucune restriction, c'est-à-dire pour toutes les femmes qui le désirent.
- **Restaurer la spécialité universitaire** que des forces hostiles et oppressives, parfaitement identifiées à présent, s'étaient entendues pour démanteler dans les années 80.

Ce sont les femmes qui, en s'organisant, se mobilisant, ont obtenu ce que même en rêve je n'aurais jamais pensé possible : le rétablissement de la formation universitaire des gynécologues médicaux.

Nous aurions tort de croire que ce résultat est définitif.

Sachez que les mêmes sont, soit de façon très active (parce qu'ils sont très puissants au sein de l'Université, où ils ne craignent personne), soit de façon plus sournoise (parce qu'ils n'ont jamais eu la volonté, le courage, de dire la vérité historique sur notre spécialité), tous, sont de toute façon d'accord pour saper ce que nous avons obtenu.

Au fil du temps, ils ont de façon conjointe mis au point des propos propagandistes dont l'objectif exclusif était destiné à discréditer la gynécologie médicale.

Au début de notre mobilisation, ils ont essayé de dire à l'opinion publique que la gynécologie médicale n'était pas une **véritable spécialité**. C'est ainsi que nous avons entendu, entre autres :

- que les missions confiées aux gynécologues médicaux pouvaient très bien dans l'avenir être assumées par les généralistes. En 2000 et 2003, ils ont appelé cela le transfert de compétences, à présent on a changé de vocabulaire et on parle de délégation de tâches.
- Ils ont dit aussi : que nulle part ailleurs qu'en France la gynécologie médicale n'existait, et qu'il n'y avait aucune raison, ni à l'échelon individuel, ni en termes de Santé publique, de continuer de former des médecins qui « passent leur temps à faire des frottis et à prescrire la pilule ».

Tous ces propos que vous voyez repris à l'unisson par nos adversaires n'ont eu qu'un but : **discréditer notre action**, la rendre suspecte aux yeux de l'opinion et s'opposer à la restauration de l'enseignement universitaire de la gynécologie médicale au sein d'une vraie discipline d'internat à part entière.

Mais cette tentative a échoué, parce qu'on ne berne pas les femmes aussi facilement et qu'elles savent, elles, ce qu'elles doivent à notre spécialité.

Envers et contre tous, elles ont obtenu la restauration de la gynécologie médicale en 2003.

Alors, ces forces rivales ont changé de stratégie et ont mis au point une tactique sournoise :

A) Depuis que Mme Bachelot est au Ministère de la Santé, nous avons vu apparaître un slogan d'un nouveau type :

La spécialité aurait changé de nature : les gynécologues formés par l'internat depuis 2003 seraient, eux, de véritables spécialistes, sous-entendu : « pas comme ceux de l'ancien régime ».

Il faudrait alors en tirer deux conséquences :

- 1) Il ne serait pas utile d'en former un grand nombre, car ils ne seraient là que pour résoudre des problèmes pointus, forcément rares. Il ne serait donc pas nécessaire d'attribuer un plus grand nombre d'internes à la spécialité.
- 2) Et aussi, l'accès à ces spécialistes devra être dans l'avenir réglementé, comme pour toutes les autres spécialités, et ...sur demande du médecin traitant.

Avec ce nouveau slogan, on ne s'oppose plus simplement à la restauration de la spécialité, mais on abroge aussi l'accès direct à la consultation de gynécologie.

B) Et puis actuellement, tout est fait en catimini pour que la gynécologie médicale revienne dans le giron de la spécialité chirurgicale d'obstétrique.

Si ce dessein se réalisait, tous les efforts que nous avons déployés jusque-là se trouveraient anéantis : on ne peut pas confier « les clés de la maison » à ceux qui l'ont détruite en 87.

Dans le combat que nous devons continuer à mener, s'il fallait ne retenir qu'une seule chose, un objectif essentiel à préserver, ce serait de sauvegarder l'autonomie acquise de haute lutte de notre spécialité au sein de l'Université.

Bientôt, je vous le dis, c'est l'autonomie de notre discipline d'internat qui sera sur la sellette. - Si ce maillon tombe, notre combat est perdu. - Si au contraire nous préservons l'autonomie de notre spécialité, nous lui donnons alors la liberté de se développer, la liberté de confier son évolution à des universitaires qui sont convaincus de son utilité, de sa place essentielle dans le dispositif de soins, des universitaires qui sont avant tout des cliniciens et non des chirurgiens.

Aujourd'hui vous vous réunissez en Assises nationales.

Je ne pourrai être parmi vous.

Si j'avais pu venir, je vous aurais dit et redit :

- Jusque-là vous avez été formidables !

- Vous l'avez fait parce que vous voulez continuer de bénéficier de la même qualité de prise en charge médicale.

- Vous voulez que vos filles, petites-filles, continuent elles aussi à en bénéficier.

Mais attention, nous sommes à un tournant crucial de notre action, et si l'on ne veut pas revenir brutalement en arrière, si l'on veut conserver l'acquis, le faire progresser, à mon sens, nous devons nous arc-bouter sur un seul aspect du combat : sauvegarder l'autonomie de la spécialité médicale de gynécologie.

- Tous ceux qui prôneront le contraire, ceux qui vous diront qu'on ne peut faire autrement, qu'il faut savoir négocier, s'appuient sur de faux arguments (exemple : uniformisation des diplômes européens) ;

- Tous ceux qui vous diront que, si l'enseignement de la Gynécologie médicale « autonome » ne peut suffisamment être dispensé, il convient alors d'obtenir que cet enseignement soit prodigué au sein de l'obstétrique (comprenez : comme cela se fait partout en Europe);

- Tous ceux qui vous diront qu'ainsi il serait dispensé aux étudiants un socle solide de connaissances (sous-entendu : l'enseignement donné actuellement dans le cadre du DES serait insuffisant) ;

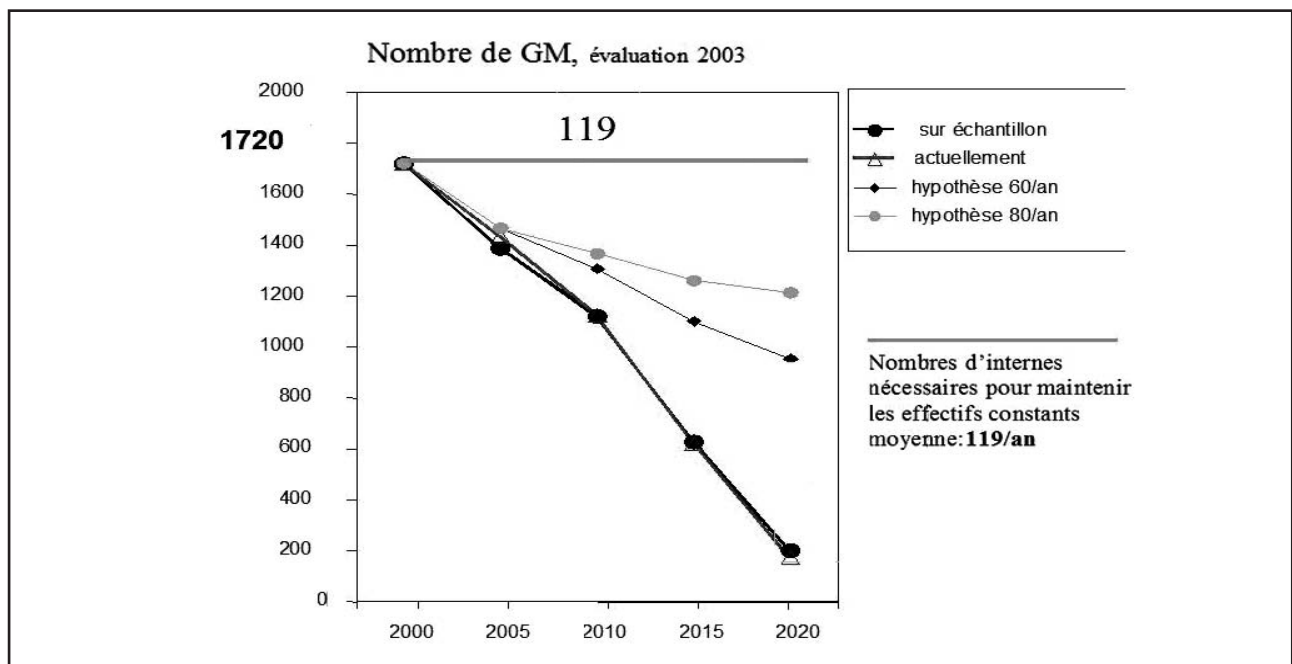
Tous, sont des faux amis de notre spécialité.

À présent je vous souhaite une excellente journée de travail militant.

Bon courage, je penserai à vous dimanche. »

Projection réalisée à la suite de l'enquête effectuée par le CDGM, en 2003, auprès des gynécologues médicaux en exercice, concernant leur départ à la retraite.

(La moyenne d'âge des gynécologues médicaux actuellement en exercice est de 57 ans) :



Tableaux illustrant l'intervention du Pr Frédérique KUTTENN.

OBSTETRIQUE et CHIRURGIE	GYNECOLOGIE MEDICALE
<p>GROSSESSE - mère - fœtus</p> <p>ACCOUCHEMENT</p> <p>CHIRURGIE CLASSIQUE</p> <p>CHIRURGIE + CANCEROLOGIE</p> <p>RECONSTRUCTION PERINEALE</p> <p>RECONSTRUCTION MAMMAIRE</p> <p>COELIO-CHIRURGIE</p>	<p>EQUILIBRATION HORMONALE (Puberté – Troubles du Cycle – Préménopause – Ménopause)</p> <p>STERILITES CONJUGALES</p> <p>CONTRACEPTIONS (s)</p> <p>EDUCATION (Sexualité – Contraception – MST)</p> <p>IDENTIFICATION DES FACTEURS de RISQUE de K</p> <p>PREVENTION-DEPISTAGE-DIAGNOSTIC SUIVI des TUMEURS Sein – Utérus</p> <p>SUIVI des PATHOLOGIES BENIGNES Sein – Utérus</p>

Tableau 1

	G.O	G.M
Discipline	<i>Chirurgicale</i>	Médicale
Thèmes d'Activité	<i>Obstétrique Chirurgie</i>	Equilibre hormonal Fertilité
Technique	<i>Cœlioscopie Chirurgicale</i>	Hormonologie Biologie de la Reproduction
Recherche	<i>Placenta Mécanique Pelvienne Obstétricale Imagerie Techniques Chirurgicales</i>	Hormones Gamètes Génétique

Tableau 2

Nominations Internat puis ECN 1999 – 2009

Nombre d'internes	GM	GO
Prévus	60	140
1999		<u>90</u>
2000		114
2001	4	140
2002	4	170
2003	<u>20</u>	<u>198</u>
2004	20	178
2005	20	<u>150</u>
2006	20	150
2007	20	155
2008	20	155
2009	<u>27</u>	<u>164</u>
Demandes 2010	40	

Tableau 3

POSTES « POST-INTERNAT »

ILE DE France

- 2006 - CCA Bichat → Installation
- DEA - CCA Bichat
- Assistante Hôp. VERSAILLES → Installation Ile de France

- 2007 - CCA St Antoine → Installation Province
- CCA Pitié → PH ½ temps
- DEA – CCA Hôtel-Dieu → Assistante Curie ½ temps
- Assistante Hôp. VERSAILLES

- 2008 - CCA St Louis
- DEA – CCA Pitié
- DEA – CCA Hôtel-Dieu
- Assistante Hôp. Diaconesses

- 2009 - CCA Centre AntiCancéreux LILLE
- CCA St Antoine
- Assistante Institut Curie

Tableau 4

AUTRES INTER-REGIONS

<u>NORD-EST :</u>	NANCY	- CCA → J. de Flandres → LILLE - CCA → NICE
	REIMS	- <u>DEA</u> – CCA Oncologie – PH en 2011
<u>NORD :</u>	LILLE	- CCA J. de Flandres - 2 Postes « Assistant Partagé » LILLE-LENS - <u>DEA</u> – CCA BONDY
	AMIENS	- CCA – MBdR - « Assistant Partagé » AMIENS-SENLIS
<u>RHÔNE-ALPES :</u>	LYON	- PH Hop Femme – Mère – Enfant
<u>QUEST :</u>	RENNES	- « Assistant Partagé » RENNES-REDON
	BREST	- Installation
	ANGERS	- « Assistant Partagé » ANGERS-SAUMUR
	NANTES	- Installation
<u>SUD :</u>	MARSEILLE	- CCA Oncologie, puis PH - CCA ”
<u>SUD-OUEST :</u>	BORDEAUX	- CCA Service Pr Hocke - « Assistant Partagé » BORDEAUX-LIBOURNE
	TOULOUSE	- « Assistant Partagé » TOULOUSE- CASTRES - « Assistant Partagé » TOULOUSE-AUCH - Installation

Tableau 5

NOMINATIONS de MEDECINS HOSPITALIERS

- Praticiens Hospitaliers : Orthogénie

PMA

- Hospitalo-Universitaires : - Maîtres de Conférences

- Hôtel-Dieu Paris : MBdR, option GM

- Poissy : GO, option GM

- Lille : GO, option GM

- PU-PH

- Grenoble : MBdR, option GM

Tableau 6

Florence COUSSY

*Interne en gynécologie médicale,
ancienne présidente de l'Association des Internes
en Gynécologie Médicale (AIGM).*

**« Lorsque nous passons dans les services,
cela se passe très bien. Nous apportons nos
compétences. »**

Je tiens à vous rappeler que notre formation est très différente de celle des obstétriciens. Notre internat se déroule pendant 4 ans, donc en 8 semestres. Nous avons trois semestres validant la gynécologie médicale (GM), pouvant se réaliser dans des services d'endocrinologie, de gynécologie médicale, PMA (Procréation médicalement assistée), sénologie et oncologie gynécologique. Trois semestres sont réalisés dans les services de gynécologie obstétrique (GO). Deux semestres sont libres.

Les internes en gynécologie obstétrique ont un internat qui dure 5 ans, avec au moins un an en chirurgie générale.

Nous avons donc des formations et des compétences différentes mais complémentaires.

En novembre 2009, il y a 85 internes en gynécologie médicale en France.

Au niveau de la répartition géographique des internes, il n'y a pas encore d'internes dans certaines villes telles que Nice et Strasbourg, mais nous espérons en avoir, car ces villes ont des capacités de formation.

En 2009, 27 internes ont été nommés en gynécologie médicale et 164 en gynécologie obstétrique (jusqu'en

2008, 20 internes en GM étaient nommés par an). Il y a donc une augmentation récente du nombre d'internes nommés à l'examen national classant (ENC), adaptée aux régions.

D'autre part, certains internes ont fini leur internat : 10 en 2007, 11 en 2008, puis 20 en 2009, 20 sont prévus en 2010.

Pour les « post-internat » : en 2007, il y avait 8 postes pour 10 sortants, en 2008 : 6 postes pour 11 sortants, et en 2009, 9 postes pour 11 sortants.

Il s'agit de postes de chef de clinique, assistant ou PHC (praticien hospitalier contractuel) dans des services variés tels que la PMA, l'endocrinologie et gynécologie médicale, l'oncologie gynécologique, la sénologie et la gynécologie obstétrique.

La formation est toujours de très bonne qualité, toujours prisée à l'ENC. Le nombre de « post-internat » est correct, pas moins bon que pour d'autres spécialités.

En tant qu'interne, je tiens à souligner que nous avons de très bonnes relations avec les obstétriciens, avec l'Association des internes en gynécologie obstétrique, et lorsque nous passons dans les services, cela se passe très bien. Nous apportons nos compétences et il y a une très bonne entente.

Pour le futur, nous désirons garder notre filière de gynécologie médicale, nous sommes tous d'accord. Il faudrait que le nombre d'internes et de « post-internat » augmente, mais aussi créer des postes universitaires afin que soit pérennisée notre spécialité, ainsi qu'une sous-section du CNU (Conseil national des universités) spécifique à la gynécologie médicale.

Mikaël AGOPIANTZ

*Président de l'Association des Internes en
Gynécologie Médicale (AIGM).*

**« Il faudra être très vigilants...
concernant les postes d'internes parce que
c'est le point capital. »**

Je précise que la gynécologie médicale (GM) est une spécialité médicale différente de la gynécologie obstétrique (GO) dévolue aux chirurgiens. Comme l'a dit Mme Kuttenn, c'est la médecine interne de la femme et du couple.

Autre point important, nous sommes à côté des obstétriciens, à côté des chirurgiens gynécologues, nous sommes à côté des endocrinologues, nous ne sommes ni en dessous ni au-dessus, nous sommes juste à côté, complémentaires. Nous avons nos compétences propres. Ce sont des choses qu'il faut répéter - et accepter une bonne entente avec tous nos partenaires.

Comme l'a dit Florence, il nous faut une augmentation des internes ; cela se négocie à la DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), au ministère de la Santé. Ce sont nos deux interlocuteurs. L'augmentation du nombre de « post-internat », chefs de clinique, postes d'assistant, cela se voit avec le doyen, au niveau des CHU (Centre hospitalo-universitaire), pour les postes de chef de clinique, les postes d'assistant, et au niveau des directeurs d'hôpitaux et des présidents de CME (Commission Médicale d'Etablissement) pour les hôpitaux de périphérie. Quant au CNU (Conseil national des universités), pour les hospitalo-universitaires, c'est avec le ministère de l'Education nationale et aussi avec les doyens pour les conditions locales d'affectation des postes.

Pour se projeter sur l'actualité proche, les discussions qui vont avoir lieu durant les prochains mois, voire les prochaines années si les choses traînent, on a une déclaration de la Fédération nationale des Collèges, au nom de sa présidente, qui a proposé une nouvelle fois la fusion GM / GO. Il y a quelques semaines, en

Assemblée générale des Collèges, la présidente parlait en son nom propre. On a eu un échange de mails assez vifs, mais courtois. Hier, j'ai une nouvelle fois reçu un mail où elle me disait que, si elle prône cela, c'est pour nous protéger, la reconnaissance européenne... Elle voudrait revenir à l'époque où 80% des Collèges étaient favorables à une réforme type loi Gillot et contre un DES (Diplôme d'études spécialisées) indépendant, disant donc qu'il est nécessaire qu'on se mette sous la protection des obstétriciens. Je lui ai dit que nous allions en parler à tous les internes, mais je ne doute pas de la réponse de ceux-ci.

Cela se met en perspective avec les différentes réformes qui vont être mises au goût du jour dans les prochains mois. Le ministère de l'Éducation nationale parle beaucoup de LMD (Licence, master, doctorat), le plan licence au niveau de la Santé a été mis en place avec la réforme de la P1 (première année de médecine), l'accueil des pharmaciens dans nos amphithéâtres de première année. Cela n'était que la première partie de ce plan de réforme ; après la licence, on va passer au master, et avec le projet de la suppression du DCEM 4 (deuxième cycle des études médicales) ; ce sont des choses qui sont en train de courir au niveau des doyens et du ministère.

Geneviève PLU-BUREAU

Maître de conférences des universités, praticien hospitalier, service de gynécologie endocrinienne, Hôtel-Dieu, Paris.

« La nécessité de former des médecins qui vont former des jeunes. »

Presque tout a été dit, ou quasiment. Pour concourir à des postes universitaires autres que chef de clinique, il faut avoir un certain nombre de prérequis, comme pour toutes les autres spécialités : avoir un DEA (diplôme d'études appliquées) ou M2. Un certain nombre d'internes ont obtenu ce diplôme avant leur clinicat. Puis ils soutiennent une thèse de sciences de 3e cycle, cela suffit pour être MCU-PH (maître de conférences des universités - praticien hospitalier). Pour pouvoir encore gravir les échelons, et obtenir un poste de PU-PH (professeur des universités - praticien hospitalier), il faut avoir une autre thèse, que l'on appelait avant thèse d'Etat, mais qu'on appelle maintenant Habilitation à diriger des recherches (HDR). Pour avoir ce dernier diplôme, il faut avoir forcément un certain nombre de publications, ou de travaux, qu'on acquiert progressivement au cours de son cursus. Le dernier prérequis est une année de

La troisième phase de la réforme sera celle du TCEM (troisième cycle des études médicales), c'est-à-dire le 3e cycle. Là, on entend déjà les adversaires, les concurrents de la gynécologie médicale qui jubilent. Car qui dit réforme du 3e cycle, dit réforme des maquettes, révision des différentes spécialités proposées à l'internat ; et puis, le LMD, il ne faut pas oublier que c'est le processus de Bologne de 2000-2002, ce qui signifie harmonisation européenne, avec l'argument massue qui est de dire : puisque, en France, on ne peut pas se trouver au niveau des concordances entre les pays européens, cela va être très difficile, dans la mise en place du LMD, d'obtenir un 3° cycle spécifique à votre filière, etc.

Ce sont des choses comme cela que nous allons avoir à combattre dans les prochains mois, dans les prochaines années. Il faudra être très vigilant et il va falloir s'affairer un peu au ministère de la Santé concernant les postes d'interne, parce que c'est le point capital. Mais il va falloir également avoir les yeux rivés sur le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, prendre part aux discussions, notamment au CNESER (Conseil national de l'Enseignement supérieur et de la Recherche), pour voir les choses venir, et agir avant qu'il ne soit trop tard !

mobilité, qui pose plus ou moins de problèmes pour certaines internes, mais qui, quand elles font un peu de recherche, est acquise assez facilement dans les unités de recherche, l'INSERM (Institut national de la Santé et de la Recherche scientifique) ou autres.

Puis après, il y a les décisions au niveau des facs, ce qui est plus compliqué, car la gynécologie médicale n'est pas une spécialité dite noble par rapport à d'autres spécialités. Cette spécialité a donc besoin de soutien pour l'obtention des postes de PU-PH en gynécologie médicale.

Le dernier point, c'est la nécessité de former des gens qui vont à leur tour former des jeunes. Les internes peuvent témoigner : dans tous les services où elles passent, les spécificités sont très différentes, et il faut absolument disposer de médecins qui pourront enseigner les spécificités médicales de la gynécologie. Par exemple, à l'Hôtel-Dieu, les spécificités entre autres sont la prise en charge des femmes à risque vasculaire : dans ce domaine, à l'AP-HP (Assistance publique - Hôpitaux de Paris), sur l'Île-de-France, cette spécificité est unique. Chez le Pr Frédérique Kuttenn, ce sont plus des spécificités endocriniennes. Il y a donc nécessité d'avoir des centres ciblés dans plusieurs domaines.

Les conditions d'exercice aujourd'hui, paroles de gynécologues médicaux

Yanick LEFLOT-SAVAIN

Gynécologue médicale,
membre de l'Union Régionale des Médecins
Libéraux de Picardie.

**« Tous les jours, dans nos cabinets,
nous savons tous et toutes que nous sommes
utiles. »**

J'ai été présidente du Syndicat des gynécologues libéraux. Depuis le début, on ne parle que de combat. La disparition de la gynécologie médicale est la négation de notre état de femme. On a des spécificités en tant que femmes. Je ne suis pas du tout sûre que, s'il y avait eu une spécificité en tant qu'hommes, on ait eu les mêmes attaques. Ceci étant dit, je suis tout à fait d'accord sur le combat politique, car il est évident qu'il y a une chose qui mène ce monde, c'est : comment faire pour gagner de l'argent sur la santé des gens. Et toute la mise en place actuelle de la loi HPST de Mme Bachelot n'est dirigée que par cela. Et vous aviez un petit article dans la loi l'année dernière, qui a été combattu et qui a été cassé par le Conseil constitutionnel - vous ne l'avez pas rappelé -, qui était le fameux article sur la contraception, par lequel les pharmaciens étaient autorisés à distribuer les pilules de 15 à 35 ans sans ordonnance et sans examen ; du coup c'était dire que l'on ne s'occupait pas de la santé des femmes jusqu'à l'âge de 35 ans. Il suffisait de leur donner *arma manu* et elles allaient régler leurs problèmes.

Pour moi, une gynécologue médicale, c'est tout simplement un médecin de la femme. Prise dans sa globalité. Ce qui m'étonne, et M. Elia l'a dit tout à l'heure, nous sommes pour beaucoup des « mémères à frottis ». Une consultation, ce n'est pas que du frottis. Par contre, à force d'entendre répéter cela dans les médias et globalement, nos patientes se sont mis dans la tête que, à partir du moment où elles n'avaient plus de col, il était inutile de consulter la gynécologue. Et on se retrouve y compris avec des cancers là où, malheureusement, il n'y a plus d'utérus. Elles arrêtent de venir, parce qu'elles pensent que ce n'est plus la peine de faire un frottis, puisqu'il n'y a plus de col.

A mon avis, on va être confrontés rapidement aux problèmes de mortalité. Je viens d'une région qui s'appelle la Picardie, bien connue. Nous avons un dépistage du cancer du sein organisé depuis 1990, l'un des premiers à avoir été mis en place. Ce n'est pas compliqué, effectivement les femmes vont moins mourir du cancer du sein, car elles vont être convoquées jusqu'à 74 ans ; mais, rassurez-vous, elles continuent à mourir du cancer

du col. Elles vont passer la mammographie tous les deux ans, et elles ont l'impression d'être bien suivies.

Sur la prise en charge globale, je suis toujours étonnée que l'on dise *larga manu* que le cancer du col est actuellement transmis, et qu'on arrête à 65 ans de suivre les femmes à condition qu'elles aient eu des frottis vaginaux jusque-là, en se basant sur des études qui ont été faites dans les années 50 et 60, sans se rendre compte que la population n'est plus la même, et que les mœurs ont évolué. Nous avons toutes, dans nos consultations, un certain nombre de patientes qui refont leur vie après l'âge de 60 ans et qui, du coup, recommencent avec de nouveaux partenaires : elles ont une demande de vie sexuelle qui est totalement légitime, et par contre on continue de leur mettre dans la tête que, à 65 ans, on arrête de les surveiller.

Tout comme pour l'idée de 74 ans, cela continue de se dire. A 74 ans, la population l'a intégré, à 74 ans, on n'est plus à risque du cancer du sein. Pourquoi ? Parce qu'on ne nous convoque plus. Donc on peut être tranquille (C'était pour répondre à la personne qui a parlé tout à l'heure). Effectivement, le meilleur rapport qualité-prix, c'est 50-74 ans.

A Amiens, nous avons un registre du cancer, nous étions les seuls. D'ailleurs les subventions vont être arrêtées. Cela aussi va disparaître, comme beaucoup de choses, il n'y a pas que les centres du Planning. Nous avons fait une étude justement sur la mortalité par cancer du sein et l'augmentation après 74 ans. On avait une augmentation du cancer du sein, et l'incidence continuait à augmenter grosso modo jusqu'à 82 ans, et après cela diminuait, parce que je pense que les femmes mouraient d'autres choses.

La gynécologie médicale est-elle utile ? Petite anecdote amusante, j'étais au Salon de la Gynécologie pratique cette année, et dans les ateliers « infertilité », nous sommes en train de découvrir l'eau chaude, car les Américains ont fait un papier qui dit que le « tender loving care » dans la prise en charge des stérilités, aux Etats-Unis, marche aussi bien que la prise en charge technique. Prendre en charge de manière psychosomatique les patientes - il leur a fallu un certain temps pour découvrir l'eau chaude -, c'est extraordinaire, cela marche aussi pour les femmes enceintes. On a peut-être une marge, maintenant que les Américains le disent.

Moi, je suis dans les combats, et, à mon sens, le combat va être beaucoup plus global que simplement le combat de la gynécologie médicale. Vous savez tous que nous avons une réforme des études médicales où on nous explique que l'on va mettre dans la première

année les infirmières, les sages-femmes, etc. Tout simplement pour une question de coût. Il ne faut pas rêver. Lorsque vous avez un amphi, et 1200 personnes venant de plusieurs zones d'études, c'est plus facile de mettre un prof. et 4 amphis vidéo que de faire 5 écoles différentes. Ce qui va se passer, eh bien, c'est comme ce qu'on est en train de faire avec les gynécologues et les sages-femmes actuellement, on va nous dire que ce sont des spécialités médicales. Forcément, puisqu'elles ont fait une première année médicale commune avec les autres. Comme ce sont des spécialités médicales, il n'y a aucune raison pour qu'elles ne fassent pas des actes médicaux. Mais des actes médicaux au moindre coût. Et là, en l'occurrence, nous sommes arrivés au stade de « Qu'est-ce qui est rentable ? ». Comme le sous-entendait M. Marty, le patient mort. Lorsque l'on dit : il y a moins de médecins, forcément, il y aura moins de patients. On fera moins de diagnostics, ce n'est pas compliqué. Je vais vous donner un exemple. Dans le département de l'Aisne, actuellement, il n'y a plus qu'un anapathe, dans tout le département. En Picardie, on a vraiment un gros problème de démographie médicale. Je parie que les statistiques du département de l'Aisne vont être améliorées. Il n'y a plus d'anapathe, donc il n'y a plus de cancers, effectivement. Et plus les gens vont continuer de mourir, et comme on va faire disparaître le registre, on ne saura pas de quoi ils sont morts. Nous sommes un peu fautifs, les gynécos, car on a fini par intégrer que nous sommes une sous-spécialité. On a

fait croire à nos jeunes étudiants que la gynécologie médicale était une sous-spécialité. On nous dit : On en ferait bien, de la gynéco, mais les étudiants n'en demandent pas. Mais comme on leur dit que ce n'est pas une bonne spécialité... Ce n'est pas glorieux, il suffit de voir : pour pouvoir gagner correctement sa vie en médecine, il faut être en secteur II, pour avoir du temps, comme vous le disiez tout à l'heure. Le temps "d'écouter, de voir", du « tender loving care ». Ce n'est pas au tarif Sécurité sociale que l'on va pouvoir le faire. Et nos jeunes étudiants, pour s'installer en secteur II, etc, il faut qu'ils aient des postes de chef de clinique. Combien sont créés ? Il ne faut pas que des postes d'interne. Il faut aussi des postes de chef de clinique, et peu sont créés, etc. etc. Et les agrégés ? On pourrait continuer comme cela. Le combat n'est pas que pour le maintien de la filière, il est aussi pour le nombre de postes. Cela va être un combat politique, et tous les jours, dans nos cabinets, nous savons tous et toutes que nous sommes utiles, que nous ne faisons pas que des frottis et du « tender loving care »... Les deux derniers diagnostics dont je suis assez fière, ce sont un phéochromocytome et un lymphome à expression mandibulaire. Cela n'a rien à voir avec la gynéco, mais comme j'ai déshabillé et examiné mes patientes, j'ai trouvé deux beaux diagnostics médicaux. Alors comment va-t-on m'expliquer que des infirmières qui ne feront que le frottis pourront, ou la sage-femme, pourront faire ce diagnostic-là ?

Marie-Josée RENAUDIE

Gynécologue médicale, présidente du Syndicat des Gynécologues Médicaux.

« La conséquence la plus révoltante est la difficulté de plus en plus grande pour les cabinets médicaux de recevoir de nouvelles patientes. »

C'est dans la lignée de Mme Leflot-Savain que je vais continuer, en vous parlant des conditions dans lesquelles les gynécologues médicales exercent aujourd'hui.

Tout d'abord, nous envisagerons les problèmes du secteur I.

La gynécologie médicale est une source de richesse pour le médecin et le patient : une spécialité qui touche à la globalité de la femme, à l'intime.

Historiquement, c'est une voie de féminisation de la médecine : c'est par la gynécologie médicale essentiellement que la médecine s'est féminisée.

Le problème démographique perturbe notre vie quotidienne.

Rappel du combat de cette spécialité avec l'interruption de la formation du CES en 1986, largement expliqué

précédemment, responsable de la **chute vertigineuse du nombre des gynécologues médicaux** : 1084 en 2006 et 660 en 2015, pour 32 millions de femmes (chiffres répertoriés par la Caisse de retraite des Médecins libéraux (CARMF).

L'âge moyen des gynécologues médicaux est de 57 ans. La conséquence la plus révoltante est la **difficulté de plus en plus grande pour les cabinets médicaux de recevoir de nouvelles patientes**. Pour vous donner une idée, dans la ville où je travaille, à Toulouse, la population du « Grand Toulouse » augmente chaque année de 15 000 habitants, alors que, dans le même temps, le nombre de médecins diminue. Tous les jours, de nombreuses patientes téléphonent à nos secrétariats, parfois en pleurs, en nous disant que nous sommes le dixième ou quinzième cabinet médical qu'elles appellent pour un rendez-vous parce que plus personne n'arrive à recevoir de nouvelles patientes.

Nous avons donc été obligées de nous adapter, même si parfois vous le déplorez.

Nous essayons de proposer à nos patientes bien équilibrées sous contraception, sous traitement de la ménopause, de péri-ménopause, ou sous différents traitements de pathologie, de rencontrer leur médecin (aujourd'hui spécialiste en médecine générale) pour le

renouvellement. Bien sûr, cela se fait après courrier, dans lequel nous lui donnons tous les éléments importants. Cela rentre dans cadre de la coordination des soins prévue dans la nouvelle loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) où le rôle du médecin traitant, « spécialiste en médecine générale », est de coordonner les soins de leur patient.

Ce qui est important, c'est que de plus en plus de médecins nous demandent tous les jours de garder des places libres dans nos consultations pour recevoir des patientes qu'ils désirent nous adresser, et qui ne parviennent pas à nous joindre ou auront des rendez-vous beaucoup plus tard.

Les conséquences économiques.

Il faut savoir que les gynécologues médicaux font partie du 1 % de médecins libéraux aux plus bas revenus.

Les revenus sont de 33 % inférieurs aux revenus de la moyenne des médecins généralistes et à 50 % des revenus de la moyenne des spécialistes (*voir PowerPoint page 30*).

Vous en connaissez les raisons : les consultations de gynécologie sont longues, comprenant peu d'actes techniques (eux bien rémunérés).

Dans la médecine aujourd'hui, ce qui est rémunéré et valorisé, ce sont les actes techniques, les radiographies, les examens spécialisés demandant un plateau technique lourd, mais pas du tout les actes cliniques, nécessitant un interrogatoire et un examen clinique longs, un temps d'écoute et de réflexion, eux non correctement honorés. De plus, notre consultation ne bénéficie pas, comme celle du cardiologue ou du psychiatre, d'honoraires adaptés.

Le deuxième problème est celui de l'accès direct, puisqu'une consultation en accès direct dans le secteur I est rémunérée 28 euros ; la même consultation si la patiente est adressée par son médecin est de 44 euros. L'accès direct ne correspond qu'à quatre types de consultation : contraception, grossesse, interruption de grossesse et examen systématique (sans pathologie).

Les autres consultations (infections, douleurs mammaires ou douleurs des règles, saignements anormaux,

ménopause et ses conséquences, type ostéoporose, etc.), **quand la patiente n'est pas adressée par le médecin traitant, sont en dépassements autorisés (DA)**, soit 33 euros, mais très mal remboursées, ce qui pénalise les patientes. A cause de ce remboursement insuffisant, les gynécologues dans leur ensemble ne cotent que rarement des DA, ce dont les patientes ne sont pas informées et qu'elles ne « réalisent » pas (la consultation étant longue, nous ne rentrons pas, en plus, dans ces explications).

Aujourd'hui, nos consultations associent les trois sortes de consultation, mais avec très peu de patientes adressées, car, l'accès direct existant, les patientes ne se font pas adresser par leur médecin traitant pour les pathologies, et les gynécologues cotent peu de DA.

Ce problème économique explique que les **gynécologues n'arrivent pas à payer un temps de secrétariat suffisant ; ce qui est responsable d'un inconfort de la pratique depuis quelques années.**

Ce manque de personnel dans nos cabinets médicaux est responsable d'un inconfort pour les patientes : vous avez beaucoup de mal pour nous joindre au téléphone.

Et responsable d'un inconfort pour le médecin : nous effectuons maintenant des tâches qui étaient auparavant effectuées par nos secrétaires (passage de la carte vitale, courrier, etc.), allongeant notre temps de travail et diminuant le nombre de patientes que nous pouvons recevoir.

Toutes ces charges alourdissent nos journées.

Dans le secteur II, les conditions ne sont guère plus brillantes.

Les gynécologues médicaux de ce secteur ont le même revenu que la moyenne des médecins généralistes, avec une pénalisation des patientes dont la mutuelle ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires.

En conclusion, je dirai que nous devons gérer tous ensemble cette situation catastrophique en défendant la reconnaissance et le développement de la gynécologie, afin que nous ayons beaucoup de professeurs nommés et beaucoup de places d'interne et de chef de clinique.

Catherine COBLENCÉ

Sage-femme.

« Les sages-femmes... ne peuvent pas pratiquer des actes supplémentaires qui sont du ressort du médecin gynécologue. »

Le travail de sage-femme est spécifique autour d'une grossesse normale, d'un accouchement, de suites de couches physiologiques. En fait, en pratique, les sages-femmes à l'hôpital sont en nombre insuffisant dans les salles d'accouchement. Elles sont quand même présentes dans les services de grossesses pathologiques

et elles ont du mal à assurer les cours de préparation à l'accouchement. Elles ne peuvent pas pratiquer des actes supplémentaires qui sont du ressort du médecin gynécologue. Ce qui se passe actuellement à l'hôpital, c'est que la contraception orale est délivrée en suite de couches par les sages-femmes, sous couvert du chef de service gynécologue obstétricien.

Bien sûr que, en tant que femme, il est évident que la relation avec sa ou son gynécologue est de l'ordre de l'intime et va de pair avec la confiance et dans la prévention, et cela ne me semble absolument pas envisageable de passer par un médecin traitant.

Jean MARTY

*Gynécologue obstétricien,
secrétaire général du Syndicat National
des Gynécologues Obstétriciens (SYNGOF).*

**« Je dois dire que c'est la gynécologie
en général qui est malade. »**

Je suis secrétaire général du SYNGOF, et d'autre part gynécologue obstétricien à Albi. C'est-à-dire que j'ai des souvenirs des premiers pas de cette relation importante qu'a eue Dominique Malvy avec la France, et, à titre personnel, je dois dire que je lui dois d'avoir gardé ma maternité, à Albi, qui sinon devait disparaître. J'avais donc beaucoup appris d'elle à partir de tout cela, et j'ai beaucoup appris ce matin. Je dois dire que j'ai été tout à fait conforté par l'attitude des jeunes qui, manifestement, ne veulent pas de conflits entre les spécialités, je les crois, je les félicite, et, effectivement, et syndicalement, c'est profondément notre souhait. Le concept de complémentarité est un concept excellent. Il est évident que tout gynécologue n'a pas besoin d'être chirurgien, et ce qu'ils ont dit est vrai. Il faut que la jeune génération qui va prendre le relais s'organise comme elle le fait. Il ne faut pas qu'elle hésite à demander notre appui pour faire ce qu'elle a besoin de faire pour sa formation. Je le dis très clairement, c'est notre attitude. Nous ne sommes pas du tout sectaires au profit d'une forme ou l'autre d'exercice de la gynécologie. Il faut aider les jeunes à trouver la formation dont ils ont besoin. Je voulais souligner, ce qui nous intéresse, ce n'est pas un corporatisme professionnel d'une nature ou d'une autre. Pas plus des obstétriciens, que des gynécos, des PUPH ou de tout autre. Ce que nous devons, c'est établir, comme l'avait fait Dominique Malvy,

cette relation avec les femmes pour répondre profondément à leur besoin. Leur besoin est important. Nous avons vécu des progrès de la gynécologie médicale, et de la gynécologie en général, d'ailleurs, et c'est une bonne chose. Je dois dire par contre qu'il y a des aspects très inquiétants. Il faut savoir qu'un rapport de l'INVS nous a appris qu'il y avait plus de 70 femmes qui mouraient en couches chaque année en France. C'est une catastrophe, et la moitié n'avaient pas eu des soins optimum dans ce moment critique. Pour nous, la raison, c'est que les professionnels expérimentés sont découragés par l'insécurité juridique et assurancielle, et c'est leur expérience qui manque aujourd'hui à la sécurité des femmes. Par ailleurs, trop de femmes ont des césariennes qu'elles ne souhaitent pas et qui ne s'accompagnent pas d'une réduction du nombre d'enfants handicapés. C'est pour se protéger contre le risque médico-légal, encore, que les praticiens pratiquent ces césariennes.

Donc je dois dire que c'est la gynécologie en général qui est malade. Elle doit s'entendre, elle doit s'entendre avec les femmes, parce que c'est quand même une force des sociétés évoluées d'avoir des femmes qui bénéficient de soins de qualité dans ce domaine particulier. C'est une caractéristique des sociétés évoluées que les femmes aient la possibilité de choisir, en général, et des soins gynécologiques de qualité, nécessaires à leur épanouissement dans leur vie de femme. La société tout entière en bénéficie.

Donc je crois qu'il est important que nous allions au-delà de ce travail de ce matin, qui a été d'une grande qualité, pour que toute la gynécologie, qui libère la femme, puisse profiter de ce dialogue avec les femmes, et pour aider la jeune génération à prendre la relève, et nous serons mobilisés pour ces deux objectifs.

Message du Syndicat des Médecins Libéraux

« Combat commun. »

« Le Syndicat des Médecins Libéraux a compris la nécessité de sauver la gynécologie médicale, et a décidé voilà un an d'œuvrer activement dans ce sens, dans le cadre de ses missions syndicales.

Il a aidé à la création du Syndicat des Gynécologues Libéraux (SGL), que connaît le Docteur Gisèle Jeanmaire, qui a notamment pour objets de faire reconnaître par le Conseil de l'Ordre la qualification de spécialiste pour les gynécologues médicaux quelle que soit leur ancienneté d'installation, de développer le nombre de praticiens formés à cette spécialité, et de leur préserver un espace d'exercice reconnu, alors que celui ci se réduit régulièrement sous la poussée des généralistes ou des sages-femmes par exemple.

Vous trouverez ci-joint un courrier qui vient d'être adressé à tous les gynécologues médicaux de France, concernant leur qualification en tant que spécialiste. En effet apprendre, après parfois des décennies d'exercice, qu'on n'est pas spécialiste alors qu'on pensait l'être a traumatisé nombre de nos confrères. Pour exercer correctement, il faut se sentir justement reconnu. Ce combat est le premier permettant d'affirmer la spécialité gynécologique.

D'autres sont en cours et le SGL ira jusqu'au bout de ses objectifs.

Dans cette attente, croyez à tous nos vœux de succès pour vos Assises.

Docteur Jean-Louis CARON,
Secrétaire général du SML,
Représentant du SML auprès du SGL.

Gynécologues médicaux : conditions d'exercice et revenus.

GYNECOLOGIE MEDICALE
Les conditions d'exercice
aujourd'hui des gynécologues
médicaux secteur 1

Paris, 28 mars 2010 Marie Josée RENAUDIE - SGM

LA GYNECOLOGIE
MEDICALE: une spécialité
source de richesse

- Pour le médecin et les patientes
- Historiquement une voie de féminisation de la médecine
- Une spécialité touchant à la globalité de la femme et de sa vie, à l'intime

Paris, 28 mars 2010 Marie Josée RENAUDIE - SGM

MERCI DE NOUS AVOIR
INVITEES POUR POUVOIR EN
DEBATTRE

Paris, 28 mars 2010 Marie Josée RENAUDIE - SGM

Agenda

- 1. Le problème démographique**
 - a. L'évolution de la situation
 - b. Les conséquences
 - c. Les moyens d'adaptation
- 2. Les conséquences économiques**
 - a. La réalité des chiffres
 - b. Les raisons
 - c. Les conséquences

Paris, 28 mars 2010 Marie Josée RENAUDIE - SGM

1. Le problème démographique

Paris, 28 mars 2010 Marie Josée RENAUDIE - SGM

a. L'évolution de la situation

- L'interruption de la formation de 1987 à 2003
- La formation de 20 gynécologues médicaux depuis 2003, 27 en 2009/2010
- L'âge moyen des gynécologues médicaux : 57 ans

→ chute vertigineuse du nombre de gynécologues médicaux exerçant :

- 1084 en 2006 (Caisse de retraite des médecins français)
- 600 en 2015 pour > 32 millions de femmes

Paris, 28 mars 2010 Marie Josée RENAUDIE - SGM

b. Les conséquences

Difficulté de + en + grande pour les cabinets médicaux de recevoir de nouvelles patientes

(ex : 15 000 nouvelles personnes dans le Grand Toulouse chaque année)

Paris, 28 mars 2010

Marie Josée RENAUDIE - SGM

c. Les moyens d'adaptation

- La proposition aux patientes bien stabilisées sous contraception ou traitement de rencontrer leur médecin spécialiste en médecine générale pour le renouvellement,
- **Après courrier, dans le cadre de la coordination des soins, rôle dévolu au médecin traitant** dans la nouvelle loi HPST
- D'où la nécessité pour les gynécologues médicaux de conserver des rendez-vous quotidiens pour les patientes adressées par les médecins traitants

Paris, 28 mars 2010

Marie Josée RENAUDIE - SGM

2. Les conséquences économiques

Paris, 28 mars 2010

Marie Josée RENAUDIE - SGM

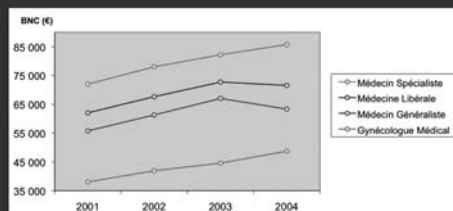
a. La réalité des chiffres

- Ils font partie du 1% de médecins libéraux aux plus bas revenus
- 33% inférieurs à ceux de la moyenne des médecins spécialistes de médecine générale
- 50% inférieurs à ceux de la moyenne des autres médecins spécialistes

Paris, 28 mars 2010

Marie Josée RENAUDIE - SGM

Revenus des gynécologues médicaux par rapport aux autres médecins



Paris, 28 mars 2010

Marie Josée RENAUDIE - SGM

b. Les raisons

- 1) Les consultations de gynécologie sont **longues, comportent peu d'actes techniques** et ne bénéficient pas, comme celles des cardiologues ou des psychiatres, d'honoraires adaptés
- 2) Le problème de l'accès direct:
 - Le tarif d'une consultation en accès direct dans le secteur 1 est de 28 euros
 - Le tarif de la même consultation si la patiente est adressée par son médecin traitant est de 44 euros.

Paris, 28 mars 2010

Marie Josée RENAUDIE - SGM

c. Conséquence : inconvénient de la pratique

- 1) **Pour les patientes:** des temps de secrétariat insuffisants, responsables de lignes téléphoniques en permanence occupées quand nos patientes veulent nous appeler
- 2) **Pour les médecins :** une augmentation du temps de travail par des tâches effectuées auparavant par nos secrétaires (passage de la carte vitale, règlement des honoraires, courriers...)

Paris, 28 mars 2010

Marie Josée RENAUDIE - SGM

Les conditions d'exercice aujourd'hui des gynécologues médicaux secteur 2: revenus identiques à ceux des médecins généralistes

Paris, 28 mars 2010

Marie Josée RENAUDIE - SGM

Les pouvoirs publics face à leurs responsabilités

La remise en cause du système de soins à la française. La loi HPST. Le transfert de compétences.

Nicole BERNARD

Membre du bureau du CDGM.

« Je crois qu'il y a, dans les propos de Mme Bachelot, la volonté politique de modifier de fond en comble l'organisation de la médecine dans notre pays. »

Les interventions précédentes ont souligné l'enjeu pour la santé des femmes que représente l'existence de la gynécologie médicale. Ce fait permet d'expliquer le formidable mouvement de soutien qui a amené des élus de toute opinion politique à soutenir la revendication du diplôme.

Il n'était pas aberrant d'espérer de la part de Mme Bachelot, soutien de la première heure, une prise en compte de nos demandes.

Cela n'a pas été le cas, puisque Mme Bachelot a été le premier et le seul ministre à refuser de recevoir le CDGM.

Pressée par des élus de tout bord de créer plus de postes de GM, elle a écrit en janvier 2009 que tout allait bien.

Pour elle :

« La spécialité de gynécologie médicale, qui est enseignée aujourd'hui, a changé de sens. Elle forme des spécialistes de haut niveau sur les pathologies endocriniennes et tumorales gynécologiques ainsi que sur la fertilité. Une partie du cursus en matière de stage est partagée avec les obstétriciens. Pratiquement tous ces spécialistes se destinent à un exercice hospitalier très particulier. Cette filière repensée offre des débouchés hospitaliers plus restreints, ce qui explique que le nombre de postes soit davantage limité. Pour autant, le nombre de gynécologues de ville ou de praticiens se consacrant à la santé des femmes n'est pas en baisse, du fait des transferts d'activité, de l'obstétrique en particulier. »

Le simple bon sens conduit à considérer que le développement d'une spécialité implique ET des nominations universitaires ET l'installation de médecins en ville.

C'est la première fois que l'on nous incite à considérer que l'un va sans l'autre.

Simple aberration ? Y a-t-il autre chose ?

Je crois qu'il y a, dans les propos de Mme Bachelot, la volonté politique, partagée par d'autres qu'elle, de modifier de fond en comble l'organisation de la médecine dans notre pays.

En 2009, le gouvernement a organisé des Etats Généraux de l' Organisation des Soins (EGOS).

Selon le document préparé à cet effet par le ministère, « **L'objectif phare de ces EGOS est la réforme indispensable de l'offre de soins de premier recours** ».

Alors que tout le système de soins souffre du maintien d'un numerus clausus aberrant, contraire aux besoins de la population, l'objectif mis en avant est l'« offre de soins de premier recours ».

C'est une notion inconnue du code de santé publique.

L'organisation de l'offre de soins reposait, jusque-là, sur la **complémentarité** entre généralistes et spécialistes, ville et hôpital, et sur la distinction entre actes médicaux effectués par un médecin et actes paramédicaux sous la responsabilité d'un médecin.

Par contre, cette organisation centrée sur les « soins de premier recours » existe dans certains pays.

En Angleterre, Tony Blair a créé, en 1997, les « Primary Care Groups », remodelés en 2004.

« On y trouve les services essentiels que le généraliste doit garantir à toute la population. Il faut y ajouter les « additional services », qui sont optionnels et portent notamment sur les vaccinations, le frottis vaginal, l'ad-dictologie et la prévention. »

Les technocrates de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ont l'habitude de dire que tout cela n'a pas d'importance, car on est aussi bien soigné en Angleterre qu'en France, et, ajouterai-je, cela coûte moins cher !

Je ne sais pas si on est aussi bien soigné, mais je ne vois pas pourquoi un système qui a fait ses preuves en

France (avec les résultats qu'on vous a dits) devrait être supprimé !

Le titre II de la loi Bachelot est précisément consacré à la notion de « soins primaires » ou « soins de premier recours ». Je ne m'étendrai pas sur les autres aspects de cette loi, qui a suscité un rejet sans précédent chez tous les professionnels concernés : toute la communauté hospitalière, la majorité des syndicats de médecins, les principaux syndicats de la Sécurité sociale, sont descendus dans la rue contre cette loi, au point qu'il faut s'interroger sur le fait que, dans de telles conditions, elle ait pu être votée !

Sous le titre fallacieux de « accès de tous à des soins de qualité », le titre II commence par un article 36, qui définit les « soins de premier recours » de la façon suivante :

« Art. L. 1411-11. - L'accès aux soins de premier recours (...) Ces soins comprennent :

- » 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- » 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- » 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- » 4° L'éducation pour la santé. »

Ce n'est pas rien.

Pour la première fois, la loi liste ce que le médecin doit faire, alors que l'exercice de la médecine ne peut être soumis au pouvoir politique.

Et l'article 36 poursuit :

« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

Ainsi donc le médecin traitant, qui n'existait alors que dans le Code de la sécurité sociale pour restreindre la prise en charge au « parcours de soins », fait son entrée dans le Code de la santé publique.

Mieux... ou pire, si vous voulez, le médecin de premier recours est identifié au généraliste, dont les missions sont ensuite précisées et coïncident avec les soins de premier recours (ce n'est donc pas la peine que je vous le lise).

Loin de nous l'idée de minimiser le rôle du généraliste qui nous soigne chaque fois qu'il n'y a pas besoin d'un spécialiste. Mais pour qu'il y ait complémentarité entre le généraliste et le spécialiste, encore faut-il qu'il y ait encore des spécialistes !! S'il n'y a que 20 postes de GM, où est la complémentarité ?

Les conséquences de ce bouleversement sont très concrètes.

Dans la situation de pénurie induite par le numerus clausus, en avril 2008, Mme Bachelot se prononce pour, je cite, « un transfert actif et contrôlé de l'activité du médecin vers ses partenaires ».

Cela signifie qu'il faut que les choses soient organisées pour que le patient, au lieu d'aller voir le spécialiste, aille voir le médecin traitant, et, au lieu du généraliste, d'autres professionnels de santé.

Que dit l'article 38 de la loi ?

Il fait des pharmaciens d'officine une composante de l'offre de soins de premier recours.

Quelles étaient les formulations figurant dans le texte de loi ?

« Ils peuvent délivrer, après avoir reçu une formation spécifique, pour trois mois et sans renouvellement possible, une contraception oestroprogestative aux femmes de plus de 15 ans et de moins de 35 ans »

Comment est-ce possible ? Comment une contraception peut-elle être prescrite en dehors d'une consultation médicale ?

Le Conseil constitutionnel a rejeté cette disposition, mais une autre subsiste, qui ouvre la possibilité pour un pharmacien de dispenser des médicaments contraceptifs oraux lorsque la validité d'une ordonnance datant de moins d'un an est expirée.

La loi Bachelot introduit la possibilité pour les sages-femmes d'assurer le suivi de la contraception, le suivi gynécologique.

Elle précise, et c'est encore pire, que les sages-femmes doivent, lorsqu'il y a des complications, savoir renvoyer sur le médecin.

Je partage totalement la réaction du Syngof : « La banalisation de la prescription de la contraception ou de son renouvellement par des paramédicaux ou des sages-femmes, dont la formation médicale est essentiellement axée sur le suivi de la grossesse normale, fera perdre aux femmes le bénéfice pour leur santé qu'elles avaient acquis avec le suivi médical lié à la pilule. »

Sous les termes mesurés mais précis de cette déclaration, apparaît un risque grave pour la santé des femmes. Allons-nous revenir à une situation où les dysfonctionnements gynécologiques étaient toujours diagnostiqués quand il était trop tard ?

Selon le Conseil de l'Ordre et l'Académie de médecine, « La délégation d'actes ne saurait être une variable d'ajustement de la pénurie médicale, car la pénurie touche d'autres professions de santé, comme les infirmières. »

Tel est bien le cœur du problème : pour maintenir le numerus clausus, basé sur l'idée réactionnaire selon laquelle, pour diminuer les dépenses de soins, il faut diminuer le nombre de médecins, le gouvernement touche au cœur même de l'exercice de la médecine.

Que nous dit-on, finalement : qu'il vaut mieux un pharmacien que pas de médecin.

Et qu'est-ce qu'on nous dira demain ?

Appliquant la loi Bachelot, La Caisse Nationale d'Assurance Maladie vient d'intégrer la délégation de tâches dans la Convention d'objectifs et de gestion qui doit devenir la feuille de route des Caisses de Sécurité sociale.

Vous avez entendu parler des CAPI ?

Le Contrat d'amélioration de la pratique individuelle prévoit l'attribution d'une prime de résultat aux médecins. S'ils atteignent les objectifs fixés, les médecins pourront recevoir une prime de 7 euros par an et par malade.

Parmi les objectifs que la CNAM veut imposer pour que les généralistes puissent toucher cette prime :

« Le premier thème pourrait être le renforcement des actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes à risque. »

« Les autres actions qui pourraient faire partie de la démarche de prévention primaire pourraient être la vaccination contre le cancer du col de l'utérus et la prévention du risque cardio-vasculaire chez les femmes bénéficiant d'une contraception orale. »

Il faut ajouter que le même document promeut la « téléconsultation » et le « téléexamen » dans les zones sous-denses.

Comme vous le voyez, il vaut mieux un pharmacien que pas de gynéco et une télévision que pas de médecin...

Notre système de soins « à la française » est en train d'être remis en cause.

Les médecins l'ont compris, qui ont focalisé sur la loi Bachelot leur refus de voir leur activité contrainte par les directives d'un pouvoir administratif tout-puissant, celui de l'Agence Régionale de Santé.

Notre CDGM n'a pas la prétention de prendre la responsabilité, à lui seul, de la défense de la médecine à la française.

Mais vous avez bien compris que l'acharnement qui a toujours été le nôtre, au CDGM, d'unir les médecins et leurs patientes, a quelque chose à voir avec notre conviction que, en défendant la gynécologie médicale, nous participons à la défense d'un système de soins fondé sur la liberté du malade de choisir son médecin et la liberté du médecin de soigner sans contrainte financière extérieure. Un système dont je suis fier de dire, comme ancienne salariée de la Sécurité sociale, que la Sécurité sociale, à son origine, a tenu à le préserver et, loin de considérer les médecins comme ses ennemis, les a au contraire considérés comme des alliés dans une cause juste : celle de la santé de toute la population, du PDG comme du chômeur.

■ Un "suivi gynécologique" sans gynécologues médicaux ?

Marie-Annick ROUMÉAS

*Gynécologue médicale,
coprésidente du CDGM.*

« Cette pratique est une richesse pour toutes les femmes, pour nos filles, pour les générations futures. Continuons à défendre cette spécialité si importante pour la santé des femmes. »

Quel sera le suivi gynécologique des femmes sans les gynécologues si nous ne faisons rien ?

Comment est prévu le suivi de la santé des femmes sans les gynécologues médicaux ? Les données de la loi HPST sont claires : la femme sera suivie par des intervenants différents (non obligatoirement médecins, et pas nécessairement formés en gynécologie). Ainsi pourra-t-elle avoir une prescription de contraception en pharmacie. Ailleurs elle aura des frottis et puis encore ailleurs elle sera convoquée pour une mammographie de dépistage.

Pour des douleurs pelviennes, c'est son médecin traitant qu'elle devra aller voir.

Ce découpage en actes met à mal la pratique soignante développée par la gynécologie médicale attentive à la femme dans sa globalité.

Je vais donner deux exemples qui montrent la différence de ces types de suivi, parcellisé ou global, et surtout leurs conséquences pour la santé des femmes.

- 1 - Faire un frottis ou faire de la prévention du cancer du col de l'utérus ?

La survenue du cancer du col de l'utérus est favorisée par plusieurs facteurs : en particulier la multiplication des partenaires sexuels sans protection.

Il faut oser comprendre pourquoi les femmes n'exigent pas une protection efficace contre les maladies sexuellement transmissibles. Les raisons sont nombreuses : certaines femmes ne s'aiment pas et n'ont pas envie de se protéger (antécédents de violences sexuelles) ou bien non-estime de soi qui entrave la volonté d'affirmer qu'on veut être protégée. Certaines ont une perception erronée du

risque encouru : « J'ai confiance en lui, c'est un bon chef » ou : « C'est quelqu'un de sûr, il est marié ». D'autres peuvent ne pas avoir la liberté de se protéger : violences intraconjugales, par exemple.

Alors si le dépistage des cancers du col passe par un frottis de dépistage, geste technique, la prévention, elle, s'étale sur plusieurs consultations, durant lesquelles la confiance s'instaure entre la femme et son gynécologue.

Cette confiance permettra au gynécologue de poser les questions utiles, et à la femme, quel que soit son âge, de parler en se sachant écoutée, et peut-être de saisir que son corps lui appartient, qu'il est précieux.

On voit que c'est le gynécologue qui permet cette unité de lieu et cette action sur la durée.

- 2 - Comment gérer une demande de contraception ? Rédiger une ordonnance ou débattre avec la femme de la contraception la plus adaptée pour elle ?

Si expliquer les différents moyens contraceptifs est une chose importante, tout aussi décisif est de faire attention au contexte de la vie de la patiente, à ce qu'elle ressent de positif ou négatif vis-à-vis de tel ou tel moyen de contraception, à ses peurs. Peu importe que ces peurs soient fondées ou non, ce sont celles qu'elle ressent et qui font un blocage au bien-vécu de sa contraception. Et quand la femme reviendra, si elle ne se sent pas à l'aise avec sa contraception, être attentif à ce que manifeste le corps : il peut parfois laisser deviner une souffrance que la femme ne peut pas facilement mettre en mots : vie sexuelle mal vécue, ou un désir de grossesse qui n'est pas partagé, ou la peur d'être stérile.

Ce qui rend encore difficile la pratique d'une contraception (avec le risque de grossesse non désirée), c'est la non-reconnaissance par l'entourage de la légitimité de la sexualité pour les jeunes, alors nécessité de les accompagner, de les rassurer dans leur vie affective et sexuelle.

La consultation de prescription d'un contraceptif, ou de son renouvellement, demande de la confiance et de la confidentialité (confidentialité hasardeuse dans une officine pharmaceutique !). Ce qu'apporte le gynécologue, qui a un savoir médical et humain : la connaissance de la difficulté de l'observance de la contraception.

Que penser alors du suivi parcellisé qu'on veut imposer aux femmes, à l'opposé du regard du gynécologue qui considère la femme dans sa globalité ? Deux idées de la femme et de sa santé sont en jeu.

Projetons-nous dans trois ans, autrement dit demain : si rien n'est fait, on va vivre de plein fouet ce que c'est que de ne plus avoir de suivi gynécologique par un gynécologue.

C'est pour nous toutes, nos filles, nos petites-filles, toutes les femmes.

La femme sera vue comme la somme de ses organes féminins : ce sera une vulve, plus un col utérin pour lequel les frottis sont nécessaires, plus un corps utérin à

maintenir pour une grossesse, plus un vagin pour lequel il faut avoir une bonne contraception et qui ne doit pas être contaminant, plus des seins pour lesquels un dépistage mammographique est souhaitable régulièrement. C'est tout.

Veiller sur la santé des femmes se résumera à faire un nombre de gestes codifiés sur son corps par des acteurs successifs et tous différents, uniquement pour vérifier si les organes spécifiquement féminins sont fonctionnels et s'ils répondent à ce qu'on attend d'eux.

Ce morcellement découpera le corps sexué de la femme en petits bouts :

- La femme ne pourra plus avoir une vision unifiée, une sensation d'unité de son corps. Elle ne pourra plus avoir une pensée qui relie tout et se ressentir entière.
- Cette division ne lui permettra pas de comprendre et d'exprimer pourquoi parfois elle met son corps en danger, ou la raison de ses douleurs aiguës ou chroniques. Notamment lorsqu'elle a été victime d'agressions sexuelles, elle ne pourra pas faire le lien avec les douleurs, car elle ne sera pas dans les conditions de confiance, d'écoute et de temps pour en parler.
- Ce morcellement des tâches effectué par différents acteurs va entraîner la perte d'un endroit privilégié où se développe une vision globale et intime de la femme. Le corps sexué, ce n'est pas rien, il nécessite une approche particulière. Certains diront que ce rôle peut être joué par les médecins généralistes. Or un médecin généraliste femme me disait il y a deux jours que l'examen gynécologique n'avait rien à voir pour elle avec l'examen des autres organes : que la pose d'un spéculum n'a rien à voir avec la mise d'un otoscope dans une oreille ou d'un abaisse-langue pour regarder la gorge, et que la nécessité pour la femme de dévoiler son intimité requerrait un temps, un endroit et un interlocuteur particuliers.
- Enfin le morcellement empêchera que soit dit par la gynécologue ou ressenti par la femme que ce qu'elle vit, ce ne sont pas des événements personnels et isolés, mais que cela rejoint l'histoire de toutes les femmes : angoisses d'avoir un corps qui change selon les moments de la vie, injonctions sociales d'être une mère, épouse et travailleuse parfaite, se sentir coupable des maux de tête, de la fatigue, des douleurs pendant les rapports sexuels, des jambes lourdes, de la baisse de la libido, de la pilule qu'elle ne supporte plus, de l'énerverment, de la dépression, des kilos en trop ou en moins, de l'envie de vomir, de pleurer, de tout plaquer, de ses ambivalences... Sans le cabinet du gynécologue, la femme ne pourra plus comprendre que ses préoccupations sont celles de toutes les femmes et qu'elle n'a pas à s'en sentir coupable.

Or aujourd'hui nous pouvons encore bénéficier de la présence et de l'expérience de gynécologues médicaux.

La pratique de la gynécologie médicale, c'est un lieu, un temps, un interlocuteur ayant une formation spécifique

et une expérience cohérente, dédiés à la femme et à son corps sexué quelles que soient les étapes de sa vie.

Cette pratique médicale ne se soucie pas seulement des maladies des femmes, mais se préoccupe aussi de leur santé, de leurs projets, de leur désir de vie.

Elle permet de ne pas réduire la femme à son corps biologique, mais la considère comme un être humain unifié avec une histoire personnelle et familiale, des

sentiments, des étapes parfois délicates à franchir, des espoirs de maternité, des amours et surtout une vie sexuelle qui, comme toute vie sexuelle, ne va pas forcément de soi.

Cette pratique est une richesse pour toutes les femmes, pour nos filles, pour les générations futures. Continuons à défendre cette spécialité si importante pour la santé des femmes.

Claire COUSSIRAT-COUSTÈRE

*Gynécologue médicale,
ancienne coprésidente du CDGM.*

« Est-ce que la suppression des témoins que sont les gynécologues médicaux pour les femmes n'est pas la première des violences faites aux femmes ? »

Je partage largement avec Marie-Annick sa conception de l'exercice de cette spécialité, c'est pourquoi nous avons choisi de fonctionner en duo.

Elle vous l'a dit, cette pratique implique la reconnaissance de la femme en tant que personne - qui ne peut se réduire à une somme d'organes.

Cette personne a aussi une âme.

Vous tous ici l'admettez et, j'en suis sûre, ne me demanderez pas de vous le démontrer.

Vous me permettrez de m'attarder un tout petit peu sur cette âme, car elle non plus n'est pas standard, mais reflète, de façon variée, ce qu'est en réalité la personnalité de la femme que nous recevons en consultation dans nos cabinets.

Elle englobe tous les souvenirs inscrits et tous les affects vécus par cette femme au cours de sa vie. Elle influence les maux - M.A.U.X. - ou les dysfonctionnements que présente ce corps avec lequel la femme vient consulter, et non pas seulement se faire dépister.

Il nous faut souvent derrière les maux à soigner aller chercher les mots - M.O.T.S. - que la femme ne sait dire pour exprimer sa souffrance.

Bien souvent, c'est cela aussi une consultation de gynécologie médicale, ce tête-à-tête entre un médecin et une femme. Nous devons ouvrir la fenêtre, en quelque sorte, pour que puissent circuler les mots, pour que puissent s'échapper toutes les violences encaissées. C'est aussi le rôle d'un médecin gynécologue qui ne se veut pas uniquement technicien.

Pourquoi est-ce que je prononce ce terme effrayant de violence ? C'est en toute connaissance de cause. Et vous vous doutez bien que ce n'est pas par hasard.

J'ose affirmer que les gynécologues médicaux sont, dans leurs cabinets, les témoins au quotidien des violences faites aux femmes.

On le sait maintenant :

- pour que l'effet destructeur de la violence exercée sur un individu soit interrompu, quelle que soit la forme de violence endurée ;
- pour que la spirale des effets ravageurs du traumatisme subi soit stoppée ;

il ne faut pas laisser le souvenir des violences subies s'enkyster comme un abcès que l'on veut cacher. Il faut que les faits soient exposés, nommés, il faut que les mots - M.O.T.S. - soient dits pour qu'ils ne se transforment pas en maux - M.A.U.X.

Or il se trouve que pendant que nous préparions ces Assises, fin février, l'exécutif a désigné « les violences faites aux femmes » cause nationale pour l'année 2010.

Plus récemment, le 25 mars, une éminente personnalité du parti majoritaire, qui fut un temps ministre de la Santé, a déclaré : « Il y a de nouvelles formes de violence ; il faut de nouvelles formes de réponse. »

Alors je vous pose la question :

Est-ce que la suppression des témoins que sont les gynécologues médicaux pour les femmes n'est pas la première des violences faites aux femmes ?

Cette suppression n'est-elle pas simplement une nouvelle forme de violence faite aux femmes au XXI^e siècle, époque où la rentabilité doit primer ?

En ce qui me concerne, j'ai envie de dire : CHICHE, MESSIEURS ! - que l'on nomme « hommes de pouvoir » - montrez-nous que votre habileté n'est pas seulement une histoire de "com" !

Vous qui connaissez personnellement nos demandes, qui ont été maintes et maintes fois contournées, mais qui demeurent après tant d'années, prouvez-nous qu'au-delà des effets d'annonce et des paroles de bonimenteurs, vous êtes capables de traduire en actions concrètes et positives votre intérêt affiché pour la grande moitié de la population de ce pays que vous administrez !!

Que nous proposiez-vous pour supprimer tous les sanctuaires de la violence ?

Héliane MISSEY-KOLB

*Gynécologue médicale,
Réseau Gynécomed Ile de France.*

« Les gynécologues médicaux ont fait de très belles choses pour la santé des femmes... Nous avons avec Gynécomed une belle réalisation, quantifiable et quantifiée. »

Je rends hommage à Yvette Salomon Bernard, qui a créé le collège de Gynécologie Médicale de Paris Ile de France que je préside. Ce collège a eu un enfant et ce fut une gestation longue. Nous suivons des femmes, nous faisons un diagnostic de cancer, nous les envoyons souvent vers un centre anti-cancéreux, et nous les perdons de vue. Les comptes rendus s'accumulaient dans les dossiers.

Le collège de l'Ile de France a créé, avec des cancérologues de l'Institut Curie, un protocole de suivi des patientes, non pas alterné, mais exclusivement par les gynécos.

Une fiche de suivi est renvoyée par le médecin dans ce premier temps à l'Institut Curie ; le suivi est évalué. De la sorte les patientes sont suivies par le gynécologue et réadressées au Centre en cas de problème ou si la patiente désire réintégrer le suivi dans un centre.

Nous avons eu progressivement la reconnaissance des pouvoirs publics, une dotation en tant que réseau, et depuis 2001 l'association de Réseau Gynécomed est distincte du collège de l'Ile de France. Nous avons eu, peu à peu, l'Institut Curie, le Centre René Huguenin, IGR, l'Institut du sein, Diaconesses, Bichat-Beaujon, HEGP, Lariboisière. Cette liste n'est pas limitative...

Actuellement les patientes du Réseau ont eu un cancer du sein de petite taille sans chimiothérapie. Sont exclus le cancer des femmes jeunes et les formes familiales.

La fiche de suivi est la même dans tous les centres : Mammographie tous les ans, pas d'examen biologique.

Sont également suivies dans le réseau des femmes dont le cancer remonte à plus de cinq ans. Le réseau est évalué, les patientes sont satisfaites et une comparaison de la qualité du suivi en ville et dans les centres est faite.

Bilan fin mars 2010 : 225 médecins, gynécologues médicaux essentiellement, des gynécologues obstétriciens et 11 médecins généralistes, 1 574 patientes sont suivies dans le réseau.

En mai 2010 Réseau Gynécomed organise une journée d'échanges avec des collègues de province. Succès pour certains, difficile implantation pour d'autres.

Les gynécologues médicaux ont fait de très belles choses pour la santé des femmes mais elles ne sont pas assez mises en valeur. Nous avons avec Gynécomed une belle réalisation quantifiable et quantifiée.

Venez nous rejoindre.

Devant une assemblée qui défend la santé des femmes et la gynécologie médicale, je voulais vous dire qu'en 1978 j'ai fondé un CIVG que j'ai transformé en unité fonctionnelle, dans le cadre d'un service de gynéco obstétrique. Tout s'est très bien passé, puis est arrivé un nouveau chef de service, on m'a retiré une infirmière, un échographe et on a trouvé qu'on coûtait trop cher. Le centre de Saint-Germain faisait 1 500 IVG par an, plus de la moitié des IVG des Yvelines avec un vrai accueil des patientes, 400 000 euros de déficit annuel m'a-t-on dit...

Nous étions dans un contexte électoral, maires et élus s'y sont investis et je les en remercie.

Un comité de surveillance a été créé et j'espère qu'on obligera à ce que le droit des femmes soit respecté.

La nécessité de la gynécologie médicale vue par les autres spécialités

François PIETTE

*Professeur Université Pierre-et-Marie-Curie,
chef du service de gériatrie, Hôpital Charles-Foix,
Ivry-sur-Seine.*

« La suppression ou la régression de la GM pourrait sûrement s'inscrire dans ces signes négatifs... Je voulais vous dire que nous sommes à vos côtés pour défendre cette spécialité. »

Vous allez me dire : la gériatrie, qu'est-ce que cela a à voir avec votre combat ? Votre combat, je le connais mal, je le connais au travers de ce que la presse en a dit depuis des années, avec des hauts et des bas, si j'ai bien compris, et puis une crise, ou une nouvelle crise actuellement.

Ce que je voulais vous dire, c'est que la vie de la femme, la vie de la femme dans sa sexualité, ne cesse pas à la ménopause, mais cela, vous le savez déjà. Il y a toute une série de signes pour le lui faire croire. La suppression ou la régression de la gynécologie médicale pourrait sûrement s'inscrire dans ces signes négatifs.

Je voudrais prendre quelques exemples, pour des raisons de bien-fondé, qu'on peut, peut-être, comprendre. (M. Cassou va me succéder, éminent spécialiste de Santé publique). On a admis qu'il fallait arrêter le dépistage des cancers à 74 ans et 11 mois. Après, il y a des calculs médico-économiques sur lesquels on va revenir ; je ne veux pas les contester en tant que tels, mais, malheureusement, je constate que dans l'esprit de beaucoup de femmes, et, oserai-je le dire, dans l'esprit de quelques confrères, cela veut dire qu'il n'y a plus de cancers après 75 ans, ou qu'il n'y en a plus de nouveaux : donc cela ne sert plus à rien de rechercher un cancer. Or nous, gériatres, nous savons bien que certains cancers du colon, et du sein également, apparaissent, car leur incidence ne régresse pas après l'âge de 75 ans, mais reste stable ou continue à augmenter.

Donc ce message négatif, « ça ne sert plus à rien le dépistage », je ne sais pas si c'est ce que les politiques ont voulu dire, mais c'est quand même comme cela que cela a été compris. Et nous avons besoin de beaucoup de volonté et de persuasion pour donner un message contraire.

Et quand on s'y met à deux, entre gériatre et gynécologue médical, cela marche mieux que tout seul, d'autant qu'il y a d'autres avis, de la famille, de la voisine, etc., qui sont plutôt : « Puisqu'on ne vous envoie plus les papiers, ce n'est plus la peine de le faire. »

Le deuxième point sur lequel je voudrais dire un mot : c'est qu'avec les amis gynécologues médicaux, nous avons partagé pendant des années un grand espoir, qui était que le traitement hormonal de la ménopause puisse participer à un effet de freinage du vieillissement pathologique.

Alors, on a tous été consternés par les résultats d'une étude américaine, l'étude « WHI » pour ne pas la nommer, et ce d'autant plus que les autorités françaises ont cru bon d'appliquer une restriction avec un principe de précaution qui nous a paru tout à fait excessif, compte tenu de ce qu'il ne s'agissait ni des mêmes molécules, ni des mêmes modalités de traitement.

On est très heureux de pouvoir dialoguer avec les gynécologues médicaux sur ces sujets et de ne pas perdre espoir au travers des résultats rassurants, notamment de l'étude E3N, selon les habitudes françaises de prescription.

Pour nous, le débat n'est pas clos. Le traitement hormonal de la ménopause reste dans les candidats au traitement du bien-vieillir, qui ne sont pas si nombreux, et se limitent à quelques règles d'hygiène de vie, l'activité physique notamment.

Pour nous, cela reste un grand sujet et on se raccroche régulièrement à ces espoirs.

Le troisième et dernier aspect dont je voudrais vous parler, c'est qu'avec une population vieillissante, on voit apparaître et s'affirmer les nécessités, les envies, les besoins d'une sexualité poursuivie. Nous, gériatres, avons quelques connaissances à ce sujet, mais on est très contents de vous avoir, gynécologues médicaux, comme consultants, compléments, conseillers. Vous jouez, en tant que gynécologues, un rôle tout à fait essentiel de sexologue du couple, même s'il est partiel.

On a un contact plus facile avec vous qu'avec nos collègues urologues dans le domaine de la sexualité masculine, et cela nous paraît un élément essentiel pour l'équilibre psychique de nos concitoyens et nos concitoyennes, qui ont probablement ce droit à garder aussi une sexualité au cours de leur vieillissement.

Toutes les choses s'enchaînent, parce que si plus personne ne considère que c'est important, alors plus personne ne prescrira d'œstrogènes locaux avec leur effet trophique vaginal, et alors les dépistages des cancers génitaux n'auront plus lieu. C'est une sorte de cercle vicieux avec une omerta qui va se déposer sur l'ensemble.

Je voulais vous dire que nous sommes à vos côtés pour défendre cette spécialité.

Bernard CASSOU

Professeur en santé publique Université de Versailles, praticien hospitalier au Centre de gérontologie Sainte-Périne, Paris.

« Vous rejoindre pour défendre la gynécologie médicale, c'est lutter pour conserver les fondamentaux de la pratique médicale clinique et en cela votre lutte dépasse la défense d'une seule spécialité médicale. »

Je remercie les organisateurs de me permettre d'exprimer mon soutien au mouvement de défense de la Gynécologie médicale. Je suis professeur de Santé publique à l'Université de Versailles et praticien hospitalier au Centre de gérontologie Sainte-Périne (AP-HP) qui est situé au sud du 16^e arrondissement de Paris.

Alors que j'étais responsable du Centre de gérontologie, la direction de l'hôpital a tenté de fermer la consultation de gynécologie médicale, prétextant la présence de nombreux confrères libéraux dans l'environnement proche de l'hôpital. Curieusement, cette volonté de faire disparaître cette spécialité, dont l'activité était importante, ne concernait pas les autres spécialités du Centre telles que l'endocrinologie ou la gastro-entérologie, dont l'activité, par contre, était plus faible et le nombre de confrères libéraux aussi important en ville. A ce jour, la consultation de gynécologie est toujours présente dans le Centre de gérontologie, mais l'attitude de la direction hospitalière m'a conduit à me poser deux questions :

- Pourquoi un tel acharnement à vouloir faire disparaître cette spécialité médicale ?
- Pourquoi est-il important de la défendre et d'agir pour son développement ?

Ma réponse à la première question est que la gynécologie médicale gêne les décideurs politiques et l'administration de la Santé dans leurs tentatives de rationaliser la production de soins. La gynécologie médicale est rétive, de par sa pratique, à accepter les contraintes administratives et comptables qui accompagnent cette réorganisation. Celle-ci n'est pas réalisée à partir de l'identification des besoins de santé des femmes, d'un nécessaire développement de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, de l'accès à des soins de qualité qui prennent en compte toutes les dimensions de la personne humaine. Ce dernier point est pourtant indispensable pour les personnes atteintes de maladies chroniques et incapacitantes. Non, cette réorganisation est principalement guidée par des considérations financières, d'équilibre des comptes par une meilleure productivité dans les soins.

Mais quelles sont les caractéristiques de la gynécologie médicale qui rendent si difficile son intégration dans le nouveau système de soins voulu par les pouvoirs publics ? Je citerai trois caractéristiques, dont vous avez probablement discuté ce matin.

La première caractéristique concerne son approche de la femme considérée dans sa globalité, c'est-à-dire une approche où le corps biologique, le corps social (productif) et le corps affectif (sexué) ne sont pas dissociés. La consultation de gynécologie est le moment au cours duquel la femme peut mettre en perspective ses trois dimensions du corps et donner sens à leur articulation, au travers de son itinéraire de vie et de santé. La gynécologie médicale me semble la seule discipline médicale, avec la gériatrie et la pédiatrie, où cette approche globale se développe, les autres spécialités revendiquant une approche centrée sur les organes au moyen d'actes techniques. L'approche globale est contradictoire avec celle actuellement proposée par les pouvoirs publics, qui vise plutôt à fragmenter la prise en charge de la personne pour augmenter la productivité et faciliter le contrôle des soins. La taylorisation des activités productives gagne le système de soins.

La deuxième caractéristique de la gynécologie médicale est qu'elle permet de conduire des activités de promotion de la santé, et pas seulement de prévention des maladies. Cela signifie que l'objectif de la rencontre entre le gynécologue et la femme est d'abord de produire de la santé, et pas uniquement de faire consommer des soins préventifs tels que des mammographies ou des ostéodensitométries. Produire de la santé nécessite que l'on s'appuie sur les potentialités de vie et les désirs de la femme, qui n'est plus réduite à ses dysfonctionnements organiques. Pour le gynécologue, la santé de la femme n'est pas définie seulement comme l'absence de maladie, mais aussi comme un processus vers le bien-être physique, mental et social que la femme peut faire évoluer avec l'aide du gynécologue. Cette conception des soins médicaux, que la gynécologie partage avec la pédiatrie, est difficile à prendre en compte quand on cherche à rationaliser le système de soins dans un but d'économies.

La troisième caractéristique est consubstantielle aux deux précédentes. C'est la reconnaissance que le cabinet du gynécologue est, avant tout, un lieu de dialogue permettant à la femme de dire ce qu'elle est. C'est un lieu où sa parole ne sera pas étouffée par une cascade d'exams complémentaires, notamment d'imagerie médicale, qui substituent au corps réel de la femme l'image virtuelle de ses dysfonctionnements organiques.

Ces trois caractéristiques, lieu de parole, de promotion de la santé, et approche globale, font obstacle au mouvement de rationalisation administrative du système de soins auquel nous faisons face, depuis une vingtaine d'années. Pourquoi ? Parce que cette rationalisation nécessite que les acteurs principaux du système de soins, les médecins et les personnes qui les consultent (souvent nommées comme des usagers du système de soins), acquièrent des comportements conformes aux référentiels administratifs. Ainsi, l'utilisateur doit devenir un consommateur de soins, notamment d'exams complémentaires et de médicaments. Compte tenu de la complexité du système de soins et du désir de

contrôler les mouvements de l'utilisateur dans le système, il faut définir un « agent de la circulation », une sorte d'aiguilleur qui oriente l'utilisateur dans le système. C'est au médecin généraliste, appelé tantôt médecin référent, médecin traitant, médecin de premier recours, qu'est dévolu ce rôle. Quant au médecin spécialiste, il doit se transformer en un ingénieur d'organes, dont les actes, essentiellement techniques, puissent être facilement codés. Enfin, un système de contrôle doit être mis en place pour s'assurer que tous les acteurs se conforment à ce que les pouvoirs publics attendent d'eux : c'est la tâche des administratifs du système de soins et des agences sanitaires (ARS, HAS, CPAM, etc.). Les médecins cliniciens et soignants, et particulièrement les

gynécologues médicaux, sont donc des gêneurs dans ce grand processus de standardisation du système de soins. Aussi, vous rejoindre pour défendre la gynécologie médicale, c'est lutter pour conserver les fondamentaux de la pratique médicale clinique, et en cela votre lutte dépasse la défense d'une seule spécialité médicale. Ce qui est surprenant dans cette mobilisation, c'est de voir que ce sont les usagers, les femmes, qui sont à la pointe du combat pour garder une pratique médicale soignante. Dans le huis clos des affrontements entre le corps médical et les pouvoirs publics, l'irruption des usagers est la condition pour que leurs intérêts sanitaires ne soient pas relégués au second plan.

Pierre BOURGEOIS

*Professeur Université Pierre-et-Marie-Curie,
chef du service de rhumatologie,
Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris.*

« L'utilité du gynécologue médical n'est pas à démontrer. »

Après l'exposé de Bernard Cassou, je ne peux plus rien dire, il a tout dit ! Je confirme ce qui a été dit précédemment à propos du manifeste sur l'avortement. Mon épouse était interne en rhumatologie, elle a eu trois enfants et elle a été convoquée par son chef de service qui lui a dit : « Mais vous avez trois enfants et vous avez signé ce manifeste sur l'avortement ! » Elle a été très mal vue pendant longtemps, car elle avait signé le manifeste. J'avais signé le manifeste et je suis quand même devenu chef de service de rhumatologie...

Sur le plan rhumatologique, quand on voit les rhumatologues et les gynécologues médicaux, on pense qu'il n'y a rien de commun. Mais si, il y a des choses en commun. Il y a d'abord l'os, l'ostéoporose et la ménopause. Je n'ai jamais institué de traitement hormonal substitutif sans renvoyer aux gynécologues médicaux pour la mise en route et le suivi gynécologique. J'estime ne pas avoir la capacité de le faire comme il faut. Nous sommes contents d'avoir nos collègues gynécologues médicaux pour instituer et surveiller ce traitement.

Et puis il y a eu cette publication qui a fait peur à tout le monde. Mais les femmes sont venues vers nous, en nous disant : « Maintenant qu'on n'a plus de traitement hormonal, que fait-on pour l'os ? » De ce côté-là, nous n'avons pas eu de problèmes : il y a aussi d'autres traitements pour l'ostéoporose. Par contre, de nombreuses femmes voulaient récupérer autre chose, et notamment leur vie sexuelle. On a de nouveau renvoyé aux gynécologues médicaux de nombreux malades qui ont pu prendre ce type de traitement.

Pour un certain nombre de maladies, on a besoin de gynécologues médicaux, notamment pour le lupus.

Avant, les femmes n'avaient pas le droit d'avoir des enfants quand elles avaient un lupus. L'habitude avait été vite prise dans le milieu hospitalier qu'il fallait interdire les grossesses aux femmes lupiques. Maintenant, à condition d'une très bonne surveillance, beaucoup de femmes mènent des grossesses à terme sans problème alors qu'elles ont un lupus.

Il y a une maladie qui semble ne concerner que les rhumatologues, c'est la polyarthrite rhumatoïde, elle attaque les articulations. Les malades atteintes de polyarthrite ont des douleurs quand elles mobilisent leurs articulations. Cela, associé à une altération de l'image corporelle, liée à la destruction articulaire, conduit bon nombre de polyarthritiques à avoir des problèmes sexuels. Les femmes atteintes de polyarthrite ont beaucoup de choses à dire dès que ce sujet est abordé. Nous adressons souvent les polyarthrites aux gynécologues médicaux, pour une meilleure prise en charge de ces problèmes.

Il y a d'autres petites maladies en rhumatologie, le canal carpien, par exemple, qui fait très mal. Quand on fait un cours sur le canal carpien en obstétrique, la réponse est très binaire. Il y a des obstétriciens qui en voient beaucoup pendant les grossesses, et d'autres qui n'en voient pas. En pratique, il y a ceux qui connaissent la maladie, qui en voient beaucoup, et ceux qui ne la connaissent pas, qui n'en voient jamais. La grossesse étant « une maladie » qui finit par guérir, beaucoup négligent complètement le canal carpien, alors qu'avec cette maladie, les femmes peuvent passer des nuits et des nuits à souffrir de leur douleur et de leur paresthésie. En fait, avec une ou deux infiltrations, le problème est réglé. On est contents d'avoir des médecins qui s'intéressent un peu plus à la femme.

Autre point qui rejoint ce que disait Bernard Cassou, la qualité de l'examen clinique est très souvent dépendante du niveau de spécialisation. Si on prend le problème de la polyarthrite, nous avons l'habitude, nous, rhumatologues, de trouver un grand nombre de synovites ou d'épanchements articulaires à la palpation, alors que de nombreux médecins ne les avaient pas reconnues avant.

Les synovites, ce sont des gonflements autour des tendons ou des articulations qui ont une grande valeur diagnostique. En palpant, nous les sentons, alors que d'autres ne semblent pas du tout les reconnaître. On peut penser qu'il en est de même en gynécologie médicale. Par exemple, nous avons vu récemment une femme traitée pour des mycoses à répétition, alors qu'elle avait en fait un psoriasis de la vulve, à côté duquel de nombreux médecins non spécialisés étaient passés.

J'espère qu'un jour la collaboration gynécologue - rhumatologue permettra de faire disparaître à tout jamais cette notion que les anti-inflammatoires ne sont pas compatibles avec le stérilet. Cette complication n'a

jamais été prouvée. Elle repose sur une publication qui n'a aucune valeur scientifique.

Je pourrais continuer longtemps cette liste de maladies pour lesquelles une collaboration rhumatologues - gynécologues est indispensable.

En résumé, **l'utilité du gynécologue médical n'est pas à démontrer**. Il est souvent conduit à prendre en charge de « petits problèmes », mais ces problèmes sont facilement ressentis, à juste titre, comme de gros problèmes par les femmes malades.

Je suis content de soutenir ce mouvement de défense de la Gynécologie médicale.

Laure CHAUVENET

*Praticien hospitalier, oncologie médicale,
Hôtel-Dieu, Paris.*

« A l'heure où on parle abondamment de « soins de support » en oncologie, le premier soin de support est d'offrir aux patientes la compétence des meilleurs spécialistes. »

Je travaille à l'Hôtel-Dieu, où l'on a la chance d'avoir des gynécologues médicaux. Ce que je voulais dire d'emblée, c'est que sur mon téléphone portable, parmi les collègues que l'on doit pouvoir contacter à tout moment, avec les chirurgiens et les radiologues, il y a aussi les gynécologues. On a besoin de collaborer en permanence.

Je ne vous le rappelle pas, vous savez que les femmes payent un lourd tribut au cancer, avec le cancer du sein et les cancers gynécologiques. Par exemple, pour le cancer du sein, les questions de gynécologie médicale apparaissent dès la première consultation : est-ce à cause des hormones que j'ai prises ? Des grossesses que j'ai eues ou non ?... Il y a beaucoup de culpabilité autour de ces questions.

On explique tout cela, la gynécologie médicale est au cœur de la question. Et il y a le dépistage, surveillance et diagnostic des gynécologues médicaux. Il ne suffit pas de prescrire une mammographie : je pense à une femme qui a fait une mammographie interprétée comme normale, et qui a vu sa gynécologue le même jour. Sa gynécologue a vu que son sein n'était pas tout à fait comme d'habitude, elle avait un cancer inflammatoire... **La gynécologue médicale n'est pas remplaçable.**

Autre chose, les traitements oncologiques ont des conséquences importantes dans la vie des femmes, dans la vie sexuelle des femmes. Des femmes jeunes se demandent si elles pourront avoir des enfants, comment sera leur vie après une hormonothérapie, après le traitement d'un cancer du col, questions pour lesquelles le suivi et la prise en charge par les gynécologues médicaux sont indispensables.

Ces questions ne sont pas toujours abordées par les oncologues, et les femmes ne leur en parlent pas toujours. Elles en parleront plutôt à leur gynécologue médicale.

Nous suivons nos patientes en collaboration avec les gynécologues médicaux. Quelques exemples :

Une femme de 39 ans, mère de quatre enfants, qui vient avec un sein inflammatoire. La gynécologue médicale fait le diagnostic, la voit à plusieurs reprises, elle lui donne les résultats de sa biopsie, puis me la confie. Elle est avec moi à la première consultation. La femme est suivie par deux médecins, sa gynéco et moi. Et ce suivi continue maintenant qu'elle est en chimiothérapie. En cours de chimio, un jour, elle me dit que cela ne va plus du tout avec son mari, qu'elle n'a plus de désir ; il ne comprend pas, et elle n'a plus ses règles, cela l'inquiète. J'appelle la gynécologue médicale, et on en discute ensemble.

Une autre patiente, de 35 ans, qui débute une chimiothérapie, pour un cancer du sein. Elle venait justement d'arrêter sa contraception pour avoir un enfant. Elle est très angoissée par les risques de stérilité après la chimiothérapie. **Comment se passer d'une gynécologue médicale** pour aborder cela avec elle et la suivre pendant et après son traitement ?

C'est un suivi conjoint, le fait de discuter ensemble est important.

Autre problème quotidien, une femme de 49 ans avec un cancer du sein, non ménopausée ; après la chimiothérapie, elle est en aménorrhée. Des générations d'oncologues se sont trompées, dont moi, faisant des diagnostics de ménopause de manière un peu hâtive. On ne peut pas se passer de gynécologue médicale pour savoir où en sont ces femmes et quelle hormonothérapie leur proposer.

Et puis les femmes ménopausées : on prescrit les anti-aromatases, c'est le standard, c'est en principe bien toléré. Mais les consultations sont plus longues qu'avant, car il y a des douleurs articulaires, et un impact sur la sexualité. On a besoin des gynécologues médicaux pour nous aider à les suivre.

Un autre aspect important : une femme de 37 ans avec un cancer du sein. Sa mère et sa grand-mère ont eu aussi un cancer du sein, on n'a pas trouvé de mutation de BRCA1 ou 2, mais comment va-t-on la surveiller ? On a besoin de gynécologues médicaux pour suivre ce genre de patientes.

La participation des gynécologues médicaux aux décisions de traitement pour les femmes atteintes de cancer du sein et de cancers gynécologiques est indispensable.

Pierre PANEL

*Chirurgien gynécologue obstétricien,
chef de service de gynécologie-obstétrique,
Centre hospitalier de Versailles.*

« La nécessité de la complémentarité entre les différentes branches de la spécialité est une évidence ; les femmes en premier lieu, mais les professionnels aussi, y ont un intérêt réciproque majeur. »

Je vous demande pardon doublement : parce que je suis un homme et aussi un chef de service. J'ai entendu avec intérêt ce qui a été dit cet après midi, et il s'agit bien d'un problème de pouvoir, de prise de pouvoir par les politiques, par ceux qui nous dirigent, par des hommes masculins sur des femmes. C'est ce qui fait la puissance des femmes qui inquiète l'homme, cette capacité de mettre au monde, de transmettre la vie et de choisir de le faire ou de ne pas le faire.

J'ai été chef de service très jeune, à trente-sept ans, tout feu tout flamme, dans un petit service où il y avait beaucoup de choses à mettre en place, pour en faire une chose ouverte, large, avec une orientation chirurgicale, médicale et obstétricale. Comme dans tous les hôpitaux, ce qui nous accapare le plus souvent, c'est la maternité. Pour autant, les autres dimensions de la spécialité doivent être défendues. J'ai eu à cœur de renforcer la qualité de la prise en charge chirurgicale, mais aussi la gynécologie médicale. Il a aussi fallu développer des projets dirigés vers la ville (réseaux de proximité avec les acteurs locaux) : un concernant les jeunes (développement affectif et sexualité), l'autre concernant la périnatalité. Tout ceci est complexe à mettre en place, parce qu'à chaque fois il faut rendre des comptes, histoire d'argent.

Tout ce qu'on met en place ne se comptabilise pas dans des codes bien précis, pourtant les enjeux de santé sont bien là. Il s'agit de nos impôts, il ne faut pas laisser filer l'argent, mais maîtriser le coût et penser ce que nous mettons en place en termes de soins. Petit à petit on a pu restructurer les choses. Versailles n'est pas un lieu anodin, c'est un lieu de confrontation sociale, assez différent, entre le cœur de Versailles et la ville nouvelle.

C'est un autre regard, une autre compétence, qui font partie de la prise en charge globale des patientes.

A l'heure où l'on parle abondamment de « soins de support » en oncologie, le premier soin de support est d'offrir aux patientes la compétence des meilleurs spécialistes.

Nous prenons aussi en charge la population de Trappes. Petite digression sur le problème du voile, qui a défrayé la chronique. J'ai vu un petit reportage où les médecins disaient ne pas voir de voile intégral. De fait, il semblerait que la population musulmane, troisième génération, ne soit pas si attachée que cela au voile intégral. Nous sommes confrontés à l'hôpital de Versailles à des femmes entièrement voilées, on ne voit pas leurs mains, elles ont des gants noirs. Et quand nous pouvons les voir dévoilées, à ma grande surprise, elles sont blondes aux yeux bleus et pas du tout originaires du Maghreb. Et quand on s'interroge sur leurs motivations et qu'on dépasse les aspects religieux, on voit que ce sont des femmes qui ont des difficultés avec leur corps, souvent anorexiques ou boulimiques ; elles ont une pauvre estime d'elles-mêmes, ou ont subi des agressions et elles se protègent sous ce voile.

Que faire dans le service dans lequel j'arrivais tout d'abord comme simple PH ? Remettre en place la prise en charge des IVG : il n'y en avait plus. Il y avait un médecin généraliste rattaché au service de chirurgie, histoire de bien cloisonner les choses, il essayait de faire, bon an mal an, des IVG, mais quand il est parti à la retraite, il n'a pas été remplacé.

Avant de devenir responsable du service, j'avais déjà mis en place ce que je pouvais : j'ai réalisé des IVG médicamenteuses sans hospitalisation avant que ce soit légal. Puis, à partir de 2003, j'ai demandé des moyens pour mettre en place quelque chose de cohérent, de solide, pour accompagner les femmes avant, pendant, après. Ce projet a pu être conçu grâce à l'implication de Pascale This, gynécologue-endocrinologue qui travaillait dans le service; puis il a fallu faire le calcul médico-économique. Un calcul bien rentable ? Alors on m'a donné le strict nécessaire, car on sait que l'IVG n'est pas rentable. Pour moi, c'est exemplaire de la problématique des pouvoirs publics sur la santé des femmes. Il n'y a pas une journée sans implication des pouvoirs publics disant qu'il y a trop d'IVG, donc s'il y a trop d'IVG, il faut augmenter les moyens sur la contraception. Quand on pense contraception, on veut que tout le monde prescrive la pilule et le problème sera réglé !

Vision simpliste, mais de tous les jours, alors que la réalité est plus complexe, qui est celle de la liberté des

femmes, de savoir qui va décider si les femmes ont ou non des enfants. Dans une vision apparemment très démocratique, ces politiques de santé peuvent aussi contraindre les femmes à rentrer dans certains chemins et moules et être de moins en moins acteurs de leur liberté.

J'ai eu des difficultés à mettre en place des IVG dans notre service, localement, à Versailles : pression forte d'une certaine population. Le mouvement « Laissez-les vivre » s'enchaînait devant le hall du centre de Versailles.

J'ai heureusement eu la chance de travailler avec un directeur adjoint qui était une femme et qui a donné des moyens pour qu'on ait des psychologues, pour développer un projet local d'accueil et de santé des jeunes, pour qu'il y ait un lieu pour penser à leur avenir, dont celui de leur fertilité et de leur sexualité.

Et la gynécologie médicale, dans tout ça ? Quand je suis arrivé, il y avait donc dans le service une gynécologue médicale, Pascale This. Pour ma part, je n'y connaissais rien, je n'étais pas formé et je n'avais pas d'idée particulière sur ce que cela pouvait être. Elle m'a aidé à comprendre et apprendre tout ce que je ne savais pas

en tant que gynécologue obstétricien, et elle m'a fait comprendre que nous n'étions pas formés. Elle m'a considérablement aidé à construire un projet de service cohérent et qui place cette vision de la gynécologie médicale au cœur de l'espace de consultation qui a dès lors été renommé « centre de la femme ».

Finalement, ça m'a paru une évidence qu'il fallait que, pour tous nos internes, il y ait aussi cette formation, cette sensibilité, avec une approche plus globale et humaine, qui reconnaisse la complexité des décisions, et moins médicale des choses. Je suis retourné sur les bancs de l'université pour réapprendre tout ce qui me manquait. J'ai développé des projets sur la contraception et la sexualité des jeunes.

Pour conclure, la nécessité de la complémentarité entre les différentes branches de la spécialité est une évidence ; les femmes en premier lieu, mais les professionnels aussi, y ont un intérêt réciproque majeur. Pourtant, au-delà de cela, il y a des problématiques fortes, comme celles du pouvoir et d'une certaine vision de la vie, pour lesquelles il va falloir continuer de se battre.

Jean-Louis CHABERNAUD

*Pédiatre, responsable du Service Mobile d'Urgence Pédiatrique (SMUR),
Hôpital Antoine-Béclère, Clamart ;
président du Syndicat National des Pédiatres des Établissements Hospitaliers (SNPEH).*

« Alors que les décrets d'application de la loi HPST ne sont pas encore sortis, nous avons les mêmes craintes que vous, pour la pédiatrie libérale. »

Je tenais d'abord à saluer votre détermination à poursuivre votre combat pour la défense de la spécialité de gynécologie médicale.

Je suis déjà intervenu à vos côtés par le passé. Nous devons nous battre ensemble, l'enjeu est majeur, et je vous apporte également le soutien de mon syndicat.

Nous avons en effet de nombreux points communs :

- 1) Nous avons ainsi également créé un Comité National de Défense de la Pédiatrie associant les pédiatres libéraux et hospitaliers, la pédiatrie étant une médecine globale et vaste allant du nouveau-né à l'adolescence.
- 2) La pédiatrie est une filière spécifique, avec des internes (DES) en pédiatrie. Comme vous, nous manquons de postes, car les besoins en pédiatres sont importants. Je vous rappelle que la France a une des plus fortes démographies des pays d'Europe. En maternité, il faut accueillir et parfois soigner les nouveau-nés, puis ensuite les suivre parfois pendant longtemps. Ensuite ils grandissent et deviennent des grands enfants, puis

des adolescents avec d'éventuelles difficultés à tous les stades.

Nous avons eu un mal fou à prouver et à faire comprendre au ministère de la Santé, aux pouvoirs publics qu'il fallait former pour cela des pédiatres.

Il nous a souvent été dit que former des pédiatres n'était pas nécessaire, car les généralistes voient souvent les enfants, et que les pédiatres ne sont pas forcément indispensables.

La pédiatrie n'est pas une spécialité d'organes, elle n'est pas ciblée sur une partie du corps, mais c'est une médecine de l'enfant dans sa globalité, avec une approche large et complexe.

Bientôt nous aurons pour être formés à cette discipline 5 ans d'études de spécialité en plus des études médicales.

Les gouvernements successifs estiment, comme pour votre spécialité la gynécologie médicale, qu'il n'est pas indispensable de passer par les spécialistes car il y a les médecins traitants. Nous voulons à tout prix maintenir l'accès direct des enfants aux pédiatres.

Malheureusement beaucoup de villes moyennes ou même importantes n'ont plus aujourd'hui de pédiatres, ce qui nous soucie beaucoup. Les « papy-boomers » vont bientôt partir en grand nombre à la retraite, dans 5 ou 6 ans, et les collègues ne trouvent pas de successeur pour reprendre leur cabinet de ville. Nous avons depuis longtemps alertés sur le fait que les enfants seront mal suivis, ce qui ne veut pas dire que les généralistes font mal leur travail, mais qu'il faut une indispensable complémentarité entre la médecine générale et les différentes spécialités.

De plus, les généralistes sont également en voie de

diminution très importante, les chiffres sont alarmants, diminution dans les dix années qui viennent de 10 % des généralistes, et encore pire à l'horizon 2020. Il faut donc continuer à augmenter le numerus clausus et le nombre de médecins formés, sinon la pénurie en voie de constitution se majorera.

3) Le transfert de compétences nous est, comme à vous, proposé depuis des années. Il est d'ailleurs inscrit dans la récente loi HPST. En tant que néonatalogiste, je travaille depuis de très nombreuses années avec les sages-femmes, mais ensemble, en complémentarité : pas l'un à la place de l'autre. Certes les sages-femmes connaissent les gestes d'urgence nécessaires à la naissance en cas de difficultés parce qu'elles ont l'habitude de prendre les nouveau-nés à la naissance et que nous les formons depuis longtemps à repérer ou surveiller un certain nombre de pathologies. Mais qui prend les décisions pour la plupart des traitements ? Ce sont les pédiatres. On nous propose également de confier dorénavant aux puéricultrices un certain nombre d'actes qu'elles pourraient réaliser seules. Cela pourrait être dangereux si cela n'était pas dans un cadre précis et avec un regard médical attentif complémentaire permanent.

Ces décisions sont liées au même problème que celui que vous rencontrez depuis plusieurs années : la pénurie de spécialistes (liée à un numerus clausus trop intense), la vôtre comme la nôtre.

4) Autre point commun, le fait de proposer que dorénavant les pharmaciens aient des compétences nouvelles et puissent prescrire à notre place, dans leur officine, sans examen clinique préalable. Je pense que cela contient un vrai danger. Nous avons 5 ans de formation, pour définir et choisir les meilleures thérapeu-

tiques. Est-ce que le pharmacien pourrait le faire de la même façon ? Je crains que non, et en plus notre discipline est dynamique et les habitudes thérapeutiques ont beaucoup changé en pédiatrie en vingt-cinq ans. Si on ne respectait pas ces changements, les parents ne comprendraient pas nos messages et c'est potentiellement dangereux.

5) Les adolescentes sont également prises en charge par nos deux disciplines à l'hôpital et en ville. Je suis soucieux que l'on propose aussi aujourd'hui que le généraliste puisse toujours et tout le temps suivre et conseiller ces adolescentes, alors que le généraliste est de plus en plus débordé. Quand on veut recevoir une adolescente, qui veut parler de sa vie sexuelle ou de sa contraception, on sait que cela prend du temps dans ce rapport singulier spécifique. Faute de temps, le généraliste ne peut pas le plus souvent réaliser correctement ce type de consultation longue. Mes collègues pédiatres libéraux réalisent ce type de prise en charge et travaillent d'ailleurs très régulièrement en étroite collaboration avec leurs collègues gynécologues médicaux.

Donc la perte de l'accès direct, pour vous comme pour nous, serait très problématique. Alors que les décrets d'application de la Loi HPST ne sont pas encore sortis, nous avons les mêmes craintes que vous, pour la pédiatrie libérale. Cette loi aborde d'ailleurs très peu la qualité des soins, l'intérêt des patients et la santé publique, et propose surtout une vision réductrice afin de permettre d'appliquer les restrictions budgétaires.

Je continuerai à vous apporter mon soutien.

Je vous souhaite de poursuivre vos travaux avec le maximum d'efficacité.

Françoise PHILIPPE

Pédiatre, Hôpital Charles-Nicolle, CHU Rouen.

« ...C'est le moment où la gynécologie médicale assure la transition entre l'adolescence et le début de la vie adulte. »

C'est important pour nous de travailler en collaboration avec les gynécologues médicaux. Ce que je tiens d'abord à dire, c'est qu'il y a une consultation de gynéco-pédiatrie à Rouen au CHU depuis 1985. Je rends hommage à Yvette Salomon Bernard, que j'ai connue en 1972-1975, et qui m'a fait découvrir la gynécologie en consultation de pédiatrie. (Applaudissements dans la salle pour saluer la présence du Dr Yvette Salomon.) A cette époque-là, il existait une association moitié gynécologue, moitié pédiatre, il y avait un grand débat pour savoir s'il valait mieux une gynécologue médicale ou une pédiatre pour ce type de consultation. En fait, cela dépend des régions géographiques. Quand je suis partie

à Rouen, ayant connu Mme Salomon Bernard, j'ai mis en place la consultation spécialisée de gynécologie-pédiatrique sur la demande des chirurgiens-pédiatres et endocrino-pédiatres, puis les pédiatres spécialisés dans les pathologies chroniques de l'enfance (rénales, cardiaques, neurologiques, pulmonaires, gastro-entérologiques et en hémato-oncologie), ont fait appel périodiquement à cette consultation spécialisée.

A cette époque là, les gynécologues médicaux ne voulaient pas prendre les consultations. C'est important pour un gynécologue médical de faire un tour en pédiatrie. Je vais prendre un exemple, le syndrome de Turner, les pédiatres s'en occupent. Les enfants sont traités par l'hormone de croissance, et à l'âge de la puberté, le déficit ovarien est traité. Les jeunes filles posent alors des questions sur leur féminité, leur sexualité, la contraception, leur possibilité de fertilité ultérieure. C'est le moment où la gynécologie médicale assure la transition entre l'adolescence et le début de la vie adulte. Une collègue endocrinologue d'adultes

disait que, dans toute pathologie chronique ayant débuté dans l'enfance, il est important de répondre à toutes ces questions durant cette période de transition de la fin de l'enfance et du début de l'adolescence, et de la fin de l'adolescence et du début de l'âge adulte. C'est la période où la complémentarité entre des spécialistes d'horizons différents est très souhaitable.

Maintenant, des enfants et des adolescents de 11 à 18 ans sont reçus dans les maisons de l'adolescence. Avec mes collègues de gynécologie médicale, on se demandait comment faire cette transition, car elle nécessite de repérer où en est la jeune fille dans son développement. Cela concerne la santé globale, et toutes les questions sur la fertilité, la vie sexuelle, la contraception.

Avec les gynécologues médicaux avec qui je travaille, chaque cas est singulier, il faut repérer au cas par cas. Il faut se rendre compte du moment où la jeune est actrice de sa propre histoire, où elle a compris sa propre pathologie, et qu'elle-même ait envie de consulter toute seule et en pleine indépendance et autonomie, alors qu'en pédiatrie les jeunes sont soumises à l'autorité parentale. L'échange pédiatres et gynécologues médicaux est très important.

Chacun doit clarifier ses discours, comme le disait Anne Gompel, un chirurgien n'est pas formaté comme un gynécologue médical et un pédiatre n'est pas formaté comme un gynécologue médical, mais il y a complémentarité dans la dynamique du développement. C'est une grande richesse de travailler à cela, il faut y travailler avec la connaissance des gynécologues médicaux, dans un service de pédiatrie. A Rouen une maison de l'adolescence est in situ (intra-hospitalière) et une autre est en ville. Les adolescentes veulent des gynécologues médicaux, partenaires dans les maisons d'adolescence, c'est une sorte de partenariat, avec les différents problèmes posés à l'adolescence.

Hélène RENOUX

Médecin généraliste.

« Si je suis venue, c'est parce que je sais avoir besoin de la collaboration avec les gynécologues médicales dans mon travail. »

Je suis généraliste à Villejuif et j'ai eu le plaisir de rencontrer une de mes correspondantes gynécologues ici, Mme Claire Coussirat-Coustère.

Si je suis venue, c'est parce que je sais avoir besoin de la collaboration avec les gynécologues médicales dans mon travail.

Je préfère ne pas détailler les nombreuses circonstances de ce travail commun, tous ici les connaissez.

Cependant, j'ai entendu beaucoup de choses sur les généralistes ici et j'aimerais juste rappeler que les

J'avais appris qu'il y avait une étudiante à Rouen qui avait voulu suivre la formation de gynécologue médicale en maison des adolescents. Ces maisons dépendent de la pédo-psychiatrie dont Mme LA Pr Gerardin est la responsable. Quand les filles vont mieux, elles sont très demandeuses de consultation en gynécologie médicale. Je suis allée voir l'interne qui travaille en gynéco-obstétrique depuis deux semestres, sa présence est très appréciée par les gynéco-obstétriciens et l'équipe de PMA, car elle a contribué au partenariat entre les différents services.

Alors j'ai écrit au chef du service de gynéco-obstétrique parce qu'il est important que cette jeune femme médecin vienne en pédiatrie cet été. La filière doit être reconnue. Je vais vous lire la lettre du gynéco-obstétricien : « Je fais cette année cette demande pour la gynécologue médicale dans mon service, pour la rentrée prochaine, car ma première interne m'avait été imposée, mais je dois reconnaître que cette expérience est extrêmement enrichissante et positive, la gynécologie médicale a une place toute particulière au CHU, où elle a sa place pour faire le lien entre l'endocrinologie, la reproduction et la pédiatrie. »

Cette jeune interne a tout un chemin à parcourir pour connaître les jeunes filles ayant eu un cancer dans l'enfance ou toute autre pathologie pouvant retentir sur la puberté et les difficultés de la fertilité ultérieure. C'est pourquoi un stage en pédiatrie, dans le cadre de cette filière passionnante qu'est la gynécologie médicale, me semble très important et je fais appel à vous pour sa prise en compte.

Frédérique Kuttenn nous précise que cette lettre émane d'un gynécologue obstétricien farouche opposant à la gynécologie médicale; il s'est laissé séduire.

généralistes ne sont ni des gares de triage ni des bobologues...

Je prends évidemment grand soin d'assurer une prise en charge globale de mes patients, cela est inhérent à la fonction du généraliste. En tenant compte de leur milieu familial et professionnel. Je soigne aussi les maris et les enfants, ce n'est pas inutile pour connaître les femmes et comprendre tout ce que cela comporte quand elles me parlent de leur sexualité. Et je prends le temps de les écouter.

Pour revenir sur la nécessaire collaboration entre généralistes et gynécologues, je dois dire que j'apprécie particulièrement cette collaboration entre confrères au service de la patiente, car j'ai vraiment besoin des compétences particulières des gynécologues qui sont complémentaires aux miennes. Et je voudrais d'ailleurs préciser que, à mes yeux, la gynécologue médicale a un

rôle de conseil vis-à-vis des patientes, mais également vis-à-vis des médecins traitants. Et que de vous avoir régulièrement par téléphone ou par courrier est un soutien dont je ne saurais me passer.

Je trouve que c'est important que nous fassions sentir à la patiente qu'à plusieurs nous sommes à son service

pour lui assurer la meilleure qualité de vie physiologique et psychologique. La sexualité et la féminité sont une partie essentielle de son corps global. Et évoquer de coupler votre intervention à la mienne, c'est redonner une vraie place à cette sexualité et à cette féminité au sein de sa santé.

Paroles de femmes : les femmes ne veulent pas renoncer au recours au gynécologue médical

Noëlle MENNECIER

Coprésidente du CDGM.

« Sauver ce bien commun qu'est la gynécologie médicale, telle qu'elle a été, telle qu'elle doit être pour continuer à répondre à l'attente vitale des femmes. »

Nous venons d'entendre beaucoup de choses intéressantes de la bouche des médecins. Simone Iff, Geneviève Fraisse, nous ont parlé des femmes. Et de la bouche des femmes elles-mêmes, qu'entendons-nous ? Que disent-elles ?

D'abord Claude Groussin, fondatrice du CDGM pour sa composante "femmes", nous a fait vivre ce matin les origines de cette **mobilisation unique, exceptionnelle, des femmes et des médecins ensemble.**

Car les médecins et les femmes, ensemble, nous le savons toutes, c'est la marque de ce combat, et c'est ce qui a fait, ce qui fait, sa force. (Illustration: Parmi ceux et celles qui sont dans cette salle, nombreux, aujourd'hui, avec nous les femmes, Hélène, ma propre gynéco (dont les filles sont adhérentes au CDGM), ainsi que Marie-Claude, sa collègue du cabinet où je consulte, accompagnée de son mari généraliste.)

Mobilisation déterminée, qui s'est répandue comme une traînée de poudre, tantôt à pleine vitesse, comme l'a dit Claude, tantôt plus lente, avec, à travers les formes variées qu'elle a pu prendre, un seul et même objectif, clair, tenu depuis plus de douze années : sauver ce bien commun qu'est la gynécologie médicale, telle qu'elle a été, telle qu'elle doit être pour continuer à répondre à l'attente vitale des femmes : c'est-à-dire avec un nombre de médecins formés suffisant et l'accès direct sans pénalisation à leur consultation.

Mobilisation croissante, signatures par centaines de milliers, pour arriver aux 2 millions qui, avec les manifestations, ont arraché le diplôme en 2003 (Claude

rappelait ce matin que la France s'était couverte de comités), et bientôt plus de 3 millions de signatures, manifestations nationales, 3, et l'**appel constant**, depuis le début, **aux élus.**

Comme l'année dernière, au moment de l'examen de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires, où, en réponse à l'intervention de nos universitaires et à la nôtre, nous avons été entendues par un grand nombre de parlementaires. Entendues par le Sénat, notamment, qui tout entier a voté contre la ministre, pour l'accès direct inscrit dans la loi. Amendement voté, que le gouvernement a fait ensuite expéditivement supprimer par la Commission mixte paritaire.

Et à chaque fois, à notre appel, la mobilisation des femmes, jaillissant à nouveau, bien vivante. Comme l'année dernière, aussi, pour la signature de notre Lettre ouverte à Mme Bachelot.

Comme aujourd'hui, ainsi qu'en témoignent les **plus de 3000 réponses** (*applaudissements de la salle*) en deux petits mois **au questionnaire-enquête** que nous avons lancé auprès des femmes avant ces Assises, pour faire un réel état des lieux. Questionnaire s'inspirant du premier, de celui de Dominique Malvy, en 1997, qui avait alors montré la nécessité de la création du CDGM, et dont les résultats allaient être confirmés ensuite par l'enquête demandée à la SOFRES par la Fédération des Collèges de gynécologie médicale.

Aujourd'hui, que disent les femmes ?

Illustration de la **continuité** du combat que nous menons, comme ce matin Lison De Caunes, fille de Benoîte Groult, venue lire elle-même le chaleureux message de soutien de sa mère, c'est Marianne Sinquin, fille de l'une des fondatrices du CDGM, qui, après le lancement du questionnaire sur papier, quinze jours plus tard l'a mis en ligne, et c'est elle qui va nous montrer maintenant les résultats de cette enquête (que vous trouverez aussi dans votre dossier).

Marianne SINQUIN

Membre du bureau du CDGM.

« Plus de 3000 réponses aujourd'hui, en très peu de temps, 8 semaines, dont seulement 5 pour le questionnaire en ligne, c'est remarquable. »

Il était extrêmement important pour nous, pour la préparation de ces Assises, d'avoir le point de vue des femmes plus largement encore que nous ne le pouvons sur les marchés, de savoir d'elles quelle est la réalité précise de leur quotidien, concernant la gynécologie médicale, et ce que, comme nous-mêmes, elles en attendent. Alors nous avons lancé ce questionnaire-enquête, en nous inspirant du premier, de celui de Dominique Malvy, en 1997. Contrairement au dicton, vous allez le voir, nous, les femmes, nous ne varions pas.

Projection du powerpoint.

(Il se trouve en annexe page IV des pages couleurs.)

Noëlle MENNECIER

Alors que penser de ces résultats ?

Tout d'abord, comment ont-ils été obtenus ?

Plus de 3 000 réponses aujourd'hui, en très peu de temps, cela dit **la vivacité de la réaction des femmes, dès qu'il s'agit de gynécologie médicale, et leur attachement.** Nous avons commencé par diffuser des questionnaires papier, nous-mêmes, les femmes des comités, au marché, aidées par un certain nombre de gynécos dans leur cabinet - qu'elles en soient remerciées. Les femmes s'en sont saisies immédiatement, les remplissant sur place et prenant souvent spontanément plusieurs formulaires pour leur entourage, leur lieu de travail. Ce qui fait que très vite nous en avons reçu des dizaines par la poste, et de plus en plus. Lorsque Marianne a mis le questionnaire en ligne, nous avons imaginé un mail appelant les femmes autour de nous à répondre en ligne et à réexpédier ce mail autour d'elles ; les réponses ont ainsi afflué de plus en plus nombreuses en ligne, plus de 200 certains jours, tandis que les questionnaires papier continuaient à arriver par la poste, souvent deux, ou trois, par enveloppe, mère et filles, ou plusieurs. Ce sont donc essentiellement les femmes, de très nombreuses femmes, qui ont pris elles-mêmes en charge la diffusion de ce questionnaire, le faisant leur, décidant de contribuer ainsi elles-mêmes à la préparation de ces Assises.

Les résultats, maintenant. Que retenir de ce que nous a montré Marianne ?

Tout d'abord l'insupportable contradiction que met en évidence ce questionnaire.

D'un côté, et cela rejoint ce que nous venons de dire, **l'extrême attachement des femmes à leurs gynécos** - essentiellement, comme en 1997, à 93 %, pour leur

compétence spécialisée - ainsi qu'au suivi gynécologique qui, beaucoup insistent et tiennent à en remercier leur gynéco, leur a sauvé la vie, de manière répétée parfois. Attachement qui s'accompagne de confiance, et qui se traduit par le fait que plus de 82 % d'entre elles (comme en 1997 et malgré les obstacles) consultent spontanément au moins une fois par an et souvent plus.

De l'autre, les difficultés qui s'accumulent, l'attente de plus en plus longue, la plupart du temps un ou deux mois, jusqu'à six mois même pour 15 % des femmes, et même un an ! La distance qui s'accroît, 40, 50, 120 kilomètres à faire (25 % de celles qui ont répondu n'ont pas de gynéco dans leur ville), les rendez-vous impossibles à obtenir auprès de gynécos surchargées quand vous déménagez, l'angoisse devant le départ à la retraite de gynécos qui vous ont suivie toute votre vie et qui ne sont pas remplacées, et cela même en région parisienne. Les mois, les années parfois qui s'écoulent avant que vous puissiez retrouver un gynéco. L'impossibilité pour certaines de consulter un gynéco depuis plusieurs années. La quasi-totalité des femmes, 87 %, comme en 1997, disant que si elles ne peuvent plus consulter librement de gynécos, la fréquence de leurs consultations gynécologiques s'en trouvera affectée, ainsi que, pour 99 %, la prévention. Et particulièrement leur extrême inquiétude pour leurs filles si n'existent plus les gynécos qui les ont suivies, elles.

Car que nous disent aussi ces réponses ? Que celles qui répondent ont actuellement en majorité, pour 68 % d'entre elles, entre 35 et 65 ans : ce sont celles pour qui le suivi gynécologique a pu être une réalité à travers les années. On continue à consulter bien plus tard. Mais plus jeune, de 25 à 35 ans, 18 à 25 ans, c'est de moins en moins fréquent, et les moins de 18 ans sont complètement absentes de ces réponses, elles n'ont pas été touchées du tout. N'est-ce pas à mettre en relation avec le fait, extrêmement préoccupant, que les gynécos, surchargées, ne pouvant plus recevoir de "premières fois", ou se raréfiant, la plupart des jeunes filles, nous l'entendons quand elles acceptent de nous parler de leurs galères lorsque nous diffusons au marché, au moment même où elles en auraient le plus grand besoin, dans les premières années de leur vie sexuelle, n'ont plus accès aux consultations de gynécologie médicale ?

(Situation des plus graves pour les jeunes, déjà dépourvues des médecins et des infirmières scolaires nécessaires, particulièrement dans cette période, qui voit le Planning familial menacé et la fermeture entreprise de centres d'IVG de l'AP-HP.)

Cette situation, profondément dégradée, est, malgré la restauration, obtenue en 2003 par la mobilisation après 17 années de suppression, de la formation de gynécologie médicale, et en raison du manque criant du nombre de médecins formés, en train de devenir celle dont les fondatrices du CDGM avaient prévu le danger.

Et cette situation est en réalité bien pire encore concernant la gynécologie médicale que ne le fait apparaître le questionnaire. Car d'une part, dans leurs réponses

mettant en évidence cette pénurie, les femmes les plus jeunes ne distinguent pas forcément entre gynécologues médicaux et obstétriciens, et d'autre part, surtout, dans la France profonde, dans les zones les plus déshéritées, là où il n'y a plus du tout de gynécos et pas de comités, les femmes les plus dépourvues n'ont pu être touchées, n'ont pu répondre, et sont donc absentes, comme les moins de 18 ans, des pourcentages déjà impressionnants donnés par les résultats de notre enquête.

Voilà la situation que mettent en évidence, témoignages souvent extrêmement émouvants à l'appui, les plus de

3 000 réponses spontanées que nous venons de recueillir.

Alors comment les femmes réagissent-elles à cette situation ?

Voici ce qu'elles écrivent, tout aussi spontanément, en signant en ligne la pétition du CDGM.

Catherine, d'un comité local, a lu les milliers de témoignages inscrits ainsi jour après jour, et, de tout ce qu'expriment les femmes, elle a tiré d'abord, en choisissant, 154 pages passionnantes, puis, en 12 pages, ce qui lui a semblé le plus illustratif de l'ensemble ; cela figure dans la brochure que vous avez dans votre dossier, et elle va vous le résumer maintenant elle-même.

Catherine HOEBLER

Membre du CDGM.

« Le gynécologue médical est irremplaçable, essentiel, unique, indispensable. »

Sur le site Internet du Comité de Défense de la Gynécologie Médicale, des milliers de signataires de notre pétition ont laissé un commentaire en ligne.

De ces innombrables témoignages, voici la substantifique moelle :

Le moins que l'on puisse dire est que les femmes sont très élogieuses envers leurs gynécologues médicaux, et réagissent fortement au projet de les en priver :

1) Leur avis sur « le gynéco »

a) C'est avant tout LEUR médecin, c'est LE SPÉCIALISTE de la femme.

Le gynécologue médical est perçu comme un médecin qui a **une formation très pointue**, une formation complète (transversale sur plusieurs domaines). Les femmes ont **confiance** en son savoir. Elles savent que lui seul connaît la complexité d'un organisme féminin.

Le gynécologue médical est un spécialiste compétent et irremplaçable.

b) C'est aussi celui qui assure un SUIVI de grande qualité. De l'âge tendre à l'âge mûr, il nous connaît, veille sur notre santé, écrivent-elles.

Ainsi, d'après les femmes, le gynécologue médical assure d'excellents soins et un suivi essentiel.

c) Un mot revient très souvent : le mot INTIMITÉ. Le cabinet du "gynéco" est ressenti comme le **Lieu privilégié de l'intimité**.

Lieu où peut être dite **une parole intime qu'on ne peut pas confier ailleurs**.

Lieu où peut se dévoiler **une partie intime du corps**.

Les femmes parlent toutes de leur **PUDEUR**. D'ailleurs le mot "plaisir" n'apparaît qu'une seule fois dans les commentaires. Tout ce qui touche à la sexualité est **difficile à exposer**.

Avec leur gynéco les femmes osent parler, et elles ont besoin de cette **écoute délicate**, de cette relation particulière avec CE médecin.

Le cabinet du gynécologue médical est un lieu singulier, un lieu unique.

d) A TEMPS. Le gynécologue médical leur garantit **d'être soignées à temps**... Innombrables sont les témoignages de femmes disant que **la prévention et le dépistage** leur ont sauvé la vie. Et pour ne pas perdre un temps parfois salvateur, les femmes disent que leur gynéco est indispensable.

Vous avez entendu leur avis : le gynécologue médical est irremplaçable, essentiel, unique, indispensable.

Nous savons que les femmes ont des vies à deux charges: pendant la journée, elles font leur métier, et le soir, elles s'occupent de leur famille... Et voilà que, lors de ce rendez-vous, elles posent ces poids quelques instants... Je pense à " MAMA", un personnage d'une pièce de Coline Serreau, qui soudain s'arrête de trimer... et demande dix secondes de silence au public. DIX secondes rien que pour elle. Alors il faut le dire, même si peu de femmes osent le revendiquer : le rendez-vous gynécologique est un temps rare, **un temps précieux, temps pour parler, une fois par an, de soi**.

2) Et que disent les femmes quand elles comprennent qu'on veut les priver de leur gynéco ?

1) La première réaction est la **STUPEFACTION** : C'est impossible... ! Elles en appellent aux politiques, au gouvernement. Mais enfin, Madame la Ministre, vous êtes une femme! Au secours... C'est impensable. On n'arrive pas à le croire!

Pour elles, c'est un manque de respect, du **mépris**, une atteinte à la dignité de 50 % de la population, qui portera les générations futures - ce sont leurs mots. Elles sont sans voix, sidérées... Elles n'en reviennent pas...

2) La deuxième réaction est la **COLÈRE**, devant cette **atteinte aux droits** acquis dans les combats des femmes pour disposer de leur corps. Elles disent : Misogynie. Sexisme. Régression. Retour à l'âge des cavernes. Ce combat leur rappelle le combat pour l'avortement. Les femmes n'ont donc toujours

aucune IMPORTANCE ? Quelle honte! Elles sont outrées et appellent au combat.

3) Bien sûr une des réactions est l'INQUIÉTUDE. Il y a **danger pour la santé des femmes**, par manque de prévention, de dépistage précoce.

Elles craignent la multiplication des cancers féminins. Elles pensent à leurs filles, à leurs petites-filles, elles veulent les savoir aussi bien soignées qu'elles.

Pour elles et pour toutes les femmes s'exprime une grande angoisse.

4) Où est le BONS SENS ? demandent-elles. **L'argument mercantile, du coût pour la Sécurité sociale**, de l'accès direct aux gynécologues médicaux et de la formation d'un nombre suffisant de gynécologues médicaux est absurde :

La santé et la vie n'ont pas de prix.

Et si certains en doutent, les femmes disent alors avec humilité que l'argument du coût n'est pas logique : soigner des pathologies lourdes revient plus cher que de les prévenir...

C'est ce qu'elles ont entendu depuis longtemps, alors elles ne comprennent pas, elles ne comprennent plus...

Vous avez entendu :

Le manque de gynécologues médicaux est scandaleux, dangereux, incohérent et inadmissible.

Tout au long de ces témoignages, les femmes remercient sans cesse leurs gynécos. Elles tiennent définitivement à eux, elles n'admettront jamais d'en être privées et elles se disent prêtes à se battre pour sauver cette spécialité.

En cinq minutes, ce résumé ne prétend pas vous faire entendre TOUT ce que les femmes ont écrit sur la pétition... Ce sera beaucoup plus limpide en 5 secondes... **TOUCHE PAS à MON GYNECO !**

Noëlle MENNECIER

Je n'ai rien à ajouter à ces paroles, auxquelles Catherine a si bien prêté sa voix.

Ce que nous avons entendu là, c'est aussi ce que nous entendons de la propre bouche des femmes chaque fois que nous diffusons au marché, cette rage qui s'exprime.

Alors d'où vient cet attachement si profond des femmes à la gynécologie médicale ? Nous venons de l'entendre clairement, et cela a été dit ce matin : **de ce qui monte du plus profond d'elles-mêmes, de leur volonté de vivre, et de vivre libres.**

Volonté qui, à vrai dire, est le partage du plus grand nombre.

Voilà pourquoi, depuis la naissance de ce combat, en 97, à Albi, nous n'avons pas lâché, nous ne pouvons lâcher, nous ne lâcherons pas !

Perspectives pour la défense et le développement de la gynécologie médicale pour toutes les femmes

Marie STAGLIANO

Coprésidente du CDGM.

« Une question de volonté politique. »

Ce que nous avons réalisé ensemble, ici, aujourd'hui, à l'appel du CDGM, est d'une grande importance : nous être rassemblés ici, dans une même salle, gynécologues médicaux, médecins de nombreuses spécialités, personnalités, femmes, dans toute notre diversité, pour défendre la gynécologie médicale.

Y a-t-il une meilleure conclusion à notre journée que ce que nous venons d'entendre à travers la parole des femmes ? Toutes les contributions l'ont montré : la

gynécologie médicale, « cette jeune dame de 80 ans », est et reste de manière irréfutable cette spécialité indispensable à la santé des femmes.

Nous voulons que la gynécologie médicale vive, nous voulons son développement, sa pérennisation, pour que TOUTES les femmes d'aujourd'hui et de demain puissent continuer à bénéficier de ce suivi directement lié aux bons indices de santé des femmes en France.

Pour cela, les pouvoirs publics doivent nous entendre ! Oui, les femmes ont besoin, à des moments différents de leur vie, de généralistes, de gynécologues obstétriciens, de sages-femmes. Tous sont précieux et indispensables dans le champ de leurs compétences. Mais les femmes

ont besoin aussi, tout particulièrement et tout au long de leur vie, du suivi gynécologique, de cette consultation, dans une relation de confiance tissée au fil du temps, que permet, seul, dans ce domaine de la pudeur et de l'intimité, le gynécologue médical. Le reconnaître, c'est respecter la femme dans son intégrité physique, c'est respecter le droit des femmes à l'égalité dans le domaine de la santé...

Pour cela, il faut que le nombre de postes, le nombre de gynécologues médicaux formés, corresponde à cette exigence des femmes. Il s'agit là d'une question de volonté politique...

Déclarer, comme le fait la ministre de la Santé, que « d'autres professionnels de santé s'occupent des femmes », c'est décider de ne programmer que 20 ou 27 postes d'interne chaque année !

Déclarer que « la spécialité a changé de sens », c'est décider de ne former que 20 gynécologues médicaux par an !

Oui, volonté politique.

Au cours de nos nombreuses démarches depuis bientôt treize ans, nous avons rencontré nombre de parlementaires, hommes et femmes de toute sensibilité politique, qui nous ont apporté leur soutien. Je voudrais rappeler ce que nous rapportait l'une d'entre eux, députée, Muguette Jacquaint. Quand elle était salariée, nous disait-elle, toutes les femmes de son entreprise, une grosse entreprise, avaient droit, sur leur temps de travail, elles l'avaient obtenu, à une consultation gynécologique, une fois par an.

Une fois par an, et sur le temps de travail....!

Oui, à cette époque, on formait 130 gynécologues médicaux par an. Et on en formait 130 parce que qu'on voulait que toutes les femmes aient un suivi gynécologique, et ce suivi gynécologique était possible parce qu'on formait 130 gynécologues médicaux ! Et aujourd'hui, 20 pour toute la France, après 17 années de suppression ! et encore, parce que les femmes se sont battues !

130, oui ! Chaque année, pendant des années !

Et on voudrait nous faire croire que notre demande est hors de propos, démesurée, irréaliste...

Alors, que tout ce que nous avons dit ici nous serve d'argumentaire pour défendre la gynécologie médicale.

Que tout ce que nous avons dit ici soit consigné dans une brochure, pour faire connaître nos travaux, nos conclusions, nos demandes. Nous voulons, il le faut ! que la gynécologie médicale soit préservée, développée comme une spécialité spécifique, à part entière, et pour cela, il faut les postes...

Nous proposons de réaffirmer publiquement cette nécessité par un texte que nous proposerions de contre-signer à des personnalités, des médecins : la gynécologie médicale indispensable aux femmes, il faut les postes en nombre suffisant.

Une question de volonté politique, avons-nous dit... Alors, les pouvoirs publics, Mme Roselyne Bachelot au premier chef, doivent entendre les demandes des femmes. C'est sa responsabilité de ministre...

Nous proposons de demander une audience à Mme Roselyne Bachelot, pour porter à sa connaissance les conclusions de ce que nous avons débattu ici, sur la base des faits, des témoignages. Demande qui serait appuyée par celles et ceux qui sont ici présents, médecins, responsables de syndicats médicaux, personnalités.

La délégation prendrait appui sur les travaux de cette journée, qui confortent la demande urgente que soit développée la gynécologie médicale, que soient donnés les postes nécessaires pour que toutes les femmes puissent consulter, près de 30 millions de femmes, en âge de consulter.

Puis nous proposons d'organiser une conférence de presse dans laquelle nous rendrons compte de la réponse de Mme Roselyne Bachelot.

Un certain nombre de personnalités ont soutenu depuis le début l'action du CDGM. Plusieurs, qui n'ont pu être présentes aujourd'hui, nous ont adressé un message de soutien. Parmi elles, Mme Elisabeth Badinter. Et je voudrais relater un épisode de nos démarches communes. Nous étions en délégation dans le cabinet de Dominique Gillot, qui remplaçait Bernard Kouchner, parti pour le Kosovo. Nous présentions tous nos arguments pour que le diplôme de gynécologie médicale soit rétabli. Mme Gillot restait sourde à nos demandes et persistait à dire que créer un diplôme distinct ne s'imposait pas pour les pouvoirs publics. « Les femmes, Madame la Ministre, font plus confiance à leurs médecins qu'à leurs politiques ! » a rétorqué alors Elisabeth Badinter.

Oui, les femmes font plus confiance à leurs médecins qu'à leurs politiques...

Alors, femmes et médecins, mettons toutes nos forces en œuvre dans cette action. Elle est légitime. Elle est nécessaire. Elle concerne la santé de millions de femmes. Alors, agissons ensemble pour garder cet acquis essentiel que représente la gynécologie médicale, un acquis, cela a été rappelé et souligné aujourd'hui, qui a accompagné l'émancipation des femmes dans notre pays.

Et cet acquis, nous voulons le garder, pour nous-mêmes et pour les générations à venir.

Quelques témoignages de femmes

(Parmi les milliers reçus sur le site de la pétition du CDGM).

17083. Monique [Signé le 10/03/2010] : Bientôt à la retraite, je ne peux me résigner à l'idée que mon métier, que j'ai aimé faire et qui m'a tant apporté, disparaisse, morcelé entre divers prestataires... Les patientes viennent nous voir parce qu'elles ont chez nous une unité de suivi tout le long de leur vie de femme, ce qui favorise leur confiance et leurs confidences au fil du temps... C'est ce qui fait toute la richesse de ce métier, et je souhaite ardemment que des jeunes médecins prennent la relève pour la santé de toutes les femmes de ce pays.

17075. Delphine [Signé le 10/03/2010] : Nouvelle dans la région, il a été impossible d'obtenir un rendez-vous chez un gynécologue, étant nouvelle patiente... JUSQU'À CE QUE je me résigne, PLUSIEURS ANNÉES APRÈS, à demander un frottis à mon médecin traitant : une anomalie ayant été détectée, c'est grâce à mon médecin traitant que j'ai pu obtenir un rendez-vous pour un suivi gynécologique complet. Je suis en plein diagnostic et soins...ÇA AURAIT PU ETRE TROP TARD. Et c'est peut-être trop tard pour certaines femmes.... trop de femmes : c'est inadmissible, nous avons besoin de nos gynécologues !!

17039. Véronique [Signé le 09/03/2010] : Je pense que pouvoir être reçue en consultation de gynécologie médicale dans un cabinet de proximité, avec un médecin compétent, auquel on livre son "intimité et sa santé" est d'une extrême importance. A tous les âges de la vie, les femmes doivent être suivies et aiguillées rapidement, si nécessaire, vers le bon traitement, la bonne prise en charge hospitalière. Seul(e), un médecin compétent et spécialisé peut jouer ce rôle. Personnellement, je crois avoir évité une évolution plus dramatique de certains problèmes grâce à mon médecin gynécologue. C'est très important pour la santé des femmes.

16556. Françoise [Signé le 13/12/2009] : Il faut augmenter les postes de gynécologues, les cancers seront mieux décelés et de ce fait les soins coûteront moins chers à la S.S.

16252. Roland [Signé le 13/12/2009] Grâce à cette médecine particulière en France, nous étions le pays qui recensait le moins de décès suite à un cancer de l'utérus. De façon générale, nous assistons à un véritable recul de civilisation en matière de santé. La santé est devenue marchandise et les praticiens sont priés d'oublier le serment d'Hippocrate, au profit de la comptabilité. Il faut faire d'autres choix budgétaires, fiscaux, il faut mettre un terme à toujours plus d'exonérations des charges sociales. Qui le fera une fois au pouvoir ? Telle est la question.

16191. Martine [Signé le 30/11/2009] Nous sommes en train de perdre des acquis inestimables... Résistons

16092. Catherine [Signé le 14/08/2009] La gynécologie est une médecine qui touche à notre intimité et qui demande à respecter notre pudeur et le choix de notre praticien spécialisé dans ce domaine sans aucune restriction au nom d'une économie

16088. Michel [Signé le 11/08/2009] En agissant ainsi, le gouvernement met en péril la prévention; alors que tout le monde reconnaît, qu'à terme, la prévention est plus économique à la collectivité que les soins curatifs. Est-ce ainsi que le gouvernement veut faire progresser l'égalité homme-femme ?!

16007. Valérie [Signé le 11/07/2009] Un généraliste ne remplacera jamais un gynéco, ne serait-ce que pour le côté très intime.

15948. Daniel [Signé le 29/06/2009] Spécialité indispensable vu l'étendue du domaine de la "GYNÉCOLOGIE" (de l'endocrino à la chir. cancéro pointue !!! au moins quatre secteurs).

15889. Chantal [Signé le 15/06/2009] à Mme Bachelot : Je pense que vous avez certainement une gynécologue qui vous suit depuis longtemps, alors comment allez-vous faire si demain vous deviez passer par votre généraliste avant de pouvoir passer chez votre gynécologue 6 mois plus tard ?

15718. Roger [Signé le 07/06/2009] Ce serait une discrimination supplémentaire de ne pas prendre en compte cette spécificité féminine

15654. Véronique [Signé le 05/06/2009] Je suis médecin et consciente de la demande et du besoin des femmes.

15426. Farida [Signé le 03/06/2009] Le cancer n'attend pas, 6 mois c'est trop long.

15375. Anny [Signé le 03/06/2009] Le recul de la France de la 1^{re} à la 10^e place est éloquent.

15337. Annie [Signé le 03/06/2009] Les gynécologues nous sont indispensables ainsi qu'aux générations à venir ; pourquoi veut-on faire disparaître un corps médical qui est là pour prévenir des maladies qui coûteraient cher au système de couverture maladie et chirurgie. Où va-t-on ?

15320. Maryse [Signé le 03/06/2009] Ma gynécologue prend sa retraite cet été et n'a toujours pas trouvé de remplaçante... je connais donc bien ce problème.

15273. Corinne [Signé le 03/06/2009] Ma mère est décédée d'un cancer du sein il y a 22 ans.

Dépistée bien trop tard : elle ne consultait un gynécologue que lorsqu'elle était enceinte. Moi aussi bien que assez "libérée", j'ai tendance à reproduire l'attitude... alors il faut nous réapproprier notre corps et consulter les gynécos en dehors de la maternité comme on consulte un dentiste ou un généraliste. En prévention tout simplement. Il n'y a pas assez de gynécologues, cela a des conséquences graves : trop d'attente souvent pour un rendez vous. Ne lâchons pas l'affaire pour nous, pour nos filles ! Merci.

15060. Frida [Signé le 02/06/2009] C'est grâce au suivi par ma gynéco que mon cancer du sein a été trouvé précocement et soigné efficacement.

14961. Marika [Signé le 02/06/2009] C'est INOUI d'avoir à signer cette pétition.

14863. Nathalie [Signé le 02/06/2009] ma gynécologue m'ayant sauvé la vie, je ne peux que défendre cette profession médicale indispensable.

14807. Isabelle [Signé le 02/06/2009] Sans gynécologue, je ne serais plus de ce monde. C'est absolument vital pour la santé des femmes-Il est indispensable de faire face à cette demande le plus rapidement possible. Merci.

14697. Sandrine [Signé le 02/06/2009] Il y a 1 an ma gynécologue a détecté la présence d'un virus, de plus en plus répandu chez les femmes, le "Human Papilloma Virus". Grâce à un bon diagnostic, une opération et un suivi régulier, nous avons pu réagir à temps et éviter son évolution en cancer.

Je ne pense pas que j'aurais pu avoir cette qualité de soin avec un généraliste, de plus, la relation de confiance et d'intimité que j'ai avec ma gynécologue ne me semble pas possible avec un généraliste qui passera d'une grippe à ce genre d'auscultation. Gardons nos spécialistes afin de préserver la qualité de notre système de santé.

14687. Monique [Signé le 02/06/2009] La gynécologie est une spécialité médicale indispensable. Sa disparition entraînerait une baisse de la prévention donc un nombre accru de cancers non dépistés. L'accès direct au gynécologue, sans pénalisation de remboursement ne doit pas être remis en cause.

14612. Dominique [Signé le 02/06/2009] La gynécologie, c'est l'assurance d'une vraie médecine PRÉVENTIVE adaptée à la vie des femmes et de leurs proches; le seul moment où elles peuvent parler librement de leur sexualité, de leur plaisir si souvent ignoré.

14531. Fatima [Signé le 02/06/2009] Encore n importe quoi, il ne faut surtout pas supprimer la gynécologie pour les femmes ; c'est important, ainsi que pour les jeunes filles, je connais bien le problème, je sais combien les jeunes filles ont besoin d'écoute et de conseil concernant la gynécologie, et un médecin généraliste n 'est pas à l'aise. Alors, avant de faire n importe quoi, il faut réfléchir. Éducatrice depuis 30 ans auprès d 'adolescents .

14474. Sophie [Signé le 02/06/2009] La santé des femmes est aussi celle des enfants, des maris, des petits copains ; la prévention et thérapeutiques mises en œuvre par les gynécologues s'adressent à la famille, et leurs conseils sont indispensables. Il y a trop de bêtises colportées par le bouche à oreille ou certains médias . Le généraliste est trop souvent dépassé par cette spécialité TRÈS délicate.

14384. Nicole [Signé le 02/06/2009] Je suis scandalisée par cette mesure qui attaque les femmes au détriment de la prévention. Un bien mauvais calcul!!!

14314. Anne-Marie [Signé le 02/06/2009] Les femmes ont le droit de voir un gynécologue dès qu'elles en sentent le besoin Elles pourraient peut-être aussi parler plus facilement des attouchements et viols subis.

13640. Chantal [Signé le 01/06/2009] Nous sommes au 21^{ème} siècle et la France se comporte avec les femmes comme au 19^{ème} !

13560. Robert [Signé le 22/05/2009 à 20:52] Une suppression de cette spécialité médicale et un début de démantèlement des plannings familiaux. Que souhaite le gouvernement ? Encore plus de filles mères ou d'avortements. Honte à la pudibonderie !

13519. Maryvonne [Signé le 09/05/2009] Grâce à mon gynécologue, je suis encore de ce monde aujourd'hui ; c'est lui qui a su me diriger sur l'hôpital TENON pour un cancer du sein. Je ne le remercierai jamais assez.

13378. Monique [Signé le 06/04/2009] Souhaite que ce domaine soit traité par un spécialiste et non par un généraliste...

13152. Chantal [Signé le 25/03/2009] Les médecins généralistes sont déjà surchargé, maximum 10 mn par personne alors parler d'intimité avec eux ?...

13140. Gwen [Signé le 24/03/2009] Nous les femmes avons obtenu le droit de vote, d'avorter, de garder notre nom de famille une fois mariée, alors ne nous laissons pas faire ; un gynécologue est bien plus qu'un médecin et ce serait un énorme retour en arrière que de voir cette profession disparaître. [...] Réagissons vite !!!

13136. Fabienne [Signé le 24/03/2009] Pour parler en termes basement économiques : l'argent vite gagné en supprimant cette spécialisation coutera autrement plus cher à la France quand toutes les maladies non dépistées à temps englutiront des sommes faramineuses en soins lourds.

12688. Annie [Signé le 25/02/2009] Le gynécologue est indispensable. La "machine féminine" est complexe et délicate, elle nécessite un spécialiste averti.

12541. Anny [Signé le 18/02/2009] Je dois la vie à un dépistage précoce. Ma meilleure amie est morte de ne pas l'avoir eu. Les gynécos sont INDISPENSABLES. Des mois maintenant pour avoir un rendez-vous et le mien, qui a trop de clients, ne peut en accepter de nouveau. Où va-ton ? Où va la france en matière de santé ? C'est dramatique. La santé ne peut être un domaine où on raisonne en termes de RENTABILITÉ!!! Beaucoup de gens aux revenus très modestes ne peuvent plus se soigner. C'est une honte !

12376. Marie-Hélène [Signé le 12/02/2009] Cela fait des années que les femmes signent des pétitions pour le maintien des gynécologues et de leur accès direct. Un ministre "femme" devrait mieux comprendre nos revendications, elle fait tout le contraire, c'est désolant.

12363. Manon [Signé le 11/02/2009] Un seul mot me vient à l'esprit : honte. Parce que c'est une véritable honte de remettre en cause l'accès direct à la gynécologie, de n'ouvrir que 20 postes par an en gynécologie ou bien de vouloir supprimer purement et simplement la profession comme je l'ai lu quelque part ! Un gynécologue n'est pas simplement là pour contrôler que

l'appareil génital féminin fonctionne correctement chez une femme ; non, un gynécologue permet d'établir une relation privilégiée de confiance avec la femme aussi bien pour ce qui concerne sa santé, sa fertilité, sa contraception, la prévention et le dépistage des cancers et MST...

La gynécologie est un domaine complexe et dur qu'on ne peut laisser aux médecins généralistes, déjà débordés par leur quantité de travail et non formés pour cette profession. Les problèmes gynécologiques ne sont absolument pas les mêmes que ceux pour lesquels on consulte le médecin de famille, ils relèvent d'un autre niveau de formation, prise en charge et compréhension. Parce qu'un gynécologue n'est pas qu'un médecin mais également un conseiller, un confident dans un certain sens. Il faut quelque'un de différent pour les soucis de santé "généraux" et ce qui touche à l'intimité, au plaisir et à la procréation. La bonne marche et santé - sans mauvais jeu de mot - de la gynécologie permet de résoudre/améliorer de nombreuses situations, avec l'exemple des cancers du sein et de l'utérus.

Ainsi, notre pays a le taux le plus bas au monde d'ablation de l'utérus notamment par le travail formidable d'information, prévention et dépistage que permettent les gynécologues. De plus, la bonne santé à tous les niveaux gynécologiques d'une femme ne peut être assurée que par une prise en charge régulière, comment cela peut-il être possible lorsqu'il faut attendre des mois pour un simple rendez-vous !

Je suis consternée que l'on puisse penser que l'on peut "se passer" de la gynécologie, c'est une grave erreur et j'espère bien que cela n'arrivera pas.

12346. Clotilde [Signé le 11/02/2009] Il y a 1 an, c'est grâce à ma gynéco que j'ai pu dépister un début de cancer de la vessie... Merci à elle !

11944. Agnès [Signé le 04/02/2009] Nous avons besoin des gynécologues, ils sont INDISPENSABLES à notre santé. Je veux que ma fille puisse bénéficier de cette spécificité française, qui devrait être montrée en exemple et dont la France devrait être fière et s'enorgueillir au lieu d'essayer de l'étouffer !!!

16569. Adeline [Signé le 01/02/2010] Le suivi gynécologique des femmes permet d'éviter de nombreuses infections et/ou cancer. D'où une économie au point de vue médical car pas de traitement long et coûteux par la suite.

Il permet aussi aux jeunes filles d'être conseillées par des spécialistes et ainsi de pouvoir poser de nombreuses questions sur la sexualité qu'elles n'osent pas poser à leurs parents ou, tout simplement, dont leurs parents n'ont pas la réponse.

Un premier rendez-vous gynécologique fait prendre conscience à une jeune femme qu'elle devient une femme, la responsabilise, lui apprend à respecter son corps, à prendre un moyen de contraception adapté...

A chacun son métier, une sage-femme à mes yeux n'est pas apte à prodiguer des examens de qualité en vue de certains problèmes gynécologiques.

11907. Sylvie [Signé le 04/02/2009] Heureusement que j'ai eu ma gynécologue lorsque j'ai eu mon cancer du col de

l'utérus. C'est grâce à elle que je m'en suis sortie indemne.

11882. Christiane [Signé le 04/02/2009] J'ai été opérée d'un cancer du sein il y a 6 ans, grâce à l'examen consciencieux d'une gynécologue qui en palpant a décelé une petite boule profonde... Je me porte bien actuellement et je souhaite que toutes les femmes aient la même chance que moi...

11784. Daniel [Signé le 03/02/2009] Ayant exercé moi-même cette spécialité, actuellement retraité, je puis affirmer que le maintien de la gynécologie médicale est indispensable en France dans l'INTÉRÊT DES FRANÇAISES, car les obstétriciens ne travaillent pas dans la même optique.

11752. Agnès [Signé le 02/02/2009] Un pays développé se mesure à l'attention qu'il porte à sa population féminine ; ne laissons pas la France revenir au Moyen-Age ! Investir dans la santé des femmes, c'est investir dans le futur d'une nation. Les femmes ne sont pas juste bonnes à "faire des enfants" ; pour ma part, j'en ai fait trois et je compte bien toujours trouver un gynécologue pour prendre soin de mon utérus, de ma contraception et du dépistage de toutes formes de cancers "féminins".

11705. Danielle [Signé le 02/02/2009] Le gynécologue est un maillon essentiel pour la liberté des femmes.

11630. Bérangère [Signé le 02/02/2009] Pourquoi les droits de la femme sont-ils perpétuellement remis en question ? Comme nos mères nous devons nous battre pour les préserver...alors battons nous aussi !

11616. Tomomitsu [Signé le 02/02/2009] Je soutiens votre mouvement, je suis un jeune homme de 19 ans, grand frère d'une petite soeur, futur père et futur mari, je ne peux tolérer la mise en péril de la santé des femmes, qui sont notre trésor.

11418. Cybèle [Signé le 31/01/2009] Suppression des gynécocos, retrait de subventions entraînant la fermeture de nombreux centres de planning familial... C'est, ni plus ni moins, une politique de maltraitance vis à vis des femmes !

11324. Marie-Pierre [Signé le 30/01/2009] Réduire les dépenses de santé, cela passe d'abord par la prévention et là, on supprime allègrement ces "moyens" de prévention ! Battons-nous pour nos gynécocos !

11258. Josette [Signé le 30/01/2009] Si la parité existait à tous les niveaux de la société, on ne supprimerait pas ce service indispensable à TOUTES LES femmes

11211. Marie-Laurence [Signé le 30/01/2009] Sans un gynécologue je ne serais plus là aujourd'hui !!!!!

11200. Yannick [Signé le 30/01/2009] Le combat féministe n'est hélas pas terminé... Soyons vigilantes.

11166. Monique [Signé le 29/01/2009] Ma gynéco à Albi était à l'origine de la lutte, elle est décédée. Merci à elle que personne n'oublie.

11149. Elisabeth [Signé le 29/01/2009] J'ai la chance à ce jour de pouvoir être suivie par un médecin gynécologue. Nous avons besoin de spécialiste en tout domaine qui concerne la santé. Seuls des spécialistes peuvent approfondir en leur domaine, la complexité du corps humain.
En tant que maman, je pense à ma fille et ne peux admettre que le domaine de la gynécologie, si intime pour les femmes, ne puisse plus être suivi par des gynécologues.
Je me rallie naturellement à votre pétition.

11144. Ghislaine [Signé le 29/01/2009] Sans gynéco, je serais morte il y a 18 mois !!!!!!!!! Aujourd'hui, je vais bien.

11104. Francesca [Signé le 29/01/2009] Il serait criminel de nous priver de nos gynécologues, nous avons besoin d'eux pour notre condition de femmes et ce n'est pas un généraliste ni aucun autre qui peut remplacer nos gynécologues.

11088. Anissa [Signé le 28/01/2009 à 23:44] ça devient vraiment n'importe quoi ! Sous l'égide de l'économie et de soit disante réforme, notre ministère se permet de mettre en place des aberrations !! À quand le généraliste à la fois gynéco, ophtalmo et multi-fonctions !!?

11070. Anne [Signé le 28/01/2009] Supprimer la gynécologie médicale relève d'un parfait mépris de la santé et du bien-être des femmes, c'est à dire de la moitié de la population !

10665. Marie-Lorraine [Signé le 21/01/2009] La gynécologie et la prévention qui l'accompagne sont un des grands acquis de ces 30 dernières années.

Nos mères ont mené un combat pour la liberté des femmes et pour la prévention, sans précédent et nous devons leur rendre hommage et au minimum préserver ces acquis, les gynécologues ont fait partie de ces avancées. Je suis navrée de voir un retour sur des avancées sociétales au prétexte de rentabilité financière, porté indifféremment d'ailleurs par des gouvernements de gauche ou de droite, ce qui est regrettable. Aujourd'hui on voit une recrudescence chez les très jeunes filles de grossesses non désirées faute d'information suffisante et dans la durée. Et ce ne sont pas les plus nantis qui en payeront encore le prix. Battons nous par solidarité et pour notre dignité de femmes.

10484. Cécile [Signé le 18/01/2009] Aucune envie de passer entre les mains du généraliste pour le frottis, la palpation des seins, etc... Il n'a ni les compétences, ni le temps. Pourquoi anéantir ce qui fonctionne d'un revers de loi ? Maintenir la gynécologie médicale c'est reconnaître à la femme ses spécificités de ce point de vue là, spécificités qui impactent l'ensemble de son évolution : puberté, grossesse, ménopause. Ce n'est pas rien !! Donc ne pas la maintenir revient à porter atteinte à son statut et rôle de femmes et à sa féminité.

10457. Catherine [Signé le 17/01/2009] Trop important que les jeunes filles et les femmes puissent continuer à être écoutées, dépistées et suivies par des gynécologues et non par un généraliste.
Il faut une relation de confiance avec ce type de médecin et une écoute importante pour tous les pbs de la vie de femme.

Qui mieux que son gynécologue peut écouter après une fausse couche ou une IVG ou encore une incapacité à concevoir un enfant ? Ce n'est pas 10 mn de consultation chez son médecin généraliste qui permet cela.

Merci donc à la Ministre de la Santé de garder cette profession intacte et de préserver la liberté des femmes d'y accéder.

10382. Patricia [Signé le 15/01/2009] La prévention est primordiale et les consultations chez un gynéco ne doivent pas disparaître, c'est comme les autres spécialistes mais particulièrement important pour les femmes, un interlocuteur de choix avec un savoir-faire particulier, non à la médecine générale fourre-tout !

10340. Mélanie [Signé le 14/01/2009] Ce professionnel de santé est le seul contact à qui l'on peut tout confier de notre problème le plus bénin au plus intime, en passant par les plus gênants et perturbants de notre vie de femme. Les gynécologues sont un des indicateurs de la considération féminine au sein de notre société. Ne revenons pas trente ans en arrière et faisons honneur à des hommes et des femmes qui se sont battus pour garantir des soins équitables et adaptés.

10327. Lina [Signé le 14/01/2009] C'est une spécialité indispensable et qui, par son côté "intime", demande une relation particulière avec son praticien. Non, on ne peut pas faire un examen gynécologique entre deux examens de la gorge et une palpation des ganglions pour un rhume !!

10299. Isabelle [Signé le 14/01/2009] Pourquoi y a t-il régulièrement un débat sur une remise en cause de cette spécialité médicale consacrée à la santé des femmes ? Vouloir supprimer ce droit est un acte mysogine d'un point de vue politique. Il ne faut surtout pas relâcher la garde et continuer à se battre pour le respect des droits spécifiques de la femme.

9937. Patricia [Signé le 05/01/2009] J'avais déjà signé une pétition pour la même cause il y a quelques années et soutiendrai toujours les gynécologues à cause de cette relation particulière propre à l'anatomie, au psychisme et au fonctionnement féminins, aux femmes.

9952. Christel [Signé le 05/01/2009] Sans la visite chez le gynécologue, je ne sais pas si je serais encore de ce monde aujourd'hui... Il y a un an j'avais un cancer du col de l'utérus... Opérée de justesse, je peux témoigner de la NÉCESSITÉ des gynécologues !

La fin de ces praticiens et nous assistons à la chronique d'un désastre annoncé !

Comme nos mères il y a 30 ans, ne lâchons rien, c'est de notre survie dont il s'agit !

9657. Andrée [Signé le 31/12/2008] Un suivi par "un médecin gynécologue" est de plus en plus conseillé, compte tenu du nombre croissant de cancers et de MST. Les généralistes ne sont pas suffisamment formés pour tout ce qui concerne la gynécologie. Il est tellement préférable de prévenir que de guérir, aussi bien pour le malade que pour la Sécurité sociale.

9490. Michèle [Signé le 27/12/2008] Malgré ses qualités et ses compétences, le généraliste ne peut gérer tous les problèmes posés par la gynécologie médicale. Et les problèmes féminins ne se réduisent pas à l'accouchement non plus.

9475. Nathalie [Signé le 27/12/2008] Je ne comprends pas. Pourquoi mettre à mal ce qui fonctionne si bien et que le monde entier nous envie ? Toutes les femmes aujourd'hui ont une reconnaissance pour la gynécologie. Elle fait partie de notre parcours de vie de nos premières règles à notre vieillesse. A combien de questions essentielles pour ma vie a-t-elle déjà répondu ?

9214. Bernard [Signé le 21/12/2008] Discipline incontournable, sinistrée qu'il est urgent de sauver pour le droit à la santé des femmes qui sont nos mères, nos femmes, nos filles.

9190. Véronique [Signé le 21/12/2008] Grâce à ma gynécologue qui a dépisté très tôt une boule au sein gauche et qui m'a prescrit un suivi très précis tous les ans je viens d'être opérée d'un cancer du sein pris très tôt. Il faut que les femmes puissent être surveillées régulièrement et qui mieux que leur gynécologue peut le faire ? Je remercie la mienne.

9132. Virginie [Signé le 19/12/2008] Je trouve que le manque de gynécologues se fait de plus en plus ressentir et je trouve cela inquiétant. Déjà que d'aller chez le gynéco c'est difficile, alors si en plus on doit galérer pour en trouver un, c'est déplorable. Comment cette filière a pu être suspendue pendant si longtemps ???? Que penseriez vous si demain on décidait de supprimer les spécialistes comme les dermatologues ou les ophtalmos ???? c'est impensable ! Alors pour les gynécos, c'est pareil. Déjà que le fait d'accepter de dévoiler son intimité devant un/une inconnu(e) est difficile à assumer, alors imaginez devant quelqu'un de non spécialisé sur l'appareil génital féminin ! C'est intolérable !

8743. Nicole [Signé le 16/12/2008] On croit rêver... Avons nous changé de siècle ? Alors que la médecine avance, nous régressons complètement ! Je me souviens du combat de Mme Simone VEIL dans les années 70, et l'angoisse des jeunes filles à cette époque... Il faut nous battre, un gynéco est essentiel dans la vie d'une femme, comment en est-on arrivé là ?

8714. Christiane [Signé le 16/12/2008] C'est lors d'une banale visite chez mon gynécologue que l'on a découvert mon cancer de l'ovaire et que j'ai pu être guérie . Les visites annuelles chez son gynéco sont indispensables pour une bonne prévention.

8699. Claudine [Signé le 16/12/2008] Le gynécologue est le médecin du corps féminin. Qui donc peut mieux comprendre les problèmes intimes qui ne sont toujours pas faciles à expliquer ? Pour information, je n'irai pas me dévoiler physiquement à mon généraliste qui, pourtant, est de bonne écoute. Mais chacun son métier. En espérant que Mme Bachelot comprendra ses semblables.

8538. Annie [Signé le 15/12/2008] Si l'on ne fait rien, c'est les vétérinaires qui finiront par nous soigner !

8391. Nathalie [Signé le 15/12/2008] A 25 ans cela fait 4 ans que je n'ai pas été voir un gynéco. Le mien est parti à la retraite et pas un gynéco au Mans ne reprend de nouveaux patients !

8178. Monique [Signé le 14/12/2008] Cette discipline est essentielle pour accompagner les femmes à toutes les étapes de leur vie et elle touche à leur plus profonde intimité. Elle a permis les progrès de la contraception, de la prévention et favorisé le taux de natalité exceptionnel de la France. Ne reculons pas en reportant ce travail sur des généralistes débordés et souvent en pénurie dans beaucoup de régions. Les adolescentes d'auj. n'auront pas la qualité de soins que nous avons gagnée difficilement depuis 50 ans. C'est l'avenir de la France qui est en jeu. Il y a urgence pour accompagner plus de 50 % de la population française !!

8060. Martine [Signé le 14/12/2008] Supprimer cette spécialisation serait une atteinte au respect et à la liberté des femmes, et serait contradictoire avec le souhait du gouvernement de lutter contre de nombreux cancers, car il est certain que bon nombre de femmes et de jeunes filles n'iront pas parler de problèmes très intimes à leur généraliste, à chacun son travail...

7753. Marie [Signé le 12/12/2008] Charade :
Mon premier constate que beaucoup de contraceptifs ne sont plus remboursés.
Mon deuxième supprime l'accès direct aux soins.
Mon troisième fait disparaître la profession de gynécologue.
Qui suis-je ?
Le mépris total de plus de la moitié de la population.

7704. Clarisse [Signé le 12/12/2008] Je consulte, depuis mon adolescence, un gynécologue et je souhaiterais vivement que mes filles disposent également de ce choix. La confiance qu'on accorde à ce spécialiste, en ce qui concerne notre intimité, est un lien qui n'est pas aussi facile à établir avec un médecin de famille même si celui ci est un très bon médecin. Je désire donc pouvoir continuer à consulter en toute liberté sans contrainte d'ordre pécuniaire. Les femmes se sont tellement battues pour enfin disposer de leur propre corps qu'il serait révoltant de revenir sur nos acquis.

7605. Marie-Claude [Signé le 12/12/2008] Seul un gynécologue a su diagnostiquer un cancer, ce qui me permet d'y survivre pour l'instant. Il faut une expérience de chaque instant pour un diagnostic avisé.

7456. Claudie [Signé le 12/12/2008] Il y a 7 ans, c'est mon gynécologue qui a détecté mon cancer du sein, une tumeur minuscule. Qui peut mieux que lui effectuer cette surveillance ?

7449. Marie-Noëlle [Signé le 12/12/2008] En première ES je me souviens avoir dû commenter un texte sur les pays en voie de développement qui analysait que le développement économique est impossible à long terme sans le développement social qui est impossible sans l'éducation des femmes

notamment d'un point de vue sanitaire. Je ne souhaite pas de recul social en France.

7354. Emilie [Signé le 12/12/2008] Mme la Ministre, croyez-vous vraiment qu'un médecin généraliste ait le temps et les capacités de connaître et de se tenir informé de toutes les subtilités et les évolutions de toutes les disciplines médicales ? Les spécialistes ont une réelle importance pour la santé des hommes et des femmes de notre pays.

7236. Yolande [Signé le 12/12/2008] Les médecins généralistes ne peuvent pas tout assumer et de ce fait ne pourront pas avoir les compétences requises dans cette spécialité, car C'EST une SPÉCIALITÉ ! Dans ma ville, il ne reste plus aucun Gynécologue (tous en retraite !), quelques médecins généralistes ont fait une pseudo formation de gynécologie (quelques jours contre des années d'études ! Hallucinant !) Comment être confiantes et certaines d'être bien suivies ? Pour ma part, j'ai dû partir dans le département voisin pour trouver mon Gynécologue !!

7052. Emilie [Signé le 12/12/2008] Nouvellement arrivée à la Réunion, je constate déjà la pénurie de gynécologues dans le département. Ne pouvant obtenir avant plus de 6 mois, je me suis résignée à consulter mon gynécologue en métropole lors de mes retours. Il faut agir et faire circuler cette pétition au plus vite si nous ne voulons pas voir disparaître "LE" docteur le plus important dans notre vie de Femme !

7040. Laurent [Signé le 12/12/2008] C'est le gynéco qui a découvert le cancer du sein de ma femme... On veut dépister de plus en plus cette maladie et on va supprimer un poste important... il y a contradiction ????? et qui va s'occuper des frottis ?

7008. Corinne [Signé le 12/12/2008] Stérilité, fausse-couches, grossesse extra-utérine,... si je n'avais pas eu un gynéco compétent comme le mien, je ne serais peut-être plus là pour vous dire que j'ai aujourd'hui 2 magnifiques enfants et je l'en remercie.
Un gynéco dans la vie d'une femme, c'est tellement essentiel que je ne comprends même pas pourquoi il faut en débattre !

6906. Chantal [Signé le 10/12/2008] Le suivi par mon gynéco m'a permis de dépister un cancer du sein et il m'a dirigée sur Curie, établissement formidable à tous points de vue

6630. Martine [Signé le 06/12/2008] Le suivi, conseil & information gynécologiques d'une femme est essentiel depuis la puberté & tout le long de sa vie, cela éviterait des IVG chez les jeunes et bien d'autres problèmes. Je viens d'être opérée en urgence grâce à ma gynécologue... sans son diagnostic précis, je ne serais sans doute plus en vie aujourd'hui !

6611. Jean-Louis [Signé le 05/12/2008] Il est impératif que nos petites-filles, filles et épouses soient suivies par des spécialistes, comme pour d'autres parties du corps. Les médecins généralistes ne peuvent pas tout assumer.

6532. Alexandra [Signé le 03/12/2008] En 1992 grâce à un suivi régulier, on détectait un problème gynécologique

entraînant l'ablation de l'ovaire et de la trompe gauches et en 93 récidive puis 98 et 2003... En 98, je vivais à New York, les médecins US voulaient enlever tout le système (utérus compris). Le professeur qui me suivait en France m'a prise tout de suite en charge et a sauvé ce qui pouvait être sauvé! J'ai eu un petit garçon en 2000 contre toute attente... Il faut retenir : un suivi régulier m'a sauvé la vie. L'expertise de nos médecins français m'a permis d'avoir cet enfant... Nous avons une excellente médecine, ayant vécu aux US, en Allemagne et en GB... Je crois pouvoir dire que je sais de quoi je parle.

6497. Catherine [Signé le 03/12/2008] Félicitation, c'est primordial d'avoir des gynécologues ; c'est la mienne qui a détecté mon cancer du sein !!!

6478. Michèle [Signé le 02/12/2008] Les femmes représentent plus de 50% de l'humanité. Elles doivent pouvoir choisir "LEUR" médecin

5981. Valérie [Signé le 27/11/2008] Personne ne peut remplacer un ou une gynécologue. C'est comme si vous alliez chez le médecin pour vous faire soigner les dents...

5916. Christiane [Signé le 27/11/2008] Ayant souffert d'un cancer du sein, heureusement que j'ai eu affaire à ma gynéco. Pris très précocement, cela m'a évité la chimiothérapie.

5792. Virginie [Signé le 27/11/2008] Les femmes sont-elles quantité négligeable pour qu'on se moque d'elles à ce point ?!?!

5571. Marie-Antoinette [Signé le 26/11/2008] Venez dans mes classes d'adolescentes pour comprendre que l'évolution d'une société passe par l'éducation de la FEMME en bonne santé gynécologique !!!

5409. Raïssa [Signé le 26/11/2008] Il est absolument inadmissible que les droits acquis des femmes soient remis en cause. Peut-être aurons-nous bientôt la suppression du droit de vote des femmes !!!!

5336. Claudine [Signé le 26/11/2008] Madame le Ministre : Vos services ont-ils évalué le nombre de morts que génèrera l'insuffisance criante du nombre de gynécologues dans les 20 prochaines années ? Ont-ils surtout évalué le coût pour notre Sécurité Sociale des traitements lourds, qui seront dispensés trop tard, tout simplement parce que les femmes auront "tardé" à faire leur frottis chez un généraliste (souvent un homme) alors qu'elles avaient l'habitude de consulter une fois par an leur gynécologue (souvent une femme) ?

5200. Isabelle [Signé le 26/11/2008] Lamentable! C'est déjà difficile d'obtenir un rdv ! Maintenant, ce genre de réforme va littéralement à contre-courant des efforts faits dans la prévention et le dépistage! C'est une baisse de l'espérance de vie féminine qui est visée ?!

5143. Marie-Caroline [Signé le 26/11/2008] Inadmissible !! N'oublions pas que les femmes donnent la vie. Alors, respect, dignité et protection pour Elles.

ASSISES DE DÉFENSE DE LA GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

DIMANCHE 28 MARS 2010

de 10 h à 16 h, à Paris, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière

Le Comité de Défense de la Gynécologie Médicale (CDGM)
s'adresse aux femmes, aux gynécologues médicaux,
à tous les professionnels de santé :

l'existence même de la spécialité de Gynécologie Médicale est en jeu, et, avec elle, la santé des femmes.

Ce qu'en disent les femmes :

// ■ *Aucun autre médecin mieux qu'une gynécologue médicale ne peut expliquer à une autre femme les problèmes du vieillissement, de la ménopause, le dépistage des cancers de la femme et la médecine de prévention. Les femmes vivent de plus en plus âgées, nous aurons de plus en plus besoin de gynécologues.*

■ *J'ai 73 ans, j'ai eu un cancer du sein à 45 ans, découvert par ma gynécologue médicale. Je lui dois la vie et j'espère que ma fille et mes petites-filles pourront bénéficier toute leur vie d'une gynécologue médicale.*

■ *Nous avons besoin des gynécologues, ils sont INDISPENSABLES à notre santé. Je veux que ma fille puisse bénéficier de cette spécificité française, qui devrait être montrée en exemple et dont la France devrait être fière et s'enorgueillir au lieu d'essayer de l'étouffer !*

■ *Si je n'avais pas de gynécologue, je ne serais plus là aujourd'hui. Mme Bachelot, ne permettez pas leur disparition, j'ai des petites filles qui en auront besoin. C'est cette magnifique et indispensable profession qui m'a sauvé la vie à 32 ans, alors longue vie aux gynécologues !* **//**

Si rien n'est fait pour augmenter le nombre de postes d'internes de gynécologie médicale, les femmes ne pourront plus bénéficier de cette spécialité qui a changé leur vie.

Nous proposons la tenue, le 28 mars, d'Assises pour la défense de la gynécologie médicale afin d'établir en commun l'état des lieux et les besoins, et définir les mesures qui doivent être prises pour empêcher un dramatique retour en arrière.

Des années de combat, le diplôme obtenu en 2003, l'attachement des femmes à la gynécologie médicale est toujours aussi fort

1997, Albi. Conscientes que la suppression de l'enseignement de la gynécologie médicale, décidée en 1984 dans le silence le plus complet, faisait courir un grand danger à la santé des femmes, des gynécologues et des femmes s'unissaient pour agir.

Dominique Malvy, Gisèle Jeanmaire, gynécologues, Claude Groussin, pour les femmes, allaient être les fondatrices du Comité de Défense de la Gynécologie médicale. Cette décision s'appuyait notamment sur les résultats de l'enquête à laquelle venaient de répondre librement 3000 femmes : **88 % d'entre elles affirmaient qu'elles voulaient garder leur gynécologue, en raison particulièrement de sa compétence très spécialisée.**

En signant massivement (plus de 3 millions de signatures !) la pétition du Comité de Défense de la Gynécologie Médicale, en manifestant nationalement en masse le 25 mars 2000, puis le 13 octobre 2001, puis à nouveau le 19 juin 2004, en constituant, dans toute la France, des comités, les femmes ont affirmé qu'elles voulaient que soit préservé un acquis majeur pour leur santé.

Répondant à cette détermination des femmes, des centaines d'élus de toute appartenance politique ont multiplié les interventions.

Six années d'action obstinée ont abouti à la création, le 1er février 2003, d'un diplôme spécifique de gynécologie médicale, et à la formation, après 17 ans d'interruption, de spécialistes de gynécologie médicale.

La première promotion de ces spécialistes, en septembre 2008, après une formation de 4 ans, a concrétisé cet acquis.

Ces années de combat ont exprimé de façon éclatante l'attachement des femmes à cette spécialité "sur mesure" pour elles : une consultation faite à la fois de compétence et d'écoute pour des questions intimes, assurant soins et prévention, qui, en permettant à des millions de femmes d'être suivies et à nombre d'entre elles de guérir de cancers, curables parce que pris à temps, a changé leur vie.

Aujourd'hui, ce même attachement demeure. A l'initiative de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale, une enquête, confiée à un institut de sondage, a démontré que les femmes étaient toujours, dans leur immense majorité, attachées à la gynécologie médicale.

Un immense espoir qui ne doit pas être déçu

L'immense espoir né chez les femmes à la suite de la création du Diplôme de gynécologie médicale a été conforté par la reconnaissance, au travers du décret du 3 novembre 2005, **du droit des femmes de consulter directement le gynécologue de leur choix sans pénalisation financière.** Ce droit à l'accès direct, dérogeant au "parcours de soins", est la reconnaissance que l'obligation de consulter préalablement le médecin traitant est inutile, dissuasive et constitue un obstacle dans l'accès aux soins. Cependant, le retard mis par les gouvernements successifs à répondre à la demande de création du diplôme n'a pas été sans conséquence.

Tari par la disparition durant des années de la formation spécifique de gynécologie médicale, l'effectif des gynécologues médicaux en exercice a commencé à diminuer dans les années 90, diminution qui s'aggrave de manière inquiétante depuis 2000. Les difficultés rencontrées par les femmes pour accéder à la consultation de gynécologie médicale créent une situation préoccupante, certaines régions s'étant même vues transformées en déserts médicaux.

De nombreuses femmes témoignent des retards de diagnostic entraînés par le non-remplacement des gynécologues qui partent en retraite. Or aujourd'hui, la moyenne d'âge des gynécologues médicaux encore en exercice est de 57 ans.

Il y a maintenant urgence extrême.

L'insuffisance du nombre de gynécologues formés chaque année met en danger la santé des femmes

L'étude réalisée en 2003 par le CDGM à partir d'une enquête auprès des gynécologues médicaux en exercice a permis d'établir que, en l'absence de formation de nouveaux gynécologues médicaux, l'effectif de la spécialité serait réduit à 180 en 2020.

Or, alors que la création du diplôme spécifique de Gynécologie médicale devait ouvrir la possibilité de former, en nombre, de nouveaux médecins, ce nombre a été limité, de 2003 à 2009, à 20 par an pour toute la France. Et les 27 postes offerts à la rentrée 2009 sont bien loin des 60 postes prévus lors de la recréation de la spécialité et des 119 déjà nécessaires en 2003 pour le simple renouvellement des effectifs.

Le Comité de Défense de la Gynécologie Médicale n'a cessé, depuis la création du diplôme, relayé par de nombreux élus, d'intervenir auprès du ministère de la Santé pour l'alerter sur cette situation et demander l'augmentation du nombre de postes d'internes en gynécologie médicale.

Quelle est la réponse apportée aujourd'hui par le ministère de la Santé ?

Interpellée par de nombreux élus, en particulier dans le cadre de la discussion au Parlement de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, la ministre de la Santé a répondu : *“ Les gynécologues médicaux n'assurent pas à eux seuls le suivi des femmes pour les problèmes gynécologiques, la contraception, la prévention et le dépistage. Les médecins généralistes et les gynécologues obstétriciens assurent également chacun dans leur champ de compétence cette prise en charge. ”*

Cela justifierait, aux yeux de la ministre de la Santé, qu'aucune décision n'intervienne pour augmenter le nombre de postes.

Loin de répondre à notre inquiétude, cette déclaration ne fait que l'aviver. C'est nier à la fois le caractère spécifique des problèmes de santé des femmes et la nécessité de la prise en charge de cette spécificité par des médecins formés pour cela.

Le suivi des femmes pour les problèmes gynécologiques peut-il être assuré par d'autres que les gynécologues médicaux ?

Depuis qu'il existe, le Comité de Défense de la Gynécologie Médicale n'a cessé de répéter que les femmes ont besoin à la fois des médecins généralistes, des gynécologues obstétriciens et des sages-femmes, des gynécologues médicaux. Chacun dans son champ de compétence.

Mais qui va assurer le suivi des problèmes gynécologiques si le nombre de gynécologues médicaux ne permet plus aux femmes d'y accéder, comme cela a été possible pour toutes grâce aux tarifs conventionnels remboursés par la Sécurité Sociale ?

Les médecins généralistes sont déjà en nombre nettement insuffisant pour assurer la prise en charge, dans leur champ de compétence, des problèmes de santé.

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le nombre de médecins

en exercice devrait diminuer de 10 % dans les dix prochaines années, alors que le taux de natalité assure une augmentation de la population. D'ores et déjà, entre le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2009, le nombre de médecins pour 100 000 habitants est passé de 300,2 à 290,3. Cette pénurie, particulièrement sensible dans certaines régions sans que d'autres puissent être qualifiées de sur-dotées, pénalise déjà gravement l'exercice courant des médecins généralistes, dont la formation par ailleurs n'est pas équivalente à celle de la spécialité de gynécologie médicale.

Les gynécologues obstétriciens, quant à eux, sont indispensables pour assurer la surveillance de la grossesse, pour permettre à toutes les femmes d'accoucher dans les meilleures conditions de sécurité, ainsi que pour effectuer les interventions chirurgicales.

La création en 2003 du diplôme de gynécologie médicale constitue la reconnaissance par les pouvoirs publics, à côté de la spécialité chirurgicale qu'est la gynécologie obstétrique, de la nécessité d'une spécialité médicale, distincte et complémentaire.

Dans divers courriers début 2009 à des parlementaires, Mme Bachelot signale que de nombreux gynécologues obstétriciens *“ ont abandonné leur activité chirurgicale et d'accoucheur pour réaliser uniquement des consultations médicales ”*. Ne convient-il pas de déplorer que les conditions de travail imposées aux gynécologues obstétriciens dans les hôpitaux et les problèmes d'assurance en responsabilité civile les détournent de la chirurgie et de l'obstétrique, pour lesquelles ils ont été formés, et qu'ils sont les seuls à pouvoir assurer ?

Les sages-femmes, de leur côté, dans le cadre de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, voient leur champ de compétence étendu selon les dispositions suivantes : *“ L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. ”*

Ainsi les sages-femmes, qui ne sont pas médecins et sont elles-mêmes en nombre insuffisant, sont-elles détournées des salles d'accouchement et du suivi des grossesses vers des activités supplémentaires de gynécologie médicale.

Et les pharmaciens, pour leur part, se voient également attribuer des compétences nouvelles, la loi élargissant maintenant les conditions dans lesquelles ils sont autorisés à délivrer la pilule. Et ce, dans un environnement qui est loin de se prêter, concernant cet acte médical, à la confidentialité de l'interrogatoire et de l'examen clinique nécessaires.

Pour la première fois, le suivi gynécologique est ainsi confié par le législateur, dans le cadre d'une "délégation de tâches", à différents professionnels de santé qui ne sont pas les médecins formés pour cela.

Ainsi se dessine une certaine conception de la médecine, selon laquelle le suivi assuré aujourd'hui par UN spécialiste, le gynécologue médical, serait morcelé entre plusieurs professionnels de santé. Cette conception instaure pour une même femme une séparation totalement artificielle entre le dépistage des cancers, la contraception, les problèmes hormonaux, les problèmes infectieux, avec tous les risques que cela entraîne pour la santé des femmes.

Quant à la prise en charge de l'IVG, que va-t-elle devenir ?

Les actes techniques de dépistage que sont le frottis, la mammographie, à eux seuls, ne peuvent remplacer la prévention, le dépistage des maladies, le lent travail d'éducation qui se développe tout au long d'une vie au cœur du "colloque singulier" entre une femme et son gynécologue.

C'est pour respecter cette exigence médicale spécifique que la spécialité de gynécologie médicale a été recréée. Sa disparition serait une véritable régression sociale.

POUR DES ASSISES DE DÉFENSE DE LA GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

Le CDGM, en prenant l'initiative de ces Assises Nationales de Défense de la Gynécologie Médicale, souhaite qu'elles fassent apparaître avec la plus grande clarté que les raisons qui ont amené à la création, en 1930, de la gynécologie médicale, et à sa constitution en spécialité spécifique pour les femmes, non seulement demeurent, mais sont même aujourd'hui de la plus grande actualité. Les progrès médicaux et techniques réalisés depuis lors ont augmenté les possibilités de diagnostic et de thérapie, permettant d'améliorer la vie des femmes et de diminuer de manière encore plus significative le nombre d'interventions chirurgicales parfois mutilantes.

Alors que, jusqu'à ces dernières années, personne ne contestait l'importance de la gynécologie médicale pour la santé des femmes, les déclarations de Mme Bachelot depuis janvier 2009 opèrent un changement complet. Et les pouvoirs publics, qui, des années durant, ont organisé la pénurie, plutôt que d'augmenter le nombre de gynécologues médicaux formés, ce qui est possible et qui était prévu, décident maintenant de dispositions qui, par le biais de la "délégation des tâches", signifient le démantèlement de cet acquis

essentiel pour les femmes que constitue la gynécologie médicale.

Le CDGM, en proposant ces Assises Nationales de Défense de la Gynécologie Médicale, souhaite que leurs travaux fassent apparaître la position des pouvoirs publics pour ce qu'elle est, et montrent de manière éclatante qu'elle constitue un grave danger pour la santé des femmes et remet en cause l'ensemble des progrès réalisés dans ce domaine.

Aussi le CDGM lance-t-il ici un appel à toutes celles et ceux qui sont attachés aux droits des femmes, tout particulièrement dans le domaine de la santé, afin qu'ils apportent à ces Assises leur contribution personnelle.

Nous avons la conviction que de ces Assises sortiront des conclusions sur lesquelles nous pourrions nous appuyer pour empêcher la disparition de la gynécologie médicale et agir pour que soit satisfaite la demande qui est la nôtre : l'augmentation du nombre de postes, en même temps que le développement et la pérennisation de cette spécialité, vitale pour des millions de femmes.

**La gynécologie médicale a accompagné l'émancipation des femmes en France.
Sauvons-la pour les générations futures !**

Comité de Défense de la Gynécologie Médicale

Siège social : Albi - Adresse postale : 11, rue Henri Michaux 75013 Paris

E-mail : cdgm.national@orange.fr - Site Internet : www.cdgm.org

La Santé des Femmes en danger

Comité de Défense de la Gynécologie Médicale

Siège Social : Albi
Adresse postale : 21, rue des Iris, Bât C, 92160 Antony
Mail : cdgm.national@orange.fr
Site : www.cdgm.org

Madame Roselyne Bachelot-Narquin
Ministre de la Santé,
de la Jeunesse et des Sports

Ministère de la Santé
de la Jeunesse et des Sports
8, avenue de Ségur
75007 Paris

Paris, le 16 avril 2010

Madame la Ministre,

Les Assises de Défense de la Gynécologie Médicale se sont tenues le 28 mars à Paris à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à l'initiative du Comité de défense de la Gynécologie médicale.

Les participants, médecins de toutes spécialités, hospitaliers et libéraux - santé publique, gynécologie obstétrique et chirurgicale, cancérologie, rhumatologie, gériatrie, pédiatrie, médecine générale - sage-femme, Mouvement français pour le planning familial, personnalités attachées aux droits des femmes, réunis aux côtés de femmes et de nombreux gynécologues médicaux, ont réaffirmé l'importance du maintien et du développement de cette spécialité médicale pour la prise en charge de la santé des femmes.

Cette journée a également souligné l'urgence, pour les pouvoirs publics, de prendre la mesure de leur responsabilité dans une situation qui voit un nombre croissant de femmes, jeunes en particulier, mises dans l'impossibilité de consulter un gynécologue pour le traitement des affections gynécologiques et la prévention.

Sans augmentation sérieuse du nombre d'internes pour la Gynécologie médicale, l'accès au gynécologue sera réservé à une minorité, avec une véritable perte de chances pour la plupart des femmes.

Vous avez, Madame la Ministre, en janvier 2009, répondu aux élus qui portaient cette demande d'augmentation de postes que « la gynécologie avait changé de sens » et que le suivi gynécologique pouvait être assuré par d'autres que les gynécologues médicaux.

Cette idée n'est pas nouvelle. Depuis 1997, le CDGM a rencontré, maintes fois, sur la voie de la mobilisation pour le rétablissement du diplôme, l'argument selon lequel le suivi gynécologique pouvait être fait sans gynécologues.

Les participants aux Assises ont réaffirmé, faits à l'appui, ce que toutes les femmes savent et disent : pour assurer le suivi gynécologique, il faut des médecins dont c'est la spécialité, il faut des gynécologues médicaux.

De la même manière que, pour les accouchements, il faut des gynécologues obstétriciens et des sages-femmes.

Aux tentatives récurrentes de diviser entre eux généralistes, spécialistes, sages-femmes, gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens, les Assises de Défense de la Gynécologie Médicale ont opposé la complémentarité qui suppose la formation, en nombre suffisant, des uns et des autres.

Madame la Ministre,

Ce n'est pas la première fois que le CDGM s'adresse à vous et vous demande de le recevoir. Aujourd'hui l'urgence est telle que nous voudrions pouvoir vous présenter directement les demandes qui sont les nôtres, comme nous avons pu le faire depuis plus de dix ans auprès de chacun de vos prédécesseurs, et porter à votre connaissance les faits sur lesquels elles s'appuient.

Nous souhaitons que vous puissiez percevoir en nous entendant l'importance vitale pour les femmes des mesures qu'elles attendent de votre part.

Nous aurons soin de les tenir informées de la réponse que vous nous apporterez.

Dans cette attente, nous vous prions de trouver ici, Madame la Ministre, l'expression de notre haute considération.

Pour le CDGM, les coprésidentes,
Dr Marie-Annick Rouméas,
Claude Groussin,
Noëlle Mennequier,
Marie Stagliano.

Nous apportons notre appui à cette demande d'audience du CDGM

- Mikaël Agopiantz, président de l'Association des Internes de Gynécologie Médicale (AIGM),
- Mme Elisabeth Badinter, philosophe,
- Pr Pierre Bourgeois, chef du service de Rhumatologie, Université Pierre et Marie Curie, GHU Pitié Salpêtrière, Paris,
- Pr Bernard Cassou, Professeur en santé publique, Université de Versailles, Praticien hospitalier AP-HP,
- Dr Jean-Louis Chabernaud, pédiatre, responsable du SMUR pédiatrique du CHU Antoine Bécclère-Clamart, président du SNPEH (Syndicat National des Pédiatres des Établissements Hospitaliers),
- Dr Laure Chauvenet, Praticien hospitalier, Oncologie médicale, Hôtel-Dieu de Paris,
- Mme Catherine Coblenz, sage-femme,
- Mme Geneviève Couraud, membre du bureau du Mouvement Français du Planning Familial,
- Dr Claire Coussirat-Coustère, gynécologue médicale, ancienne coprésidente du CDGM,
- Florence Coussy, interne de Gynécologie médicale,
- Dr David Elia, gynécologue médical,
- Mme Geneviève Fraisse, historienne et philosophe,
- Pr Anne Gompel, chef du service de Gynécologie Médicale, Hôtel-Dieu de Paris,
- Mme Benoîte Groult, écrivain,
- Mme Simone Iff, ancienne présidente du MFPPF, membre du Conseil économique et social,

- Pr Frédérique Kuttenn, chef du service d'Endocrinologie et Médecine de la Reproduction, la Pitié-Salpêtrière, Paris,
- Dr Yanick Leflot-Savain, gynécologue médicale, membre de l'Union régionale des Médecins Libéraux de Picardie,
- Dr Jean Claude Magnier, praticien hospitalier, service de Gynécologie médicale, Hôpital Bicêtre,
- Dr Jean Marty, secrétaire général du SYNGOF (Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France),
- Pr Robert Marty, Professeur des Universités, membre de l' Académie Internationale de Pathologie, gynéco-pathologiste, centre d'Histo-cytopathologie Foch, Bordeaux,
- Mme Florence Montreynaud, historienne,
- Dr Pierre Panel, chirurgien gynécologue obstétricien, chef du service de gynécologie-obstétrique, centre Hospitalier de Versailles,
- Dr Françoise Philippe, pédiatre, Hôpital Charles Nicolle, CHU Rouen,
- Pr François Piette, professeur des Universités, Praticien hospitalier, chef du service de Gériatrie de l'Hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine,
- Dr Geneviève Plu-Bureau, maître de conférences des Universités, Praticien hospitalier, service de Gynécologie Médicale, Hôtel-Dieu de Paris,
- Dr Marie-Josée Renaudie, gynécologue médicale, présidente du Syndicat des Gynécologues Médicaux,
- Dr Hélène Renoux, médecin généraliste.

LEXIQUE DES TERMES MÉDICAUX ET DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence régionale de santé.

Canal carpien (syndrome du) : dû à la compression du nerf médian dans le canal carpien au poignet.

CCA : chef de clinique assistant.

CHR : centre hospitalier régional.

CHU : centre hospitalier universitaire.

CME : Commission médicale d'établissement.

CNESER : Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche.

CNU : Conseil national des universités.

LMD : licence master doctorat (l'organisation des études supérieures en trois parties).

DCEM 4 : quatrième année du deuxième cycle des études médicales.

DEA : diplôme d'études appliquées.

DES : diplôme d'études spécialisées.

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Endométriose : développement hors de son emplacement habituel du revêtement interne de l'utérus, tissu réagissant aux incitations hormonales.

Etude E3N (française) et Etude WHI (américaine) sont deux études sur les effets des traitements hormonaux de la ménopause, en particulier sur la relation traitement hormonal et cancer du sein.

Fibrome : épaissement du muscle utérin.

HAS : Haute Autorité de Santé.

K (Risque de) : risque de cancer.

Lupus : *lupus érythémateux disséminé* : affection associant des atteintes cutanées et des atteintes des viscères.

Lymphome (à expression mandibulaire) : tumeur composée de tissu lymphoïde, développée dans la mâchoire.

MBdR : Médecine et Biologie de la Reproduction.

MCU : maître de conférences des universités.

MST : maladies sexuellement transmissibles.

Mutation de BRCA 1 ou 2 : mutation de gènes pouvant favoriser la survenue de certains cancers.

P 1 : première année des études médicales.

Paresthésie : anomalie de la perception des sensations.

Phéochromocytome : tumeur de la glande surrénale.

PHC : praticien hospitalier contractuel.

PMA : procréation médicalement assistée.

Psoriasis : affection cutanée pouvant aussi atteindre la vulve.

PU-PH : professeur d'université - praticien hospitalier.

Syndrome de Turner : syndrome observé dans le sexe féminin caractérisé en particulier par la présence d'ovaires non développés.

TCEM : troisième cycle des études médicales.

Traitement anti-aromatase : anticancéreux.

**ADHÉREZ AU COMITÉ DE DÉFENSE
DE LA GYNÉCOLOGIE MÉDICALE.**

SOUTENEZ FINANCIÈREMENT SON ACTION.

Merci de nous écrire :
CDGM
11, rue Henri Michaux
75013 Paris

Vous pouvez télécharger le bulletin d'adhésion sur notre site :

www.cdgm.org

COMITÉ DE DÉFENSE DE LA GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

Siège social : **Albi** - Adresse postale : **11, rue Henri Michaux 75013 Paris**

E-mail : **cdgm.national@orange.fr**

Site Internet : **www.cdgm.org**

