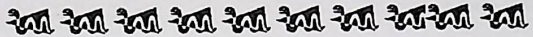


La santé des Femmes en danger

Comité de défense de la Gynécologie médicale

123

## TOUTES CES COULEUVRES QU'ON NOUS FAIT AVALER... A L'INSU DE NOTRE PLEIN GRE !!!



Cher (e) collègue,

On nous a expliqué durant ces dernières années que la gynécologie médicale, spécialité française, avait du disparaître irrémédiablement en 1986, pour cause « *d'harmonisation européenne* ».  
Après bien des recherches et difficultés, nous avons mis la main sur la directive européenne, cause de tous nos malheurs, intitulée 93/16 CEE du 5 Avril 1993 « *visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres.* »

Vous trouverez en annexe son analyse que nous avons pu faire grâce à l'aide de juristes.



### PREMIERE COULEUVRE : L'EUROPE

Nous savons donc aujourd'hui non seulement qu'il n'en est rien, mais encore que cette affirmation est tout simplement mensongère : en fait de législation européenne, il s'agissait bien d'une décision gouvernementale française, prise au plan interne, dans le but, non « *d'harmoniser* » la situation de la France avec celle de ses partenaires, mais plutôt *d'uniformiser* la pratique médicale, sur la base du ... plus petit commun dénominateur. Rien n'empêchait en effet la France de conserver et de préserver, voire même de développer sa spécialité de GM, qui a fait ses preuves, et **quelles preuves** ! En matière de prévention, de dépistage et de traitement ; nous l'allons démontrer.

Mais au préalable, demandons nous pourquoi cet acharnement à occulter la réalité, tout en se réfugiant, c'est plus facile, derrière une prétendue nécessité européenne.

Non ! Ce n'est pas seulement un argument facile, une pseudo-contrainte juridique ! C'est bien plus que cela ! Car c'est bien un choix de santé publique et même de société qui est au cœur de notre débat... et de notre action. Avec la disparition de la GM, c'est un pan essentiel de notre effort de prévention qui est remis en cause ; c'est une conception de la prévention sanitaire, basée sur la confiance dans la relation soignant - soignée et la libre adhésion de cette dernière en pleine responsabilité, qui est abandonnée. C'est une politique fondée sur la patience, la permanence du suivi, la pédagogie et l'éducation à la santé, qui est supprimée. Et comme il s'agit en l'occurrence d'une spécialité qui a accompagné et favorisé l'émancipation des femmes au sein de la société française grâce à la maîtrise de la contraception et l'accompagnement des troubles de la sexualité du couple, autant dire qu'il s'agit d'une régression sociale dont nous ne mesurons pas encore aujourd'hui toute l'ampleur.

Et tout cela pour quoi ?



## DEUXIEME COULEUVRE :

**« Il n'y a pas à craindre que la disparition de la GM aboutisse à une détérioration de la qualité des soins » - G. LEVY, Conseiller technique du Ministre de la Santé depuis 1981.**

La gynécologie médicale aurait-elle donc démerité ?

Qu'on en juge !

Sans vouloir faire un bilan exhaustif de l'action des gynécologues médicaux sur le terrain, j'ai choisi quatre marqueurs représentatifs de l'activité de cette spécialité et de ses conséquences en terme de santé publique.

1 – En France le taux d'hystérectomies pour les femmes de la quarantaine est nettement inférieur à celui observé en moyenne en Europe : 14 % en France pour 46 % en Europe.

2 – Le cancer du col : dans nos cabinets (c'est à dire dans une population de femmes suivies régulièrement parce qu'elles en ont compris la nécessité), nous ne voyons plus de cancer du col en phase avancée. Nous dépistons par contre régulièrement par la pratique de frottis et des colposcopies des dysplasies dont on sait que certaines peuvent inexorablement évoluer vers un cancer.

3 – Pour le cancer du sein : nous avons en France 13 % de plus de survie à cinq ans, tous stades confondus par rapport à l'Angleterre. (Bulletin européen du cancer – Janvier 1999).

4 – Enfin, en ce qui concerne la prise en charge des problèmes inhérents à la ménopause et le suivi du traitement hormonal substitutif, les résultats obtenus en France sont sans aucune commune mesure avec ceux obtenus en Europe (Journées de l'AFEM - Novembre 1998) :

- 54 % des femmes de 48 à 52 ans suivent un traitement hormonal substitutif en France .
- et 38 % des femmes de 60 à 64 ans.

On nous dit aussi, comme un reproche, que 60 % des Françaises (seulement !) se font suivre actuellement dans nos cabinets de GM. Celles-ci ont donc accès régulièrement au dépistage des cancers du col et du sein, et au reste en plus. Le problème est donc d'augmenter ce suivi aux 40 % restant.



## TROISIEME COULEUVRE :

**« Cette réforme répond à deux objectifs : d'abord améliorer le dépistage et la prévention... » G. LEVY**

Actuellement, la Loi de Finances portant financement de la Sécurité Sociale instaure deux réformes (Code de la Santé Publique et Code de la Sécurité Sociale). Elle a donné les arguments réglementaires et législatifs en autorisant le *dépistage systématique du cancer du colon, du col, du sein, de façon gratuite pour les populations qui s'y soumettront à une fréquence donnée.*

Il s'installe donc comme une idée dans l'air qu'il existe un dépistage spontané (à la demande des femmes et/ou des médecins) de médiocre qualité vis à vis du dépistage organisé... par les pouvoirs publics.

Dans plusieurs régions de France, se mettent en place, souvent à l'initiative des caisses d'Assurance Maladie, des réunions pour organiser des dépistages à l'échelle des départements avec l'aide essentiellement des Conseils Généraux. L'idée est la suivante : je prendrai pour exemple le dépistage concernant le sein :

- Une association qui gère un fichier et envoie des convocations à un rythme régulier à toutes les femmes d'une tranche d'âge.
- Un test qui n'est pas une mammographie mais un examen radiologique moins performant sera proposé.

Ceci appelle quelques remarques : ces dépistages organisés existent dans d'autres pays et déjà dans certaines régions de France. Ils se caractérisent :

- Par un nombre important de faux positifs et de faux négatifs ce qui est délétère à tous points de vue, y compris au plan psychologique.
- Leur faible rendement : les femmes s'y rendent au début puis au fil du temps elles arrêtent car elles n'ont pas d'interlocuteur (tout se passe par courrier)
- Leur coût très élevé pour la collectivité.

Or, les premières évaluations de ces dépistages organisés donnent des résultats mitigés. Actuellement vingt départements français participent à un programme national. Les premiers résultats exhaustifs de cinq



programmes départementaux ont été publiés (Ardennes, Bas-Rhin, Bouches-du-Rhône, Isère, Rhône). Au préalable, il faut dire qu'un taux de participation de 60 % des femmes à ces programmes doit être considéré comme nécessaire pour obtenir une baisse significative de la mortalité.

Selon les départements cités plus haut, et au bout de cinq ans, il a été noté de 24,2 % à 50,9 % de participation seulement !

Autre précision importante : 92 % des femmes ayant des anomalies au mammotest ont été alarmées... à tort.

Je ne rentrerai pas dans le détail des nécessaires doubles lectures instituées dans le programme, qui en réalité, ne sont pas toujours faites sur le terrain (et qui peut le contrôler ?), ni dans d'autres considérations plus terre à terre, qui font que ces dépistages organisés, dont l'idée de départ n'était peut-être pas mauvaise, donnent sur le terrain des résultats bien décevants.



#### QUATRIEME COULEUVRE :

« **Pratiqué par les gynécologues médicaux, il (le dépistage) manquait d'efficacité** »

G. LEVY

Dans un rapport remis au premier ministre, en début d'année, sur la « *régulation des dépenses de santé* », Mme Béatrice MAJNONI d'INTIGNANO, membre du Conseil d'Analyse Economique, explique que « *le système de santé français est peu performant dans le domaine de la prévention* ». Elle compare ainsi certains indicateurs de Santé Publique, dans quatre pays européens (Allemagne, Danemark, Suède, Royaume-Uni) à ceux de la France. **MAIS ELLE FAIT UNE EXCEPTION : « *En revanche, la France se révèle très performante pour la détection des cancers du sein et de l'utérus grâce à un réseau dense de spécialistes et de centres hospitaliers libres d'accès. Toutefois, on fait trop d'actes de détection avant la ménopause et pas assez après* ».**

Quelle question est là : comment amener les femmes après la cinquantaine à consulter **régulièrement et volontairement** ?

Ce qui nous amène d'ailleurs à nous poser une autre question : pourquoi, au fait, le font elles si régulièrement avant la cinquantaine ?

Pour nous, point n'est besoin d'élaborer un nouveau « corps de dépisteurs » ; donnons nous du temps, les mentalités sont en train de changer **grâce au travail déjà mené**.

ET PAR QUI S'IL VOUS PLAÎT ?

En effet, tout comme la contraception et la surveillance qu'elle a entraînées ont amené les femmes de la génération 68 à se faire suivre régulièrement, c'est le traitement hormonal substitutif et la demande de renseignements qu'il suscite, qui actuellement poussent les Françaises de l'après-cinquantaine, dorénavant, à consulter en gynécologie. (Rappel : enquête Sofres Juillet 1998 : 54 % des femmes de 48 à 52 ans prennent un THS, 75 % avant cet âge ont l'intention de se traiter, 38 % de 60 à 64 ans se traitent. Noter aussi que 74 % des 1424 femmes – sur 2000- qui ont répondu au questionnaire de la Sofres, avaient pris la pilule et donc l'habitude de consulter régulièrement).

**La contraception a été historiquement la voie royale d'accès à la consultation gynécologique.**

Or, ce sont bien tout particulièrement les **gynécologues médicaux** qui ont répondu à l'appel de leurs concitoyennes, dès les années soixante (date de naissance du CES de GM) même si ils n'ont pas été les seuls à le faire. Ce sont eux qui ont essentiellement éduqué les Françaises, méthodiquement, consciencieusement, patiemment, au dépistage des cancers gynécologiques. Et après tout cela, il faudrait laisser dire que les dépistages qu'ils ont organisé manquaient d'efficacité...

Si nous comparons actuellement avec nos pays voisins, par exemple l'Angleterre, toujours prise en modèle par G. LEVY, qu'observons nous ?

Compte tenu des très mauvais résultats obtenus en terme de santé publique, et particulièrement en ce qui concerne la santé de la femme, du système NHS, une réforme libérale se met en place actuellement sur le terrain chez nos amis Anglais, battant en brèche toute l'organisation sur laquelle reposait le principe du « *gate keeper* » (le médecin référent Anglais). Et pourtant, en France, au lieu de tirer leçon de ce fiasco, nous sommes en train de calquer progressivement ce qui se fait de plus mauvais là-bas.

**Nous sommes tout doucement mais sûrement en train de ré-orienter notre système libéral vers un système étatisé où l'aspect comptable sera le premier critère à considérer.**

Voilà, cher(e) Collègue, les réflexions que m'ont inspirées entre autres, depuis deux ans, mon action au sein du **COMITE DE DEFENSE DE LA GYNECOLOGIE MEDICALE**.

C'est peut-être la première fois que j'ai vraiment pris le temps d'une réflexion sur ma pratique. Il me semble que nous étions trop habitués jusqu'à présent à nous vivre en infériorité par rapport à d'autres, « ceux qui veulent nous en imposer, parce qu'ils ornent leur pratique de quelques oripeaux supplémentaires tels que *masques et*

*scalpels* ». Heureusement il y a nos patientes qui nous rassurent, qui nous confortent, qui à présent même nous portent.

Parmi les témoignages, tous favorables, que nous avons recueillis depuis deux ans, je veux retenir une seule citation, celle d'Evelyne SULLEROT, Sociologue et co-fondatrice du Mouvement Français pour le Planning Familial, qui dit des gynécologues médicaux : « *Elles ont permis aux femmes de ne plus considérer leur corps comme un ennemi* ».

Si après tout ce que nous venons de dire sur la contribution considérable de cette spécialité, la GM, à la santé des femmes, il ne fallait choisir en synthèse qu'un seul argument, je préférerais encore ne retenir que celui-là. Il me permet d'être vraiment fière d'avoir choisi de m'inscrire il y a quelques années au **CES de GYNECOLOGIE MEDICALE**.

Je suis persuadée que nombre d'entre vous partageront mon point de vue et n'accepteront plus dorénavant de se laisser traiter de « *sous-produit*... ».

Cher(e) Collègue, je vous souhaite d'excellentes vacances.



Gisèle JEANMAIRE



**Bibliographie :**

- Directive CEE 93/16 du 5 Avril 1993
  - "Ca m'intéresse" – Octobre 1998 – Questions réponses : Faut-il supprimer les gynécologues médicaux ?
  - Bulletin européen du cancer – Janvier 1999.
  - "Prescrire" – Novembre 1998, tome 18, No 189, page 779.
  - Rapport du Conseil d'Analyse Economique : "Régulation du système de Santé" – La Documentation Française (1<sup>er</sup> trimestre 1999).
  - Enquête SOFRES médical par questionnaire auto-administrés adressés en Juillet 1998 à :
    - 1000 femmes de 48 à 52 ans
    - 1000 femmes de 60 à 64 ans
- Et vérifications téléphoniques effectuées après réception des questionnaires.