

# Hygiène



De la déesse  
guérisseuse  
à la femme  
médecin

Avril - Mai  
Juin 2013  
N° 58

## *Le syndrome de Diogène*





# Sommaire

## ÉDITORIAL

- Dr Cécile Renson, Présidente de l'AFFM ..... 3

## VIE ASSOCIATIVE

- L'AFFM en région :
  - L'AFFM Grand Est
    - Introduction à la réunion du Grand Est du 19 avril 2013 - Dr Cécile Renson ..... 4
    - Compte-rendu Réunion Nancy - Biologie et âge - Dr Sylvie Barbier ..... 5
  - L'AFFM Bretagne
    - Compte-rendu Réunion Brest - Nouveau calendrier vaccinal - Dr Françoise Lebail ..... 7
- Des nouvelles de la MWIA - Dr Marie-Dominique Ghnassia, Dr Françoise Nico ..... 8

## ACTUALITÉS MÉDICALES

- Le syndrome de Diogène - Dr Cécile Renson ..... 9
- Conférence parlementaire « avenir et système de santé », Compte-rendu  
Dr Marie-Claire Brusset ..... 10
- La supplémentation nutritionnelle de la femme enceinte - Dr Anastasie Lympelopoulou ..... 12

## ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES

- L'Angioedème Héritaire (AOH), prise en charge exemplaire - Dr Marie-Claire Brusset ..... 14

## FEMMES ET SANTÉ

- Les collectivités amies des enfants - Dr Cécile Renson ..... 15

## LOISIRS

- Parutions ..... 16

## Les inégalités sociales de santé : un problème de santé publique majeur

La définition juridique des réseaux de santé, telle que précisée par les ordonnances Juppé de 1995, a permis de replacer la personne au centre des préoccupations sanitaires et sociales. Et il serait vain, quelque vingt ans plus tard de négliger cette approche systémique du patient au moment où tout le monde parle d'une dégradation des conditions socio-économiques et que 12% de la population française vit en situation de précarité. Cette population a hiérarchisé ses besoins : se nourrir, se loger et travailler, et loin derrière, se soigner.

Dès lors, comment s'étonner de voir resurgir des maladies qu'on pensait disparues ? Les avitaminoses, en particulier le scorbut, mais surtout les maladies infectieuses au premier rang desquelles la tuberculose. Les troubles psychiques sont plus souvent rencontrés, et les femmes en situation de précarité souffrent deux fois plus de troubles dépressifs que les hommes. L'obésité, facteur de risque de diabète et de maladies cardio-vasculaires concerne, certes, toutes les catégories socioprofessionnelles, mais elle est inversement proportionnelle au niveau d'instruction, et quand on sait qu'avec un euro on peut acheter l'équivalent de 76 kcal de fruits et légumes, contre 384 kcal d'un autre aliment, on comprend combien il peut être difficile à certains d'avoir accès à une alimentation équilibrée.

Dans ces conditions, comment rendre accessibles à cette population les campagnes de dépistage ? Dépistage du cancer du sein, mais aussi dépistage du cancer du col utérin par la pratique de frottis qui devrait être suivie tous les trois ans... Quant à la prévention primaire qui consiste en la détection du virus HPV responsable de plus de 99% des cancers du col utérin, autant dire que la vaccination anti-HPV, réel facteur d'espoir dans ce type de cancer, n'est pas pour demain chez ces femmes qui combinent les facteurs de co-morbidité (tabac, alcool, infections sexuellement transmissibles)...

Les campagnes « de masse » de prévention montrent ici leurs limites, car elles ne touchent pas tous les groupes sociaux et ne franchissent pas les barrières culturelles. C'est dire l'importance des interventions en face à face, du contact régulier avec le médecin généraliste ou une équipe de soins de première ligne grâce à un accès universel aux soins. Ce qui permettra une meilleure prise en charge des soins primaires de la population, la réduction des comportements à risque, son éducation à la santé, et lors de la survenue de maladies, la bonne observance du traitement et l'apprentissage de la vie avec cette maladie. La volonté politique de réduction des inégalités de santé, défendue par la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) doit s'accompagner du travail social de proximité avec des interventions de petite taille et sur mesure orientées vers des publics ciblés c'est le rôle des Ateliers santé-ville.

L'efficacité de ces Ateliers santé-ville a été particulièrement démontrée récemment par le dépistage élargi de la tuberculose à Clichy-sous-Bois dans un quartier caractérisé par une forte précarité, un habitat particulièrement insalubre et une très forte sur-population. La connaissance du réseau social qui a requis une implantation au sein du quartier, la collaboration des acteurs de proximité dont le réseau associatif, les partenaires locaux (PMI, la commune, le Conseil général, l'ARS et la mobilisation des professionnels de santé ont eu raison de cette épidémie.

Les Ateliers santé-ville ont été créés par le Comité interministériel des villes en décembre 1999. Ils permettent l'identification au niveau local des besoins spécifiques de la population, la mobilisation et la coordination des différents intervenants, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions des secteurs sanitaires et sociaux concernés. « Ils font la jonction entre les grands programmes de santé publique et la logique de l'action territoriale ».

Et si le salut de la santé publique venait de ces quartiers difficiles et nous permettait de réaliser notre ambition de justice sociale ?



**Docteur Cécile Renson**  
Présidente de l'AFEM

## Dr Cécile Renson

### Introduction à la réunion du 19 avril 2013

Chères amies du Grand Est, Je suis particulièrement heureuse d'être parmi vous ce soir, répondant ainsi à l'invitation de Marie-Claude Laprevôte et d'Isabelle Coutrot, responsable, au sein de l'AFFM, de la section locale de l'Est de la France. Et votre présence ici témoigne de votre engagement de médecin : médecin un jour, médecin toujours. En effet, les pratiques, les techniques, la société changent. Reste une constante : la population en attente de soins et de prévention.

#### L'AFFM

Je ne vous retracerai pas l'historique de l'AFFM qui fête cette année ses 90 ans ! Il faut dire qu'en 1923, on comptait une centaine de femmes médecins en France et qu'elles devaient unir leur force pour se faire reconnaître. Ce qui n'était pas une spécificité française puisqu'aux Etats-Unis, elles connaissaient le même problème ; ce qui a été à l'origine de la fameuse MWIA, fédération d'associations de femmes médecins toujours d'actualité comme vous pouvez le lire dans notre journal Hygie. Aujourd'hui, les femmes médecins représentent 52% des médecins en exercice. Cette féminisation de la profession a complètement modifié son exercice et ce critère à mon avis doit être pris en considération dans les études sur la désertification médicale.

Les femmes médecins veulent exercer leur profession, mais elles veulent mener une vie harmonieuse partagée entre le temps professionnel et le temps familial. Elles ne veulent pas travailler 70 heures par semaine, exercer seules dans une campagne mal desservie. D'où l'émergence des cabinets pluridisciplinaires ; par ailleurs, je suis personnellement convaincue que la lutte contre la désertification médicale passe par un réaménagement du territoire. Ce que j'avais dit au Sénat lors de l'audition où l'AFFM était invitée pour réfléchir sur le thème : femmes et travail.

#### Grand Est

A ce sujet, je voudrais vous remercier et remercier Isabelle à laquelle j'avais adres-

sé un mail pathétique, lui demandant au pied levé de me faire remonter quelques constats et doléances de votre part. Je m'étais exprimée, sur les conseils de Marie-Line Lepori, sur les problèmes des jeunes « femmes internes » : harcèlement (ce qui avait particulièrement intéressé Catherine Genisson), invalidation du stage due aux grossesses, accès aux crèches...

Cet échange a pour moi réalisé une raison de notre association : communiquer, travailler en réseau, faire remonter les difficultés des femmes médecins qui sont sur le terrain et faire connaître aux pouvoirs publics la réalité de l'exercice.

J'avais eu plus d'écoute lorsque j'avais évoqué les femmes internes que lorsque j'avais parlé des tracasseries administratives et du coût des cabinets spécialisés tels que doivent les entretenir les ophtalmologistes !

En revanche, j'avais bien tenu compte des remarques d'Isabelle qui s'inquiète de la diminution du nombre de spécialistes, et souligné le rôle pénalisant des arrêts dans les études médicales pour envisager ultérieurement de reprendre un enseignement de spécialité. Je ne sais pas si j'ai été entendue !

Hormis cette action, je suis convaincue du rôle essentiel des sections locales pour faire vivre l'AFFM.

C'est vous le terrain, c'est vous les forces vives, c'est vous les femmes médecins au contact de la population. Même à Paris, je conçois l'action initiale des femmes médecins comme devant œuvrer en section locale. Elle ne s'appelle pas section locale d'île de France, mais c'est dans cet esprit que nous avons organisé le 13 mars dernier une conférence sur « Conception et contraception ».

Réunissez-vous, faites des comptes rendus, immortalisez l'instant par des photos, vous rendrez Hygie attrayant et donnerez envie d'avoir envie d'adhérer !

#### Médecin un jour, médecin toujours

Enfin, vous êtes nombreuses en activité, mais je crois encore plus nombreuses en



cessation d'activité. Vous êtes riches de votre expérience de médecin, quelle que fut votre spécialité. Vous avez le devoir de transmettre d'une façon ou d'une autre le fruit de votre réflexion sur votre métier, sur les patients, sur l'évolution de la santé, sur l'environnement. Je ne vous dirai pas de vous engager au sens propre. Mais engagez-vous quand même. Se transmettre et éduquer la jeunesse, c'étaient deux critères pour accéder au bonheur selon Platon dans le Banquet.

A Paris, Marie-Claire et moi appartenons à l'association « Les Transmetteurs », association de médecins retraités créée par Xavier Emmanuelli.

Et puis, se transmettre, c'est peut-être déjà participer au sentiment d'éternité.

Mais je vais arrêter mon propos, car quelle serait la biologie d'un être humain éternel ? Je pose la question à notre conférencière, le Docteur Sylvie Barbier, biologiste à Metz qui va nous instruire sur « Biologie et âge ».

# Compte rendu Réunion Nancy

## Dr Sylvie Barbier, biologiste

### Biologie et âge

Les propos du Dr Barbier tiennent en deux questions :

- Comment prévenir le vieillissement en Immu-Nutrition ?
- Quelle interprétation du Bilan d'Optimisation Nutritionnel (BON) ?

L'immuno-nutrition étudie les capacités d'un individu à l'autre à tolérer tel ou tel aliment et met en œuvre une nutrition conçue pour le système immunitaire de chacun.

L'objectif de l'immuno-nutrition est de diminuer l'inflammation à l'origine du vieillissement et d'un grand nombre de maladies chroniques.

Qu'appelle-t-on intolérance alimentaire ?

Le tube digestif joue le rôle de « barrière perméable » : il laisse, en effet, passer les nutriments (aliments digérés) permettant les apports nutritionnels journaliers et les apports énergétiques indispensables à la vie. Ils permettent les phénomènes vitaux. Le tube digestif met en relation permanente notre système immunitaire et les fragments alimentaires digérés (protéiques essentiellement).

Par des mécanismes complexes et indispensables pour une vie saine et exempte de pathologies allergiques et/ou immunitaires et/ou d'intolérances, notre organisme (système immunitaire) s'éduque, apprend à tolérer ce passage de nutriments, de fragments alimentaires à travers le tube digestif, la plupart des fragments alimentaires traversant la barrière perméable du tube digestif sont acceptés, tolérés par notre organisme et notre système immunitaire.

Lorsque la tolérance est optimale, il n'existe aucun phénomène d'intolérance alimentaire. Il existe un état d'équilibre parfait, d'homéostasie optimale.

« Tolérance un jour n'est pas synonyme de tolérance toujours ». Les mécanismes d'acceptation, de tolérance de notre système immunitaire évoluent tout au long de notre existence. Les causes et les étiologies de « rupture de tolérance », sont nombreuses, variées, complexes, et la plupart du temps diagnostiquées très tardivement, voire jamais.

Les phénomènes d'intolérance alimentaire sont des réactions inappropriées vis-à-vis des protéines alimentaires. Ces réactions sont dues à une rupture d'équilibre, rupture de

l'homéostasie. La traversée de la barrière perméable du tube digestif par les fragments alimentaires est normale, mais une réaction du système immunitaire va avoir lieu vis-à-vis de certains aliments qui ne sont plus tolérés. Cette réaction immunitaire vis-à-vis de la présentation inappropriée des aliments est plus ou moins violente. A ce stade, les manifestations cliniques sont parfois faibles. Il peut se passer des années avant que ne se manifeste une symptomatologie clinique.

Les manifestations cliniques sont variées. Elles peuvent toucher le tube digestif mais rarement et pas uniquement, et trouver leur lieu d'expression au niveau de nombreux autres organes : peau, sphère ORL, phanères, appareil locomoteur, etc... Elles peuvent accompagner d'autres pathologies gastro-intestinales (inflammatoires, chroniques) ou endocriniennes auto-immunes (thyroïde). (Figures 1, 2, 3, 4 et 5)

En cas d'hypersensibilité alimentaire, il convient donc :

- d'assurer une prise en charge spécifique de

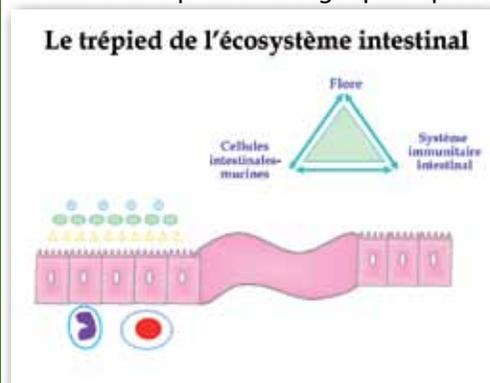


Figure 1

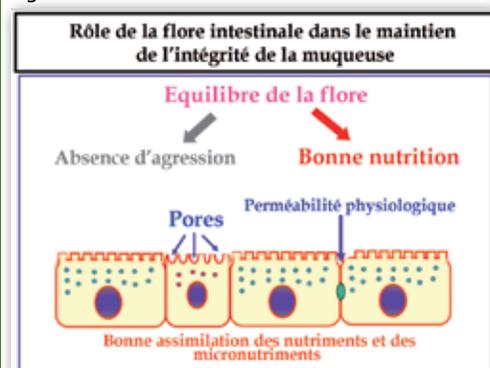


Figure 2

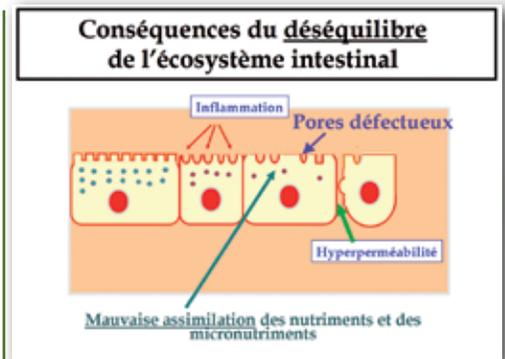


Figure 3

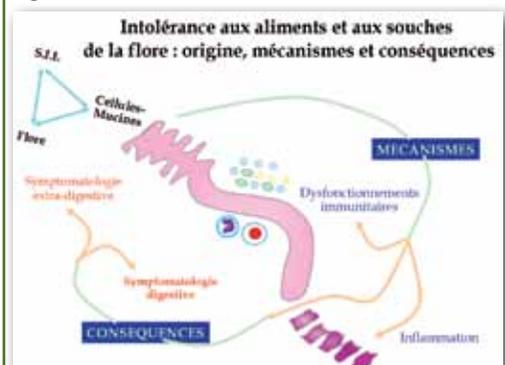


Figure 4

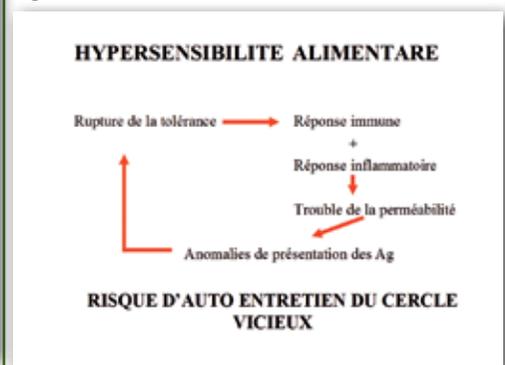


Figure 4

cette hypersensibilité par la suppression de l'aliment en cause, ce qui supprime la symptomatologie clinique et le cercle vicieux immunitaire-inflammatoire,

- de contrôler la pathologie associée,
- de suivre attentivement le patient.

Votre patient présente-t-il un déficit en micronutriments ?

- en sélénium, responsable :
- de susceptibilité aux infections,
- de dysfonctionnement thyroïdien,

- de vieillissement anormal (GPX sélénodépendant),
- de troubles de la fertilité,
- de problèmes cardio-vasculaires.
- en cuivre, responsable :
- d'anémies,
- d'asthénies,
- de troubles cutanés,
- de troubles de la synthèse de l'élastine et du collagène,
- de vieillissement (SOD, Cu, Zn dépendant).
- en zinc, responsable :
- de troubles de la gustation,
- de retard à la cicatrisation,
- de malabsorption digestive,
- de diminution de l'immunité cellulaire et humorale,
- de vieillissement (SOD, Cu, Zn dépendant).

Les acides gras jouent un rôle essentiel au niveau de la membrane cellulaire, les phospholipides associés aux acides gras polyinsaturés (AGPI) assurant la fluidité membranaire physiologique et son intégrité. Les seuls acides gras saturés étant responsable de la rigidité membranaire pathologique.

Ces acides gras polyinsaturés se répartissent en trois familles principales :

- les omega 9 se trouvent essentiellement dans l'acide oléique contenu dans les huiles d'olive, d'arachide, de colza, de sésame.
- parmi les omega 6, seul l'acide linoléique est qualifié d'essentiel. Il est présent dans les huiles de tournesol, soja, maïs, pépins de raisin. Les autres acides gras omega 6 peuvent être fabriqués par le corps à partir de l'acide linoléique, ainsi l'acide gamma-linolénique (GLA), trouvé dans l'huile d'onagre, de cassis, de bourrache.
- les omega 3 sont trouvés dans les huiles de soja, noix, germes de blé. Ils se transforment en acide eicosapentaénoïque (EPA) et en acide docosahexaénoïque (DHA) anti-inflammatoires et anti-agrégats, et le DHA constitue un tiers des acides gras du cerveau.

Une cause de vieillissement : le stress oxydatif.

Lors de son fonctionnement, l'organisme produit des substances toxiques, dérivées de l'oxygène qui permet la vie. Ces substances sont baptisées radicaux libres car contenant un électron « libre » capable d'aller réagir avec d'autres molécules. Des anti-oxydants, apportés par l'alimentation viennent se combiner à ces radicaux libres et ainsi les neutralisent. (Figures 6, 7 et 8)

L'oxydation lipidique participe aux pertes osseuses. Les composés les plus délétères sont constitués par les LDL oxydées (lipoprotéines de basse densité) et les Isoprostanes (iso

PGE2)isomères des prostaglandines, nouveaux marqueurs du stress oxydatif.

Les LDL oxydés sont directement liés aux phénomènes d'initiation et de progression de la pathologie athéromateuse. Ce sont des marqueurs très précoces, subcliniques et prédictifs de la pathologie athéromateuse. Ils sont élevés dans les populations à risque cardio-vasculaire élevé (maladie coronarienne stable, syndrome coronarien aigu, IDM, angor instable), dans l'hypothyroïdie clinique, chez les intolérants en glucose ou dans des syndromes métaboliques.

A des taux normaux, les LDL passent à travers la paroi vasculaire via l'intima.

A des taux élevés, les LDL s'accumulent dans la paroi. Il y a un risque d'oxydation. La substitution d'une lysine par un aldéhyde apporte une modification structurale. Les récepteurs scavenger des macrophages reconnaissent cette nouvelle molécule qui reste dans la paroi. Sont ainsi créées des cellules spumeuses, qui précèdent la plaque d'athérome.

La nouvelle structure n'est pas identifiée par l'organisme, ce qui va activer le système immunitaire et recruter les macrophages, cellules de l'inflammation. Ce qui conduit à un cercle vicieux.

Par ailleurs, ces LDL oxydés ont un rôle pro-coagulant délétère.

Le Coenzyme Q10 ou ubiquinone, assimilée à une vitamine a été découvert il y a 40 ans et valut au chercheur britannique Peter Mitchell de recevoir le Prix Nobel de chimie en 1978. Cette co-enzyme, présente dans toutes les cellules humaines intervient dans la transformation de l'énergie fournie par l'alimentation en énergie utilisable par la cellule sous forme d'ATP, effectuée dans les mitochondries. Elle a la capacité de transférer des électrons d'un complexe enzymatique à un autre (de la NADH-déshydrogénase au complexe cytochrome b-c1 puis à la cytochrome-oxydase.

Sous forme réduite d'ubiquinol, lié aux lipoprotéines du cholestérol (LDL), le Coenzyme Q10 permet une diminution de la peroxydation lipidique, stabilise les membranes cellulaires, diminue l'oxydation lipidique et préserve l'intégrité cellulaire.

Il est présent dans l'alimentation :

- viandes, poissons gras essentiellement,
- céréales complètes, épinards, brocolis, noisettes, soja,
- algues, sésame.

Son absorption se fait au niveau de l'intestin grêle et est meilleure au cours d'un repas gras. On le trouve comme complément de synthèse après fermentation de levure ou de bactéries,

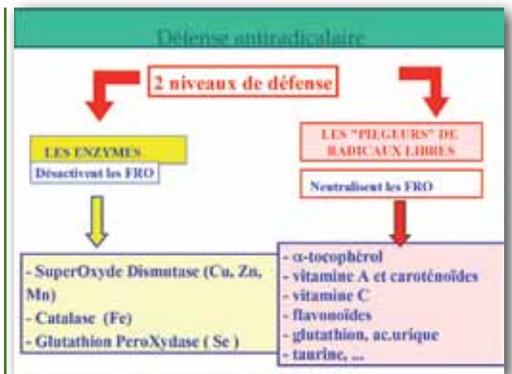


Figure 6

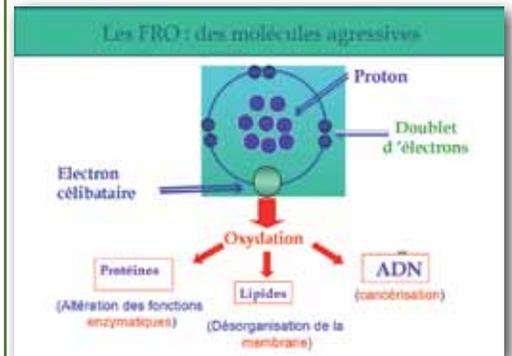


Figure 7

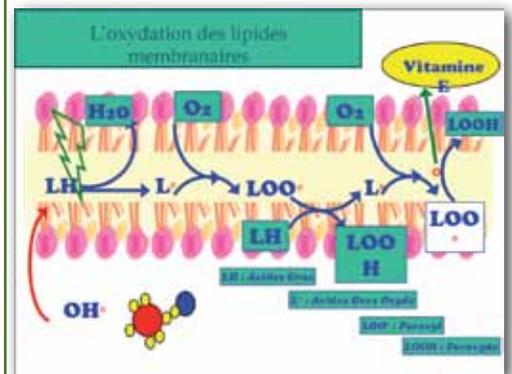


Figure 8

Des valeurs basses en coenzyme Q10 sériques posent la question de savoir si elles sont la cause ou la conséquence de certaines pathologies, si elles sont un élément déclenchant ou un mécanisme d'accompagnement de la maladie.

Elles se rencontrent lors de déficit de synthèse d'origine génétique ou acquise, lors d'interactions médicamenteuses : Béta-bloquants, hydralazine méthyl dopa, antidépresseurs tricycliques et surtout les statines.

La réduction du CoQ10 est liée au vieillissement, mais aussi au tabac et à l'alcool. Son dosage figure dans le Bilan d'Optimisation Nutritionnel au même titre que le statut en acides gras, les IGG20 allergènes, l'homocystéine, les LDLox ainsi que sélénium, cuivre et zinc que pratique régulièrement le docteur Sylvie Barbier.

# Compte rendu Réunion Brest

## Dr Françoise Lebail

### Nouveau calendrier vaccinal

Le calendrier vaccinal a été simplifié sur la base de données épidémiologiques, des données de couverture vaccinale actuelle, des expériences de certains pays européens (Italie, Finlande, Suède et Danemark).

L’objectif de cet article est de proposer une conduite à tenir pragmatique : les noms commerciaux sont utilisés pour simplifier la prescription.

**Chez le nourrisson**, l’injection du 3ème mois disparaît. Il est préconisé d’injecter un **infanrix hexa** (diphtérie, tétanos, polio, haemophilus, coqueluche acellulaire, hépatite B) ou si refus des parents du vaccin hépatite B, un **pentavac** ou **infanrix quinta** au 2ème et 4ème mois. L’injection concomitante aux 2ème et 4ème mois, du vaccin contre le pneumocoque est recommandée : le **prevenar 13**.

Les **rappels** de ces mêmes vaccins sont avancés à l’âge de **11 mois** (**infanrix hexa** ou pentavac ou **infanrix quinta** et **prevenar 13**).

**A 12 mois**, le vaccin contre la méningite C

est recommandé : **méningitec**, **menjugat-kit** ou **neisvac** à associer à une première injection de Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR) et ce quelque soit le mode de garde. (**MMRvax** ou **priorix**). Le vaccin ROR doit être **rappelé entre 16 et 18 mois**.

**A 6 ans**, le rappel Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche doit se faire avec l’**infanrix tetra** ou le **tetravac**.

**A 11 ans**, le rappel dTPcoq se fait avec des concentrations réduites d’anatoxines diphtériques et d’antigènes coquelucheux : **repevax** ou **boostrix**.

**Pour les filles, entre 11 et 14 ans**, le vaccin contre le papilloma virus est recommandé (**cervarix** ou **gardasil**) selon le schéma **0,1 ou 2 mois** et **rappel à 6 mois**. Un rattrapage est possible selon le même protocole pour les adolescentes de 15 à 19 ans révolus.

Un rattrapage de la vaccination méningite est proposé entre 18 et 24 ans : **méningitec**, **menjugatkit** ou **neisvac**.

**Pour les adultes**, les rappels se font désormais à âge fixe et non plus à intervalle de 10 ans.

**A 25 ans**, le dTP coq est recommandé (**repevax** ou **boostrix**). Le dTP (**revaxis**) doit être injecté à **45 ans, 65 ans** puis compte tenu de l’immunosénescence au delà de 65 ans, un rappel est recommandé tous les 10 ans, soit **75 ans, 85 ans...**

Un délai de 5 ans doit être respecté entre 2 injections. Si ce n’est pas le cas, le prochain rappel aura lieu au rendez vous vaccinal à âge fixe : soit au maximum dans 25 ans.

Si le délai de l’ancienne vaccination excède 25 ans, il faut injecter le dTP et le rappel sera pratiqué au rendez vous à âge fixe.

Pour de plus amples explications, vous pouvez consulter le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire N° 14-15 du 19 avril 2013.

## RÉUNION AFFM

**Judi 17 Octobre, à partir de 18h00**

**à la Maison des Associations du 15<sup>ème</sup> Arrondissement**

22, rue Saïda, 75015 Paris

### **Éthique et Médecine, réflexion sur la fin de vie**

**animée par le Professeur Christian HERVE,**

*Directeur du Laboratoire d’Éthique Médicale et de Médecine Légale (EA 4569),  
Président de la Société Française et Francophone d’Éthique Médicale (Sffem)*

**avec le concours du Professeur Marcel-Louis VIALARD,**

*Chef de service Equipe Mobile Accompagnement et soins palliatifs,  
Hôpital Necker, Paris*

**Renseignements : [cdognon@affinitesante.com](mailto:cdognon@affinitesante.com)**

Pour vous rendre à la Maison des Associations (Tél : 01 45 30 31 31) :

En tram : ligne 3 (Georges Brassens) - En bus : n° 89 (Georges Brassens) ou 80 (Vaugirard-Croix Nivert)

En métro : ligne 12 (Convention) ou 13 (Porte de Vanves)



# Dr Françoise Nico Dr Marie-Dominique Ghnassia

## Des nouvelles de la MWIA



### 29ème Congrès International –Séoul (31 Juillet/5 Août 2013)

Comme nous l'avons indiqué dans HYGIE 57 des élections vont avoir lieu pour renouveler le Comité Exécutif. Nous avons également donné des informations concernant la candidature du Professeur Bettina Pfeleiderer au poste de Présidente élue.

Depuis, nous avons reçu une lettre du Dr Regine Rapp-Engels, Présidente de l'Association Allemande des Femmes Médecins. Elle indique que l'Association a été très honorée lorsqu'il lui a été demandé de désigner une candidate pour le poste de Présidente élue. Trois candidates se sont manifestées et un choix difficile a du être réalisé. Le bureau démocratiquement élu de l'Association a finalement nommé le Docteur **Astrid Bühren** en raison de sa grande expérience, de sa connaissance approfondie du système de santé et de ses travaux en comités. Présidente de l'Association Allemande des femmes médecins, elle a joué un rôle à l'international au niveau de l'OMS et des Nations Unies faisant preuve d'une grande diplomatie et d'une grande compétence au niveau médiatique. Elle est également très connue au sein de la MWIA.

Le Dr Régine Rapp-Engels espère que la décision prise, après une sélection difficile, sera respectée pour maintenir la démocratie et l'esprit de coopération amicale au sein de la MWIA.

### Curriculum Vitae du Dr Astrid Bühren :



Dr Astrid Bühren

*Spécialiste de médecine psychosomatique et de psychothérapie, exerçant à Murnau (Haute Bavière).  
Présidente de l'Association Allemande des Femmes Médecins de 1997 à 2009, actuellement Présidente d'Honneur.  
Vice Présidente de l'assemblée des représentants à l'Association régionale des praticiens de l'assurance maladie de Bavière.  
Députée de l'Association Allemande pour la médecine de genre  
Membre du bureau de l'association Allemande Hartmannbund des praticiens.  
Au niveau de la MWIA déléguée au Forum Jeunesse, membre du comité d'éthique.  
De 1999 à 2007, elle a été déléguée de l'Association Médicale Mondiale (WMA).  
Astrid Bühren est mariée et mère d'une fille également médecin et d'un fils qui travaille aux USA.*

### Dr Astrid Bühren

*Honorary President of DÄB, specialist in Psychosomatic Medicine and psychotherapy, practices in Murnau (Upper Bavaria). Married, with one daughter who also practices medicine and one son who works in the United States.*

the German Medical Women's Association (DÄB) sent us a letter to inform us that the DÄB felt highly honoured to nominate a candidate for President Elect. The democratically elected board of the DÄB has discussed in detail the skills and qualities that the future President of MWIA should have. The choice had to be done between three candidates and the board finally decided to nominate Dr Astrid Bühren due to her diverse political experience, perfect knowledge of the health system and most particularly for her work in various committees. For many years (1997/2009), she has been President of the National Association and played a major role by representing the DÄB at the WHO and the UN, demonstrating a high level of diplomacy and experience with the media. In addition she is widely known within MWIA.

*"From the German perspective, the decision-making process to select a suitable candidate for the office of President Elect has not been an easy one. We are therefore very hopeful that our decision will be respected and that we will continue to pursue MWIA objectives in a democratic manner and in a spirit of friendly cooperation."*

## MWIA'S NEWS

The Executive Committee of MWIA will change after elections during the 29th International Congress in Seoul. We announced in HYGIE 57 the candidature of Dr Bettina Pfeleiderer as President Elect. Since, Dr Regine Rapp-Engels, President of

## Brève

### A propos du Réseau D.E.S France

Réseau D.E.S France est une association de patients créée en 1994. Pour diffuser une information médicale fiable, elle s'est dotée dès 1999 d'un Conseil Scientifique.

Elle a pour mission :

- L'information aux personnes concernées pour organiser la prévention,
- Le soutien des personnes concernées,
- La coopération avec différents organismes, pour améliorer l'information et la prise en charge médicale des personnes subissant les effets du D.E.S

Rappelons que Distillbène et Stilboestrol Borne

sont les noms commerciaux français de l'oestrogène de synthèse diéthylstilboestrol - en abrégé D.E.S. L'inefficacité du D.E.S pour prévenir les fausses couches a été établie en 1953. En France, entre 1948 et 1977, 200 000 femmes enceintes ont reçu des D.E.S. On estime à 160 000 le nombre de naissances d'enfants concernés.

Pour les « filles D.E.S », les conséquences peuvent être : cancer Adénocarcinome à Cellule Claire du vagin ou du col de l'utérus, malformations, stérilité, fausses-couches, accouchements prématurés... Les « fils D.E.S » ont pu présenter des anomalies génitales comme



la cryptorchidie (testicules non descendus à la naissance).

Le Réseau D.E.S France a reçu une subvention pour réaliser l'étude « Santé Publique : quelles conséquences du Distillbène ? » dans le cadre de l'appel à projet compétitif qui a été mené auprès des associations en 2012.

<http://www.des-france.org/>

# Dr Cécile Renson

## Le syndrome de Diogène

Les services sociaux du Département de Paris ont récemment organisé une conférence sur les syndromes de Diogène, connus depuis les années 1900 qui décrivaient des « mendiants thésauriseurs », mais étudiés par un médecin britannique, le docteur Clark en 1975.

### Les critères

Ces personnes ne demandent rien alors qu'elles auraient besoin de tout et ne sollicitent jamais les services médico-sociaux.

Leur relation avec les objets est inhabituelle avec le besoin de les entasser soit dans un ordre parfait, soit dans un désordre indescriptible. Cette accumulation résulte d'un comportement passif qui fait que la personne ne sait pas jeter les affaires devenues inutiles, ou bien d'un comportement actif de récupération, de collection et d'accumulation, au point de rendre l'accès à leur chambre ou leur appartement impossible.

Elles fuient l'humanité, éprouvant une « misanthropie de survie », et n'acceptant que « les porteurs de panier » qui les comprennent, les tolèrent et facilitent leur mode de vie.

Elles affichent une négligence corporelle, portent des cheveux longs emmêlés, des ongles longs et recourbés et dégagent une odeur corporelle parfois repoussante.

### La typologie

Les Diogène sont indifféremment des hommes ou des femmes.

L'âge n'est pas un critère. Les troubles peuvent survenir chez les sujets très jeunes, mais on les rencontre plus souvent chez les personnes âgées.

Les ressources n'ont rien à voir avec le syndrome de Diogène. On rencontre des personnes sans abri qui entassent leurs trésors dans un square, sous un pont. Mais deux milliardaires new-yorkais sont décédés dans les années 1930, étouffés par l'éboulement de tranchées qu'ils avaient construites pour entasser leurs objets. Et le célèbre Howard Hughes termina sa vie cachectique et méconnaissable...

Les Diogène vivent en ville ou à la campagne. Ils sont alors souvent entourés d'animaux. Un autre vit sur son bateau en rade de Toulon...

### Le traitement

« Lorsqu'on est alerté par un voisin, en raison d'une odeur insupportable certains vivant avec des cadavres d'animaux il faut agir avec tact et prudence, les amener à accepter une aide, sans jamais les brusquer » explique Isabelle Péan,

**Diogène de Sinope**, né en 413 avant Jésus-Christ, contemporain de Socrate, Platon et Aristote parcourait les rues d'Athènes une lampe à la main, « cherchant un homme », recherché pour ses réparties mordantes comme les dents d'un chien, d'où son nom de chef des cyniques. Lui qui repoussa le roi Alexandre le Grand du célèbre « ôte-toi de mon soleil »... Il était vêtu d'un simple manteau, se promenait un bâton à la main, portait une besace ne contenant que les ustensiles pour boire et écrire et habitait dans une amphore. Il a laissé son nom à un public qui se trouve dans une situation complexe associant des problèmes de santé, des déficits cognitifs et des troubles comportementaux.

conseillère en économie sociale et familiale au Centre local d'information et de coordination gérontologique (Clic) de Paris.

Si le bilan médical a mis en évidence une maladie, l'hospitalisation s'impose, mais « priver un Diogène de son environnement peut entraîner un stress majeur, voir une mort par suicide ». Tout se passe comme si Diogène avait besoin de ce mode de vie. Le traitement comporte une admission dans un hôpital spécialisé ou dans une unité de gériatrie. Le retour au domicile sera particulièrement surveillé par les services sanitaires pour vérifier que le patient n'effectue pas un retour à ses conditions de vie antérieure.

Si le bilan de décès aucune maladie, il faudra concilier la liberté de la personne et sa protection.

En cas de refus d'aide du patient, le respect des libertés individuelles est absolu, selon la Convention des droits de l'homme, et selon le code pénal.

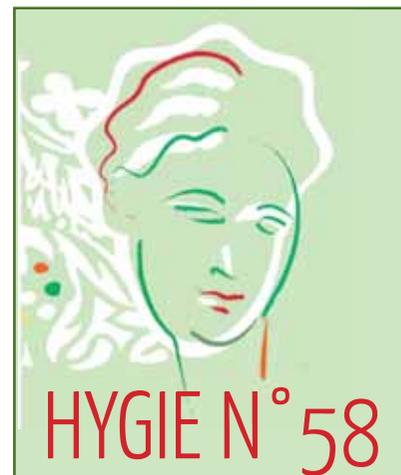
Que faire en cas de refus de soins ?

Si le code civil respecte l'autonomie de la volonté de la personne, la mise en danger de cette personne fait intervenir la notion de non-assistance à personne en danger. La loi du 4 mars 2002 indique que le médecin doit s'efforcer de convaincre par une information claire, adaptée aux capacités de la personne, mais ne peut agir à l'encontre de sa volonté que s'il y a un risque vital urgent.

Il peut être procédé à un signalement au Procureur de la République aux fins d'ouverture de mesure de protection juridique, d'autant que ces personnes peuvent être à l'origine de nuisances, et de risques qu'il s'agisse de fuites d'eau, d'effondrements de plancher voire d'incendies.

Les personnes présentant un syndrome de Diogène sont de plus en plus nombreuses.

Elles seraient 2000 à Paris. Elles posent de nouveaux problèmes sanitaires, sociaux, environnementaux et démontrent la nécessité du travail en réseau associant les médecins et les travailleurs sociaux, sans oublier les élus locaux impliqués dans le bien-être de leurs concitoyens.



## HYGIE N° 58

JOURNAL TRIMESTRIEL DE L'AFFM

Directeur de publication :  
Dr. Cécile Renson

### COMITÉ DE RÉDACTION

Dr. Marie-Claire Brusset  
(Directeur du comité)  
Dr. Françoise Pantaleone  
Dr. Marie-Dominique Ghnassia  
Dr. M-T. Nourissier-Sobesky  
Dr. Charlette Dispot  
Dr. Francine Violette  
Dr. Françoise Nico

### RÉGIE PUBLICITAIRE

RÉGIMEDIA - Marc Ferret  
Mel : mferret@affinitesante.com  
Tél : 01 72 33 91 05

RÉALISÉ PAR L'EUROPÉENNE D'ÉDITIONS

### MAQUETTE

Éloïse Fages

### ADRESSE DE LA RÉDACTION

RÉGIMEDIA  
326 Bureaux de la Colline  
92213 - Saint-Cloud Cedex  
Site : www.affm.org

N.D.L.R. : Les opinions exprimées dans les différentes rubriques du Journal de l'AFFM n'engagent que leurs auteurs. Les auteurs dont les articles paraissent dans ce numéro de l'AFFM, transmettent leurs droits de copyrights aux éditeurs du journal. Les auteurs certifient que le texte cité ci-dessus n'est pas simultanément soumis à un autre journal scientifique en vue de publication.



# Conférence parlementaire « avenir et système de santé »,

Co-présidée par Dr Pierre Door et Martine Pinville

## Dr Marie-Claire Brusset

### Compte-rendu



Cette conférence, dont je me propose de vous faire le résumé succinct des 20 présentations toutes brillantes, a eu lieu le Mardi 23 Avril 2013, à la Maison de la Chimie, Paris. Elle a réuni de nombreux parlementaires, élus locaux et acteurs institutionnels, des professionnels de santé, des représentants des industries de santé, des industriels du numérique concernés ou encore des acteurs impliqués dans les domaines de la prévention et de l'éducation à la santé.

Les défis auxquels doit faire face le secteur de la santé en France sont nombreux :

Déserts médicaux, vieillissement de la population, hôpitaux surchargés... En effet, le secteur médical français doit répondre à de nombreuses exigences dont la première est l'équité pour tous les territoires dans l'accès à la santé et aux soins. Pour ce faire, la France consacre 11% de sa richesse nationale au financement du système de santé. Souvent considéré comme une référence, notre système de santé dispose d'atouts incontestables qui en font un modèle performant. Pour autant, ce modèle est aujourd'hui menacé et mis à mal. Preuve en est ; le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) de décembre 2012 pointe des inégalités constantes d'accès aux soins. En outre, les équilibres financiers du système de santé sont précaires.

Dans le contexte actuel, l'innovation semble être l'une des solutions pour améliorer le système de santé dans notre pays tout en le rendant plus performant et moins coûteux. Les nouvelles technologies se développant aujourd'hui permettront prochainement à chaque patient de bénéficier d'un meilleur suivi tout au long de sa vie, d'avoir un parcours de santé coordonné et de prévenir et mieux guérir les pathologies lourdes. Elles permettront à la France de faire de son système de santé une filière d'excellence en termes d'emploi et de création de valeur. L'innovation représente, aussi, un enjeu de com-

pétitivité majeur pour notre pays face à la concurrence internationale.

La Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Madame Marisol TOURAINE, a souhaité moderniser l'hôpital public. Pour tendre vers cet objectif, elle a lancé le défi du Pacte de confiance autour de 4 piliers qui sont :

- La définition d'un service public territorial,
- L'adaptation du financement de l'hôpital,
- Le renforcement de la démocratie à l'hôpital
- La rénovation du dialogue social.

Les nouvelles missions de l'hôpital public ainsi redéfinies s'inscrivent dans la Stratégie nationale de santé qui a pour socle la réorganisation du système de santé centrée autour du patient. Par ailleurs, la nouvelle loi de santé publique devrait être discutée en 2014.

#### • Pour les médecins

Etudes inadaptées à la modernité. Première année aberrante et coûteuse. Aucune pédagogie proposée. Les études sont trop longues avant la spécialisation. Les jeunes médecins préfèrent de beaucoup travailler en groupe : cabinets médicaux, maisons de santé. Pour les maladies chroniques, ils n'ont aucun problème pour suivre les directives de santé.

A propos des déserts médicaux, certains ont proposé que les étudiants, à la fin de leurs études payées par le contribuable, puissent donner les 5 premières années de pratique aux zones sinistrées.

#### • Pour les infirmières

Si les médecins restent trop longtemps dans les facultés, les infirmières devraient pouvoir passer plus de diplôme si elles désirent se spécialiser (licence, master, doctorat). Ainsi beaucoup de tâches techniques pourraient être exécutées par elles, telles que ponctions de moelle osseuse, poses de cathéters centraux et chambres

implantables, endoscopie urétrale... etc

• **Améliorer la prise en charge des maladies chroniques** en sachant que plus les moyens de la population sont élevés plus la prise en charge est améliorée. Le diabète touche actuellement 3 millions de personnes. Cette proportion est en croissance au fil des ans. En 2013 2/3 du budget de la santé sont dépensés, si aucune mesure n'est prise, en 2020, ce sont les 3/4 du budget qui seront dépensés.

En sachant que nombre de personnes échappent au dépistage et que la non observance du traitement coûte 100 millions d'euros aux Etats Unis.

L'exemple de la cataracte est aussi un informateur, une hausse de 40% des personnes à traiter, avec une baisse de 40% des ophtalmologistes.

L'asthme est aussi un problème de santé publique, 1000 à 2000 cas par année, en sachant que seulement 20% de la population sont suivis par les services hospitaliers. Il faut travailler par territoire et privilégier le patient et son parcours de soin.

• **Pour l'hôpital**, la T2A ne permet pas de comptabiliser le travail pour les hospitalisations chroniques, pour les soins palliatifs.

La télé médecine, n'étant pas codée, n'a pas encore trouvé sa place. La télé transmission sans être supprimée doit être complétée par un autre financement à déterminer.

• **Pour la recherche**, il faut une mise en place d'une filière cohérente, maîtrisée par les pouvoirs publics, en incluant la recherche privée, le monde hospitalier et l'industrie, il faut renforcer les entreprises innovantes, favoriser les incitations financières par le crédit d'impôt. Si rien n'est fait, ces mêmes entreprises partiront à l'étranger.

La société Philips Healthcare propose des solutions très attrayantes, originales

et innovantes au niveau du financement, en assurant un partenariat technologique avec formation du personnel et un budget de location défini en prix et en temps. Philips Healthcare travaille actuellement en Europe, mais pas encore en France.

En résumé, les défis actuels sont nombreux :

- Déserts médicaux,
- Maladies chroniques,
- Vieillesse de la population,
- Polypathologies à partir de 45 ans, désarmant les médecins de ville.

Ont co-présidé le **débat I** :

- **Catherine Génisson**, sénatrice socialiste du Pas-de-Calais.
- **Jean Léonetti**, ancien ministre, député UMP des Alpes-Maritimes depuis 1997,

membre de la Commission des affaires sociales.

A animé cette réunion : **Pascal Maurel**, directeur Général de Décision & Stratégie Santé-EDI, directeur des publications de Décision Santé (Groupe Profession Santé). Sont intervenus :

- **Yann Bourgeuil**, directeur de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES).
- **Edouard Couty**, président du Comité de pilotage du Pacte de Confiance, président de l'Office National d'indemnisation des accidents médicaux depuis 2011.
- **Jean-Luc Harousseau**, président de la Haute autorité de Santé depuis février 2011.
- **Sylvie Mansion**, préfiguratrice puis directrice générale de l'Agence régionale de santé de Franche-Comté depuis 2010.

- **Patrice Queneau**, membre de l'Académie Nationale de Médecine depuis 2003.
- **Claude Rambaud**, présidente du Collectif interassociatif sur la Santé (CISS) depuis janvier 2013.
- **Guy Vallencien**, chef du Service Urologie à l'Institut Montsouris et professeur à l'Université René Descartes.
- **Frédéric Valletoux**, président de la Fédération hospitalière de France (FHF) depuis 2011.

A présidé le **débat II** : **Jean-Pierre DOOR**, député UMP du Loiret depuis 2002, vice-président de la Commission des Affaires Sociales.

- Sont intervenus :
- **Jean Debeauvais**, directeur Général de l'Offre de soins des Affaires sociales et de la Santé depuis octobre 2012.
  - **Didier Houssin**, président de l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES), président du conseil pour la préparation à une pandémie grippale auprès de l'OMS.
  - **Pierre-Charles Pons**, directeur général du Centre hospitalier de Dijon depuis 2006.
  - **Gérard Raymond**, président de l'Association française des Diabétiques (AFD).
  - **Pierre Tambourin**, directeur général du Génopole depuis 1998, président du pôle scientifique d'Evry-Val-d'Essonne.

Ont co-présidé le **débat III** :

- **Jean-Pierre DOOR**, député UMP du Loiret depuis 2002, vice-président de la Commission des Affaires Sociales.
- **Martine Pinville**, députée socialiste de la Charente depuis 2007, secrétaire de la Commission des affaires sociales.

Sont intervenus :

- **Gilles Bontemps**, directeur associé à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) depuis juillet 2009.
- **Pascale Briand**, directrice générale de l'Agence nationale de la recherche (ANR) depuis février 2007.
- **Artémis Gasparian**, directrice de Philips Healthcare Solutions France
- **Karim Mansour**, directeur général de 3M Santé, membre de l'APIDIM.
- **Yves Robin**, chef du service de l'Industrie à la direction générale de la Compétitivité de l'Industrie et des Services, inspecteur générale de l'INSEE.

## Bulletin d'adhésion et cotisation 2013

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Spécialité .....

Année de thèse ..... Faculté .....

Téléphone ..... Fax .....

Mel .....

Mode d'exercice :  libéral  salarié  hospitalier  mixte  retraité

\* Cotisation : membre  
 En activité 45 €  En retraite : 35 €  Etudiant(e) : 10 €  
 Soutien : 50 € ou plus  Association : 80 €

Si vous souhaitez adhérer à une section locale :  
 1. cochez la section choisie  
 2. envoyez le becquet d'adhésion à la section locale

Aquitaine  Bretagne  Grand Est  Normandie - Paca et départements : 78 - 91 - 94 - 95

Le versement de la cotisation doit être effectué par chèque bancaire ou postal libellé à l'ordre de l'AFFM et adressé au secrétariat administratif national :  
 AFFM, 326 Bureaux de la Colline, Escalier H, 1er étage  
 92213 Saint Cloud Cedex

Possibilité de déduction fiscale : un justificatif vous sera adressé.

Date : ..... Signature ou Cachet

---

**Becquet d'adhésion à la section locale 2013**

Ce becquet doit être adressé directement à la section locale de votre choix (adresse ci-contre)

Aquitaine  Bretagne  Grand Est  Normandie - et départements : 78 - 91 - 94 - 95  Paca

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Téléphone ..... Fax .....

Mel .....

Section Bretagne :  
 Dr P. LE BAIL  
 11, Route de Kerlidy  
 79200 LDC MARIA PLOUZANE

Section Grand Est :  
 Dr M.C. LAPREVOTE  
 21, Rue Isabey  
 54000 NANCY



# Dr Anastasie Lympelopoulou, Gynécologue

## La supplémentation nutritionnelle de la femme enceinte

La grossesse est une période d'importantes modifications physiologiques au cours de laquelle, les besoins fœtaux nécessitent des apports réguliers et équilibrés, fournis par l'alimentation et les réserves maternelles.

La nutrition au cours la grossesse doit donc apporter les nutriments essentiels au développement fœtal, du stade de l'embryon jusqu'à la maturité de l'organogenèse et le développement cérébral, tout en conservant un métabolisme maternel optimal.

Les modifications métaboliques maternelles et la croissance fœtale ont un coût énergétique dont doit tenir compte l'apport alimentaire. Le coût réel est difficile à quantifier, on estime qu'un chiffre approximatif qui couvre les besoins nutritionnels au cours de la grossesse est de 300 000 kJ (72 000 kcal).

On considère actuellement que pendant la grossesse pour une femme de poids standard, qui mange normalement, à sa faim, la prise de poids doit être de l'ordre de 12 kg à la fin de la gestation. Ce poids correspond au poids du fœtus, du placenta, du liquide amniotique, de l'utérus et de la masse sanguine.

Une prise de poids excessive est souvent corrélée avec la prématurité, la toxémie gravidique, le diabète gestationnel, la macrosomie fœtale, les césariennes, la rétention du poids en post partum.

La prise de poids maternel et son retentissement sur le fœtus est étroitement liée à l'équilibre des apports protéiniques, lipidiques, glucidiques et l'apport des micronutriments.

Un tiers des femmes en France, en âge de procréer ont un niveau faible de réserves en fer. En présence d'une carence en fer, l'organisme puise dans ses réserves. Une déplétion des réserves s'installe petit à petit. On observe une diminution de la ferritine, du coefficient de saturation en ferritine, du taux de fer sérique et à la fin une carence franche de fer avec incapacité pour la moelle osseuse de synthétiser les globules rouges.

La répercussion d'une anémie ferriprive en début de grossesse augmente le risque de prématurité et de petits poids à la naissance. Au contraire, une supplémentation systématique en fer, sans préalable dépistage d'une éventuelle carence peut conduire à une augmentation de l'hématocrite avec risque de HTA.

Une mention spécifique pour les folates. L'administration de 0.4 mg/jour en période préconceptionnelle et en début de grossesse diminue de 20 % le risque de spina bifida et semble diminuer le risque d'autres malformations, comme les omphalocèles, les fentes labiopalatines, certaines cardiopathies et les uropathies obstructives. On peut citer aussi la réduction de moitié du risque de retard d'acquisition du langage à l'âge de trois ans. Récemment il a été démontré que la supplé-

mentation périconceptionnelle en folates, diminue de façon significative le risque de survenue des troubles du spectre autistique chez l'enfant, le lien de causalité reste à préciser.

Au cours de la grossesse, le métabolisme phosphocalcique maternel s'adapte pour permettre le transfert du calcium au fœtus. Les besoins sont d'environ 2 gr/jour, rarement satisfaits exclusivement par l'alimentation.

Pour éviter une résorption de calcium par la masse osseuse maternelle, surtout en cas de grossesses rapprochées, il faut insister sur l'apport calcique. Cet apport doit augmenter avec l'âge de la grossesse, avec la consommation régulière de produits laitiers et la prescription d'un complément en calcium en cas d'apports insuffisants.

La vitamine D, sous forme de dose unique 100 000 ui doit être administrée au cours du 6ème mois de la grossesse via le calcium binding protéine, elle facilite le passage placentaire du calcium. Un déficit en vitamine D a été retrouvé dans une étude incluant des patientes atteintes de prééclampsie et a des fœtus avec retard de croissance, très probablement en raison de l'intervention de la vitamine D (oh) au développement placentaire. L'iode est un élément essentiel pour l'euthyroïdie fœtale et maternelle et pour le développement et la croissance cérébrale du fœtus et du nouveau né. Pendant la grossesse les besoins en iode sont augmentés.

En France l'apport de l'iode est en parti couvert par la consommation de sel iodé. On considère qu'il existe un déficit modéré en iode, la supplémentation préconceptionnelle et pendant la grossesse est conseillée.

Le magnésium est impliqué dans la, régularisation de la perméabilité cellulaire et de l'excitabilité neuromusculaire ainsi que dans le système de production et de transport d'énergie, la coagulation sanguine, les sécrétions endocrines etc...

Les besoins sont de 400 mg/jour au cours de la grossesse, l'apport est inférieur pour 80 % des femmes enceintes, aggravé par l'augmentation de la magnésurie au cours de la gravidité. Les conséquences neuromusculaires sont évidentes (crampes).

Une supplémentation journalière de 200 mg s'avère efficace.

Dans la famille des OMEGA 3, on trouve en particulier l'acide docosahéxanoïque ou DHA. Le DHA joue un rôle bénéfique pour la prématurité, les fausses couches, l'hypertension artérielle, la prééclampsie, sur le poids de naissance, l'acuité visuelle et le développement cognitif de l'enfant. Enfin il joue un rôle bénéfique sur la dépression du post partum.

D'autres oligoéléments comme le zinc, le cuivre, le fluor, la manganèse, le chrome, le sélénium sont impliqués à plusieurs mécanismes de régulation de la grossesse et à cer-

taines pathologies.

En conclusion, le bon développement de la grossesse et de la croissance fœtale nécessitent l'apport régulier des nutriments fournis par l'alimentation maternelle.

Le problème nutritionnel est important pour certaines populations des pays sous développés ou en voie de développement et devient crucial en cas de grossesse.

Dans les pays industrialisés, on observe d'autres formes de déséquilibres alimentaires. Des abus glucidolipidiques, nourriture industrielle, apport insuffisant de minéraux, de vitamines, de fibres.

Lutter pour une alimentation saine et variée avant et pendant la grossesse est une priorité. La nutrition reste une piste de recherche d'une origine fœtale de maladies métaboliques de l'adulte.

L'idée de l'adaptation constante et automatique de la femme enceinte aux besoins de la grossesse doit être abandonnée car une mère concernée va s'épuiser en fournissant ces nutriments à ses dépens.

La supplémentation pendant la grossesse doit être systématique pour les multipares, pour les femmes avec des grossesses rapprochées, pour les grossesses multiples, pour les femmes avec un mauvais niveau socioéconomique.

La supplémentation est conseillée pour les femmes qui souhaitent allaiter car les besoins accrus nécessitent des réserves intactes.

On peut éventuellement proposer une supplémentation systématique pour toutes les femmes enceintes, si l'on considère que l'apport des éléments nutritionnels nécessaires pour le bien être de la mère et de l'enfant sont insuffisants, même dans les sociétés d'abondance.

### Bibliographie :

- EMC : Nutrition et grossesse 5-042-A-10
- HAS : Comment mieux informer les femmes enceintes ?
- Recommandations pour les professionnels 2005
- INPES : Guide de nutrition pendant et après la grossesse
- Hercberg Serge : La carence en fer de la femme adulte GÉNÉSIS : 114 : 22
- AIM : Numéro spécial Août 2009 Nutrition Table Ronde d'Expert
- Robinson Cj, Wagner Cl, Holly et al : Maternal vitamine D and fetal growth in early - onset severe preeclampsia : Am. J. Obst. Gynecol. 2011 ; 204-256
- Schlienger JI. : Dietary : supplements during pregnancy : A review.
- Médecine des maladies métaboliques 2011; 5 : 521-532
- Harvey Thierry : La folie de l'acide folique
- La lettre du Gynécologue n°367 ; 12-2011 : 8-10
- M. Comtet - O. Picone
- Quels conseils nutritionnels et quelles suppléments pendant la grossesse : réalité en gynécologie et obstétrique n°163 Juin 2012
- Gynécologie Pratique : n°254 Avril 2013 : Presse Internationale

# Pour une grossesse sereine

## De la pré-conception à l'allaitement ERGY-NATAL



Pot de 60 gélules.

*Vitamines B, C, D3,  
magnésium, zinc,  
chrome et sélénium.*

### Originalité

- Soutien du pouvoir tampon tissulaire pour maintenir les réserves minérales maternelles.
- Protection antioxydante du placenta.

## De la péri-conception à l'accouchement ERGYOPTYL



Flacon de 250 ml.

*Extraits de myrtille<sup>1</sup>,  
cassis<sup>2</sup>, ginkgo biloba<sup>3</sup>,  
olivier<sup>4</sup> et oligoéléments.*

### Originalité

- Maintien de l'intégrité des veines<sup>1</sup>, soutien de la circulation sanguine<sup>2</sup>.
- Favorise la microcirculation<sup>3</sup>  
→ **Placentation.**
- Régule la pression sanguine et la glycémie<sup>2-4</sup>.

Pour tout renseignement contactez notre service médical au 05 65 64 89 82.  
Demandez un code d'accès thérapeute sur [www.nutergia.fr](http://www.nutergia.fr) - espace thérapeute.



# Dr Marie-Claire Brusset

## L'Angioedème Héritaire (AOH), prise en charge exemplaire

L'AOH est une maladie génétique rare, gênante, susceptible de menacer le pronostic vital, qui touche environ 10 000 personnes en Europe, dont près de 1 000 patients en France. L'AOH est encore souvent sous-diagnostiqué. Les personnes atteintes de la maladie présentent des crises récidivantes, invalidantes d'œdèmes pouvant toucher le larynx, l'abdomen, le visage, les membres et l'appareil génito-urinaire.

### I - Forme Héritaire

L'AOH est une maladie génétique rare liée à un déficit d'une protéine du sang, appelée C1 inhibiteur (C1Inh) qui conduit à une synthèse excessive de bradykynine responsable de l'œdème. On distingue trois types d'AOH :

- Le TYPE 1 : le plus fréquent ; se caractérise par une diminution du taux de C1Inh dans le sang

- Le TYPE 2 : se caractérise par un taux normal voire élevé de C1Inh mais celui-ci, dans ce cas, ne fonctionne pas correctement.

- Le TYPE 3 : prédomine chez la femme. Il n'est pas associé à un déficit mesurable mais les symptômes sont identiques ; déficit probable en porteur de Hageman.

Les manifestations peuvent intervenir à n'importe quel âge de la vie, mais la maladie se déclare plus souvent durant l'enfance ou l'adolescence.

### II - Forme acquise

L'angioedème acquis (AOA) de types 1 ou 2 est, cliniquement, difficile à différencier de l'AOH. Mais, dans ce cas, le déficit en C1 inhibiteur n'est pas lié à un défaut génétique. Il est causé par un trouble lymphoprolifératif sous-jacent ou par l'existence d'auto-anticorps dirigés contre le C1Inh. L'AOA diffère aussi de la forme héréditaire par l'âge plus avancé de survenue : vers 40 ans.

### III - Symptômes

Les angioedèmes se caractérisent par des crises imprévisibles et récurrentes de gon-



flements de la peau et des muqueuses. Toutes les parties du corps peuvent être affectées, mais plus généralement :

- Les mains et les pieds,

- Le visage,

- Le ventre : les œdèmes abdominaux sont responsables de douleurs, de vomissements parfois intenses,

- La gorge : les œdèmes du larynx peuvent obstruer les voies respiratoires et constituent une urgence vitale (risque d'asphyxie) nécessitant une prise en charge spécifique et urgente.

En général, les œdèmes apparaissent de façon inopinée et persistent environ 2 à 5 jours puis disparaissent. Il y a souvent une zone de prédilection pour chaque malade. La plupart des crises surviennent spontanément, sans raison apparente, mais certains événements peuvent les déclencher : la prise de certains médicaments contre-indiqués, une intervention chirurgicale, des soins dentaires, une infection, un traumatisme, le stress, les menstruations, la grossesse, etc.

### IV - Prise en charge

Avant d'être diagnostiqués correctement, certains patients peuvent être amenés à subir une longue errance diagnostique.

Le diagnostic posé, une prise en charge appropriée et individuelle de chaque patient est importante pour prévenir et/ou traiter les crises, en fonction de leur fréquence et de leur gravité.

### Les traitements

Différents traitements existent :

- Le traitement de fond : Exacyl, Danazol  
- Le traitement en cas de crise : Berinert, Firazyr

- Le dernier traitement, le Cinryze, inhibiteur de C1 obtenu à partir de plasma humain, est indiqué dans la prévention et la prise en charge des crises aiguës chez les patients intolérants ou mal protégés par les traitements conventionnels.

Les effets indésirables sont les éruptions cutanées, céphalées, nausées, phlébites et réaction locale au site d'injection. Ce médicament est délivré en ampoule pour injection intraveineuse. Le laboratoire Viro Pharma aide le service public en rétribuant une infirmière qui forme les patients à une auto-administration efficace dans le cadre de la prévention à domicile.

Le CREAK, est un centre de référence coordonné par le CHU de Grenoble et multisites à travers toute la France, permettant une prise en charge spécifique des patients près de leur domicile et ce afin de réduire la fréquence des crises et améliorer la qualité de vie des patients tout en réduisant les coûts d'hospitalisation.

Pr Olivier FAIN, Médecine interne, Hôpital Jean Verdier ; Pr Anne COMPEL, Gynécologie médicale, endocrinologie, sénologie, Hôpital Port Royal. Tous deux sont membres du CREAK, réseau de soins regroupant les centres de référence des angioedèmes.

Michel RAGUET, président de l'AMSHO, association de malades

Dr Jacques JUTTEAU, directeur médical, Laboratoire Viropharma.

### Coordonnées utiles :

<http://www.haei.org>

<http://www.orpha.net>

Maladies Rares info service :

0810 63 19 20 – 01 56 53 53 40

# Dr Cécile Renson

## Les collectivités amies des enfants

Qui, mieux que Michèle Barzach peut illustrer ce chapitre de femme et santé ? En effet, cette gynécologue devenue ministre de la Santé de 1988 à 1990, continue à s'investir dans le domaine sanitaire. Si elle fait partie de L'Organisation Mondiale de la Santé, si elle est présidente de l'Association « Les Amis du Fonds mondial Europe » qui lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, si elle a fondé l'Organisation internationale des médecins parlementaires, elle est depuis 2012 présidente d'UNICEF France.

A ce titre, elle a présidé les 10èmes rencontres des Collectivités amies des enfants dans les salons de l'Hôtel de Ville de Paris le 27 mars dernier, rencontres plus particulièrement consacrées à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion des enfants.

« La défense des droits de l'enfant n'est pas réservée aux pays lointains. La lutte contre l'exclusion commence dans nos départements, dans nos villes, au plus près de nous ».

« La France est une grande puissance où un enfant sur cinq est pauvre : c'est inacceptable » a déclaré Marie-Arlette Carlotti, ministre déléguée aux personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion.

Pour Dominique Versini, co-fondatrice du Samu social de Paris, défenseuse des enfants de 2006 à 2011, la pauvreté des enfants aujourd'hui est due au télescopage de deux crises : « la crise du lien social et la crise économique ». Et même si la crise économique venait à se résorber, « il restera la crise du lien social, qui fait basculer les familles et les enfants de la vulnérabilité à la désocialisation ». Dans ce contexte, les priorités d'actions sont nombreuses, à commencer par le logement car le premier droit des enfants est de « grandir et s'épanouir en famille ».

Par ailleurs, l'accès à la santé est également problématique : « le droit à la santé est vraiment menacé. Pour les enfants pauvres, il n'y a pas de prévention, pas d'après-soins. L'obésité se développe, les problèmes dentaires, de vue, les problèmes psychiques aussi » continue Dominique Versini qui voit « un système de médecine à deux vitesses s'instaurer ».

Depuis 2002, le réseau Ami des enfants s'est étoffé pour renforcer la volonté et l'engagement des collectivités pour la promotion de la Convention internationale des droits de l'enfant signée par la France en 1990 et entrée en application le 6 septembre de la même année.

222 villes se sont associées à ce réseau. C'est ainsi que certaines ont mis en place un dispositif d'aménagement du temps de l'enfant (ATE), façon de concilier temps scolaire, temps social et temps familial. D'autres ont activé un réseau local de partenaires pour répondre aux situations de violences conjugales et mettre l'enfant, souvent témoin, au cœur du dispositif.

Enfin, depuis 2012, les départements rejoignent les villes amies des enfants afin de mettre en œuvre des politiques innovantes en faveur de l'enfance et de la jeunesse. Cette action est d'autant plus intéressante que les départements, de par leurs compétences légales étendues pour l'enfance et la famille, représentent des acteurs de proximité de premier plan pour faire respecter les droits des enfants.

Comme l'avait dit l'an dernier, lors de ces rencontres annuelles, le Docteur Catherine Dolto, pédiatre, : « Nous transmettons à ceux qui nous suivent la capacité de nous dépasser »...

## Brève

### Caractéristiques de l'hémochromatose génétique chez la femme

L'hémochromatose génétique est moins fréquente chez la femme touchant 1 femme pour 2 hommes. Elle apparaît en général plus tard vers 35 ans ou plus rarement à la ménopause.

L'hyperabsorption du fer, venant de l'alimentation, au niveau du tube digestif est due, comme chez l'homme, à un déficit en hepcidine (l'hormone du fer). Le fer entre tous les jours en plus grande quantité (4 à 6 mg) que chez un sujet normal (1 mg). Mais dans les deux cas, 1 mg de fer est perdu tous

les jours. Chez l'hémochromatose, 5 à 6 mg s'accumulent chaque jour dans les organes : foie, pancréas, glandes endocrines, cœur, articulations.

Au début, à 20-35 ans, les symptômes sont peu apparents et cependant anormaux : fatigue extrême, état dépressif, troubles sexuels dus à une altération des glandes endocrines (perte de la libido, stérilité parfois, ménopause précoce). Cependant, les règles, normales ou abondantes, les grossesses, les accouchements, l'allaitement (le lait contient du fer pour la croissance du nourrisson), consomment du fer et expliquent

que le diagnostic soit plus difficile chez la femme et plus tardif souvent.

A 50-60 ans surviennent les complications : cirrhose, cardiomyopathie, douleurs articulaires, diabète, ostéoporose... qui rendent le diagnostic plus évident. Le seul traitement valable, peu onéreux, reste les saignées de 400 à 500 ml qui font perdre 200 à 250 mg de fer.

Un diagnostic précoce est indispensable. Pendant la grossesse, quelque soit le taux de ferritine, les saignées doivent être arrêtées. Le dépistage familial est pris en charge par la sécurité sociale.

## Présentation de l'AFFM

### CONSEIL D'ADMINISTRATION

#### Présidentes d'honneur :

Dr L. Mechelany-Leroy

Dr M.-D. Ghnassia

#### Présidente :

Dr Cécile Renson

#### Vice Présidente :

Dr Francine Violette

#### Trésorière :

Dr Marie-Claire Brusset

#### Secrétaire Générale :

Dr Anastasie Lymperopoulou

#### Secrétaire Adjointe :

Dr Lucie Rakotomalala

#### Correspondante Nationale :

Dr Françoise Pantaleon

#### Correspondante Internationale et MWIA

Dr Françoise Nico

#### Autres membres du C.A. :

Dr C. Bourgeois

Dr I. Coutrot

Dr C. Dispot

Dr M. Jaupitre-Soubes

Dr F. Le Bail

Dr D. Lenfant-Laffite

Dr M.-N. Mayer

Dr M. Muhlmann-Weill

Dr Cl. Noblia

Dr A. Pichot-Pariat

Dr S. Souchon

Dr Thoi Pham

### SECTIONS LOCALES

#### SECTION BRETAGNE :

Dr F. Le Bail

31, route de Kerlily

29280 - Loc Maria Plouzané

#### SECTION GRAND EST :

Marie-Claude Laprévotte

21, rue Isabey - 54000 Nancy

### COMMISSAIRE AUX COMPTES

Monsieur G. Ranchon - (NORMINTER)

2, rue Méhul - 75002 Paris

Tél. : 01.42.96.54.37 - Fax : 01.40.15.09.46

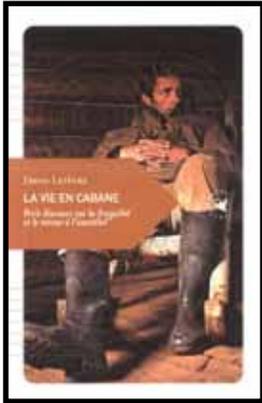
### CONSEILLER JURIDIQUE

Pr Patrice Hoang

10 rue des vignolles - 75020 Paris



# Parutions



## La vie en cabane - Petit discours sur la frugalité et le retour à l'essentiel David Lefèvre - Éditions Transboréal

La maison d'édition Transboréal, située rue Bethollet à Paris, veut promouvoir le travail d'auteurs, d'illustrateurs et de photographes ayant fait preuve d'abnégation et de courage lors d'études ou de voyages au long cours marqués par une réelle connivence avec le milieu humain ou le monde naturel.

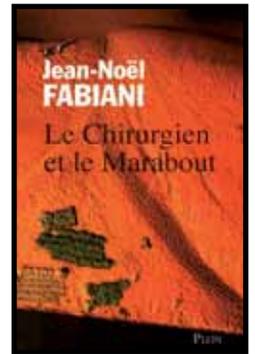
La collection « Petite philosophie du voyage » invite Daniel Lefèvre, écrivain – voyageur, à louer les vertus de la cabane, refuge des âmes rebelles à la marche du siècle. Dans les huttes, isbas, tipis ou yourtes, la nature sert de calendrier et la solitude de réconfort. Offrant vie frugale et recueillement, la cabane permet de goûter une enivrante félicité.

Loisirs

## Le chirurgien et le marabout Jean-Noël Fabiani- Éditions Plon

Après les événements de mai 1968, les futurs French Doctors s'engagent dans l'aventure de la médecine humanitaire qui aboutira à la création de Médecins sans frontières. Au fin fond du Sahel, en Haute Volta, Jean-Noël Fabiani, alors interne des Hôpitaux de Paris, prend en charge la chirurgie dans un hôpital de brousse où il doit traiter les malades dont il ignore les pathologies et les mœurs. Youssef, l'incontournable marabout de Fada N'Gourma, le guide dans les méandres de l'univers africain et lui enseigne sa médecine rituelle faite de recettes ancestrales. Comment traiter une plaie thoracique provoquée par le javelot d'un chasseur qui sort de la poitrine en battant au rythme du cœur ou que faire devant les conséquences de l'excision lors des accouchements ? Quelle est cette maladie qui ressemble à la variole pourtant théoriquement éradiquée de la surface de la Terre ?

L'auteur nous relate l'expérience unique d'une médecine exercée dans des conditions de pénurie extrême. Il évoque les espoirs et les déboires parisiens de Médecins sans frontières qui reçut le Prix Nobel de la Paix en 1999 et mena certains de ses protagonistes (Bernard Kouchner, Xavier Emmanuelli) initialement boy-scouts de l'urgence et de la misère, à des fonctions ministérielles.



Le professeur **Jean-Noël Fabiani** est chef de service à l'Hôpital européen Georges Pompidou à Paris, où il dirige le département chirurgie cardio-vasculaire et professeur à l'université Paris-Descartes. Il fut chargé de l'enseignement de l'histoire de la médecine pendant 10 ans à la faculté. Son ouvrage *Ces histoires insolites qui ont fait la médecine* (Plon, 2 volumes) a remporté le prix Jean Bernard 2012 de la Fondation pour la recherche médicale.

16

## Ostéopathie - Thérapie ou imposture ? Les vraies solutions pour votre dos Dr J-F Salmochi - Éditions Léandre



Depuis les lois Kouchner de 2002, il n'est plus nécessaire d'être médecin pour prendre en charge des malades en première intention. Au pays de Descartes et de Claude Bernard ont été acceptés, sans validation scientifique ni nécessité pour la santé publique, des soignants inspirés d'obscurités du XIX<sup>e</sup> siècle sur la santé aux Etats-Unis...

Dix ans après, le constat est accablant : des écoles privées très lucratives, hors de tout système universitaire, sortent à la pelle des pseudo-médecins n'ayant jamais approchés de vrais malades dans des services hospitaliers, des mono-thérapeutes pratiquant au pire des manipulations vertébrales sans indication, au « mieux » et le plus souvent des méthodes de détente pour ces contingents de malades anxieux ayant besoin de réassurance... Tout ceci avec les retards de diagnostics et thérapeutiques qui croissent scandaleusement dans nos consultations médicales.

Ce livre se veut l'antidote de cette contamination insidieuse qui rappelle le « rhinocéros » de Ionesco, et faire œuvre utile de santé publique en exposant les conceptions actuelles du mal de dos et les solutions les plus validées.

**Jean-François Salmochi** est médecin spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation, directeur d'enseignement du Diplôme Interuniversitaire de « médecine manuelle » (ostéopathie) au centre hospitalier Lyon-Sud. Ses travaux de recherche dans la lombalgie commune ont validé l'intérêt de corsets à actions posturales dans le plan sagittal et sont à l'origine d'une nouvelle approche en médecine manuelle utilisant le concept d'intégrité tensionnelle.



### DELPHES Electronique

Société d'Étude, de Réalisation et de Maintenance de Matériel Electronique et Informatique

- Conseil et stratégie
- Installation matériels et logiciels
- Spécialité logiciels médicaux
- Systèmes dédiés à la sauvegarde
- Actions préventives de maintenance
- Suivi et entretien
- Assistance et formation

119 rue de Grenelle - 75007 PARIS  
Tel : 01 45 55 05 89 - 3.606 - 06 62 04 05 89  
Fax : 09 55 72 07 40  
[laurent.ephraim@delphes-electronique.fr](mailto:laurent.ephraim@delphes-electronique.fr)