Hygie

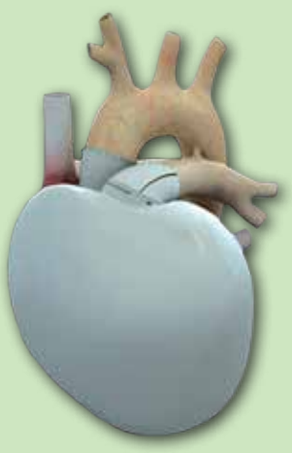
AFFM

De la déesse guérisseuse à la femme médecin

Octobre - Novembre
Décembre 2013
N° 60

L'HEGP accueillera le Colloque 2014 de l'AFFM

sur les pathologies cardiovasculaires de la femme



Sommaire

ÉDITORIAL

Dr Cécile Renson, Présidente de l'AFFM 3

VIE ASSOCIATIVE

- L'AFFM en région Bretagne

- La prise en charge des plaies chroniques - Dr Hamida Lagadec, Cécile Le Bars IDE 4

- Choix thérapeutique pour le diabète de type 2 en 2013 : recommandations HAS 5

- Des nouvelles de la MWIA - Dr Marie-Dominique Ghnassia, Dr Françoise Nico 6

- Le réseau des « Transmetteurs » - Dr Cécile Renson 10

ACTUALITÉS MÉDICALES

Conférence de presse du 26 novembre 2013. Ronflements et apnées du sommeil : un problème de santé publique ? - Dr Cécile Renson 13

ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES

Conférence de presse du 8 octobre 2013. Avancées récentes en nanomédecine. Dr Marie-Claire Brusset 15

Les 3èmes Rencontres parlementaires sur le système de santé. Compte-rendu. Dr Francine Violette 17

FEMMES ET SANTÉ

Gynécologie, obstétrique et reproduction. Journées Jean Cohen - Dr Marie-Claire Brusset 19

Édito

Fiers d'être Français

A l'heure où les Français souffrent d'une crise économique, se montrent inquiets sur leur avenir et affichent une morosité contagieuse, parfois excessive, les beaux esprits étant toujours portés à se plaindre justifiant ainsi de leur supériorité intellectuelle, il convient de saluer une première mondiale réalisée à l'Hôpital Européen Georges Pompidou dans le service du Professeur Jean-Noël Fabiani : la greffe du premier cœur artificiel complet. Cette innovation est due à l'obstination du Professeur Alain Carpentier qui en rêvait depuis vingt ans et à l'audace de l'entreprise Carmat (Carpentier-Matra) qui a réalisé ce produit 100% français.

La France peut être fière de ses pionniers en matière de greffes d'organes, après la première greffe de rein exécutée à l'Hôpital Necker en 1952 par le Professeur Jean Hamburger, la première transplantation du cœur en Europe par le Professeur Christian Cabrol à l'Hôpital de la Pitié en 1968, la double greffe de mains par le Professeur Jean-Michel Dubernard et la greffe de visage par le Professeur Laurent Lantieri…

Pour autant deux problèmes se posent : un traitement anti-rejet du greffon par la cyclosporine, qui doit être poursuivi tout au long de la vie, et le manque de dons d'organes.

On comprend que l'arrivée d'un cœur artificiel soit porteur de grandes espérances car celui-ci permet de s'affranchir de ces deux obstacles.

Il ne faut pas craindre de saluer l'initiative des chirurgiens français, ici tous masculins, mais il serait injuste de passer sous silence l'action des femmes qui dans d'autres disciplines se sont particulièrement illustrées : le Professeur Francine Leca, première femme chirurgien cardiaque et fondatrice de l'association Mécénat Chirurgie Cardiaque ou le Professeur Claire Fékété, ancien chef du service de Chirurgie pédiatrique de l'Hôpital Necker, ancien membre du Comité Consultatif National d'Ethique, membre du Conseil de l'Ordre des Médecins qui s'est distinguée dans « la chirurgie des bébés », comme elle dit, dont la spécificité est l'inné. C'est elle qui a réalisé il y a 12 ans la séparation réussie de sœurs siamoises.

Cependant, il n'y a pas que la chirurgie où les femmes médecins se font remarquer. Ainsi le Professeur Dominique Stoppa-Lyonnet, chef du service génétique oncologique à l'Institut Curie qui s'est particulièrement impliquée dans l'opposition à la firme américaine Myriad Genetic. Laquelle voulait imposer un monopole sur les tests de susceptibilité aux cancers du sein et de l'ovaire (gênes BRCA 1 et BRCA 2). Elle aussi a rempli deux mandats au CCNE. Aujourd'hui, elle se sent attirée par une expérience politique !

Oui, nous pouvons être fiers des progrès de la recherche française et de ses implications cliniques.

Et l'AFFM est particulièrement heureuse de confier l'animation de son prochain colloque au Professeur Jean-Noël Fabiani le samedi 25 janvier dans l'amphithéâtre de l'Hôpital Européen Georges Pompidou sur le thème : « *Les pathologies cardio-vasculaires de la femme* ».

Nous vous espérons nombreuses…

Docteur Cécile Renson
Présidente de l'AFFM

L'AFFM en région - Section Bretagne

Dr Hamida Lagadec, Cécile Le Bars IDE

La prise en charge des plaies chroniques

Les plaies chroniques représentent un problème de santé publique important et sont fréquemment rencontrées par les différents professionnels de santé.
Elles sont souvent symptomatiques d'une pathologie sous jacente (diabète, vasculopathie,…) et beaucoup de facteurs sont susceptibles de retarder leur cicatrisation : facteurs liés à la plaie (surface, profondeur, localisation, infection,…), facteurs liés au patient (dénutrition, cancer,…), mais également à l'environnement (classe sociale, entourage, conditions de vie,…) ainsi qu'aux compétences des professionnels soignants.
Ces plaies ont un retentissement majeur sur la qualité de vie des patients (perte d'autonomie, douleur, image du corps modifiée,…) et peuvent engendrer un isolement social, de l'anxiété voire un syndrome dépressif.

Les plaies chroniques sont définies comme des plaies qui ne cicatrisent pas dans les 4 à 6 semaines d'évolution. Elles incluent les ulcères vasculaires, les escarres, les plaies diabétiques, l'angiodermite nécrosante.
Elles nécessitent une évaluation globale de la situation de la personne ainsi qu'un bilan local de la lésion ulcéreuse.
La collaboration active entre équipes médicale et paramédicale s'impose donc.
Il s'agira par exemple, d'entreprendre des examens complémentaires de type écho doppler veineux ou artériel devant la suspicion d'une plaie d'origine vasculaire, d'évaluer les facteurs de risque (immobilité, incontinence …) et l'état nutritionnel (albuminémie) devant l'apparition d'une escarre.

La prise en charge sera donc adaptée à l'étiologie de la plaie (avis spécialisé chirurgical ou dermatologique, compression veineuse, prise en charge nutritionnelle, mise en place de supports d'aide à la prévention d'escarres,…). Dans tous les cas, la douleur sera prise en compte et soulagée.
Au niveau local, la cicatrisation en milieu humide contrôlé sera favorisée.
La multiplicité des pansements a rendu difficile le choix d'un traitement local adapté. Cependant, la connaissance des différentes classes de pansements permet d'aider à améliorer les symptômes locaux (exsudats, fibrine, nécrose, odeur,…) voire à accélérer la cicatrisation.

L'éducation du patient est primordiale afin que celui-ci coopère au projet de soins et à l'observance du traitement. Ce qui implique une bonne information du patient mais également une bonne communication et une coordination entre le médecin et l'infirmier.

Ulcère mixte

Ulcère mixte + 6 mois après :
1. Correction des carences multiples.
2. Soins locaux adaptés DETERSION.
3. Contention.

En résumé :
- Traiter la cause de la plaie avant tout,
- Réaliser une détersion locale efficace,
- Réévaluer le protocole pansement au maximum 8 jours après,
- Momifier les plaies artérielles si pas de revascularisation,
- Nettoyer au sérum physiologique la plaie et ses pourtours,
- Utiliser un pansement adapté au stade de la plaie et à l'état de la peau péri lésionnelle,
- Ne pas utiliser d'antiseptiques systématiquement ni d'antibiotiques locaux,
- Abandonner les colorants,
- Veiller à une bonne hygiène corporelle du patient,
- Chercher la coopération du patient pour une meilleure adhésion au protocole de soins,
- Etablir une bonne communication et coordination entre tous les professionnels de santé.

L'AFFM en région - Section Bretagne

Choix thérapeutique pour le diabète de type 2 en 2013 : recommandations HAS

Un objectif d'HBA1C personnalisé selon le profil du patient.
Il convient d'expliquer le choix de l'objectif et de s'accorder avec le patient dans le cadre d'une éducation thérapeutique.
HBA1C inférieure ou égale à 7% pour la plupart des patients diabétiques type2.
HBA1C inférieure ou égale à 6.5% pour les patients diabétiques nouvellement diagnostiqués, dont l'espérance de vie est supérieure à 15 ans, sans antécédents cardiovasculaires,traités par règles hygiéno-diététiques et metformine seule.
HBA1C inférieure ou égale à 8% si le risque d'hypoglycémie est délétère : comorbidités graves, (macroangiopathies), ancien diabète (> 10 ans et équilibre difficile à obtenir), espérance de vie limitée (inférieure à 5 ans)
Glycémie à jeun entre 1 et 2 g/l à jeun ou HBA1C inférieure ou égale à 9% pour les personnes âgées malades où l'objectif principal est de limiter les complications aigues (déshydratation, coma hyperosmolaire, hypoglycémie).

CAT thérapeutique

Privilégier la metformine

L'équilibre du diabète n'est pas une urgence. L'atteinte de l'objectif défini peut prendre plusieurs mois. Le choix du traitement se fait en fonction de l'objectif choisi d'HBA1C.
Toujours en premièrte intention : règles hygiéno-diététiques et metformine.
- Si intolérance ou si contre indication à la metformine : sulfamide hypoglycémiants
- Si HBA1C est supérieure ou égale à 10 % à la découverte du diabète, la mise sou s insuline intensifiée d'emblée peut permettre d'améliorer l'équilibre du diabète et de réduire voire de retirer l'insuline après quelques semaines à mois de traitement. (avis endocrinologue recommandé).

	Metformine	Insulino-sécréteurs SU	Inh α glucos	Inh DPP4	Analogue GLP1
Mode d'action	↓Insulino-résistance (foie++)	↑Secrétion insuline	Absorption Glucose ↓	↑durée de vie GLP1	↑insuline ↓glucagon ↓appétit ↓vidange gastrique
Effets secondaires	Digestifs Ac lactique	HypoGmie	Flatulences	? Pancréatites?	Nausées Pancréatites?
Poids	0 ou ↓	+ 2kg	0	0	-2 à -4 kg
Hypo	Non	Oui	Non	Non	Non
↘ Prévisible d'HbA1c	1, 5 %	1 – 1, 2 %	0,5 %	0,8- 1 %	1,5 %
Sécurité CV	Oui	Oui	Oui	?	?

Les différents choix thérapeutiques

Réévaluation à distance

- si HBA1C supérieure à l'objectif, ajout d'un sulfamide hypoglycémiant et si contre indication ou intolérance aux sulfamides : glinides si repas irréguliers, acarbose ou inhibiteur des DPP4,
- si supérieure à 1% par rapport à l'objectif défini initialement, ajout d'emblée d'un analogue du GLP1 (surtout si IMC supérieur à 30) ou ajout d'insuline lente.

Réévaluation à distance

- soit <1% par rapport à à l'objectif défini initialement : ajout 1 ADO soit 3 ADO,
- soit >1% par rapport à à l'objectif défini initialement : maintien des ADO et ajout d'un analogue du GLP1 (surtout si IMC supérieur à 30) ou ajout d'insuline lente.

Réévaluation à distance

- si l'objectif n'est pas atteint avec une trithérapie orale : maintien des ADO et ajout d'un analogue du GLP1 (surtout si IMC supérieur à 30) ou ajout d'insuline lente,
- si l'objectif n'est pas atteint, il est justifié d'adresser le patient à un endocrinologue pour une insulinothérapie intensifiée.

Les recommandations détaillées sont consultables sur le site de l'HAS :

L'Association Française des Femmes Médecins organise son
COLLOQUE ANNUEL, auquel vous êtes cordialement invité(e)

Samedi 25 janvier 2014, de 13h30 à 18h30
Auditorium de l'Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris 15ème - 20 rue Leblanc 75015 Paris

Les pathologies cardiovasculaires de la femme

***Modéré par le* Professeur Jean-Noël FABIANI,** *Chef de Service de chirurgie cardiovasculaire de l'Hôpital Européen Georges Pompidou*

PROGRAMME

***Chirurgie de la valve mitrale :* Pr Paul ACHOUH, HEGP,** *Service de Chirurgie Cardiovasculaire*

***Pathologie des coronaires :* Dr Didier BLANCHARD, HEGP,** *Département de Cardiologie*

***Hypertension artérielle :* Pr Pierre-François PLOUIN**, HEGP,** *Centre de référence des maladies vasculaires rares et Service Hypertension artérielle*

***Spécificités des pathologies vasculaires chez la femme :* Pr Pierre JULIA, HEGP,** *Service de Chirurgie Cardiovasculaire*

***Une femme chirurgien cardiaque :* Dr Léonora DU PUY MONTBRUN, HEGP,** *Service de Chirurgie Cardiovasculaire*

Plus de renseignements sur : *www.affm-asso.fr*
L'inscription est gratuite et obligatoire - RVSP avant le 15 Janvier 2014 à : *colloque@affm-asso.fr*
Informations : 01 72 33 91 30 ou : *colloque@affm-asso.fr*

** les horaires seront confirmés ultérieurement **à confirmer*

Dr Françoise Nico
Dr Marie-Dominique Ghnassia
Des nouvelles de la MWIA

Après les élections qui ont eu lieu lors de l'Assemblée générale de la MWIA qui s'est tenue à Séoul (Congrès International 31 Juillet/5 Août 2013) nous rappelons que la nouvelle Vice Présidente Europe du Sud pour la période 2013/2016 est le **Docteur Christiane Pouliart** (Belgique). Elle a fondé l'Association des Femmes Médecins de Belgique (MWA Be) qui fêtera son 25ème anniversaire en 2014, et en a été la première Présidente de 1989 à 1991.

Dr C. Pouliart, VP Europe du Sud

La MWABe a réalisé son 18ème Symposium le Samedi 16 Novembre 2013 à l'auditorium du Parlement de Bruxelles. Organisé par la Présidente le **Docteur Mireille Vergucht**, dermatologiste et porte parole de la Plate forme Flamande contre les drogues, il avait pour thème **« Les Drogues mettent en danger le toxicomane, sa famille et la Société : une analyse selon le genre ».**

Les **Docteurs Francine Violette**, **Françoise Nico** et **Marie-Dominique Ghnassia** ont assisté à ce Symposium et ont été remerciées pour leur présence par **Christiane Pouliart**.

L'accueil des participants a été réalisé par Madame Brigitte Grouwels, Ministre de la région Bruxelloise.

Dans son introduction le **Docteur Mireille Vergucht** a indiqué que la MWABe voulait attirer l'attention « s*ur le fait qu'en matière de drogues les femmes sont souvent concernées doublement que ce soit en tant que mère d'enfant drogué ou en tant que future mère droguée portant un enfant. Dans ce contexte il est évident qu'il existe un problème de genre.* » Pour elle « *Un enfant a surtout le droit de grandir dans un environnement sans drogue. Et, si malgré tout, l'enfant est confronté à l'utilisation de drogues il a le droit d'être protégé et aidé par ses parents et les services de soins* ». Elle a comparé la situation de la Suède où des mesures restrictives ont conduit à une consommation de drogues 5 fois inférieure à celle de la Hollande, pays qui a suivi une politique de tolérance à l'égard des drogues. Enfin elle a souhaité que ce Congrès entraine un changement de mentalité et d'attitude des politiques et du grand public vis-à-vis de l'usage de drogues.

Dans une première partie a été abordée ***la mise en danger de la santé et de l'avenir du (de la) toxicomane.***
Le **Docteur Jasper Van Herck** a parlé **des conséquences physiques de l'utilisation de différentes drogues** telles que les anabolisants, le cannabis, les opiacés, la Kétamine, le Gamma OH, la cocaïne… mais aussi le tabac, l'alcool et divers produits inhalés. Il a particulièrement insisté sur la prévention.

Le **Docteur Ann Van Duyse** a présenté **les conséquences psychiques des drogues** en insistant également sur la prévention. La consommation chronique aboutit à la dépendance. La dépendance répond à une cinétique du cerveau. La Dopamine est au centre de la question : la destruction du système dopaminergique aboutit à l'augmentation de la consommation. On envisage actuellement la fabrication de vaccins agissant sur les récepteurs Dopaminergiques pour une drogue déterminée.

Le **Docteur Constantinos Papageorgiou** a abordé les **Spécificités de la toxicomanie chez la Femme :** les femmes sont plus difficilement diagnostiquées que les hommes car elles tendent à masquer leur toxicomanie. Leur traitement est donc plus tardif avec hospitalisations fréquentes en psychiatrie. Des problèmes sont liés à la grossesse avec persistance de la consommation et risques pour le fœtus. Les relations familiales difficiles aboutissent à l'isolement et des troubles de la personnalité et des problèmes sociaux sont observés. Comment suivre ces femmes et les empêcher de consommer ? L'évolution est souvent favorable quand il y a un retour à une vie stable mais les risques de récidives sont fréquents.

La deuxième partie a porté sur ***la mise en danger de sa famille et de son environnement immédiat par le (la) toxicomane***.
Le **Professeur Didier Ebo** a traité de **l'Allergie au Cannabis et de ses conséquences.** Le Cannabis est une plante qui peut provoquer une allergie de contact de type urticaire mais aussi des allergies croisées avec le soja, les noix, les noisettes, les cacahuètes, les figues, les oranges, les pommes, les pêches, les tomates, certains légumes (poivron, avocats, aubergines…) le latex et certains pollens. Ces allergies peuvent être très sévères. On peut se demander si le Cannabis n'est pas à l'origine d'allergies à des légumes et des fruits qui sont apparues récemment en Europe du Nord. Des cas cliniques ont été présentés.

Le **Docteur Annelies Keymeulen** a évoqué **les risques et dégâts subis par le nouveau né de mère toxicomane.** Il est nécessaire de connaitre les produits pris

par la mère et pas seulement le tabac, l'alcool mais aussi le Cannabis, consommation souvent cachée par la femme. Le Tétra Hydro Cannabinol passe la barrière placentaire. Des risques de Fausse Couche Spontanée et d'atonie utérine lors de l'accouchement sont à craindre en raison de l'action des cannabinoïdes sur l'utérus. Il existe également des risques de prématurité, d'hypotrophie pour l'enfant. Un syndrome de manque peut se manifester chez le nouveau né. Les effets à long terme sur le comportement des enfants sont à connaitre : problèmes de mémoire à court terme, de concentration, d'hyperactivité, d'apprentissage. Ces enfants seront aussi plus sensibles à la dépendance après une première consommation. Ils doivent donc être régulièrement suivis en consultation.

Le **Docteur Inez Vandenbussche** a parlé **des problèmes psychiatriques des jeunes drogués.** L'utilisation chronique du Cannabis est sous estimée de même que la dépendance à ce produit qui peut entrainer un retard scolaire important des troubles du comportement, des troubles psychosomatiques (surtout chez les filles), des troubles psychiatriques. La prévention doit être précoce. Il est important d'informer les jeunes et leurs familles des dangers encourus. L'école a un rôle éducatif à jouer.

Le **Professeur Lieve Dams** a abordé **l'Impuissance de la mère, figure centrale.** Les mères en général prennent en charge les problèmes des enfants beaucoup plus que les pères. Pour le jeune toxicomane il ne peut y avoir d'injonction à se soigner qu'en cas de perturbations psychiatriques sévères avec mise en danger pour lui même ou pour les autres. Dans les autres cas le jeune toxicomane peut refuser que le médecin parle à sa famille et refuser de se soigner. Très souvent la mère se retrouve seule face au problème sans moyen d'action. Il est nécessaire qu'une collaboration s'instaure avec le médecin voire avec la justice pour agir efficacement.
Une mère de toxicomane est venue témoigner : Femme seule avec 5 enfants. Un garçon dépendant qui l'accuse d'être une mauvaise mère « *sinon ce ne serait pas arrivé !* » mentant en permanence, incapable de se concentrer sur un sujet, sans toit, sans indemnité, malade refusant de se soigner, face à sa mère stressée et seule pour résoudre tous ces problèmes. Comment faire de la prévention ? Com-

Dr M. Vergucht, Présidente MWABe

ment lutter contre les dealers à la sortie des écoles ? Que faire lorsque le toxicomane est mineur ? Il faut que les mères s'unissent pour agir ensemble, qu'une formation leur soit donnée pour résister aux manipulations de leurs enfants toxicomanes et qu'elles sachent que ce n'est pas forcément de leur faute si leur enfant en est arrivé là.

En troisième partie a été abordé : ***Toxicomanie et risques pour la Société : juridiques, thérapeutiques, financiers.***
Le **Docteur Michel Deneyer** a présenté **Secret Médical et toxicomane mineur.** Il s'agit d'une question très complexe. Les mineurs viennent rarement consulter seuls. Que faire en cas d'aveu confidentiel de consommation de drogue ? Insister pour que la vérité soit dite aux parents : « *Dis le à tes parents* » ou « *Je téléphone à tes parents ?* ». Tout communiquer aux parents ? Il existe un conflit entre le secret médical et l'autorité parentale. Par ailleurs en cas de situation d'urgence il est nécessaire pour le médecin de protéger en priorité le mineur et donc d'avoir le droit d'intervenir…

Madame Liliane Keuleers, Commissaire de Police, et **Madame Stéphanie Chomet**, Substitut du Procureur du Roi à Anvers ont abordé **Les conséquences de la toxicomanie pour la Société.** La police est amenée à intervenir en cas de perturbations provoquées par les toxicomanes dans le domaine public ou lorsqu'un coma douteux est signalé par les parents ou par l'hôpital et qu'une enquête sociale est diligentée. Les mineurs ne comprennent pas toujours la gravité des consommations et il est nécessaire de les envoyer le plus tôt possible vers des consultations de spécialistes. Il faut également s'attaquer aux violences et le problème majeur est l'association d'alcool et de drogues.
Que peut- on faire pour éviter que la toxicomanie débute à l'école ? Il devrait être possible d'exercer un contrôle sur les cartables ce qui n'est pas le cas : un protocole devrait exister au niveau scolaire. Par ailleurs des relations de confiance devraient être établies entre école et police de même qu'entre police et médecins. Des projets sont à l'étude à Anvers.
Les médecins mais aussi les juges doivent être informés des conditions d'un traitement sous contrainte à l'hôpital. Il est nécessaire de savoir reconnaitre les critères de la dangerosité du toxicomane : un psychiatre et un psychologue doivent procéder ensemble à une expertise permettant un diagnostic et la mise en œuvre d'un traitement.
Par ailleurs Il est impératif de contrôler l'usage de drogues dans les prisons aussi bien au niveau des prisonniers (analyses d'urine et de sang une fois par mois) que du personnel qui peut être impliqué.
Il est indispensable que les politiques prennent conscience du problème posé par l'école et par les prisons.

Monsieur Raymond Yans, Président du Bureau International de Contrôle des Narcotiques (INCB) des Nations Unies, a rappelé que **les risques de la toxicomanie pour le consommateur et la société** sont devenus une matière de droit International depuis le début du XXème siècle. Les drogues (opium, Cannabis…) sont considérées comme légales dans leurs usages scientifiques et médicaux mais l'OMS n'autorise pas leur usage récréatif. Des statistiques de production, fabrication, consommation sont réalisées au niveau des Nations Unies. Lorsque les besoins légitimes d'un pays sont outrepassés une enquête est ouverte par l'INCB. Il en est de même quand un pays producteur exporte trop.

L'Amérique Latine propose de ne plus faire « la guerre à la drogue » mais « la paix » pour récupérer les fonds ainsi obtenus pour des dépenses sociales. Ainsi le Guatemala a proposé devant l'ONU de légaliser le Cannabis, la Cocaïne… Ceci pourrait devenir une mesure mondiale concernant diverses drogues avec un texte commun à l'ONU lors de l'Assemblée générale de 2016.
Actuellement aucun organisme ne s'occupe de la Coordination de la lutte contre la drogue et l'on ignore le coût social exact au niveau international de l'usage illicite de drogues car il n'existe pas de structure internationale pour en juger bien que l'INCB se soit vu attribuer des pouvoirs quasi « judiciaires ».

Le Comité de l'OMS qui prend en charge les substances illicites n'a pas été réuni depuis 6 ans mais devrait se réunir en Juin 2014 pour étudier 40 substances utilisées actuellement de façon illicite selon le classement OMS. Mais de nouveaux produits non classés, en particulier des molécules médicamenteuses, sont en vente sur Internet sans aucun contrôle et peuvent aussi être vendus dans des dancings, dans la rue…
A noter que les salles de « Shoot » ne sont pas en accord avec les conventions internationales.
La responsabilité des Etats repose sur une politique de « Prévention Primaire » contre la drogue. Le corps médical doit être aidé pour pouvoir faire face à la prise en charge, l'accompagnement et au moins le début du traitement des drogués.

Un débat modéré par le **Docteur Ingrid Van de Velde** (Psychiatre, Présidente de la MWAbe 2004/2006) a clôturé le Symposium : **Que faire des toxicomanes chroniques ? Comment les aider ?** Pour les jeunes l'appartenance à un groupe est importante mais il faut arriver à rompre le cercle des contacts néfastes. Des Associations de protection de l'enfance doivent jouer un rôle en particulier auprès des mères concernées. Des centres spécialisés avec aide psychiatrique doivent permettre un suivi de ces jeunes. La question se pose surtout pour les jeunes adolescents drogués qui se trouvent à la limite de la vie adulte et refusent de voir les risques encourus et deviennent dangereux pour eux-mêmes et les autres.
Il est demandé fortement qu'une réflexion commune soit menée au niveau européen pour aboutir à des actions concrètes.

Le **Docteur Mireille Vergucht** a présenté la ***Conclusion de ce Synposium très riche en informations.***
Un dossier rédigé par les **Docteurs Francine Violette** et **Françoise Nico** va paraitre sur le Site de l'AFFM : *http://affm-asso.fr/*
Shelley Ross, Secrétaire générale de la MWIA, nous a adressé le Certificat de membre du « Golden Jubilee » pour le **Docteur Marie-Thérèse Nourissier-Sobesky** qui le recevra officiellement des mains du **Docteur Françoise Nico**, Correspondante internationale et Coordonnatrice de la MWIA, lors de l'Assemblée générale de l'AFFM le 25 Janvier 2014.

MWIA'S NEWS

We remind that, after the elections held in Seoul, during the MWIA's General Assembly (International Congress 2013 July 31rst/August 5th) the Vice President 2013/2016 for Southern Europe is **Doctor Chris Pouliart** (Belgium) who founded the Medical Women Association of Belgium (MWABe) which will celebrate its 25th birthday in 2014 and who was the first President from 1989 - 1991.

On Saturday 16th November 2013, MWABe has held its 18th Symposium in Brussels, organized by The President **Dr Mireille Vergucht**, dermatologist, spokewoman of the Flemish Platform against drugs. The topic was: **"Drugs split up the addict, the family and the society: a gender analysis".**

Doctors Francine Violette, Françoise Nico and **Marie-Dominique Ghnassia** were present at the Symposium.
The participants were received by **Mrs Brigitte Grouwels**, minister of Brussels Region. **Dr Vergucht** introduced the Symposium telling that MWABe wanted to attract attention on the fact that, for drugs problems, women are concerned as mothers of drug addict children and as future mothers if they are addicts themselves. So a gender problem exists. A child has the right to grow up in an environment without drug, and if he is confronted with the use of drugs, has the right to be protected and helped by his parents and by health's services. In Sweden, with restrictive measures, the drug consumption is 5 times less than in Netherlands where a policy of tolerance is the rule. Dr Vergucht has wished that the congress will be useful to change the mind of politicians and general public towards drug's use.

The following subjects have been treated:
The addict split up his (her) health and his (her) future:
Dr Jasper Van Herck spoke about **the Physical Consequences of different drugs** such as Cannabis, Opioids, Ketamine, Gamma OH, Cocaïne but also Tobacco, Alcohol and inhaled products. For him prevention is a necessity.

Dr Ann Van Duyse spoke about **the Psychic Consequences.** Dependence is the result of a durable consumption of drugs

Professeur Myriam Van Moffaert (Past President MWABe, neuropsychiatre) et Dr M-D. Ghnassia, AFFM

with a cerebral kinetic. The destruction of the Dopaminergic system results in a greater consumption. Vaccines which can act on Dopaminergic receptors for an identified drug are studied. Prevention is still required.

Dr Constantinos Papageorgiou spoke about **The Addict Women:** The diagnostic of addictions is less easy in women than in men so their treatment is often later with frequent psychiatric hospitalizations. Pregnancy with mother's drugs addiction results in serious foetal risks. Family relations are difficult with isolation, personality disorders and social problems. What can be done to follow these women and stop their drug addiction? For them the evolution can be good if their life becomes stable but recurrence's risks are strong.

The addict split up his family and his close relations:
Prof Didier Ebo spoke about **Cannabis Allergy and its consequences:** Cannabis is a plant which can bring a contact allergy (urticaria) but a cross allergy with soja, nuts, walnuts, figs, oranges, tomatoes and some vegetables can appear. These allergies can be severe. The apparition of some new allergies to fruits and vegetables in Northern Europe could be attribute to Cannabis's addictions.

Dr AnnDrelies Keymeulen spoke about **Risks and Damages for the newborn with an addict mother.** The drugs taken by the mother must be known and not only tobacco and alcohol but also Cannabis, the women often hide their addictions. Cannabis can result in spontaneous miscarriage and uterine atonia. Risks of prematurity, hypotrophy and even of withdrawal syndrom can exist for the newborn. The long term effects on the child-

ren must be known: problems of memory, concentration, learning, hyperactivity… Those children will be more sensible to dependence after a first trial of drug. They must be regularly followed by pediatricians or other specialists.

Dr Inez Vandenbussche spoke about **Psychiatric problems of young addicts.** The chronic use of Cannabis and dependence are underestimated. Important school delay, behavior, psychosomatic, psychiatric disorders can be observed. The prevention must be done early. The information of the young people and of the family for the risks which can occur must be done. School has also an important part to play.

Prof Lieve Dams insist on **the Helplessness of the mother, a central figure:** mothers generally take care of their children much more than fathers. For a young addict the only injunction for a treatment is if severe psychiatrics perturbations occur with real danger for himself or for others. Differently the young can refuse that the doctor speaks to his family and can refuse to be treated. The mother, very often, is alone with the problems and has no means of action. It is a necessity that doctors can collaborate with family and even with justice to work efficiently.
A mother of a son drug addict dependent presented her case: mother alone with 5 children, the son told her that she is responsible of his drug addiction. He is always lying, doesn't work, is sick but refuses any treatment, and his mother, stressed is alone in front of him. How to act for prevention? How to stop dealers at the door of schools? What can be done with a minor addict? Mothers must act together, they must receive a formation to resist to the manipulations of their children and must know that they are not obligatory responsible of the state of their children.

The addict split up the Society
Prof Michel Deneyer presented **Medical secret and minor addict.** The minors come rarely alone to a consultation and it can be difficult to speak with them. What can do a doctor if he receives a confession from a minor? Insist on telling the truth to the parents: "You must tell that to your parents", "I shall phone them"? Tell everything directly to the parents? The medical secret is in conflict with the parental

Dr F. Violette, AFFM et Dr F. Nico, AFFM

authority. In case of emergency the minor must be protected and the doctor has the right to do what he thinks the best.

Mrs Liliane Keuleers, Superintendant, and Mrs Stéphanie Chomé, Substitute of King prosecutor in Anvers spoke about **Consequences of addictions on Society.** Police can be involved in case of perturbations caused by addicts in public area or if a suspicious coma is signaled by parents, doctor or hospital and that a social enquiry becomes necessary. Minors don't often understand the seriousness of consequences of addictions. They must be sent as soon as possible to specialists. It is necessary to fight against violence. The major problem is the association of drugs and alcohol.
How to prevent drugs at school? A control would be possible and a procedure should be suitable during scholarship. Confidence relations must be established between school, police and doctors. Doctors and judges must know the conditions of treatment under duress and the criteria of dangerosity. An expert evaluation by two specialists must be done conducting to a diagnostic and a treatment. Control of drugs uses must be done in jails for the prisoners (urine and blood analysis once a month) but amso for the employees who can be involved in an illicit trading. The problems of school and jail must be known by politicians.

Mr Raymond Yans, President of the International Narcotics Control Board (INCB) of United Nations (UNO) reminded that **the risks of drug addiction for the consumer and the society** became a law matters of International right since the beginning of the 20th Century. Drugs as Cannabis, Opium are considered as legal if used for scientist or medical purpose. But World Health Organization (WHO) does not allow an entertaining use. The Board enquiry when a country import more than its quota or if a producing country export more than authorized. In South America some countries propose not to do "war" against drugs because war is already lost, but to do "peace" and use the financial gains obtained to do social work. Guatemala proposed in UNO that Cannabis, Cocaine can be legalized. This could be a world decision for different drugs during the UNO General Assembly in 2016.
At present there is no coordination of the fight against illicit use of drugs and no international organism to judge the social cost. In June 2014 the comity of WHO will study, after 6 years without meeting, 40 classified drugs with illicit use in the world. But new products, especially medical products not already classified are sold without any control on internet, in dancing, in street.
It is useful to note that the "Shoot rooms "are illegal because not in accordance with the international conventions.
The State's responsibility is based on a policy of primary prevention against drugs. Doctors must be helped to face how to care, accompany, and treat the addicts.

The Symposium was finished by ***a debate*** with **Dr Ingrid Van de Velde** as moderator: **What can be done for chronic addicts?**
For young people to be a member of a group is important but it is necessary to break the circle of these pernicious influences.
Associations for Children Protection must play a role especially to help the mothers. Specialized centers must be able, with psychiatric help, to follow these young. The most difficult is to help the young at the age of end of adolescence and beginning of adult life who refuse to see the risks and become dangerous for themselves and the others.
A common thought is highly recommended at the European level to obtain concrete actions.

Dr Mireille Vergucht ***concluded this symposium where many information have been presented.***

Dr Shelley Ross, Secretary General of MWIA has sent us the certificate of Golden Jubilee Member for Doctor Marie-Thérèse Nourissier-Sobesky, member of the Administration council of AFFM.

Dr Cécile Renson

Le réseau des « Transmetteurs »

Participation de l'AFFM au colloque du CNFF du jeudi 7 novembre 2013 : *Femmes et précarité. Prévenir les ruptures et accompagner. Le rôle et les actions des associations.* Gérer sa santé et les problèmes inhérents à l'accès aux soins.

De plus en plus de femmes à la rue.
L'Association Française des Femmes Médecins est particulièrement fière de participer à ce colloque organisé par le Conseil National des Femmes Françaises sur un problème de plus en plus prégnant : la précarisation de notre société… L'exclusion va grandissant, et parmi les personnes en situation précaire, les femmes, les jeunes et les familles.
« la crise n'est pas saisonnière, c'est la crise de la société toute entière » a dit Xavier Emmanuelli, fondateur du SAMU Social, ancien secrétaire d'Etat à la médecine humanitaire d'urgence, qui, entre autres idées géniales a créé l'association Les Transmetteurs, après la crise sanitaire occasionnée par la canicule de 2003 et le gâchis des médecins retraités égaillés dans la nature qui auraient alors pu apporter leur concours.

Il faut croire que l'idée était bonne puisqu'elle a été reprise par le gouvernement en mars 2007 qui a créé l'EPRUS, Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires…

Médecin Transmetteur, même avant la fin de mon exercice médical, j'ai apporté ma modeste contribution dans trois secteurs : les crises sanitaires climatiques, des consultations dans un centre de demandeurs d'asile et les expériences de maraude avec le SAMU Social.

Lors de périodes caniculaires définies par le préfet de la zone de défense de Paris, l'association, liée par une convention avec la Mairie de Paris, participe au plan Chalex (chaleur extrême).
Les personnes fragiles inscrites sur le fichier Chalex, (25 000 en 2012) sont appelées par des opérateurs mandatés par la Ville qui se renseignent sur leur état de santé. S'il y a risque sanitaire, ils le signalent à la cellule de régulation sanitaire située à Necker, où se trouvent les Transmetteurs, qui alertent alors les services de secours (Samu, pompiers) pour une intervention immédiate ou donnent des conseils médicaux.
Il s'agit le plus souvent de personnes âgées, en particulier des femmes qui répondent à un syndrome de fragilité, lequel peut très rapidement basculer dans la précarité, voire dans le drame sanitaire.
Très souvent, au problème médical se surajoute un problème social, illustrant ce que je crois être le grand mal de notre société : la solitude.

A ce sujet, il me semble important de signaler que 6 appels sur 10 au SAMU ne correspondent pas à un appel relevant de soins.

Il s'agit d'une personne isolée qui tous les jours appelle en début de soirée pour d'hypothétiques troubles, une angoisse, des troubles du transit… le plus souvent des femmes seules qui n'ont parlé à personne de la journée et qui ont besoin d'une écoute, au point d'encombrer les lignes du SAMU dédiées aux appels d'urgence. C'est pourquoi, Xavier Emmanuelli, l'an dernier, a commencé à mettre en place un service particulier, à l'intérieur du poste de régulation du 15, destiné à rappeler les personnes habituées de ces appels. Une femme a appelé 167 fois en 6 mois… presque tous les jours. Ces appels relèvent des services sociaux, voire de la psychiatrie. Ce nouveau service, qui en est à ses balbutiements, s'appelle l'EMU, Equipe Médicale d'Urgence, appelée à se rendre sur place, comme je l'ai fait à plusieurs reprises pour évaluer la demande, réconforter la patiente, voire activer les services municipaux d'aide à la personne.
Ce sera ma première proposition :

Que dans chaque service de régulation, dans chaque centre accessible par le 15, il y ait une antenne sociale, reliée à la mairie et à la DASS.

Une autre expérience est celle de médecin généraliste à la CAFDA, centre d'accueil des familles demandeurs d'asile. Il s'agit plutôt d'orienter les personnes de la famille en demande d'asile, souffrant de différents maux, vers des centres de soins, vers les PASS, Permanences d'Accès aux Soins Sanitaires telles que le Docteur Moutel va vous les décrire.
Ces familles viennent, pour beaucoup, de pays de l'Est : Caucase, Tchétchénie, Bengladesh. Elles ont quitté leur pays croyant trouver l'Eldorado en France. Quelques-unes accompagnent un mari qui a subi des blessures de guerre, dues à une explosion de mine, des éclats de balle… mais souvent il s'agit de troubles psychosomatiques, dus à des problèmes de vie courante : inconfort, anxiété, soucis concernant les enfants qu'elles veulent voir scolarisés, comme pour leur préparer une vie meilleure que la leur.
Une constatation : les Pass fonctionnent assez bien, pour les adultes, les femmes enceintes et les enfants. Un bémol : **l'accès aux Soins dentaires pour les enfants et les adolescents dans les PASS.**
Ce sera ma deuxième proposition.

Ma troisième expérience découle de ma fréquentation du SAMU social, en particulier des maraudes.
Les femmes à la rue, c'est-à-dire privées de logement, représentent une faible partie de la population sans domicile (une sur cinq à Paris).
Elles témoignent toutes de **violences subies** (violences conjugales, abus sexuels, agressions physiques, rejet familial) dont

la répétition leur fait quitter leur logement. Dans la rue, elles vont subir d'autres pressions par des hommes sans domicile ou non, qui tirent partie de leur vulnérabilité en obtenant d'elles des relations sexuelles contre un hébergement, une protection ou la promesse d'une normalisation sociale. Elles manquent d'accès à toute contraception, les prises de risque sont fréquentes et les pratiques de dépistages bien sûr inexistantes.

Leur recours aux **soins gynécologiques** est variable selon leur degré d'exclusion, les plus « cassées » (Monia Chasserio- Cœur de femmes), depuis longtemps sans domicile, ayant perdu le sens du « souci de soi », n'accèdent aux soins que dans le cadre des urgences hospitalières.

La grossesse est un des problèmes de ces femmes à la rue. Elles seraient 1 500 à donner naissance à un enfant en région parisienne tous les ans.

Elles avouent parfois avoir découvert leur grossesse tardivement, après le délai légal d'interruption volontaire de grossesse. Souvent célibataires, seules, elles peuvent être accueillies par le CASP, Centre d'Action Sociale Protestant, ou l'association Solipam (Solidarité Paris Maman).

Il semblerait que pour bon nombre d'entre elles, la maternité soit vécue comme une rédemption : réduction du sentiment de solitude, motivation, possibilité d'entrevoir un avenir plus heureux avec la perspective d'un hébergement.

Pour d'autres, en particulier, celles qui se voient séparées de leur enfant, elles développent un sentiment de honte et de culpabilité qui les enfoncent encore un peu plus dans leur marasme socio-économique et psychiatrique.

Les troubles psychiatriques sont fréquents chez les personnes vivant à la rue : dépression, conduites suicidaires, addictions.

Un soutien psychologique, voire psychiatrique, est primordial pour toutes ces femmes.

Ce sera ma troisième proposition.

Toutes ont besoin de reconstruire leur image d'elle-même, d'absence d'estime de soi, de dévalorisation personnelle, de manque de reconnaissance… Elles cachent leur souffrance derrière leur demande de logement qui demeure souvent leur priorité, derrière leurs difficultés économiques. Elles taisent leurs problèmes intimes.

Il faut réconcilier celles qui ont été séparées de leur progéniture avec leur rôle de mère, assurer une prise en charge psychologique des violences physiques, sexuelles et psychologiques subies.

Une prise en charge psychiatrique s'impose pour toutes.

Il faut savoir que ne sont valables que les interventions en face-à-face avec le médecin ou l'équipe de soins de première ligne, que les campagnes de masse de prévention ne franchissent pas les barrières culturelles, que seul est valable le travail sanitaire et social de proximité.

Ces critères de proximité, d'action ciblée, ont montré leur efficacité dernièrement dans 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, la mobilisation de tous les professionnels de santé, des partenaires locaux ont eu raison de cette épidémie, problème de santé publique majeur. C'est là le succès des Ateliers Santé-Ville 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.

Des médecins Transmetteurs participent à ces Ateliers Santé-Ville. Ils contribuent à l'éducation des femmes migrantes dans les maisons de quartier, donnent des conseils médicaux, d'hygiène, de diététique…

Bref, ils répondent à leur vocation : médecin un jour, médecin toujours.

Trois propositions de l'AFFM :

1- Plus de 6 appels sur 10 au SAMU (le 15) ne relèvent pas de soins mais sont le fait de personnes isolées, en particulier de femmes âgées qui souffrent de solitude.

Ces appels encombrent les lignes, insupportent les médecins régulateurs dont la vocation n'est pas de résoudre les problèmes sociaux.

Il conviendrait d'installer une antenne « sociale » dans chaque centre de régulation qui serait en relation avec les services sociaux municipaux et/ou départementaux (Le Professeur P. Carli est d'accord. Il a défendu cette idée à la Garde des Sceaux lors de la visite de celle-ci aux Transmetteurs).

2- Accès aux soins dentaires dans les PASS pédiatriques.

3- soutien psychologique de toutes les femmes à la rue et consultation psychiatrique dans le suivi des femmes mères de famille et/ou ayant subi des violences physiques ou sexuelles.

HYGIE N°60

JOURNAL TRIMESTRIEL DE L'AFFM
Directeur de publication :
Dr. Cécile Renson

COMITÉ DE RÉDACTION
Dr. Marie-Claire Brusset
(*Directeur du comité*)
Dr. Françoise Pantaleon
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 duJournal 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.

institut i. N. C. A. nutrition cellulaire active

« De l'automédication à la prescription »

Venez partager l'expérience du Dr Régis GROSDIDIER qui a intégré dans sa pratique, pendant plus de 12 ans, l'usage raisonné des compléments alimentaires.

- Les patients sont toujours plus nombreux à souhaiter de la part de leur médecin un conseil nutritionnel et micronutritionnel adapté.
- L'offre des laboratoires en matière de compléments alimentaires est abondante.
- La pratique de l'automédication est largement répandue.

Pourtant, les risques de surdosage, d'interactions et d'effets indésirables sont réels.

1er semestre 2014

Journées INCA Méd.
le samedi
de 9h00 à 18h00

Lyon • 15 février
Paris • 8 mars
Aix-en-Provence • 12 avril
Strasbourg • 17 mai
Toulouse • 24 mai
Rennes • 14 juin

Vous inscrire
Contactez ***Sylvie BORDES***
05 62 98 13 22
incaformations@wanadoo.fr

La micronutrition et les compléments alimentaires en médecine ambulatoire.

Programme de la journée :

- **Intérêts** de la micronutrition et des compléments alimentaires en médecine ambulatoire.
- **Indications** et **suivis**.
- **Précautions** et **contre-indications** lors de traitements allopathiques en médecine générale de ville.
- **Accompagnement** des **traitements allopathiques** et **réduction** de leurs **effets indésirables**.

Afin de vous assister dans votre diagnostic, vous aurez accès à un questionnaire IoMET, facile d'usage, permettant :

- D'identifier les déséquilibres en micronutriments.
- De préciser les besoins et l'intérêt de modifications nutritionnelles et/ou micronutritionnelles.

UNE FORMATION EN PARTENARIAT AVEC LABORATOIRE NUTERGIA La Nutrition Cellulaire Active

Conférence de presse - 26 novembre 2013

Dr Cécile Renson

Ronflements et apnées du sommeil : un problème de santé publique ?

Le sommeil fait partie intégrante de notre vie à tel point qu'environ un tiers de notre existence y est dédié.

Il est indispensable au bon fonctionnement de notre corps. Mais de nombreux troubles viennent dérégler ce besoin de repos, parmi lesquels on retrouve le ronflement qui toucherait 39% de la population, l'insomnie pour environ 20% de la population, le syndrome des jambes sans repos (environ 6%) et l'apnée du sommeil, dont les conséquences sont les plus sérieuses pour 7% de la population.

Le ronflement

Trouble nocturne le plus fréquent, le problème du ronflement concerne directement (ou indirectement) plus d'un Français sur deux, soit près de 25 millions de personnes. Il peut atteindre 95 décibels, soit le bruit du passage d'un camion, alors que le seuil de risque pour l'acuité auditive est de 85 décibels…
Il est produit de manière involontaire par le relâchement des tissus de la gorge, en particulier la langue, qui vient entraver le passage de l'air. Le flux d'air ainsi perturbé entraîne la vibration des tissus de la gorge et le son du ronflement.
Il peut être favorisé par le surpoids, la position du dormeur, des problèmes au niveau du nez, par la taille des amygdales chez l'enfant, ou encore par l'hygiène de vie (tabac, alcool).

Les conséquences sont multiples sur le plan social :
- pour l'entourage du ronfleur : manque de sommeil, irritabilité, conflit dans le couple
- pour le ronfleur :sentiment de honte, culpabilité, difficultés professionnelles, moindre qualité de sommeil, car un ronfleur sur trois est réveillé par son ronflement…

Mais le ronflement peut constituer un signe précurseur et prédictif d'un syndrome d'apnée du sommeil) plus problématique et aux multiples conséquences.

L'apnée du sommeil

L'apnée du sommeil est un problème qui touche 3,5 millions de personnes, mais maladie silencieuse et méconnue, elle reste sous-estimée.
Le relâchement des tissus de la gorge bloque complètement le passage de l'air entraînant un défaut d'oxygénation. Pour parler de syndrome d'apnée du sommeil, les interruptions de respiration doivent durer au moins 10 secondes et se reproduire 5 fois par heure au minimum. Dans les cas les plus graves, les arrêts respiratoires peuvent dépasser 1 minute et se reproduire jusqu'à 100 fois par heure.

Hypoxie et hypercapnie provoquent à la longue hypertension artérielle et favorisent la survenue d'infarctus du myocarde, risques qui pourraient être prévenus si cette maladie chronique qu'est le syndrome d'apnée du sommeil était diagnostiquée suffisamment tôt et traitée correctement.

Mais les traitements proposés passent pour être lourds, contraignants, onéreux et inefficaces.

Disponibles en pharmacie, sans ordonnance, il existe des dispositifs qui prennent la forme de sprays nasaux ou buccaux, utiles essentiellement en

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 Thoï Pham

SECTIONS LOCALES
SECTION BRETAGNE :
Dr F. Le Bail
31, route de Kerlily
29280 - Loc Maria Plouzané
SECTION GRAND EST :
Marie-Claude Laprévote
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

cas de nez bouchés. Ils n'agissent pas sur la cause principale du blocage du passage de l'air.
Les bracelets anti-ronflements déclenchent de petites impulsions électriques à chaque détection de ronflement. Celles-ci ont pour vocation de faire changer le ronfleur de position…

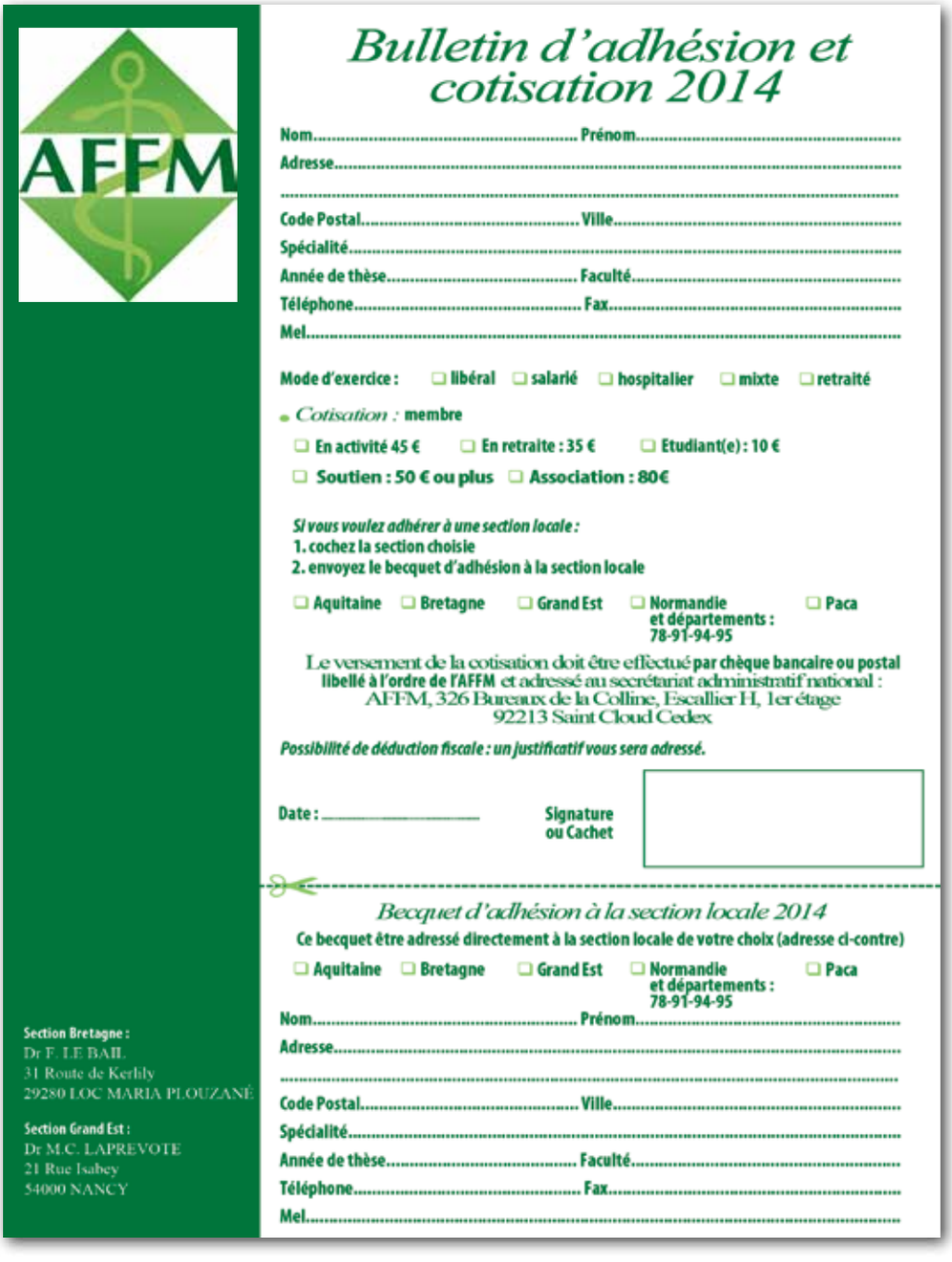
La chirurgie du voile du palais (*ulvuloplastie***)** a connu son heure de gloire. Pratiquée par des ORL chevronnés, cette ablation partielle du voile du palais lorsque celui-ci est hypertrophié est mal supportée par les patients, irréversible et souvent peu efficace.

La Ventilation par Pression Positive Continue VPPC) constitue le traitement de référence de l'apnée du sommeil sévère (plus de 30 apnées par heure), mais elle est mal tolérée car encombrante et incommode. De ce fait, 34 à 42% des patients abandonnent ce traitement dès la première année.
Cette VPPC se présente sous forme d'un masque relié à une machine qui envoie de l'air sous pression afin de maintenir les voies respiratoires perméables.
L'appareil est remboursé par la Sécurité Sociale pour un coût de 1 100 euros par an et par patient, et 60 000 nouveaux patient sont appareillés chaque année.

Les orthèses de laboratoire représentent le traitement de choix pour l'apnée du sommeil modérée, et en cas d'apnée sévère en complément de la VPPC ou en cas de refus ou d'abandon de celle-ci.
Il s'agit de deux gouttières, similaires à celles des boxeurs. L'orthèse d'avancée mandibulaire a pour but de maintenir en position légèrement avancée la mâchoire inférieure afin de libérer la passage d'air dans la gorge.
Elles nécessitent une prise d'empreinte dans un cabinet dentaire et plusieurs rendez-vous de réglage. Leur coût varie de 600 à 900€ pour 2 à 3 ans de traitement et sont bien tolérées.

Une nouvelle orthèse d'avancée mandibulaire vient d'être mise sur le marché. Elle reprend les caractéristiques de l'orthèse de laboratoire et présente une efficacité équivalente. Discrète et bien tolérée, elle est auto-personnalisable et auto-réglable. Le patient peut en effet réaliser lui-même l'empreinte de sa denture et le réglage du dispositif grâce à un procédé rapide et facile d'utilisation.
Sa durée de vie est de 18 à 24 mois selon la qualité de la salive et les soins apportés à son entretien.
Son coût est de 69 € et elle est disponible en pharmacie, avec ou sans prescription médicale.
Tous les utilisateurs ont constaté une baisse de leur ronflement, avec une meilleure qualité de sommeil, une diminution de la somnolence diurne et une moindre fatigue.
Une efficacité complète a été enregistrée sur 77% des patients apnéiques
Une étude clinique multicentrique, menée entre autres dans des hôpitaux de l'Assistance Publique-Hôptaux de Paris (Lariboisière et Bretonneau) a conclu que « *les résultats sont comparables à ceux relevés dans la littérature récente avec des orthèses fabriquées en laboratoire pour un coût bien inférieur* ».

La société ONIRIS qui fabrique cette orthèse, 100% Made in France, a obtenu le statut de Jeune Entreprise Innovante et est soutenue par Oséo.



AFFM

Bulletin d'adhésion et cotisation 2014

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 voulez 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 et départements : 78-91-94-95 ❑ Paca

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, Escallier 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 2014

Ce becquet 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.....
Spécialité.....
Année de thèse..... Faculté.....
Téléphone..... Fax.....
Mel.....

Section Bretagne :
Dr F. LE BAIL
31 Route de Kerlily
29280 LOC MARIA PLOUZANÉ

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

Conférence de presse - 08 octobre 2013

Dr Marie-Claire Brusset

Avancées récentes en nanomédecine

L'utilisation de nanoobjets à des fins médicales, appelée plus couramment « nanomédecine », suscite depuis une dizaine d'années de nouveaux espoirs dans le domaine de la santé. Discipline émergente, la nanomédecine s'est créé peu à peu une place en ouvrant de nouvelles perspectives sur des enjeux clefs : optimiser la délivrance du médicament, en ciblant spécifiquement des tissus ou des cellules, mieux contrôler la vitesse de libération du médicament dans l'organisme, offrir des voies de détection précoce et précise des maladies, accroître les connaissances et applications en médecine régénératrice.
Le CEA consacre des ressources très significatives en nanomédecine. Interface privilégiée entre acteurs académiques, institutionnels et industriels, il assure le développement et le transfert des technologies innovantes issues de ce domaine vers le secteur industriel.

La nanomédecine, une discipline émergente

Le but de la nanomédecine serait défini par le suivi complet, le contrôle, la conception, la réparation, et l'amélioration d'une grande majorité des mécanismes et systèmes biologiques humains, en travaillant à partir de l'échelle moléculaire et en utilisant des nanoparticules innovantes afin d'obtenir des avancées médicales déterminantes.
Dans plusieurs pays du monde, la nanomédecine se développe dans un cadre réglementaire précis qui définit les règles de base de sécurité et d'efficacité de l'utilisation de nano-objets en santé. Chaque année, de nombreux groupes de travail, mobilisant les plus grands experts du domaine, apportent de nouvelles recommandations et conseils quant au déploiement de cette discipline dans le monde.
A l'échelle européenne, la nanomédecine représente un domaine de recherche clé pour la compétitivité et la Recherche et Développement.

Stratégie européenne : « une union de l'innovation »

Avec le programme-cadre Horizon 2020 qui définit le financement de la recherche et de l'innovation pour la période 2014-2020, la Commission européenne a souhaité mettre en avant les secteurs bénéfiques pour la recherche et la compétitivité en Europe. L'objectif de ce programme est basé sur trois grandes priorités qui reflètent la stratégie Europe 2020 : « excellence scientifique », « primauté industrielle » et « défis de société ».
La plate-forme technologique en nanomédecine baptisée ETPN pour European Technology Platform on Nanomedicine, compte aujourd'hui plus de 130 membres représentés par des experts académiques, cliniques et industriels du secteur qui se sont donnés pour première mission d'élaborer un document de référence décrivant différentes pistes de déploiement des nano- technologies pour la santé d'ici à 2020. Ces pistes intéressent plus de 500 PME créatrirces d'emploi pour l'Europe.
Le travail de ces experts est basé sur cinq grands objectifs :
- mettre en place une vision stratégique claire dans le domaine, résultant en un agenda de recherche,
- réduire la fragmentation de la recherche en nano-médecine,
- mobiliser des investissements publics et privés supplémentaires,
- identifier les domaines prioritaires,
- stimuler l'innovation dans les bio-technologies à usage médical.

Les thématiques suivies de près par les groupes d'experts concernent notamment la délivrance ciblée de médicaments, l'utilisation de nanoobjets pour le diagnostic de maladies graves et la médecine régénératrice.

La place de la nanomédecine en France

On compte en France une trentaine d'acteurs dans le domaine de la nanomédecine.
Les acteurs académiques s'y concentrent au sein de plusieurs pôles. Dont les principales figures sont l'Institut Galien de Chatenay- Malabry et le CEA-Leti de Grenoble.
De par ces applications dans des domaines majeurs comme la lutte contre le cancer, les maladies cardio-vasculaires ou les maladies infectieuses, la nanomédecine devient une discipline majeure pour la recherche médicale. De plus en plus de pays devraient donc se positionner sur ce nouveau secteur.

En France, les acteurs du domaine devront faire face à trois enjeux importants pour dynamiser la recherche appliquée en nanomédecine :
- favoriser et développer les parcours mixtes académique/industriel dont l'interdisciplinarité,
- capitaliser sur les forces présentes (la nanoélectronique et les systèmes de délivrance) pour pallier l'absence d'acteurs historiques,
- maintenir, voire renforcer les investissements publics pour pérenniser le domaine.

Aujourd'hui, le consortium NICE auquel la CEA est associée a pour but d'établir la première filière de nanomédecine en France, plus particulièrement orientée sur les procédés de fabrication propres aux nanomédicaments.
Le projet NICE se propose de réunir toutes les nouvelles informations concernant les méthodes de diagnostic, la vectorisation des médicaments et la médecine régénératrice.
La nanomédecine consiste en la manipulation de l'infiniment petit (l nanomètre équivaut à un milliardième de mètre, l'équivalent du diamètre d'une bille par

rapport à celui de la Terre).
Les éléments constitutifs de la vie (protéines, enzymes, ADN, ARN) sont tous de l'ordre du nanomètre.
La vectorisation des médicaments permet d'améliorer le ciblage de ces médicaments vers les tissus malades en limitant les effets indésirables sur les tissus sains.
Les nano-émulsions, les Lipidots, sont formées de gouttelettes d'huile non toxique qui permettent de transporter des composés hautement hydrophobes en leur cœur. Ces lipidots s'arriment exclusivement sur les antennes lipidiques des cellules cancéreuses et ne délivrent les nanomédicaments qu'à celles-ci, respectant les cellules saines.
Il existe d'autres nanoparticules qui agissent autrement que par vectorisation de nanomédicaments, comme celles qui modifient les cellules cancéreuses par effet physique tel que la chaleur.

Les effets médicaux. Réalisation actuelle et perspective d'avenir

Médecine régénérative

Par définition, la médecine régénérative vise à permettre une régénération de tissu ou d'organes humains endommagés. Basée sur les connaissances du développement cellulaire et tissulaire, elle fait appel à des mécanismes où la cellule est l'unité essentielle pour permettre la reconstruction des tissus lésés.

Le projet CellEnc

En 2012, le CEA-Leti a mis au pont un nouveau système d'encapsulation pour les cellules spécifiques du pancréas connues sous le nom d'îlots de Langerhans. Bien que ces cellules ne représentent que 1 à 2% du poids total de l'organe, elles sont indispensables à son fonctionnement car responsables de la synthèse de l'insuline et du glucagon. Le diabète de type 1 est dû à une sécrétion très faible d'insuline dans le pancréas. Une des solutions retenues pour pallier ce manque consisterait à greffer des îlots de Langerhans dans le pancréas. Avec le projet CellEnc, les chercheurs du CEA ont développé un dispositif capable d'encapsuler ces cellules productrices d'insuline de manière à les protéger des attaques du système immunitaire et à les garder en vie plus longtemps. Les microcapsules à base de biomatériaux ont une taille bien contrôlée et elles sont adaptées à l'environnement moléculaire ciblé. Ces cellules sont préservées. Elles deviennent fonctionnelles après seulement trois jours d'encapsulation dans le pancréas. Ce nouveau procédé de transplantation nanométrique est une grande avancée dans le traitement des maladies du pancréas.

BioAlliance Pharma SA et son projet Livatag

Cette société créée en 1997 et introduite sur le marché en 2005 veut faire le lien entre innovation et besoin des patients.
Livatag est un traitement innovant conçu pour contourner les mécanismes de résistance. Il est présenté sous forme de nanoparticules capables de délivrer la doxorubicine dans les cellules chimioresistantes. Un essai international de phase III, randomisé, démarré en juin 2012, est en cours pour démontrer l'efficacité de Livatag sur la survie chez près de 400 patients atteints de carcinome hépatocellulaire après échec ou intolérance au sorafenib.

Traiter le cancer autrement pour la Société Nanobiotix

Le produit le plus avancé de Nanobiotix, NBTXR3, basé sur la technologie NanoXRay, est actuellement testé chez des patients atteints d'un sarcome des tissus mous au stade avancé et chez des patients atteints d'un cancer de la tête et du cou localement avancé.
Pour la radiothérapie, pierre angulaire du traitement du cancer, Nanobiotix concentre son effort sur NanoXRay, composé d'oxyde d'hafnium qui a l'avantage de présenter une densité électronique élevée. Ces particules vont être placées dans la tumeur et multiplier par 9 l'effet de la radiothérapie sur les cellules cancéreuses, sans augmenter la dose de radiothérapie reçue par les tissus sains.
Ces particules peuvent être diffusées dans le corps de trois façons : soit en étant injectées directement dans la tumeur, soit diffusées lors d'une intervention, soit injectées par voie intra-veineuse.

La cosmétique et la Société Capsum

Au-delà de permettre une encapsulation importante d'actifs (jusqu'à 70% du poids de la particule), ce qui permet de stabiliser les actifs et de faciliter leur pénétration cutanée, Capsum a poursuivi le développement de la technologie Lipidots, afin de proposer un nouveau système d'encapsulation innovant : les NeoGouttes Target. Le principe actif est encapsulé dans une goutte d'huile, elle-même incluse dans une goutte d'eau entourée d'une fine membrane.
Cette jeune start-up, née en 2008, est spécialisée dans l'encapsulation d'actifs et la conception de nouveaux matériaux qui offrent des solutions en terme d'efficacité biologique, de perception sensorielle et d'expérience consommateur. Résolument scientifique, la société est implantée à Marseille où un important laboratoire de recherche jouxte l'unité de production.
En conclusion, les nanotechnologies représentent un secteur en pleine expansion. « *Elles reposent sur une vraie interdisciplinarité où sont associées l'électronique, les sciences des matériaux, du vivant et de la médecine* ».
Elles permettent des résultats médicaux de plus en plus ciblés et prometteurs pour la santé. Leur marché pourrait atteindre, dès 2016, entre 100 et 130 milliards d'euros.

Les 3èmes Rencontres parlementaires sur le système de santé

Dr Francine Violette

Compte-rendu

Les Troisièmes Rencontres Parlementaires sur le Système de Santé, présidées par **Jean-Pierre Door**, Député du Loiret, animées par Bruno Leprat, journaliste, ont eu lieu à la Maison de la Chimie à Paris le 4 Décembre 2013.

Les points essentiels sont présentés dans ce Compte Rendu.

Jean-Pierre Door ouvre les rencontres avec quelques chiffres concernant les dépenses de santé :
- Le déficit atteint 6,5 milliards pour l'Assurance Maladie,
- Les affections longues durées (ALD) représentent 70% du budget de l'Assurance Maladie,
- 100 médicaments représentent 80% de la dépense dans ce domaine.

Jérôme Guedj, Député de l'Essonne, introduit le débat intitulé « A quoi ressemblera le système de santé de demain » en utilisant la formule « 3D » : Déficit, Devenir et Débat, et déclare que le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2014, qui vient d'être voté, prévoit une économie de 2,4 milliards pour l'Assurance Maladie.

Claude Even, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile de France, expose pour la stratégie nationale de santé, 5 défis en faisant remarquer au préalable que les dépenses de santé (rapport IGAS Juin 2012:+ 4%. Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie – ONDAM voté + 2,5%) progressent plus vite que ce que la solidarité nationale peut assurer :
Défi des pathologies chroniques : 43% des dépenses pour 5 pathologies majeures (cancers, affections respiratoires, maladies cardio-vasculaires, santé mentale, et diabète).
- Défi concernant plusieurs spécialités qui ne sont pas au rendez-vous, telles que pédiatrie et psychiatrie,
- Défi technologique pour les systèmes d'information,
Défi démocratique : place des usagers dans le système,
- Défi épidémiologique organisationnel, articulation entre ambulatoire et hôpital.
Il déclare que :
- Le financement sur prestation de soins n'est pas adapté pour la prévention,
- Le recours à l'hôpital pallie l'insuffisance du système libéral,
- L'enveloppe est constante, il faut un flux de financement entre le libéral et l'hôpital,
- Il faut éviter des hospitalisations pour les personnes âgées,
- Il faut adapter le système de santé aux différences régionales.

Annick Morel, Présidente du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, indique que la maîtrise des dépenses doit être une action systémique sur l'organisation de la chasse aux dépenses inutiles ou inadéquates, au niveau des secteurs ville-hôpital-médicosocial.
Il faut analyser et agir sur les déterminants majeurs des dépenses à long terme qui sont tirées par « quatre locomotives » :
- Augmentation du niveau de vie individuel,
- Progrès médical et technique,
- Vieillissement de la population,
- Etat de santé de la population, mais on ne sait pas le modéliser et les facteurs environnementaux sont importants.
Une croissance des dépenses sans répit n'est envisageable que si le Produit Intérieur Brut (PIB) ne s'effondre pas.
Le rôle central du progrès médical, en avancée constante :
- A des effets positifs : on diagnostique mieux, on soigne de manière moins invasive, plus performante, plus en ambulatoire, et on vit mieux et plus longtemps avec des maladies chroniques
- A des effets coûteux :
• coût simultané de la rémunération de l'innovation et des organisations anciennes (10 ans pour construire un hôpital et les salles du bloc opératoire sont déjà dépassées lorsqu'elles entrent en fonction)
• problème de transfert des dépenses ville-hôpital et hôpital-ville
En conclusion, il faut optimiser les gains apportés par les innovations, favoriser la prévention et la fluidité entre la ville et l'hôpital.

Denis Ferrand, spécialisé dans les études économiques sur la santé, Directeur Général de Coe-Rexecode relate que les dépenses de santé, en 2010, représentaient 8% du PIB et qu'elles augmentent de 1,5 point de PIB par an. D'autre part, il faut prévoir une hausse des dépenses liées à la dépendance. Les dépenses de santé en 2012 s'élèvent à 243 milliards d'Euros.
Il a été prévu :
- Une augmentation de 0,3% du PIB pour la prévention,
- Une augmentation de 0,2% du PIB pour la recherche médicale et pharmaceutique,
- Et une augmentation de 0,7% du PIB sur les dépenses concernant les médicaments.

Marc de Garidel, Président Directeur Général d'IPSEN, Président du G5 Santé, déclare que le Président de la République considère que la santé est prioritaire pour le pays, et que 44 mesures devraient être prises.
Pour la première fois en France, l'industrie pharmaceutique est en récession, avec une diminution des emplois pour la recherche et développement et une diminution des emplois pour la production. Elle passe de la seconde place en 2010, à la 5ème place mondiale en 2012.
La France perd en compétitivité : il faut pour mettre en place un essai clinique 8 à 12 mois contre 1 à 2 mois pour la Belgique.

On remarque une inadaptation de la France aux nouvelles technologies consistant en un retard de leur évaluation et de leur prise en charge (par exemple difficultés pour le remboursement du génome tumoral dans le cancer du sein).
On observe une délocalisation des sites de production du médicament ainsi qu'une fabrication des matières premières hors de l'Europe. La France devra prendre le virage pour les biotechnologies.
Dans le PLFSS de 2014, on privilégie le cout terme par rapport au long terme.

Jean-Marie Le Guen, Député de Paris, Président de l'AP-HP expose que la santé est un enjeu majeur économique, que la part des dépenses à l'hôpital est plus importante en France que dans les autres pays, et qu'il faut évaluer impérativement les besoins en Santé Publique.
Il faut créer de nouveaux parcours de santé et une prise en charge des différentes populations sans perte de chance et sans perte de qualité.
L'hôpital doit être une porte ouverte sur l'ambulatoire et la médecine de ville. Il faut réfléchir sur le financement et sur la redistribution dans le système de prise en charge socialisée de l'Assurance Maladie et des complémentaires, et prévoir de nouvelles fonctions pour la prévoyance complémentaire.
Il n'est pas envisagé de réforme systémique de l'Assurance Maladie. Il faut déterminer une rémunération en partie forfaitaire pour le médecin de ville et non plus une seule rémunération à l'acte.

Didier Papaz, Président Directeur Général, Groupe Optic2000 affirme que le plafonnement de la prise en charge par les complémentaires pour l'optique est une bonne mesure (différencier l'achat santé de l'achat plaisir).
Dans 20% des accidents de la route, la vision est en cause, et l'exposition devant un écran plus de 5 heures par jour a des conséquences sur la vue des enfants.
La mise en place de la délégation de tâches entre les ophtalmologistes et des intervenants dans le domaine visuel est envisagée et l'on va créer une licence et un master universitaire pour réaliser des dépistages visuels de bonne qualité.

Valérie Paris, analyste des politiques de santé à l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), expose que la rémunération sur objectifs de Santé Publique pour les généralistes-qui existe dans plusieurs pays d'Europe-qualifiée de paiement à la performance serait en rapport avec une augmentation de la qualité.
Il faut développer des indicateurs de la qualité des soins au niveau géographique sur les pratiques médicales pour comparer la qualité des hôpitaux et les médecins entre eux. Il faut développer des aides à la décision pour les patients (indication de l'intervention, risques et bénéfices)
Un panorama de la santé est disponible gratuitement en anglais sur le site web de l'OCDE comparant les différents pays.

Cyril Titeux, Président de Janssen, Président d'Agipharm, fait remarquer que le temps consacré à l'innovation pharmaceutique en France est trop long (temps d'Autorisation Temporaire d'Utilisation-ATU- long avant l'Autorisation de Mise sur le Marché -AMM).
Il existe une crise de confiance entre l'industrie pharmaceutique et les patients, et donc les données communiquées doivent être claires et transparentes, en rapport avec des pratiques éthiques et déontologiques.
L'industrie pharmaceutique est un acteur privé qui doit être un partenaire légitime dans le système de santé.

Arnaud Robinet, Député de la Marne, insiste sur la prévention et sur la formation des professionnels de santé en pharmacovigilance, laquelle doit être développée.

Christian Lajoux, Président de la Fédération Française des Industries de Santé (FEFIS), Président de Sanofi France, constate que le PLFSS 2014 est injuste pour l'industrie pharmaceutique et que les investissements dans le domaine de la santé pour l'innovation et les nouvelles technologies sont à développer sur le territoire français.
Les observateurs et les faiseurs d'opinions ne sont pas toujours des experts ce qui est dommageable. Un dialogue et un partenariat sont nécessaires entre l'industrie pharmaceutique et le pouvoir politique.
Gérard Becher, Trésorier national de l'UFC-Que Choisir, membre de la commission Santé, note que la publication d'une « carte de la fracture sociale de la Santé en France » a eu du succès et déplore, ainsi que **Marianne Binst**, (Initiative Transparence Santé, Directrice Générale de Santéclair) que les données dans le domaine de la santé (PMSI pour l'hôpital, ameli.fr pour la ville) ne soient pas accessibles plus facilement et suggère que l'on puisse établir pour le médecin un profil de sa patientèle et savoir comment celui-ci prescrit.

Yannick Le Guen, Sous-directeur en charge de la performance des acteurs de l'offre de soin, ministère des Affaires sociales et de la Santé, déclare que l'accès aux données médicales à échanger et à partager est un sujet éthique et politique et est à débattre au sein du monde politique.

Frédéric Rupprecht, Directeur Accès au marché et politique de santé de Sanofi France, suggère que le recours à la télémédecine pourrait diminuer le déficit par baisse des prix en 'désengorgeant' les cabinets médicaux.

Christian Saout, Administrateur du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) et ex-Président de AIDES, demande une garantie de sécurité pour les données médicales personnelles.

Frédéric Vaillant, Président du directoire CEO de Medasys, fait l'annonce de territoires de soins numériques, et propose la recherche et la consolidation des bases de données.

En conclusion :
De nombreuses solutions sont envisagées pour tenter d'enrayer l'inflation des dépenses de santé mais elles se heurtent à des problèmes très concrets tels que le vieillissement de la population, la dépendance, la nécessité d'offrir à la population dans le domaine de la prévention, du diagnostic et de la thérapeutique ce que les dernières données de la science apportent, la nécessité de maintenir un certain niveau de recherche pharmaceutique et médicale. On peut juger regrettable qu'en dehors des médecins appartenant au monde politique, aucun médecin de « terrain », n'ait été invité à s'exprimer en tant qu'acteur majeur du système de santé.

Gynécologie, obstétrique et reproduction. Journées Jean Cohen

Présidées par Paul Barrière, sous la coordination scientifique de Joëlle Belaisch-Allart

Quelques exposés résumés par

Dr Marie-Claire Brusset

Infertilité

Rachel Lévy. Infertilité et facteurs environnementaux

Parmi les facteurs nocifs pour la fertilité, l'alimentation du père, facile à contrôler, a un rôle prépondérant. Le rôle de l'obésité est prouvé. Si l'IMC est supérieur à 25, les spermatozoïdes sont moins nombreux et moins mobiles, entraînant une diminution de la fertilité de 100 à 10.

Le stress oxydant (syndrome métabolique) est responsable de la microcirculation qui atteint tous les organes. Les conséquences sont nombreuses :

- Réduction de la croissance fœtale,
- Baisse de la production de testostérone chez le garçon,
- Atteintes des gamètes avec transmission sur plusieurs générations,
- Hérédité de diabète, d'hypertension artérielle, d'obésité.

Les effets de cette malnutrition sont réversibles. Avec régime et activité sportive, en six mois, la situation s'améliore et la fertilité du couple augmente.

Joëlle Belaisch-Allart. Homoparentalité. Actualités.

L'aide médicale à la procréation assistée intéresse tous les couples homosexuels.

L'évolution des enfants élevés par un couple homosexuel ne pose pas plus de problème que les autres enfants. Il y a peu d'études en France, mais beaucoup à l'étranger qui le prouvent. Ce qui nuit à l'enfant, c'est l'instabilité parentale. La qualité de la relation parentale est primordiale.

On peut tout faire à l'étranger : les femmes prennent le Thalys pour subir une FIV et reviennent en France pour faire suivre leur grossesse.

Ce qui pose problème en France, c'est la diminution des donneurs de sperme.

Les couples doivent être accompagné, mieux informés et ne s'adresser qu'aux médecins qualifiés.

Il faut changer la loi sur la filiation.

Jean-Marie Antoine. Transplantation utérine : mythe ou réalité ?

A la différence d'autres organes, l'utérus n'est pas indispensable à la vie, comme le cœur ou le foie, mais il est indispensable pour donner la vie. Il y a beaucoup de demandes, en France, de transplantation utérine, mais nous sommes en attente d'une autorisation qui ne devrait être accordée qu'en 2016-2017.

L'expérimentation animale existe dans de nombreux pays, et en France sur les brebis (Limoges).

Des transplantation ont déjà été réalisées en Arabie Saoudite, ou en Turquie, mais n'ont abouti qu'à des échecs. Seule la Suède a autorisé 10 transplantations et a enregistré 9 succès.

Il existe de nombreux problèmes :

- chirurgicaux. La suture des vaisseaux doit permettre l'augmentation du volume de l'utérus gravide,

Une détransplantation doit être envisagée dès que l'utérus n'est plus utile,

- les donneuses doivent être jeunes. Il savoir que le don d'utérus n'est pas prioritaire au moment du don d'organes,
- la receveuse, elle-même, doit être jeune.

Par ailleurs, ii faut y adjoindre des prélèvements d'ovocytes et les congeler.

Se posent alors :

- des problèmes médicaux d'anti-rejet,
- des problèmes éthiques.

Pour le moment, cette transplantation utérine reste une méthode expérimentale à côté de laquelle, la gestation pour autrui apparaît, dans un premier temps, bien plus simple…

Ce que les gynécos et les femmes devraient savoir sur l'accouchement…

Laurent Abramowitz. L'incontinence anale en question.

L'accouchement par voie vaginale est responsable de nombreuses déchirures du périnée.

13% des primipares souffrent d'une incontinence aux gaz, 3% aux selles. Plus le nombre de grossesses s'accroît,, plus le risque augmente.

Cette incontinence peut être le fait d'étirement du nerf honteux. Ici la guérison est en général obtenue dans les six mois.

Il peut s'agir d'une atteinte des sphincters. Il convient alors de ne rien faire dans les six premiers mois, hormis des séances de rééducation périnéale. Après six mois, il faut pratiquer un bilan avec échographie, manométrie, voire défécographie. Il faut intensifier la rééducation, car la chirurgie ne donne pas toujours de bons résultats.

Place à la prévention :

- en évitant la pose de forceps,
- en cas de déchirure périnéale, ne pas pratiquer de suture intempestive en urgence, mais attendre le concours d'un chirurgien expérimenté.
- dépister les femmes qui présentent des antécédents de chirurgie anale,
- proposer une césarienne d'emblée aux femmes qui ont souffert de troubles périnéaux lors d'un premier accouchement,
- ne jamais pratiquer d'épisiotomie médiane, et toujours préférer la ventouse aux forceps.

Patrick Rosenberg. Césariennes pour toutes ?

Non seulement, l'accouchement par voie vaginale peut conduire à une incontinence anale, mais aussi à une incontinence urinaire, à un prolapsus. Plus le nombre d'accouchements augmente, plus ces problèmes deviennent invalidants. Les femmes sont très

mal informées de toutes ces complications. Alors pourquoi ne pas pratiquer une césarienne dès le premier accouchement ? D'autant que les risques son rares (moins de 2%). Les femmes doivent pouvoir choisir.
Discussion houleuse avec la salle.

Israël Nisand. Les maisons de naissance : bienfaisance ou maltraitance pour les femmes ?

A la différence de la proposition du Docteur Rosenberg, certaines femmes refusent d'accoucher dans les « usines à bébé ». Elles préfèrent des lieux plus calmes, moins médicalisés. C'est le point de vue des sages-femmes qui désirent gérer ces maisons en dehors des maternités (cf Hygie n°55 et n°59) Pour le professeur Nisand, ces lieux peuvent exister mais adossés aux maternités. En effet, il pense que des complications de la délivrance, qui peuvent être mortelles, sont tout à fait imprévisibles, et ne peuvent supporter un transfert vers une maternité. Le temps perdu, l'aggravation par le transport, compromettent la santé de la mère et de l'enfant. Médecins et sages-femmes doivent collaborer. Les dossiers doivent être discutés entre eux et dès le début de la grossesse.
Les maisons de naissance doivent être partie intégrante de l'établissement. Ainsi, ces lieux sont-ils rassurants pour tout le monde. Ils ont l'avantage de plaire aux mamans et d'être beaucoup moins onéreux pour la collectivité.

Atelier sage-femme

Emmanuel Roth-Le rythme cardiaque fœtal, une autre approche

Le monitoring continu de la fréquence cardiaque fœtale peut être plus anxiogène que rassurant. La bradycardie est souvent interprétée trop vite comme signe d'hypoxie fœtale, et conduit à la césarienne.
Pourquoi ne pas choisir l'auscultation intermittente, mois angoissante pour les femmes ? En effet, les bradycardies sont souvent difficiles à interpréter. Pendant le travail, les systèmes sympathique et parasympathique sont alternativement stimulés par le nerf vague.
Un rythme de 100 à 160 de fréquence cardiaque est normal, un rythme de 100 à 110 pendant plusieurs minutes est le signe de l'installation d'une hypoxie fœtale. Il convient surtout d'évaluer les modifications du rythme fœtal, données du monitoring. Pour cette raison, les maisons de naissance préfèrent l'auscultation intermittente.

Laure Kpéa. La prise en charge de la douleur pendant le travail

Le taux de péridurale dans les grandes maternités avoisine 80%. D'après une enquête auprès des femmes, un quart d'entre elles ne la désirait pas. Voire, on ne leur a pas demandé leur avis…
La pratique de la péridurale profite-t-elle aux femmes ou vise-t-elle la tranquillité de l'équipe de surveillance ?
Il conviendrait de mieux préparer les femmes et de n'administrer une analgésie par péridurale qu'aux femmes qui la réclament.

Emilie Pourtier. Contraception et satisfaction des patientes

L'ovulation n'a lieu qu'au 21è jour après l'accouchement.
Il faut mieux informer les femmes des choix des méthodes contraceptives : méthode naturelle ou prescription dès la 3è semaine de pilules micro-dosées qui permettent l'allaitement.
Les sages-femmes se chargent des consultations de contraception. Elles suivent les femmes longtemps après l'accouchement. Elles peuvent prescrire des examens biologiques en cas de besoin.
Un questionnaire de satisfaction concernant 200 femmes a démontré que 94% se disaient satisfaites de cette approche.
Le président Paul Barrière s'est interrogé sur les résultats des FIV deux fois meilleurs aux Etats-Unis qu'en France. Il souhaite que les FIV soient pratiquées sur des femmes plus jeunes. Apres 36 ans, il y a une réelle perte de chance.
Il faut aussi réduire le temps d'attente entre la demande du couple et la réalisation du protocole, après un an d'infertilité et non pas deux comme actuellement.
On manque d'ovocytes qu'il faudrait prélever sur des femmes jeunes.
Enfin, la sur-réglementation constitue un vrai handicap pour la France.