

# Hygie



*De la déesse  
guérisseuse  
à la femme  
médecin*

Juillet - Août  
Septembre 2014  
N° 63



*L'épidémie  
la plus importante du monde*



# Sommaire

## ÉDITORIAL

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

## VIE ASSOCIATIVE

- Des nouvelles de la MWIA - Dr Marie-Dominique Ghnassia, Dr Thi Thoi Pham ..... 4
- Nécrologie Sylvie Rosenberg ..... 5
- Et si la micronutrition et la phytothérapie s'invitaient à votre consultation ?  
Dr Marie-Dominique Ghnassia..... 6

## ACTUALITÉS MÉDICALES

- Prévention en psychiatrie : les clés de l'efficacité - Dr Marie-Dominique Ghnassia ..... 8
- Les médecins et le mal-être au travail - Dr Cécile Renson ..... 12

## ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES

- Actualités sur le cuir chevelu - Dr Francine Violette ..... 14

## FEMMES ET SANTÉ

- Réunion d'information du CALM - Mon corps m'appartient... et pour accoucher ?  
Dr Marie-Claire Brusset ..... 15

## LOISIRS

- NJ Santé Beauté Paris - Créateur en Beauté Capillaire ! Solutions pour la perte de Cheveux ..... 16
- Parution ..... 16

## L'épidémie la plus importante que le monde ait connue

Thucydide décrit, dans « La guerre du Péloponnèse » la première épidémie grave d'une maladie collective à haute mortalité, appelée « peste d'Athènes ». Elle aurait fait sa première apparition en Ethiopie car, « depuis la plus haute Antiquité, l'Afrique avait la réputation d'être le berceau des pestilences et de la plupart des maladies qui passaient pour nouvelles », comme l'écrit le Professeur Mirko D. Grmek dans son ouvrage « Histoire du sida ». Il faut croire que plus de vingt siècles plus tard, rien n'a changé puisque l'Afrique de l'Ouest fait face à une épidémie de fièvre hémorragique due au virus Ebola qui a déjà touché plus de 5000 personnes et causé plus de 2600 morts. Le nombre de cas double toutes les trois semaines et l'Organisation Mondiale de la Santé ainsi que l'ONU viennent de sonner la mobilisation générale.

L'affection a été décrite la première fois en 1976 lors d'une épidémie le long du petit fleuve africain Ebola. Des enquêtes épidémiologiques montrent que ces viroses existaient auparavant, dues à des « virus endémiques silencieux à potentiel de transmission interhumaine ». Il a fallu des bouleversements environnementaux, sociologiques, pour créer des situations inédites propices au développement de ces virus, concours de circonstances qui deviennent, après la seconde Guerre Mondiale, une réalité courante (Mirko D. Grmek).

Le virus Ebola se transmet dans la population par contact direct avec des liquides corporels de personnes infectées. Le virus qui évolue à la faveur de mutations peut-il devenir transmissible par voie aérienne ? Les spécialistes qui analysent ces mutations semblent optimistes. Si ces mutations modifient la virulence de ces agents pathogènes, « il est extrêmement rare qu'une mutation change la façon dont il se transmet ». Si tel n'était pas le cas, « l'infection pourrait se disséminer rapidement dans toutes les régions du monde » (Le Quotidien du Médecin-22 septembre 2014). Même si « les mutations virales peuvent venir avec un compromis le virus peut gagner la capacité à se disséminer par voie aérienne mais perdre l'aptitude à infecter les personnes ou à provoquer des symptômes sévères ».

C'est dire s'il est urgent d'enrayer l'épidémie, « la plus importante que le monde ait connue » selon le Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-moon.

La France propose la création d'un centre européen de gestion des rapatriements, mais déjà un premier patient est traité à l'hôpital militaire Bégin : une jeune infirmière qui a contracté la maladie au cours de l'opération humanitaire menée par Médecins Sans Frontières au Libéria. Elle bénéficie d'un traitement expérimental, pendant que de nouvelles molécules font l'objet de recherche d'urgence.

Des réservistes sont appelés et l'EPRUS (Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) a déjà organisé des séances de formation à l'intention de ces derniers.

Alors, mobilisons-nous et veillons au respect de l'équilibre entre l'homme et son milieu...



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



# Dr Thi Thoi Pham Dr Marie-Dominique Ghnassia

## Des nouvelles de la MWIA



Nous vous rappelons que la MWIA est une ONG fondée en 1919, dont les membres sont des associations nationales de femmes médecins, mais aussi des membres individuels lorsqu'il n'existe pas d'association nationale. Un comité exécutif administre la MWIA. Huit Vice Présidentes, renouvelées tous les 3 ans, coordonnent les activités des régions : le **Docteur Gwenaëlle Vidal-Trecan** (France) a été VP Europe du Sud de 2007 à 2010, lui a succédé le **Pr Alexandra Kalogeraki** (Grèce) 2010-2013, puis en 2013 le **Docteur Christiane Pouliart** (Belgique) qui assume également la fonction de Présidente du Comité des finances de la MWIA. Les associations nationales sont en liaison au sein de leurs régions et avec le Secrétariat à Vancouver (Canada) par l'intermédiaire des Coordonnatrices Nationales (**Dr Thi Thoi Pham** - France).

**Les objectifs de la MWIA** sont de permettre aux femmes médecins de se rencontrer pour discuter des questions de santé et de bien-être de l'humanité, de développer des coopérations d'intérêt général sans considération de race, de religion ni de politique, de surmonter les différences liées au genre en matière de santé et de soins, de surmonter les inégalités liées au genre dans la profession médicale, de promouvoir la santé au niveau mondial avec un intérêt particulier pour les femmes.

La MWIA réalise des actions à travers le monde au niveau national, régional et international.

Elle agit **au niveau national et local** où les priorités de chaque pays sont identifiées par les associations nationales. Par exemple, la branche du Bengale ouest de l'Association des Femmes Médecins en Inde prend en charge un hôpital à Calcutta, les Femmes Médecins d'Equateur ont commencé un projet de prévention des grossesses chez les adolescentes, les

Femmes Médecins Japonaises ont écrit un livre en Japonais et en Anglais sur la Médecine d'Urgence Pédiatrique, l'Association Américaine des Femmes Médecins a lancé une campagne contre l'obésité et s'investit dans la réforme des soins aux USA...

La MWIA agit **au niveau régional** : chacune des 8 régions organise un congrès scientifique durant chaque période de 3 ans. Par exemple en Novembre 2010 le Congrès Europe du Sud organisé par l'AFFM à Paris sur les Violences faites aux femmes, en Juin 2012 le Congrès Europe du Centre à Batumi (Géorgie) sur les Actualités pour la Santé des femmes, en Novembre 2012 le Congrès Proche Orient/Afrique au Caire (Egypte) sur la Santé des femmes et la qualité de vie.

La MWIA agit **au niveau international** en organisant tous les trois ans des Congrès Internationaux dans différents pays avec une partie statutaire (Assemblée Générale) et une partie scientifique : le 29ème Congrès s'est déroulé à Séoul en 2013 avec pour thème « **Mondialisation de la médecine : challenges et opportunités** », le 30ème aura lieu à Vienne en Autriche du 28 au 31 Juillet 2016 avec pour thème « **Génération Y** ».

De plus la MWIA développe des projets qui peuvent être utilisés sur le plan local et régional. Par exemple, entrent dans cette catégorie des actions concernant : le cancer du col de l'utérus, les soins primaires pour les femmes, les maladies non transmissibles telles que le diabète et les maladies cardiaques, la prévention de la transmission du HIV mère/enfant, les mutilations sexuelles féminines, les violences fondées sur le genre...

La MWIA a élaboré des manuels de formation pour les professionnels sur la médecine liée au genre et la sexualité des adolescentes. Ces manuels qui présentent des

cas concrets sont consultables sur le Site [www.mwia.net](http://www.mwia.net).

Le **docteur Shelley Ross** nous a indiqué qu'un travail était en cours pour un nouveau manuel de formation sur « Les violences liées au genre ». Elle demande à recevoir des exemples vécus venant de France.

(à lui adresser [secretariat@mwia.net](mailto:secretariat@mwia.net))

Le compte rendu du Congrès MWIA Europe du Nord organisé à Copenhague du 4 au 6 Septembre, sera réalisé par le **Dr Christiane Pouliart** et paraîtra dans la Rubrique « Nouvelles de la MWIA » de Hygie 64.



## MWIA'S NEWS

MWIA is an international non-governmental organization (NGO) founded in 1919. The MWIA members include national associations of women physicians as well as individual member in the countries where no national association exist. The administration of MWIA is run by the executive Committee. MWIA is divided in eight geographical regions covering all the continents. For each of them a Vice President, elected for three years, has the responsibility of coordinating the activities: For Southern European Region, **Dr Gwenaëlle Vidal-Trecan** (France) was VP 2007-2010, than **Pr Alexandra Kalogeraki** (Greece) VP 2010-2013 and for 2013-2016 the VP is **Dr Christiane Pouliart** (Belgium) who is also Chair of the Financial Committee. National associations liaise within their region and with the Secretariat in Vancouver through their National Coordinator (**Dr Thi Thoi Pham** - France)

**The MWIA's Objectives are:** to offer medical women the opportunity to meet so as to confer upon questions concerning the health and well-being of humanity, to promote the general interests of medical

women by developing co-operation without regard to race, religion or political views, to overcome gender-related differences in health and healthcare, to overcome gender related inequalities in the medical profession, to promote health for all throughout the world with particular interest in women.

**MWIA's Activities:** MWIA activities can be divided into national, regional and international

**National and local level:** many activities are conducted at country level where national associations address identified priorities in different ways as appropriate. For example the West Bengal Branch of the Association of Medical Women in India (AMWI) runs a Mission hospital in Calcutta, the Medical Women of Ecuador have started a project to prevent teenage pregnancy, the Japan Medical Women have written a book in both Japanese and English for Emergency medicine for children, the American medical Women's association has a campaign against obesity and is very much involved in health care reform.

**Regional level:** during the triennium each of the eight regions holds scientific congresses on topic relevant to the region.

For example: Southern European Region: November 2010. Paris France "Gender based Violence" - Central European Region: June 2012. Batumi. Georgia "Actual

topics on women's health" - Near East and Africa Region: November 2012. Cairo. Egypt "Women's health and Quality of life".

**International level:** MWIA organizes international congresses every three years in different countries with two parts: the statutory General Assembly and the scientific sessions. The 29th Congress was held in August 2013 in Seoul. Korea. The theme was "Medical Women advance Global Health". The 30th is scheduled for 28 to 31 July 2016 in Vienna. Austria. The theme is "Generation Y".

MWIA continues to develop projects to be used at regional and local levels such as: HPV and Cervical Cancer, Primary health care, Non-communicable Disease (Diabetes mellitus, heart disease...), Prevention of maternal to child transmission of HIV, Female genital mutilation, Gender based Violence.

MWIA has updated a Training Manual for Gender Mainstreaming in Health and a Training Manual for Adolescent Sexuality. They can be found on the MWIA website at [www.mwia.net](http://www.mwia.net).

**Dr Shelley Ross**, Secretary General, informed us that MWIA is working on a Training manual for Gender Based Violence and would appreciate case examples from France if people would like to contribute. ([secretariat@mwia.net](mailto:secretariat@mwia.net))

## 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 Françoise Nico

#### Secrétaire Générale Adjointe :

Dr Lucie Rakotomalala

#### Correspondante Nationale :

Dr Ouahiba Softa

#### Correspondante Internationale et MWIA

Dr Thi Thoi Pham

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

Dr C. Bourgeois

Dr C. Dispot

Dr T.-N.-D. Ho

Dr F. Le Bail

Dr D. Lenfant-Laffite

Dr M.-N. Mayer

Dr M. Muhlmann-Weill

Dr A. Pichot-Pariat

### SECTIONS LOCALES

#### SECTION BRETAGNE :

Dr F. Le Bail

31, route de Kerlily

29280 - Loc Maria Plouzané

#### SECTION GRAND EST :

Catherine Barlier-Pagel

27, Av Georges De la Tour

54300 Luneville

### COMMISSAIRE AUX COMPTES

Monsieur G. Ranchon - (NORMINTER)

2, rue Méhul - 75002 Paris

Tél. : 01.42.96.54.37 - Fax : 01.40.15.09.46

## Nécrologie Sylvie Rosenberg

Nous avons appris avec une très grande tristesse la disparition brutale le 24 Juillet 2014 du **Docteur Sylvie Rosenberg-Reiner**, membre fidèle de l'AFFM.

Sylvie a consacré sa carrière à l'anesthésie pédiatrique.

Elle avait pris sa retraite de Maître de Conférence des Universités (Université René Descartes-Paris) - Praticien Hospitalier (Hôpital des Enfants Malades) mais continuait à agir pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants par le biais de l'Association APACHE qu'elle avait cofondée il y a plus de 30 ans avec ses amies le Docteur



Elisabeth Michaud et Liliane Mallet. Cette association, dont elle était la Présidente, a de nombreuses innovations à son actif telles que le **Manifeste des droits des**

**enfants malades**, le **Guide de l'hospitalisation des enfants**, la **poupée « Plume »** (poupée remise à l'enfant malade servant d'objet de médiation entre l'enfant, les parents, les professionnels et permettant à l'enfant d'exprimer ses peurs, sa douleur...). Nous nous associons à la peine de ses filles Marianne et Laetitia, de ses petits enfants Lucia et Etienne et de tous ses proches.

Merci à Anne Rosenberg et à Jean Louis Onimus de contribuer à ce que APACHE (<http://www.apache-france.com/>) perdure en souvenir de Sylvie.



# Conférence du Dr Laurence Benedetti Et si la micronutrition et la phytothérapie s'invitaient à votre consultation ?

Synthèse Dr Marie-Dominique Ghnassia



Réunion AFFM avec le concours du Laboratoire PiLeJe - 19 Juin 2014

Vie associative

6

Constituer, faire fructifier et préserver son **capital santé** pour ne pas vieillir dans la fragilité sont les éléments essentiels d'une « **bonne santé durable** ». Il faut pour cela des fondations solides constituées par les facteurs génétiques auxquels s'associent les programmations épigénétiques qui vont modifier l'expression des gènes. Il faut également des systèmes d'adaptation pour faire face à l'usure quotidienne, aux agressions toxiques.

**Une conception avec croisement de deux axes** peut être utilisée : un **axe vertical** avec au sommet le cerveau et à la base l'écosystème intestinal, un **axe horizontal** avec à gauche la protection cellulaire (antioxydants) et à droite la communication cellulaire (*phospholipides-acides gras saturés et polyinsaturés-équilibre acido basique*) et au centre une pompe indispensable : le cœur.

Les carburants alimentant le système sont les nutriments énergétiques représentés par les glucides, lipides et protéines.

**Les micronutriments** sont des nutriments non énergétiques : vitamines, minéraux, acides aminés, polyphénols... (vin rouge, épices, curcuma, thé vert) modulateurs du microbiote intestinal (Fibres - artichauts, oignons, échalotes - Probiotiques - bactéries-kéfir, yaourts...) utiles pour son entretien et sa réparation.

**La micronutrition** n'est pas synonyme de « petite assiette », mais correspond à la prise en compte des micronutriments dans l'alimentation.



## Pourquoi observe-t-on des déficits en micronutriments ?

L'industrialisation alimentaire est en cause : fabrication de nouveaux produits avec disparition des micronutriments (Ex : riz incollable, céréales type Chocapic...)

De nombreux facteurs influencent les besoins individuels en micronutriments : prédispositions génétiques mais aussi sport, grossesse, alcool, tabac, médicaments, maladies inflammatoires, cancer...

L'équilibre de l'écosystème intestinal et l'assimilation digestive jouent un rôle très important.

Par ailleurs, des signes tels que chute des cheveux, ongles cassants, peau sèche, oedèmes des paupières et des doigts peuvent être mis en relation avec des problèmes de communication cellulaire.

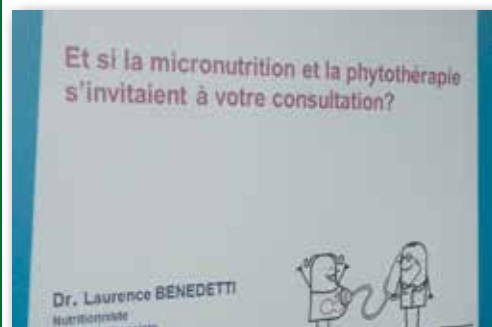
**En Micronutrition** il faut donc établir une « **stratégie** » : dépister l'insatisfaction des besoins de chaque patient, dépister les déséquilibres et les plaintes fonctionnelles en les corrélant aux deux axes indiqués. La prise en charge doit être globale et personnalisée.

Il est primordial d'avoir le « **réflexe écosystème intestinal** » :

1. Le « microbiote » intestinal comporte 100000 milliards de bactéries avec un effet barrière contre les germes pathogènes. La colonisation bactérienne débute précocement et le microbiote initial est établi à 6 mois (empreinte bactérienne-flore du bébé) avec une immunité développée lorsque l'enfant naît par les voies naturelles et bénéficie d'un allaitement maternel. La naissance par césarienne diminue la diversité microbienne, augmente le risque d'atopie et de surpoids à l'âge adulte (plus 26%).
2. Les villosités donnent 300 m<sup>2</sup> de muqueuse avec des cellules jointives. Le stress rend les jonctions perméables avec hyperperméabilité digestive et passage de molécules inflammatoires colonisant la peau et les articulations (ballonnements, arthralgies...). Cette hyperperméabilité se retrouve chez les obèses.
3. Immunité : 60 à 70% des cellules sont immunocompétentes.



Dr Laurence Benedetti, intervenante pour le laboratoire PiLeJe, Dr Cécile Renson, Présidente de l'AFFM



Ces trois éléments fonctionnent en synergie. Une infection ou la prise d'antibiotiques peut fragiliser le microbiote ce qui va augmenter la sensibilité aux infections. Des infections répétées vont entraîner une « dysbiose » et un syndrome d'intestin irritable. Les probiotiques restaurent les propriétés de la flore intestinale Leurs effets démontrés sont dose dépendants. Ils sont indiqués dans l'intolérance au lactose, la prévention et le traitement des diarrhées, les douleurs et la régularisation du transit, l'inflammation intestinale, la prévention des allergies, l'eczéma atopique. Les souches utilisées sont celles ayant le plus d'action sur *Helicobacter pylori*, *Candida albicans*. Chaque gélule utilisée contient plusieurs milliards de bactéries. Plusieurs souches peuvent être associées : Exemple : Lactibiane Ref : 4 souches avec 10 Milliards par sachet. (*Lactibiane existe sous différentes présentations utilisables avec des schémas thérapeutiques différents pour les colopathies, les mycoses itératives de la femme, les otites chez l'enfant*).

L'intestin est également un « deuxième cerveau » avec 200 millions de neurones (autant que le cerveau d'un chien ou d'un chat) qui fabrique 95% de la sérotonine d'où des interactions majeures avec le stress : les yaourts supplémentés en probiotiques permettent une très bonne gestion du stress et de l'émotivité.

A noter que si la Dopamine est l'hormone de la motivation (starter), la Noradrénaline l'hormone de l'action et de l'observance (accélérateur), la Sérotonine est celle de l'humeur, de l'aptitude au changement (frein).

Le magnésium, cofacteur de la synthèse des neuromédiateurs est un régulateur du stress (Formag : Magnésium, Taurine, Vit B6) de même que le tryptophane (Neurobiane : Tryptophane, Magnésium, Vit B6).

### Place de la Phytothérapie :

Il est possible d'utiliser des plantes pour un certain nombre de situations dont on a fait l'expertise médicale.

Quelques exemples sont présentés :

L'Aubépine est active en cas de palpitations, tachycardie, sensations d'oppression. La Passiflore est anxiolytique. La Valériane agit sur les tensions articulaires et sur l'anxiété.



Curcuma

Eschscholtzia est hypnotique et active en cas de réveil nocturne. Il est possible de prescrire Phytostandard/Aubépine-Passiflore en cas de problème d'endormissement et Phytostandard/Valériane-Eschscholtzia en cas de réveils nocturnes. (2cprs au coucher).

Pour la ménopause peuvent être utilisés :

La Saugé sclarée (apport d'oestrogènes, active sur les sueurs et la sécheresse vaginale) le Gattilier (actif sur les bouffées de chaleur) le Houblon (apport d'oestrogènes, sédatif), l'Alfalfa (apport d'oestrogènes) et en préménopause le Lin et le Soja. (Femina-biane Meno'Confort : extraits de graines de lin, huile de bourrache, huile de cameline, tryptophane, vit D, B6, B12, Folates).

D'autres plantes permettent de limiter les risques cardiovasculaires (Aubépine, Olivier, Prêle, Curcuma, Ginkgo biloba).

Avant toute prescription de micronutri-



Ginkgo biloba

tion ou de phytothérapie un bilan clinique et biologique complet sera réalisé. A noter que « l'Expertise Santé » comporte 7 étapes : Connaissance des antécédents, analyse fonctionnelle de l'assiette, évaluation de l'activité physique, évaluation du stress, analyse de la composition corporelle, biologie personnalisée, examen clinique.

L'Institut Européen de Diététique et Micronutrition (IEDM) fondé en 1997 propose à Dijon un Diplôme d'Université « Alimentation, Santé et Micronutrition » pour les Pharmaciens d'officine et les médecins Généralistes. [contact@iedm.asso.fr](mailto:contact@iedm.asso.fr)

Réunion organisée grâce au soutien de PiLeJe : [www.groupepileje.fr](http://www.groupepileje.fr)

## Groupe PiLeJe

### BLOQUEZ DANS VOS AGENDAS

#### Réunion AFFM Bretagne

Mardi 18 novembre 2014 - à partir de 20h30

Restaurant « Le M », 22 rue, Commandant Drogou, 29200 Brest

#### Les cardiopathies congénitales à l'âge adulte

Intervenante : **Docteur Hayat AIOUAZ**, Cardiologue à la Polyclinique De Kerauden, Brest

Information : [francoise-lebail@wanadoo.fr](mailto:francoise-lebail@wanadoo.fr)

### BLOQUEZ DANS VOS AGENDAS

#### Réunion AFFM

Jeudi 6 novembre 2014 - 18h00 à 21h00

Hôpital Européen Georges Pompidou (Salle Bleue) - Rue Leblanc, 75015 Paris

#### Psoriasis : Actualités cliniques et thérapeutiques

Intervenante : **Docteur Anne-Claire FOUGEROUSSE**, dermatologue à l'Hôpital d'Instruction des Armées Bégin

GRATUIT, INSCRIPTION OBLIGATOIRE  
Information : [secretariat.affm@free.fr](mailto:secretariat.affm@free.fr)

noreva  
LABORATOIRES



# Prévention en psychiatrie : les clés de l'efficacité

## Conseil économique, social et environnemental (CESE)

12 juin 2014

Colloque organisé par la Fondation **FondaMental**, réseau de coopération scientifique en santé mentale, en partenariat avec KLESIA, protection et innovation sociales



## Dr Marie-Dominique Ghnassia

Les débats ont été conduits par Mr Franck Nouchi.

Le Président du CESE, Mr Jean-Paul Delevoye, a ouvert le Colloque en insistant sur le combat à mener que représente la prévention des maladies mentales, sur la nécessité d'intégration dans la société des personnes qui doivent y revenir quelle que soit leur maladie, sur la nécessité d'abattre les frontières identitaires qui entraînent le rejet de l'autre et sur les espoirs liés aux progrès de la science qui peuvent transformer les utopies en réalités possibles pour l'intérêt général.

Le Président de la Fondation « **FondaMental** » Mr David de Rothschild a indiqué que l'enjeu est « de faire mentir l'OMS » qui prévoit que les maladies mentales seront la première pathologie mondiale en 2020. Pour lui, il faut pouvoir parler de ces maladies comme on arrive actuellement à parler des cancers. Les tabous et les angoisses sont encore très nombreux et « **FondaMental** » a une ambition de recherche, d'action dans les soins et une mission d'information.

Le Président de KLESIA Mr Bernard Devy a présenté les actions du groupe dans le domaine de la santé, la gestion du handicap et de la dépendance, l'accompagnement des patients et de leur famille.

Mme Leïla Idtaleb, IPSOS, a présenté les résultats d'un sondage commandé par FondaMental sur la perception des maladies mentales par le public.

Alors que 53% des personnes interrogées

indiquent avoir une personne de leur entourage atteinte de maladie mentale et 13% être atteintes elles mêmes, 84% s'estiment mal informées sur la prévention, 80% sur les facteurs de risque et sur les signes des maladies. Deux noms de maladies sont connus par 56% des personnes interrogées : la Schizophrénie et les Troubles Bipolaires. Le regard social change mais beaucoup de peurs persistent : les termes « fou », « folie » sont utilisés par 42%, 74% estiment que les malades mentaux sont dangereux pour eux-mêmes et 52% les estiment dangereux pour les autres, 54% qu'ils ont besoin d'être assistés dans leur vie quotidienne, 42% qu'ils ne peuvent assurer la responsabilité d'une famille, et 52% sont gênés à l'idée de partager leur intimité. A noter que 81% s'adresseraient, en cas de doute sur leur santé mentale ou celle d'un proche, au médecin généraliste qui conserve un rôle central. Enfin pour améliorer la prise en charge 67% estiment qu'il faut agir en faveur du dépistage.

L'information du public apparaît donc comme essentielle.

### Maladies psychiatriques, un enjeu du XXIème siècle.

#### Maladies mentales : en finir avec les idées reçues

Le Pr Frédéric Rouillon (Saint Anne, Paris) a indiqué 5 idées reçues qui doivent être combattues :

- **La place des maladies mentales** est marginale en Santé Publique : or au niveau mondial 6 maladies mentales figurent dans les 10 premières maladies les plus fréquentes, les maladies mentales sont la seconde cause d'arrêt de travail,



- **Les troubles psychologiques** sont fréquents mais les vraies maladies rares : en fait les maladies mentales représentent 20% des maladies sur un an, 30% sur une vie dans la population générale, et 1/3 des consultations en médecine générale,
- **On ne meurt pas de maladie mentale** (ces maladies représentent la 1ère cause de mortalité en France avec les suicides et une surmortalité non suicidaire),
- **Les malades mentaux** sont violents et dangereux (hors addiction, ils sont dix fois plus victimes d'actes violents),
- **Les addictions « c'est surtout le cannabis »** (l'alcool reste de très loin la principale addiction).

Le Dr Andréi Szoke (Henri Mondor, Créteil) a abordé les facteurs de risques qui sont multiples et agissent en interaction : facteurs génétiques, environnementaux, infections parasitaires, addictions... une partie de ces facteurs pouvant faire l'objet de prévention.

#### Les maladies mentales : quelles conséquences économiques et sociales ?

Le Pr Isabelle Durand-Zaleski (Laboratoire URC-ECO Ile de France) a indiqué que le coût de la maladie mentale était de 109.2 milliards d'euros par an avec une part sanitaire, sociale et médicosociale ainsi qu'une perte de productivité majeure.



En France les psychiatres représentent 2,4% de tous les professeurs de médecine, les publications concernant la psychiatrie atteignent 3,7% des publications médicales, et la recherche 2% de la recherche médicale (7% en GB, 16% aux USA). Un écart très important existe entre le fardeau économique et l'investissement dans la recherche, or 1 euro consacré à la recherche donne 1,37 euros pour la réduction du fardeau de la maladie (perte de qualité de vie).

### L'offre de soins en psychiatrie en France : Quels atouts ? Quels défis à relever ?

**Mme Annie Podeur** (*Secrétaire générale du CESE*) Au cours des années, la structuration des soins avec établissements publics spécialisés et participation du privé, l'organisation de l'accueil aux urgences, la coordination avec les soins primaires se sont développées. L'offre de soins en psychiatrie représente 15% des dépenses de santé. Cependant les alternatives à l'hospitalisation ne sont pas assez utilisées, les psychologues et psychothérapeutes pas assez intégrés, la formation infirmière pas assez orientée. De plus il est nécessaire de développer l'épidémiologie et de favoriser la recherche en la coordonnant avec les soins.

### Maladies Psychiatriques : le défi de la prévention

#### La place de la prévention dans les politiques de santé.

**Le Pr Didier Jourdan** (*Clermont Ferrand*) a indiqué que la feuille de route de Mme Marie-Sol Touraine en date du 28 Septembre 2013 comportait comme axe principal de la Stratégie nationale de Santé « **La Prévention** ».

Pour une prévention efficace pour les maladies mentales il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des facteurs en cause (facteurs territoriaux, relations familiales, environnement social, facteurs déclenchants) et de centrer les actions sur la protection des individus et des populations. Il faut agir sur les déterminants via une action sur les représentations des maladies psychiatriques, via une action sur les conditions de vie qui influencent la santé (environnement physique, social, accès aux services de santé appropriés), via une action d'éducation à la santé.

Il faut intervenir au plus près des populations : rôle du service territorial de prévention et de santé mentale avec identification

simple des parcours et utilisation des réseaux associatifs.

Il faut lutter contre les inégalités et faire porter la priorité des actions sur les enfants et les adolescents.

Il faut construire une culture de la prévention, accompagner les professionnels, améliorer le dialogue avec les experts.

### Quel regard sur la prévention en psychiatrie aujourd'hui ?

**Le Pr Antoine Pelissolo** (*Henri Mondor, Créteil*) a indiqué que malgré les missions de secteur (1960), les rapports et plans (16 en 10 ans), le saupoudrage des moyens, il existait toujours des difficultés pour l'accès aux soins. Les objectifs sont de connaître les facteurs de risque (les causes réelles sont souvent inconnues) et de les combattre : infections virales, parasitaires, facteurs génétiques, maladies physiques, alimentation, vitamine D, rythmes de sommeil, cannabis, alcool, autres toxiques, fragilité émotionnelle, précarité, isolement social, stress, maltraitance, traumatismes...

Il faut intervenir tôt, savoir reconnaître les signes précoces, soigner activement et complètement les pathologies.

Une politique volontariste doit permettre de structurer la prévention avec :

- Une recherche prospective concernant les facteurs de risque et les traitements innovants,
- L'organisation de centres experts par pathologie (référents pour l'évaluation et l'énoncé de recommandations),
- La formation de professionnels et le transfert de connaissances.

### La prévention en psychiatrie : une préoccupation des associations de patients et de proches.

**Mr Philippe Charrier** (*Président de l'UNAFAM*).

Pour les familles il y a un « avant » : tous les malades ont manifesté des symptômes, le plus souvent à l'adolescence. Les familles mais aussi les enseignants doivent être attentifs car un accès précoce aux soins est à privilégier. Les généralistes doivent connaître leurs limites et un psychiatre doit pouvoir porter un diagnostic (Ex : troubles bipolaires). Des informations doivent être données sur les maladies mentales, sur les addictions et la toxicomanie aux familles, aux enseignants et aux médecins. La médecine prédictive doit pouvoir être utilisée.

Il y a un « après » : nécessité de préserver l'intégration sociale avec un accompagnement adapté, utilisation de soins personnalisés en association avec les familles qui font partie de la solution et non du problème. Pour les familles la priorité est d'éviter de nouvelles crises, d'avoir des interlocuteurs qui pourraient venir au domicile.

L'organisation du « parcours de soins » est à changer en « parcours de vie » : on ne se soigne que pour vivre et si ce but n'existe pas on ne se soignera pas.

Il serait souhaitable d'augmenter le nombre des résidences d'accueil avec évaluation de ces structures avant de les généraliser.

Par ailleurs donner la possibilité d'aller vers le monde du travail en inventant de nouvelles formules, penser aux entreprises pour des insertions professionnelles.

Au niveau de l'information, déstigmatiser au lieu de toujours stigmatiser.

**Mme Annie Labbé** (*Association ARGOS 2001*) : après un diagnostic erroné à l'âge de 18 ans, a appris qu'elle était atteinte de troubles bipolaires après 26 ans de soins inadaptés. Elle fonde alors l'association ARGOS 2001 qui soutient les malades et leurs proches. Pour le malade il est important de savoir de quoi il souffre, d'être correctement pris en charge, d'avoir un accompagnement social, de choisir un cursus professionnel adapté en tenant compte de la vulnérabilité et de la discrimination des troubles mentaux dans le milieu du travail. Les malades « experts » peuvent apporter leur aide pour la formation des médecins généralistes et pour l'éducation thérapeutique.

**Le Pr Jean-Claude Etienne** (*Conseiller au CESE*), a insisté sur la nécessité d'une grande campagne d'information sur les troubles psychiatriques, sur la place que doit avoir la prévention dans les études médicales et sur la prise en compte de la prévention du suicide. Les maladies mentales doivent avoir droit de cité au même titre que toutes les autres maladies.

### L'espoir de la Prévention :

#### La Prévention en Psychiatrie : vers quel modèle évoluer ?

**Le Pr Pierre-Michel Llorca** (*Clermont-Ferrand*), a indiqué que la Prévention doit faire l'objet d'une politique organisée pour mieux soigner : prévention Primaire (dépis-



tage des sujets à risques), Secondaire (diagnostic précoce) et Tertiaire (psychiatrie personnalisée).

Les défis à relever sont : innover dans l'organisation des soins, décloisonner les soins, la recherche, la formation, la psychiatrie et la médecine, créer des plateformes de diagnostic dédiées à la prévention secondaire et tertiaire spécialisées par pathologie et intégrées dans un parcours de soins, organiser des centres experts régionaux, former des médecins référents de réseaux, être capable de faire face aux situations complexes, aux échecs de traitement, au désespoir des patients et de leurs proches. Des rectifications de diagnostic, des propositions de nouvelles stratégies thérapeutiques doivent pouvoir être réalisées dans des services de pointe.

Depuis 2007 les Centres Experts « Fonda-Mental » ont pour objectif de promouvoir une approche de soins par pathologie avec expertise spécifique, de favoriser le dépistage et la prévention, de diminuer le retard de diagnostic et de prise en charge, de développer la recherche avec construction d'une plateforme de soins et recherche. Les centres labellisés par la Fondation proposent des consultations spécialisées pluridisciplinaires pour avis diagnostique et thérapeutique à la demande. (34 centres et laboratoires de recherche au niveau national- travail en réseau).

**Face à des patients chroniques : Promouvoir une médecine personnalisée (Prévention tertiaire).**

**Le Dr Bruno Etain** (*Henri Mondor, Créteil*) a pris l'exemple des troubles bipolaires, maladie chronique qui atteint entre 1 et 4% de la population, survient chez le sujet jeune perturbant tout son développement. 25 à 50% de ces patients font une Tentative de Suicide (TS) au cours de leur vie et 19% réussissent leur suicide (risque suicidaire 15 à 30 fois supérieur à celui de la population générale).

L'enjeu majeur est de réaliser un diagnostic et un traitement précoces. En France le retard de diagnostic est proche de 10 ans après une période d'errance et de traitement inadapté (premier épisode à 25 ans, première TS vers 29 ans, traitement efficace par régulateurs de l'humeur vers 35 ans). Le 2ème enjeu est la prévention des rechutes : à 5 ans d'un suivi thérapeutique efficace les rechutes diminuent de 50%, le

nombre de jours « maladie » est divisé par 4, le coût par patient est réduit de 5000 euros. Le 3ème enjeu est la réduction de la mortalité précoce : le traitement médicamenteux a un impact sur le suicide mais diminue également la mortalité liée aux pathologies cardiovasculaires et respiratoires. Le syndrome métabolique est présent chez 1 sur 5 des patients bipolaires (1 sur 10 dans la population générale) mais dans 80% des cas il n'est pas pris en charge ce qui peut entraîner des troubles somatiques graves vers 40/50 ans. Le 4ème enjeu est le maintien d'une vie quotidienne équilibrée avec conservation d'une profession, d'une vie familiale et sociale grâce à l'utilisation de stratégies de remédiation cognitive et fonctionnelle.

**Conduites suicidaires : une prévention possible (prévention secondaire).**

**Mr Didier Bernus** (*Secrétaire général de la fédération FO-FSPS, conseiller au CESE*) a indiqué qu'il y avait en France plus de 10000 suicides et plus de 120000 TS par an. La prévention doit donc être une préoccupation majeure.

Il est nécessaire de former les médecins généralistes mais aussi les médecins scolaires, les médecins du travail à détecter les signes d'alerte. Le grand public doit aussi être alerté car tout le monde peut intervenir. Les nombreuses initiatives doivent être coordonnées pour en augmenter l'efficacité au niveau des facteurs de risque et de l'alerte. Un « Observatoire national » doit édicter des propositions concrètes.

**Le Pr Guillaume Vaiva** (*Lille*) a indiqué qu'une TS avait lieu en France toutes les 4 minutes, un décès par suicide toutes les 50 minutes (1 500 000 décès par an dans le monde). Le coût sociétal est estimé à 300 000 euros par décès.

Il faut établir un système de veille et organiser le suivi des TS avec des ressources rapidement activables à la sortie de l'hospitalisation. Dans 80% des cas, les TS, après un passage par les urgences, restent moins de 5 jours hospitalisées. Surveillance téléphonique régulière, demande aux patients de donner de leurs nouvelles (carte d'information, numéro dédié : 6% des personnes qui rappellent tendent à récidiver d'où l'intérêt d'une prévention à ce niveau), utilisation de nouveaux métiers tels que les cordonnateurs de soins, création de Centres territoriaux avec recontact des suicidants, possi-

bilité de programmer des hospitalisations, harmonisation des prises en charge, organisation de HAD avec IDE, équipe mobile... sont les points forts d'une prévention du suicide.

**Sujets à risque de schizophrénie : quand et comment intervenir ? Prévention Primaire et secondaire.**

**Le Pr Philippe Cornus** (*Lausanne*) a rappelé que 3 symptômes prédominaient dans les troubles psychotiques : le délire, les hallucinations et la désorganisation de la pensée. Ces troubles atteignent au long de la vie 2 à 3% de la population, ils représentent la 5ème cause d'invalidité dans les pays développés, ils surviennent entre 15 et 25 ans avec risque de passage à la chronicité selon la qualité des traitements. La précocité du traitement est primordiale mais une majorité de patients n'accède au traitement que tardivement (2ans de délai pour la schizophrénie, 6 à 10 ans pour les troubles bipolaires). Pendant ce délai sont constatés des risques de suicide, une mauvaise évolution fonctionnelle, une augmentation de la comorbidité, la détresse des parents, de la fratrie...

Il faut détecter les patients dès le premier épisode avant que la maladie ne s'installe, construire un traitement adapté en facilitant l'accès aux soins et en renforçant l'engagement dans les soins.

Trois points essentiels :

1. Equipe clinique ambulatoire spécialisée : infirmier, assistante sociale, psychologues spécialement formés avec une continuité des soins pendant 3 ans, après une prise de contact très précoce. L'équipe prend en charge un nombre limité de patients en coordination avec un médecin psychiatre,
2. Equipe mobile de soins maintenant le contact après la sortie de l'hôpital, venant à domicile. Faible nombre de patients (moins de 25,10 en moyenne), intervention limitée dans le temps,
3. Pôle hospitalier : pour 1 à 3 hospitalisations sur 3 ans de traitement, comporte peu de lits.

Le programme entraîne une amélioration de l'engagement dans les soins (91% des patients conservés), un faible taux d'hospitalisation et un très faible taux de suicides. La prévention primaire passe par l'identification des patients à risque « Ultra Haut » (Echelles spécifiques).

### Quels défis la psychiatrie doit elle relever ?

**Mme Félicité Herzog**, fille de Maurice Herzog, est l'auteur d'un roman intitulé « *Un Héros* ». Elle témoigne sur le déni de la maladie de son frère schizophrène, par sa famille : peurs, non-dits, difficulté d'admettre que les projets faits pour le fils ne se réaliseront pas, refus de détruire la légende du père... Un diagnostic, un traitement plus précoces et une meilleure information auraient sans doute pu modifier l'évolution.

**Le Pr Pierre-Michel Llorca** a insisté sur la nécessité d'améliorer la formation des généralistes et de valoriser leurs tâches multiples. Ne pas apprendre que les gestes techniques, ne pas empiler les connais-

sances mais être au courant par la Formation continue des dernières données, travailler sur la relation avec les patients, savoir détecter et orienter.

**Le Dr Alain Gérard** (*Psychiatre libéral-Paris*) : Bien que le diagnostic soit évoqué il fait bien souvent l'objet d'un déni par la famille et le patient lui-même. Des troubles psychologiques peuvent servir à masquer la maladie : pour la Bipolarité l'alternance d'évènements heureux dans la vie personnelle et de périodes sombres (décès d'un proche...) agissant sur l'humeur normalise la pathologie... Nécessité de rechercher la manière dont on peut annoncer le développement de la maladie : le partage du

« risque » est plus facile que le partage de la maladie elle-même.

**Mr Martin Hirsch** (*Directeur APHP*), a rappelé les difficultés de la prise en charge des « personnes à la rue ». Une priorité devrait être donnée à leur prise en charge précoce sur le plan psychologique. Pour les personnes prises en charge par le biais des urgences une orientation adaptée est essentielle. La présence de psychiatres 24H/24 est indispensable. Il serait nécessaire de développer l'hospitalisation à domicile en psychiatrie. Un équilibre financier doit être trouvé : la prévention du suicide des jeunes ne peut être amputée financièrement par un traitement très onéreux qui ne fera gagner que quelques semaines de vie à un cancéreux.

La recherche est à développer en faisant la part de ce qui est connu et de ce que l'on ne sait pas faire par déficit d'organisation ou de connaissances.

L'APHP contribue à l'information par ses Journées Portes Ouvertes. A noter que l'Hôtel Dieu doit devenir un lieu de prise en charge psychiatrique au cœur de Paris.

### Conclusion de la Journée

**Le Pr Marion Leboyer** (*Henri Mondor-Directrice de la Fondation FondaMental*) a repris les points suivants : La prévention doit réduire les atteintes les plus graves liées aux troubles mentaux (suicide, handicap...). Une prise en charge précoce des maladies psychiatriques est indispensable. Il faut déployer l'HAD psychiatrique ainsi que l'éducation thérapeutique. Les centres experts doivent permettre un décloisonnement de la psychiatrie avec une prise en charge globale (Ex : maladie bipolaire et syndrome métabolique). Il faut enfin soutenir la recherche pour mieux mesurer, mieux expliquer, mieux diagnostiquer et mieux soigner.

### Les objectifs de FondaMental sont :

- D'augmenter le niveau d'information : renforcement des socles de connaissance, lutte contre les idées reçues, campagne d'information,
- De promouvoir l'éducation spécialisée : culture de soins par pathologie, équipe pluridisciplinaires déployées sur le territoire, parcours de soins et de vie,
- De soutenir la recherche fondamentale en psychiatrie.

## 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

- Bretagne  Grand Est

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, 17, Rue de Seine  
 92100 Boulogne Billancourt

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)

- Bretagne  Grand Est

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. LAPREVOITE  
 21 Rue Isahay  
 54000 NANCY



# Dr Cécile Renson

## Les médecins et le mal-être au travail

Les médecins sont très touchés par l'épuisement professionnel, autrement appelé burn-out.

Sait-on que l'on compte 2,5 fois plus de suicides au sein de la profession que dans le reste de la population ? Chaque année, 45 médecins font une tentative de suicide...

La presse médicale fait état ces derniers jours de « 42 praticiens hospitaliers en souffrance, repérés depuis un an à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris », à la suite du recensement lancé par la Commission médicale d'établissement.

« Tous les statuts sont concernés (hospitalo-universitaires, praticiens hospitaliers, praticiens attachés...) ... tous les groupements hospitaliers. Aucun n'est épargné » (Le Quotidien du Médecin-22/09/2014).

Ce mal-être semble dû à une conjugaison de facteurs dont le plus fréquemment évoqué est le management, mais aussi sont mis en cause les réorganisations, les conflits, plus rarement la charge de travail excessive. S'installent un sentiment de mise à l'écart, la dévalorisation de soi... préjudiciables à la qualité du travail et « lorsqu'un praticien va mal, c'est parfois l'équilibre de tout le service qui vacille ».

Voilà pour les praticiens hospitaliers.

Il faut croire que les médecins libéraux ne sont pas mieux lotis. Ils ont le sentiment d'être de moins en moins reconnus, surchargés de responsabilités administratives auxquelles ils n'ont pas été préparés, face aux demandes de plus en plus pressantes des patients, parfois même victimes de violence et d'insécurité. Et pourtant « le médecin est un patient comme un autre » affirme le Docteur Philippe About président de l'Association MOTS (Médecins-Organisation-Travail-Santé). « Quand on est celui qui résout les problèmes des autres, à qui s'adresse-t-on quand il s'agit de soi ? De ses difficultés personnelles ou professionnelles ? Fatigue, surmenage, dépression sont à l'origine de défauts d'organisation du travail et d'erreurs médicales, faisant deux victimes : le patient et le médecin ». Les médecins n'osent pas demander de l'aide par peur du jugement de leurs pairs ou de la société. Cette association a pour but de pré-

venir et gérer l'épuisement professionnel en réalisant un audit professionnel, confidentiel et indépendant dans le respect de la pratique et des valeurs du médecin. Elle a été créée en 2010 en Midi-Pyrénées et s'adresse aux médecins libéraux, mais aussi aux personnels soignants.

Les sections locales de l'Association Française des Femmes Médecins ont reconnu ce problème depuis déjà quelque temps. En effet, lors de la soirée du 3 juin 2010, organisée par le **Docteur Marie-Noëlle Mayer à Avignon pour la section PACA**, la conférence sur « le sommeil et toutes ses problématiques » avait été précédée d'une intervention par le Docteur Yves Léopold, Vice-président de la CARMF, trésorier de l'Association pour la Promotion des Soins aux Soignants. Il avait alerté l'auditoire sur les problèmes de pathologie psychique et les addictions chez nos confrères... et consœurs (cf. Hygie n° 46).

Plus récemment le **Docteur Françoise Le-bail (février 2013 - cf Hygie n° 57) a réuni les adhérentes de la Section Bretagne** lors d'une conférence animée par Madame Laurence Levasseur, Psychologue du travail sur « le burn-out et le médecin ». Les différents symptômes avaient été analysés : épuisement émotionnel, dépersonnalisation, réduction de l'accomplissement personnel... le portait du médecin menacé avait été esquissé : célibataire de 45 ans, généraliste, secteur 1, grosse clientèle, faisant des visites, recevant sans rendez-vous, qui rencontre des difficultés financières, est confronté à des problèmes affectifs... A la suite de ces réflexions, Françoise Le-bail organise régulièrement des réunions informelles, par petits groupes, en fonction de la situation géographique des adhérentes, afin de rompre l'isolement professionnel dans lequel elles travaillent et d'échanger leurs points de vue sur le plan médical ou organisationnel.

Tel est le bel exemple d'une section locale active qui permet aux femmes médecins d'exercer au mieux leur vocation de médecin et de conjuguer harmonieusement vie privée et vie professionnelle.

Les femmes médecins seraient-elles l'avenir de la médecine ?



**HYGIE N° 63**

**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. Charlette Dispot  
 Dr. Francine Violette  
 Dr. Françoise Nico

**RÉGIE PUBLICITAIRE**  
 RÉGIMEDIA - Marc Ferret  
 Mel : mferret@affminesante.com  
 Tél : 01 72 33 91 05

•

RÉALISÉ PAR L'EUROPÉENNE D'ÉDITIONS

**MAQUETTE**  
 Éloïse Fages

**ADRESSE DE LA RÉDACTION**  
 RÉGIMEDIA  
 17, Rue de Seine  
 92100 - Boulogne Billancourt  
 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.

# Stress chronique, troubles de l'humeur ou du sommeil.

## ERGYCARE

Curcumine,  
Pipérine,  
Sulforaphane.



## VECTISÉRYL

L-tryptophane,  
Vitamines C et B,  
Chrome.



### Déficit en sérotonine

- Irritabilité
- Pulsions sucrées
- Difficultés d'endormissement

## ERGYSTRÉCYL

L-tyrosine,  
Magnésium,  
Taurine,  
Vitamines B.



### Déficit en dopamine

- Fatigue
- Mauvaise gestion du stress
- Sommeil agité

Pendant 3 mois consécutifs **ERGYCARE** a fait l'objet d'une étude\* auprès de patients stressés de façon chronique, ou déprimés. On observe une diminution des taux de cortisol salivaires et un effet neuroprotecteur sur certaines zones de l'hippocampe. L'étude montre aussi une réduction du degré de dépression (*Test de Becks*).

*\*Rôle de la curcumine comme anxiolytique et neuroprotecteur contre les lésions induites par le stress chronique et la dépression. Dr J.J Merino et al. Hospital Universitario La Paz. Madrid. 2012.*

Pour tout renseignement contactez notre service conseil au 05 65 64 97 90.  
Demandez un code d'accès thérapeute sur [nutergia.fr](http://nutergia.fr) > espace professionnel.

# Dr Francine Violette

## Actualités sur le cuir chevelu



Les actualités sur le cuir chevelu sont développées chaque année au sein d'un congrès intitulé « **Treizième journée de Sabouraud** » à Paris, toujours très intéressant et le Dr Françoise Nico et moi-même y avons assisté.

Le traitement des alopecies androgéniques Minoxidil versus finastéride en 2014 est présenté de façon claire et didactique par le Dr Pascal Reygagne, dirigeant le centre Sabouraud. Il a par ailleurs rédigé une excellente mise au point sur les actualités du finastéride au sein du journal *Thérapeutiques en Dermatologie* en juin 2014.

### Minoxidil versus finastéride en 2014 et Actualités du finastéride par le Dr Pascal Reygagne

Ce sont les deux seuls traitements des alopecies androgéniques ayant une AMM (autorisation de mise sur le marché) en France, à partir de l'âge de 18 ans, depuis 25 ans pour le minoxidil lotion (2% et 5% chez l'homme et 2% chez la femme) depuis 15 ans pour le finastéride chez l'homme à la dose de 1 mg par jour (le finastéride n'est pas indiqué officiellement chez la femme et il est contre-indiqué chez la femme enceinte).

Des études à la dose de 0,2 mg par jour (qui réduirait aussi le taux de DHT de 65%) sont en cours aux USA et au Japon.

Le minoxidil en mousse 5% (moins irritant) vient d'être commercialisé en France avec une AMM pour l'homme (une étude démontre que sur une durée de 16 semaines, on a un gain de densité versus placebo de 9,6%). Aux USA, une autorisation a été délivrée pour la mousse 5% une fois par jour chez la femme (de 23 ans à 75 ans). Une étude chez les femmes a montré que le minoxidil 5% en mousse une fois par jour est aussi efficace que le minoxidil 2% deux applications par jour avec une meilleure tolérance (compte de cheveux augmente de 16,2% dans le groupe minoxidil mousse à 5% et de 13,8% dans le groupe minoxidil lotion 2%).

Le mécanisme d'action du minoxidil reste encore imprécis mais il stimule la croissance et il ralentit la chute (vasodilatation périfolliculaire, stimule le passage et allonge la durée de la phase anagène).

Le mécanisme d'action du finastéride, par son action inhibitrice sur la 5 alpha réductase de type 2 transformant la testostérone en DHT (dihydrotestostérone), diminue le taux de DHT de 65% au sein du cuir chevelu avec une élévation discrète de 10% du taux de testostérone.

Le minoxidil lotion est peu résorbé : 0,3 à 4,5% (pas de modification par l'emploi de perruque, laque, crème, gel, sèche-cheveux) et est totalement éliminé en 4 jours surtout par voie urinaire.

Pour le finastéride, l'absorption est complète en 6 heures, la demie-vie d'élimination plasmatique après plusieurs prises est de 5 heures (de 15 heures à partir de 70 ans), et la demie vie d'efficacité biologique est de 15 jours.

Une absorption transcutanée est possible et une femme enceinte doit s'abstenir de manipuler les comprimés.

La concentration de finastéride dans le sperme est très faible, de 0,1 à 1,52 ng/ml pour une dose de 1 mg par jour et l'utilisation de préservatif n'est pas nécessaire même avec une femme enceinte.

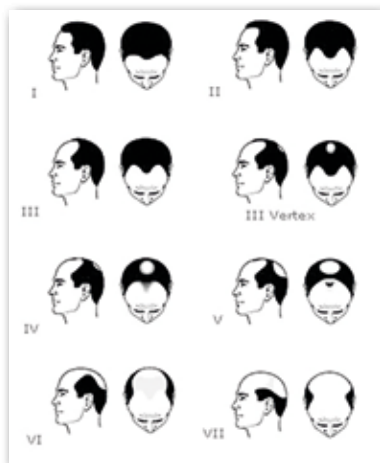
La biodisponibilité n'est pas affectée par le repas.

L'élimination est biliaire mais malgré son métabolisme hépatique mettant en jeu la voie du cytochrome P450 3A4, aucune interaction médicamenteuse n'est connue.

Il n'a pas lieu de modifier la dose en cas d'insuffisance rénale et chez une personne âgée.

Une étude randomisée en double aveugle à 4 ans confirme que l'amélioration clinique sous finastéride se maintient avec la poursuite du traitement avec une bonne tolérance chez les répondeurs (le poids des cheveux augmente de 21,6% en 4 ans et le compte de 7,2% alors que sous placebo l'évolution était de -24,5% et de -13%). Une autre étude sur 10 ans montre que l'efficacité semble persister au moins pendant 10 ans chez les bons répondeurs après un an de traitement et certains patients (21%) se sont améliorés entre la cinquième et la dixième année de traitement.

Un traitement par finastéride débuté 4 semaines avant une greffe de cheveux et poursuivi permet d'améliorer les résultats esthétiques comme le minoxidil.



### SCHÉMA DES DIFFÉRENTS STADES DE L'ALOPÉCIE MASCULINE

L'échelle de Hamilton-Norwood (1951 par Hamilton et modifié en 1975 par Norwood) permet d'établir le degré d'avancement de l'alopecie chez l'homme grâce à une série de 7 schémas représentant l'évolution de la perte de cheveux (pour la femme, le schéma de Ludwig sera plus adapté). Ces schémas permettent une standardisation des étapes liées à l'alopecie et facilitent la prise de décision quant aux traitements à adopter.

#### Explication des stades de l'échelle

Solution	Description
<b>Stade 1</b>	Alopecie masculine de type 1 : recul symétrique au niveau des globes temporaux frontaux.
<b>Stade 2</b>	Alopecie masculine de type 2 : recul des golfes temporaux et frontaux de manière symétrique avec éclaircissement visible du toupet.
<b>Stade 3</b>	Alopecie masculine de type 3 : le recul symétrique est plus marqué au niveau des golfes temporaux - frontaux avec extension vers l'arrière et apparition d'un éclaircissement des cheveux au sommet du crâne appelé tonsure.
<b>Stade 4</b>	Alopecie masculine de type 4 : le creusement symétrique devient plus important, le toupet est clairement développé et une calvitie complète au niveau de la tonsure est évident.
<b>Stade 5</b>	Alopecie masculine de type 5 : version avancée du type 4 ou la tonsure et le creusement symétrique tendent à se rejoindre.
<b>Stade 6</b>	Alopecie masculine de type 6 : la chute de cheveux se propage à la partie située derrière la tonsure. Appelé communément le tourbillon.
<b>Stade 7</b>	Alopecie masculine de type 7 : forme la plus avancée de la calvitie masculine. Il ne reste plus de cheveux sur la partie haute du crâne, seule une couronne subsiste au niveau de la nuque et des tempes. Appelée aussi alopecie hypostatique.

Un dosage de PSA devra être réalisé à partir de 50 ans chez l'homme avant de débiter un traitement par finastéride et l'on devra multiplier le taux par 2 pour l'interprétation.

Selon une étude de la FDA, sous finastéride, il n'y a pas de sur-risque pour le cancer du sein chez l'homme.

Les études concernant le finastéride et l'impuissance (baisse de la libido, de l'érection ou de l'éjaculation) concluent à une proportion normale d'hommes ayant spontanément des problèmes sexuels dans cette tranche d'âge, sans rapport avec le finastéride mais peut-être en rapport avec une dépression.

En ce qui concerne le finastéride et la spermatogénèse, 12 cas d'azoospermie dans le monde ont été rapportés et ont été tous réversibles. En cas d'hypofertilité, il faut demander un spermogramme associé à une mesure de l'index de fragmentation de l'ADN.

Il n'y a pas lieu de déconseiller le finastéride chez les hommes voulant concevoir un enfant. Il faut rappeler que chez les hommes porteurs d'un déficit congénital en 5-alpha réductase la spermatogénèse n'est pas altérée.

Pour le finastéride et la dépression, aucune étude contrôlée n'a permis de dépister un tel effet secondaire.

Une étude prévention du cancer de la prostate chez des hommes de plus de 77 ans se déroulant sur 7 ans a démontré une réduction de 25% du risque de cancer de la prostate pour une dose de 5 mg par jour.

Une autre étude vient d'établir que l'augmentation des cancers de la prostate de haut grade est artificielle si l'on considère le score de Gleason sur la pièce de prostatectomie totale et non sur une biopsie.

Le Dr Pascal Reygagne conclut par le non fondement des craintes des patients exprimées sur internet qui sont donc pour la plupart injustifiées. Il faut insister sur le caractère peu fréquent des effets secondaires éventuels et sur leur réversibilité.

# Réunion d'information du CALM (Comme A La Maison)

Mercredi 21 mai 2014, Hôpital Trousseau

Dr Marie-Claire Brusset

## Mon corps m'appartient... et pour accoucher ?



L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic et à la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et des soins post-natals de la mère et de l'enfant. Article 455-1 du Code de la Santé Publique.

Depuis des années, les sages-femmes se battent pour l'ouverture de « **Maisons de naissance** » en complète autonomie.

Ces structures n'ouvriront que fin 2015, bien que la loi ait été adoptée en juin 2013 (Référence Hygie n°59 page14).

La naissance, dans la grande majorité des cas, est un acte physiologique normal, d'où l'importance des maisons de naissance à l'abri des actes médicaux.

Depuis 2014, les sages femmes travaillent sur la notion de « *Giving Birth is empowering* » duo permanent entre l'accouchée et elles, partageant le ressenti et le savoir. La sage-femme ne s'impose pas, elle laisse faire la patiente qu'elle rassure et dont elle guide le travail par le ressenti décrit. Elle devient le partenaire indispensable au bon déroulement de la naissance.

Le rôle de la médecine dans les maternités doit se concentrer sur les 20% de grossesses à risque, du fait de pathologie chez la mère ou de malformations du fœtus.

800 000 femmes accouchent tous les ans en France, mais on ne compte pas les dépressions, le stress post-traumatique qui font que les accouchées sortent meurtries de la maternité.

Il existe dans ce domaine encore trop de sexisme : les femmes sont trop grosses, font trop de bruits, appellent trop souvent. Bref, bon nombre d'humiliations leur sont imposées.

Le médecin peut s'ériger en juge, et faire reconnaître les droits de la mère par rapport à ceux de l'enfant à naître. Dans d'autres pays (Irlande, Angleterre, Brésil), l'enfant est prioritaire par rapport à la survie de la mère.

La présentation du Docteur Anne Théau, gynécologue-obstétricienne à la maternité de Port-Royal, a été particulièrement retenue. Elle y a mis en place un « Parcours bas risque » qui offre un réel choix aux femmes. Elle y est accompagnée par des sages-femmes libérales. Au fil du temps, les demandes augmentent à l'intérieur de la maternité. Les femmes choisissent la position qui leur convient pour accoucher.

La douleur peut être combattue par le contrôle de la respiration, mais il faut pour cela beaucoup de calme et de temps, ce qui est incompatible dans l'enseignement des jeunes sages-femmes. Par ailleurs, la douleur ainsi combattue sans le concours d'une péridurale procure à la jeune femme une juste satisfaction d'elle-même et lui permet de se révéler.

Cependant, il peut être fait appel à l'hypnose ou l'acupuncture pour des douleurs moins bien contrôlées. Les primipares ont le choix de recourir à la péridurale, mais pour les grossesses suivantes, les autres thérapies sont suffisantes.

Les sages-femmes souffrent d'un manque de solidarité entre elles.

Leurs relations avec les féministes sont orageuses. Elles préféreraient leur soutien plutôt que leurs critiques, comme les exerce Elisabeth Badinter.

De même que leur relation avec les médecins est difficile, car leur désir de voir prospérer les maisons de naissance en dehors des maternités ne rencontre pas leur suffrage...

Liste des participants :

- **Paul Cesbron**, gynécologue-obstétricien, ancien Chef de service de la maternité du centre hospitalier de Creil, secrétaire de la Société d'Histoire de la Naissance.
- **Yvonne Knibielher**, historienne, auteur de l'Histoire du féminisme.
- **Marie-Hélène Lahaye**, juriste, auteur du blog « *Marie accouche là* ».
- **Laurence Platel**, sage-femme depuis 35 ans, militante de la naissance respectée depuis aussi longtemps, exerçant maintenant en libéral dans la banlieue nantaise.
- **Anne Théau**, gynécologue-obstétricien à la maternité de Port-Royal.



[www.msncalm.org](http://www.msncalm.org)



# NJ Santé Beauté Paris

## Créateur en Beauté Capillaire !

### Solutions pour la perte de Cheveux...

NJ, c'est 25 ans d'expérience dans le secteur capillaire, de savoir faire, d'innovation et de création au service de ses clients. NJ dispose d'un réseau de professionnels « NJ Santé Beauté » dédié à la perruque médicale depuis plus de 10 ans. Spécialiste des perruques et de la beauté capillaire, il propose aujourd'hui une solution complète de la perte à la repousse du cheveu.

#### Le réseau « NJ Santé Beauté »

Dans le cadre de ce partenariat avec les professionnels de la coiffure, ceux-ci s'engagent à aider concrètement le patient à « faire face » aux conséquences de la maladie et de son traitement par des conseils d'esthétique et de visagisme. L'objectif est de contribuer à la prise en charge globale du patient présentant une alopecie, (chimiothérapie, brûlure, neurochirurgie...) en prenant le relais du secteur médical afin d'aider le patient à passer cette période en évitant un traumatisme supplémentaire.

NJ forme les professionnels de la coiffure et leur équipe pour offrir un service complet de qualité avec une gamme de produits qui a été développée dans une optique de confort et de sécurité.

L'offre de prise en charge allie :

- Une première visite pour répondre à toutes les questions et préoccupations, discuter des alternatives à la chevelure, proposer une coupe de transition pour mieux se préparer à la chute des cheveux.
- Une seconde visite pour l'ajustement de la chevelure, apprendre comment entretenir sa

chevelure et son cuir chevelu.

- Proposition d'un rendez-vous de suivi après traitements pour des soins spécifiques d'aide à la repousse et entretien des cheveux et du cuir chevelu.

Tous les partenaires du réseau NJ Santé Beauté sont agréés Sécurité Sociale et adhérents auprès de l'Institut National contre le Cancer (INCa).

#### Les produits NJ

Tous les modèles pour femme et homme sont fabriqués avec le plus grand soin, le savoir faire et les techniques innovantes offrent de vrais résultats naturels. NJ n'utilise que des cheveux de première qualité, et des fibres synthétiques haut de gamme, aussi soyeuses que de vrais cheveux, faciles à entretenir. Le service qualité NJ veille à garantir en permanence, et pour chaque modèle, le meilleur produit afin de répondre au mieux aux besoins spécifiques des clients.

L'innovation majeure de ces dernières années a été l'intégration du système breveté NJ Antiglisse®, sur l'ensemble de sa gamme perruque. L'Antiglisse® garantit un confort optimal et une sécurité absolue. La fixation sans colle ni adhésif se fait par thermocontact, grâce à une matière antidérapante placée à certains points très précis du bonnet. Ce concept très doux sur la peau est agréable à porter et assure une tenue parfaite sans compression.

Enfin une perruque qui ne glisse pas !

Autre innovation breveté NJ, le Modulocap®



qui permet d'ajuster la profondeur et la taille du bonnet pour épouser à la perfection la forme de la tête.

Un besoin précis, une réponse adaptée. NJ c'est un large choix de chevelures de remplacement mais aussi des produits plus spécifiques qui peuvent intervenir en solution transitoire. La correction capillaire peut intervenir aussi bien chez l'homme ou la femme lorsque se présente une perte de cheveux diffuse, localisée ou l'amincissement de la densité de la chevelure. Dans ces cas NJ, propose une gamme de compléments capillaires pour une correction instantanée : volumateurs, extensions, modèles sur-mesure. Les accessoires capillaires sont aussi une réponse alternatives ou complémentaires : turbans, foulards, casquettes, franges...

Un réseau de professionnels de la coiffure formé aux besoins spécifiques, retrouvez nos partenaires en région :

[www.institut-capillaire-nj.fr](http://www.institut-capillaire-nj.fr)

Contact Siège :

NJ Diffusion : 01 40 22 07 22

## Parution



#### Ceux qui restent

Damien Marie et Laurent Bonneau - Éditions Grand Angle

Florent a perdu sa femme beaucoup trop jeune.

Il a tenté d'élever seul sa trop petite Lilie, maladroitement ou certainement pas assez.

Mais, Florent et sa fille se sont perdus de vue à leur tour.

Elle l'a laissé encore plus seul pendant 20 ans.

Aujourd'hui, à 70 ans, il n'a qu'un seul souhait, il veut la retrouver avant de mourir ; sa Lilie qui vient maintenant le voir presque tous les jours, mais qu'il ne reconnaît plus.

La maladie lui vole la mémoire pour le laisser toujours plus seul.

Alors, il cherche sans relâche, en vrac, dans les bribes de trop vieux souvenirs...

Florent n'abandonnera plus ; un voyage en Alzheimer.