

Hygie



*De la déesse
guérisseuse
à la femme
médecin*

Janvier - Février
Mars 2013
N° 57

*Actualités
dans les cancers féminins,
Compte rendu
du Colloque
AFFEM 2013*





Sommaire

ÉDITORIAL

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

VIE ASSOCIATIVE

- Compte rendu Assemblée Générale AFFM	4
- Compte rendu Conseil d'administration	6
- Colloque AFFM	
■ Introduction au Colloque - Dr Cécile Renson	7
- L'AFFM en région	
■ Section Bretagne : Le burn out et le médecin - Dr Françoise Lebail	10
■ Rencontre FMC de l'Iroise du 26 Mars 2013 - Les troubles fonctionnels intestinaux - Dr Le Page	10
■ Section nationale : compte-rendu Réunion Conception et Contraception 12 mars 2013	
Dr Cécile Renson	11
- Des nouvelles de la MWIA - Dr Marie-Dominique Ghnassia, Dr Françoise Nico	12

ACTUALITÉS MÉDICALES

■ Traitements médicaux des adénocarcinomes ovariens - Catherine Lhommé, P. Pautier, Y. Tazi, A. Leary	14
■ La prise en charge du cancer du sein en France. Le diagnostic en un jour - Dr Suzette Delaloge	19
■ Les colopathies fonctionnelles - Dr Guy Dorf	20

ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES

■ Roche Diabetes Care s'implique dans la nutrition	22
--	----

Loisirs

■ Parutions	23
■ Recettes	23

Ethique et médecine

Tel est le thème retenu par les adhérentes de l'Association Française des Femmes Médecins comme grande cause des années 2013-2015.

A juste titre, elles ont établi un distinguo entre l'éthique médicale et la bioéthique. En effet, l'éthique, personnelle, se différencie de la morale par un raisonnement conscient de la recherche du bien, et, en ce qui concerne les médecins, cette réflexion date d'Hippocrate. La bioéthique, quant à elle, est une discipline nouvelle apparue dans les années 1960, découlant des interrogations dues au développement de la biomédecine et des technosciences.

Notre réflexion de médecins nous amène à toujours nous poser la question de ce qui est bon pour le patient, le respect de sa dignité, mais aussi à obéir à notre premier principe qui est de protéger la vie.

En même temps, la science poursuit sa marche en avant et lorsqu'elle apporte des progrès au service des hommes, pourquoi s'opposer à elle ?

Mais un acte autorisé peut-il devenir banal ?

Les greffes, les dons d'organe sauvent des vies. Les techniques de fécondation in vitro permettent à des couples stériles d'avoir des enfants.

L'euthanasie continue de faire débat. La volonté de mettre fin à ses jours relève du pouvoir souverain sur sa propre existence. Le médecin témoin de ce suicide ne peut-il être poursuivi pour non assistance à personne en danger ? Et donner la mort est toujours interdit dans notre société...

A partir de ces constatations, on ne peut s'empêcher de s'interroger sur ces thématiques plus en lien avec notre confort qu'avec notre survie.

Pire, selon le Grand Rabbin Haim Korsia, « *l'un des paradoxes du progrès des biotechnologies est une forme de déresponsabilisation des individus... Si l'homme croit maîtriser son corps grâce au progrès, il risque de ne plus le respecter* » (Ethique et action publique).

C'est bien pour réfléchir à ces problèmes, à leurs conséquences sur l'avenir de notre société que l'Association Française des Femmes Médecins place son 90^e anniversaire sous le thème « Ethique et médecine ». Elle a commencé l'année par une conférence donnée à l'occasion de la Journée internationale de la femme, dont le sujet se rapportait à « Conception et contraception ».

Nos prochaines réunions traiteront de sujets éthiques. C'est notre devoir de faire le point sur les différents sujets qui font l'actualité, d'éclairer nos consœurs (et confrères) sur les bienfaits ou les dangers auxquels les biotechnologies nous exposent. Et surtout, lorsque politique, morale et science se réunissent pour parler de « bioéthique », il convient de revenir aux principes fondamentaux du Serment d'Hippocrate : « *rétablir, préserver ou promouvoir la santé dans tous ses éléments, respecter toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions, intervenir pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité... faire tout pour soulager les souffrances, sans prolonger abusivement les agonies, et ne jamais provoquer la mort délibérément* ».

La vocation des médecins n'est pas de tout maîtriser.

La vocation des femmes médecins va bien au-delà. Comme les autres femmes, elles sont projetées vers l'avenir de l'humanité, mais leur honneur de médecin est de s'opposer au savant fou qui voudrait repousser sans fin les limites de la Nature, au risque de bouleverser l'avenir de l'homme en tant qu'espèce.

Tout un programme, celui de l'AFFM !

Docteur Cécile Renon
Présidente de l'AFFM





Compte rendu Assemblée Générale AFFM 2 février 2013

L'assemblée générale de l'Association Française des Femmes Médecins s'est tenue le samedi 2 février à l'Hôtel Royal Garden Champs Elysées, en présence de 75 membres présents et représentés.

RAPPORT MORAL par le Docteur Cécile Renson

Le bureau élargi s'est réuni trois fois au cours de l'année 2012 :

- le 12 janvier à Saint Cloud,
 - les 24 mars et 7 juin au domicile de Marie-Dominique Ghnassia.
- Trois conseils d'administration ont eu lieu :
- le premier à l'issue de l'Assemblée Générale du 28 Janvier 2012 qui a reconduit le bureau dans sa composition initiale,
 - le deuxième le 26 Octobre à la Maison des Associations du XV^e arrondissement, domiciliation de notre siège social,
 - le troisième avant notre assemblée générale, afin d'en approuver l'ordre du jour.

Notre colloque annuel s'est déroulé le 28 Janvier 2012 dans l'enceinte du Palais du Luxembourg, grâce à la recommandation de Madame Michèle André, sénatrice et ancienne présidente de la délégation du Sénat aux droits des femmes. Nous nous étions réunies autour du thème « **les troubles mentaux de la femme et de l'enfant** ». Ce colloque était animé par le Docteur Béatrice Laffy-Beaufils, chef du service psychiatrique à l'hôpital Corentin-Celton, sollicitée à juste titre par sa collègue le Docteur Marie-Dominique Ghnassia.

Y furent abordés la dépression du post-partum, le déni de grossesse, les conséquences psychiatriques des traumatismes sexuels, mais aussi l'enfant hyperactif, la dépression de l'enfant et de l'adolescent, le rôle de l'expert pédo-psychiatre auprès des tribunaux. Enfin, Thérèse Hannier, présidente de l'association Phare avait parlé du rôle de l'association dans la prévention du suicide de l'enfant et de l'adolescent.

Cette manifestation avait eu lieu dans des circonstances financières difficiles puisque la questure du Sénat avait interdit toute participation de partenaires extérieurs à l'AFFM. Nous avons organisé cette journée sur les fonds propres de l'association. Raison pour laquelle nous nous réunissons aujourd'hui à l'Hôtel Royal Garden Champs Elysées.

Nous pouvons déjà annoncer que cette année 2012 nous a livré quelques déconvenues.

Outre celle de nous voir prendre en charge la manifestation du 28 janvier et de devoir nous priver du cocktail, moment d'échanges conviviaux bien sympathique, nous avons connu des difficultés concer-

nant la cinquième journée de la santé de la femme qui a purement et simplement été annulée.

Initialement, et sur les conseils d'un agent de Régimedia, cette réunion devait porter sur la pathologie ophtalmologique : myopie, chirurgie réfractive, glaucome, décollement de rétine, DMLA malheureusement, ce thème n'a pu être retenu pour des problèmes de partenariat pharmaceutique.

Sur les conseils de Bruno Cohen, je me suis repliée sur l'Institut Gustave Roussy et son directeur général honoraire, le professeur Thomas Tursz, auquel j'ai rendu visite le 12 juin. Nous sommes convenus de la tenue de ce colloque le 11 octobre, autour des cancers au féminin. Au cours du mois de septembre, les agents commerciaux de Régimedia m'ont fait valoir que la tenue des journées de cancérologie à Nice qui mobilisaient, paraît-il toutes les sommités scientifiques et médicales françaises quelques semaines plus tard, éclipsait notre réunion. Raison pour laquelle nous nous réunissons aujourd'hui autour de ce thème.

Une réunion réussie, quoique ayant rassemblé un faible auditoire : femme et alcool, le 20 septembre à la Maison des Associations du 15^e, par le Docteur Fatma Bouvet de la Maisonneuve, approchée, encore une fois par Marie-Dominique Ghnassia. Cette jeune femme a créé la première consultation en alcoologie pour les femmes à l'hôpital Sainte-Anne.

Nous devions nous rendre à Evreux le lendemain pour une réunion organisée par Anastasia Lymperopoulou, mais un malentendu avec le laboratoire sponsor a fait capoter la séance.

Dans un autre domaine, j'ai participé, le 23 octobre, à un comité d'experts réunis par Lesieur qui voulait diffuser des conseils diététiques aux médecins et se disait intéressé par l'AFFM. J'avais exposé ces perspectives lors du CA suivant devant Isabelle Coutrot. Le comité proposait la distribution, dans les salles d'attente, de questionnaires sur lesquels nous avions travaillé. J'ai reçu, il y a quelques jours, un courrier m'informant que cette expérimentation était annulée du fait de son coût financier.

Le 24 février 2012 a été signée avec la Mutuelle du Médecin représentée par son PDG le Docteur Jean-Pierre Hamelin, une Convention de Mécénat-Partenariat, afin « d'unir leurs efforts pour la prise en compte des préoccupations, contraintes et spécificités attachées à l'exercice par la population féminine que ce soit à titre libéral, salarié ou public, d'une profession de santé ». Ce partenariat s'est concrétisé par l'envoi d'une brochure de la MDM lors de l'expédition d'Hygie 52. Je crois que seulement cinq adhérentes ont demandé

des renseignements complémentaires à la MDM. Signalons la participation financière de la MDM à l'organisation de la journée d'aujourd'hui.

Le 19 janvier, à l'invitation du CNFF, comme Marie-Dominique le précisera, l'AFFM est intervenue sur le thème de « **Femmes et dépendance** », et je suis intervenue sur l'« **Importance des réseaux** ».

L'association des Inner Wheel de Tours m'a demandé d'animer un dîner-débat le 16 février sur Madeleine Brès et la féminisation de la profession.

Le 29 mars, Pratis TV a invité l'AFFM à participer à la présentation des programmes de santé dans le cadre des élections présidentielles.

Le 18 octobre, j'ai participé à une audition au Sénat par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le thème « **Femmes et travail** », lors d'une table ronde sur la profession de médecin avec le Docteur Irène Kahn-Bensaude, membre du Conseil de l'Ordre des Médecins, le Docteur Christine Bertin-Belot représentante du Pôle femmes du SML et Madame Nathalie Lapeyre, maîtresse de conférence en sociologie à l'Université de Toulouse II, auteure de « **les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins** ».

Le 22 novembre, j'ai participé au cocktail de clôture du 5^e congrès de l'ACMF « **Route et médecine** », en présence du Docteur Xavier Emmanuelli, ancien Secrétaire d'Etat, à la demande de son président le Docteur Philippe Lauwick et du Docteur Michèle Mulhmann-Weill, sa précieuse présidente du Comité Français de Médecine du Trafic.

Je me suis rendue à une conférence de presse le 13 septembre au Café Fauchon sur la contraception d'urgence que j'ai relatée dans un Hygie récent.

Enfin, dans la rubrique « **Lutte contre les violences faites aux femmes** », Marie-Dominique et moi avons assisté à un colloque sur « **Genre et santé** » le 16 novembre, au Conseil Régional d'Ile-de-France, organisé par le Centre Hubertine Auclert, dont Marie-Dominique vous parlera.

L'AFFM figure dans l'annuaire des associations locales et nationales de lutte contre les violences faites aux femmes.

Le 23 novembre, je me suis rendue à un colloque à l'Université Paris 4-Sorbonne, sur ce thème, en particulier sur le rôle des professionnels et l'enjeu de leur formation.

J'ai assisté le 19 novembre aux Marianne de la Diversité, sur le thème de la parité à l'Assemblée nationale.

Voilà pour les actions de l'AFFM auxquelles j'ai participé. Avant de passer la parole à Marie-Claire Brusset et Marie-Thérèse Nourrisier qui se rendent avec beaucoup d'assiduité

aux différentes manifestations où l'AFFM est invitée, ainsi qu'à Françoise Le Bail et Isabelle Coutrot qui nous parleront des sections de Bretagne et du Grand Est, je voudrais vous faire part de l'inscription en cours de l'association au SIMPA de la Mairie de Paris : système d'Information multiservices des partenaires associatifs. Il manque la copie de la publication au JO du 3 juin 1978 que je dois me procurer au JO Quai Voltaire. Je vous remercie.

Hygie

Comme l'an dernier, le dernier numéro d'Hygie pour l'année 2012 vient de paraître. Cette parution coûte fort cher. L'industrie pharmaceutique n'est plus autorisée à subventionner les associations et la publicité dans le journal devient rare. Il faut envisager la parution d'un journal moins épais, avec des articles qui ne dépassent pas la page. Je demanderai à tous les membres du CA de rédiger un article par an, avec un effort de concision impératif. Il faut envisager de revoir notre site, le rendre attractif, y mentionner toutes les activités de l'AFFM qui ne sont pas nulles.

Regimedia

Il semblerait que Regimedia connaisse quelques difficultés. Les relations sont excellentes et Catherine Dognon se montre une secrétaire dévouée, tout autant que compétente.

Renouvellement du CA

Il faut prévoir un appel à candidatures. En effet, le mandat de certaines d'entre nous expire l'an prochain: Marie-Claire Brusset, Dominique Lenfant-Laffitte, Michèle Mullmann-Weill, Anne Pichot-Pariat, Lucie Rakotomalala, Catherine Bourgeois, Marie-Noëlle Mayer, Francine Violette, Marie-Thérèse Nourissier-Sobesky. Et certaines ne pourront demander un renouvellement supplémentaire...

RAPPORT FINANCIER

par le Docteur Marie-Claire Brusset

Jusqu'en 2010, tous les ans l'association comptait de nouvelles adhérentes, mais depuis deux ans, et malgré les efforts de chacun, elle perd des membres ; 30 en 2011 et 23 en 2012.

Les médecins actifs sont toujours plus nombreux que les médecins retraités.

35 ont fait des dons entre 50 et 100 euros.

Le reversement aux sections locales n'ont concerné que la section Grand Est avec 35 adhérentes et la section Bretagne qui compte 22 adhérentes.

La formation médicale continue pour laquelle Marie-Dominique Ghnassia se dépense sans compter fonctionne de mieux en mieux et ne s'adresse qu'aux membres de l'AFFM, ce qui permet d'augmenter le nombre des cotisantes.

Activité - Résultat

Les cotisations encaissées en 2012 se sont élevées à 8 125 € contre 8 745 € en 2011, soit une baisse de 7%.

L'effectif comptabilisé est de 188 adhérentes contre 211 l'an passé.

Les charges de fonctionnement (10 476 €) augmentent de 7% en raison des frais liés à la tenue de l'assemblée non financés en totalité par les laboratoires pharmaceutiques. Les dépenses concernent les frais de Régimedia (5 961 €) et les frais de comptabilité restent inchangés.

Les produits financiers du livret A se sont élevés à 389 €.

Les produits exceptionnels (663 €) correspondent au rapatriement du solde bancaire de la section région PACA dans les comptes de l'AFFM suite à sa clôture fin 2011.

L'exercice est déficitaire (-1 940 €) pour la quatrième année consécutive.

Pour 2013, les prévisions présentées reposent sur un effectif de 185 adhérentes. Il est prévu une dépense des frais d'assemblée pour 500 € suite à la participation plus importante des laboratoires.

Financement

La trésorerie de l'Association s'élève à 57 378 € contre 57 827 € en 2011.

Les dettes au 31 décembre 2012 se montent à 4 488 € et se répartissent de la façon suivante :

- frais de comptabilité de l'exercice non réglés au 31 décembre 2012 = 1 507 €.
- prestations REGIMEDIA du 2^e semestre 2012 = 2981 €.

Les ressources se répartissent ainsi après affectation de la perte :

- Dotation : 22 867 €
- Réserves disponibles : 31 963 €
- Résultat 2012 : -1940 €

TOTAL : 52 890 €

SECTIONS LOCALES

L'article 12 de nos statuts précise le fonctionnement des sections locales.

Lesquelles ne peuvent être constituées qu'après approbation du CA lorsqu'elles réunissent 20 adhérentes.

Un chiffre inférieur n'en permet pas la constitution et en cas de diminution des adhésions, entraîne sa dissolution.

De même qu'il est prévu au moins une réunion des adhérentes par an.

Le bilan financier doit être présenté 1 mois avant l'AG.

Présentation des activités de la section Grand Est, par le Docteur Isabelle Coutrot

La section organise deux réunions par an. L'une concernait la chirurgie esthétique, l'autre le rôle du Conseil de l'ordre des Médecins.

Une autre s'intéressait à l'installation des jeunes médecins, mais elle n'a pu avoir lieu. L'AFFM a été invitée à une réunion organisée par le CSMF.

Le dévouement et le dynamisme des Doc-

teurs Marie-Claire Laprèvote et Isabelle Coutrot sont particulièrement salués. Elles avaient interrogé et mobilisé leurs adhérentes afin de fournir des arguments pour l'audition de la présidente au Sénat.

Le Docteur Françoise Le Bail a montré la même détermination auprès des adhérentes bretonnes.

Présentation des activités de la section Bretagne, par le Docteur Françoise Le Bail

Dix réunions ont été organisées dans l'année. Elles traitaient de pratiques de médecine générale : l'incontinence urinaire chez la femme, le diabète gestationnel, la loi Leonetti, l'allergie médicamenteuse, la conduite à tenir devant une allergie médicamenteuse, la BPCO et le tabagisme, les nouveaux outils d'information.

Elle insiste sur le côté convivial et confraternel de ces réunions de femmes médecins qui partagent les mêmes soucis.

Elle mérite aussi toutes les félicitations de l'AFFM.

La région PACA ne comporte que dix adhérentes. Le docteur Dominique Lenfant-Laffitte postule pour en être la présidente. Elle ne sera nommée que par décision du CA lorsque 20 adhérentes seront à jour de cotisation.

FORMATION MÉDICALE CONTINUE par le Docteur Francine Violette

L'AFFM a assuré deux types de formation.

Formation en informatique. Elle a traité huit thèmes sous la houlette de Laurent Ephrati :

- Windows : 3 formations - 19 participants,
- Word : 3 formations - 20 participants,
- Excel : 1 formation - 7 participants,
- Power Point : 2 formations - 13 participants,
- Internet Explorer : 3 formations - 20 participants,
- Internet messagerie : 2 formations - 11 participants,
- Images numériques : 2 formations - 15 participants,
- Virus sauvegarde sécurité : 2 formations - 15 participants.

Formation en anglais médical.

29 personnes se sont réunies en 5 séances de formation sous la responsabilité de Delphine Cohen.

Le financement de cette formation médicale continue est conditionné par des critères très précis voire contraignants qui ont nécessité de la part de l'équipe beaucoup de travail, de tracas et d'abnégation (les formations ont lieu le dimanche) : autour des Docteurs Marie-Dominique Ghnassia et de Francine Violette, les Docteurs Françoise Nico et Thoï Pham.

Les conditions d'attribution par le FAF-PM (fonds d'assurance formation de la profession médicale) ont cependant été jugées satisfaisantes puisque pour l'année en cours, sur 20 dossiers proposés, 19 ont été acceptés. Bravo à cette équipe gagnante !

A l'issue de l'assemblée générale, le rapport moral et le rapport financier ont été votés à l'unanimité.

Conseil d'administration 2 février 2013

A l'issue de l'assemblée générale, le premier Conseil d'administration s'est réuni. Il a été décidé :

- composition du bureau : aucune modification,
- agenda de l'AFFM pour 2013 :
- Conférence ouverte au public, à l'occasion de la Journée de la Femme, le mardi 12 mars à 18 heures30, à la Maison des associations du XVè - 22 rue de la Saïda, 75015 Paris

Thème : Conception et contraception,

- Réunions du Bureau élargi les 22 février et 7 juin,
- Conseil d'administration le 20 septembre à



Dr Francine Violette (Vice-Présidente AFFM),
Dr Marie-Dominique Ghnassia (Présidente d'Honneur
AFFM), Dr Cécile Renson (Présidente AFFM),
Dr Marie-Claire Brusset (Trésorière AFFM)

la Maison des associations du XVè,
- questions diverses. Choix de la grande
cause 2013-2015 : « **Ethique et médecine** ».



HYGIE N°57

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@affminitesante.com
Tél : 01 72 33 91 05

RÉALISÉ PAR L'EUROPÉENNE D'ÉDITIONS

MAQUETTE
Éloïse Fages

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

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

Bulletin d'adhésion et cotisation 2013



Cotisation

Nom Prénom
Adresse
Code Postal Ville
Spécialité
Année de thèse Faculté
Téléphone Fax
Mel
Mode d'exercice : ☐ libéral ☐ salarié ☐ hospitalier ☐ mixte ☐ retraité

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

Si vous souhaitez adhérer à une section locale :

1. cochez la section choisie
2. envoyez le becquet d'adhésion à la section locale

☐ Aquitaine ☐ Bretagne ☐ Grand Est ☐ Normandie -
et départements : 76 - 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, Escalier H, 1er étage
92213 Saint Cloud Cedex

Possibilité de déduction fiscale : un justificatif vous sera adressé.

Date : Signature
ou Cachet

Becquet d'adhésion à la section locale 2013

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

☐ Aquitaine ☐ Bretagne ☐ Grand Est ☐ Normandie -
et départements : 76 - 91 - 94 - 95 ☐ Paca

Nom Prénom
Adresse
Code Postal Ville
Téléphone Fax
Mel

Section Bretagne :
Dr F. LE BAIL
11 Route de Kerilly
29180 LOC MARIA PLOUZANE

Section Grand Est :
Dr M.C. LAPREVOTTE
21 Rue Isahay
54000 NANCY

Compte rendu colloque de l'AFFM 2 février 2013

Dr Cécile Renson Introduction au Colloque



Monsieur le Directeur général honoraire,
Mesdames et messieurs,
Chers collègues,

Je suis particulièrement émue et honorée de vous voir si nombreux pour le colloque annuel de l'Association Française des Femmes Médecins, et je vous en remercie. Il faut dire que nous allons traiter d'un sujet qui intéresse les femmes au premier chef, puisqu'il s'agit des « **Actualités dans les cancers féminins** ».

Nous allons nous efforcer tout au long de cette année 2013 de proposer des manifestations de grande qualité car cette année, l'AFFM fête ses 90 ans.

Il est bien loin le temps où les rares femmes médecins qui, à diplôme égal, devaient souvent s'astreindre aux besognes que leurs confrères dédaignaient : piqûres, pansements, massages, accouchements... Elles décidèrent alors de s'unir afin de mieux définir leur rôle. C'est ainsi que s'est constituée à New York, l'Association internationale des femmes médecins (MWIA), en 1919. Laquelle réunit bientôt les associations de 16 pays, dont la France en 1923. L'AFFM que j'ai l'honneur de présider date de cette année-là. Et nous avons la chance de commencer cette célébration avec le concours de l'Institut Gustave Roussy et son Directeur général honoraire le Professeur Thomas Tursz qui a largement concouru à sa renommée.

En effet, l'Institut Gustave Roussy représente, en France et en Europe, l'hôpital de référence pour les cancers rares et/ou complexes. Sa devise, cependant, est de soigner tous les cancers, à tous les stades, à tous les âges. Il suit chaque année plus de 44500 patients dont 11300 nouveaux malades et il a développé depuis plus de 90 ans une expertise reconnue au niveau international. On ne peut passer sous silence la première consultation de cancérologie ouverte au public en France le 1er octobre 1921 par le Professeur Gustave Roussy, anatomopathologiste, médecin chef de l'Hospice départemental Paul Brousse. Cet établissement pour personnes âgées deviendra l'Institut du Cancer en 1925 et prendra le nom d'IGR en 1950...

Mais l'IGR qui impose sa haute silhouette le long de l'autoroute du Sud, a été construit

sur un autre emplacement, inauguré en 1980, issu du concept nouveau ce « concertation multidisciplinaire ».

Les directeurs généraux se sont succédé, tous plus prestigieux les uns que les autres. Nous avons la chance d'avoir parmi nous le Professeur Thomas Tursz à la tête de l'IGR de 1994 à 2010.

Chef du département de médecine et directeur du laboratoire de biologie des tumeurs de l'IGR, ses travaux de recherche ont porté sur la virologie et l'immunologie des tumeurs humaines. Il a été le pionnier de l'utilisation de l'immunothérapie et a permis le premier essai de thérapie génique dans le cancer broncho-pulmonaire en 1994.

Grâce à lui, et pour reprendre l'intitulé d'une émission de France 2 en 2007 consacrée à l'IGR : « le cancer sort de l'ombre ».

Son équipe a mis en place « la consultation de diagnostic en un jour » pour le cancer du sein, comme nous l'exposera tout à l'heure le Docteur Suzette Delaloge, toujours à la recherche d'efficacité et d'amélioration de « la qualité de vie » comme elle l'écrit dans son livret d'information sur la chimiothérapie orale.

Le Docteur Fabrice André nous parlera de la médecine personnalisée dans le traitement du cancer du sein. Il est très attaché à la compréhension de la toxicité des traitements chez les patientes, puisqu'il coordonne l'étude CANTO (CANCer TOxicities).

Ensuite, le Docteur Nicolas Leymarie nous informera des nouvelles perspectives en chirurgie reconstructrice du sein. Ce plasticien, spécialisé en chirurgie reconstructrice et esthétique est un grand spécialiste de la transposition de lambeaux musculaires, si j'en crois son sujet de thèse.

Après la pause, nous écouterons le Docteur Catherine Lhommé nous parler des nouveautés médicales dans les cancers gynécologiques, puis le Professeur Tursz expliquera l'évolution « vers des traitements personnalisés des cancers ».

On le voit, le mot « personnalisation » revient plusieurs fois dans notre programme. En effet, comme le disait le président Chirac, lors de la mise en place du plan cancer en 2003 :

« soigner le cancer, ce n'est pas seulement trai-

ter l'organe touché, c'est prendre en charge une situation humaine, aider le malade et ses proches dans un combat qui peut durer plusieurs années ».

L'IGR l'a bien compris qui a créé un département de soins de support, proposant, outre les soins incontournables de prise en charge psychologique, de lutte contre la douleur, des soins palliatifs, des activités non conventionnelles qui font partie du programme « Mieux Vivre » en collaboration avec de nombreuses associations offrant des ateliers de maquillage, de sophrologie, mais aussi des ateliers d'écriture, de théâtre, des arts martiaux et des films pour les enfants hospitalisés et les jeunes adultes.

Enfin, il ne faut pas oublier deux des grandes missions de l'IGR : la première est celle de la Recherche avec l'Institut de Recherche Intégrée en Cancérologie (IRCIV), la Recherche Clinique (DRC) et le pôle de compétitivité Medicen dont l'ambition est de devenir le premier pôle industriel européen dans le domaine de l'innovation thérapeutique.

La seconde est l'enseignement. L'Ecole des Sciences du Cancer est un établissement de formation professionnelle unique en France. Elle forme les professionnels de santé, infirmières, accompagnants, ingénieurs et scientifiques français et étrangers et a pour objectif de former aux nouveaux métiers nécessaires au développement de la médecine personnalisée.

L'IGR réussit donc à conjuguer ses actions pour combattre le cancer : soigner, chercher, former.

Nous sommes vraiment fiers de vous avoir parmi nous, Cher professeur Tursz, mais avant de vous laisser la parole, je voulais remercier l'équipe de Régimedia qui s'est beaucoup investie dans la préparation de ce colloque : Catherine Dognon-Haddad, Laurence Dayan, Carole Ash, et Arnaud Lacaze, l'homme de la technique.

Merci aux partenaires qui nous ont aidés : les laboratoires Nutergia, Codifra, Genomic health, MSD Any d'Avray et la Mutuelle du Médecin.

Et merci à vous de m'avoir écoutée.

(Compte rendu médical p. 14)



Pr Thomas Tursz (Modérateur du Colloque, Ancien Directeur de l'Institut Gustave Roussy)



Dr Marie-Claire Brusset



Dr Nicolas Leymarie (IGR) - Intervention sur : La chirurgie reconstructrice du sein : nouvelles perspectives



Pr Thomas Tursz (et Dr Cécile Renson en arrière plan)



De gauche à droite Dr Suzette Delaloge (IGR), Pr Fabrice André (IGR) et Dr Nicolas Leymarie (IGR)



Une salle bien remplie, avec au premier rang de gauche à droite Dr Suzette Delaloge (IGR), Pr Fabrice André (IGR) et Dr Nicolas Leymarie (IGR)

Les sponsors



Any d'Avray



Nutergia



Cofrida

Merci également à ces partenaires, qui n'ont pu être présents, mais ont soutenu notre colloque



Pour les femmes qui ne perdent pas complètement leurs cheveux

pendant le traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie,
ou lorsque les cheveux sont clairsemés à la repousse.



TOP SECRET
Dessus de tête

Le 3/4 de tête **INCOGNITO** et le dessus de tête **TOP SECRET**, ultra légers, fusionnels et invisibles, se posent sur les cheveux fins.

Ils se mélangent aux cheveux existants et se coiffent naturellement.



Le maintien est assuré par des mini peignes, astucieux, préservant le cheveu déjà fragilisé.



INCOGNITO
3/4 de tête

Une charte d'accompagnement pour une prise en charge des attentes des patientes.



Nouvelle brochure médicale

La rencontre avec un conseiller visagiste est recommandée avant la chute de cheveux pour qu'il puisse définir avec la patiente la chevelure qui lui ressemble. Son rôle est d'être à l'écoute des patientes afin de leur apporter une solution adaptée à leurs besoins, d'une manière professionnelle et humaine. Il donnera tous les conseils de pose, de coiffage, de maintien, d'entretien et il pourra les aider dans leurs démarches administratives. La prescription médicale permet un remboursement sur la base d'un forfait (tarifs 2012).

Conseil personnalisé en salon individuel, 1 heure en moyenne, avec un professionnel formé à la prise en charge des patientes.



Dr Françoise Lebail

Le burn out et le médecin

La notion de «burn out» est apparu dans les années 70 aux Etats Unis, en tant que problème social et non clinique. Le terme est une image inspirée de l'aérospatiale pour laquelle le burn out est « la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour résultante la surchauffe et le bris de la machine ». C'est une maladie du travail qui touche les personnes particulièrement impliquées dans leur travail : les médecins, les pompiers, les instituteurs... mais aussi les aidants familiaux de la maladie d'Alzheimer, par exemple.

Les différents symptômes du burn out

- L'épuisement émotionnel : la personne est « vidée » nerveusement a perdu tout entrain et n'est plus motivée dans son travail.
- La dépersonnalisation : déshumanisation de la relation à l'autre. la personne a des attitudes impersonnelles, négatives, détachées, cyniques envers les patients qui deviennent des objets voire des problèmes. C'est une stratégie qui permet de faire face à l'épuisement professionnel.
- La réduction de accomplissement personnel : perte du sens de l'accomplissement de soi au travail avec auto évaluation négative,

baisse de l'estime de soi, sentiment d'efficacité diminué. Cette dimension est la conséquence des deux premières : étant épuisé émotionnellement et n'ayant plus d'intérêt pour ses patients, le professionnel ressent logiquement son accomplissement personnel au plus bas.

Le burn out chez les médecins

Différentes études menées par les URML et les Conseils de l'Ordre ont mis en évidence un taux élevé d'épuisement professionnel (43.3 % en moyenne), de dépersonnalisation (40.3 %) et de baisse de l'estime de soi (32.2%), d'après les travaux de Didier Truchot menés auprès des médecins libéraux. Une étude de Yves Léopold pour l'ordre des médecins en 2003 a montré que le taux de suicide des médecins était de 14% pour un taux de 5.6% dans la population générale. Les marqueurs de risque sont : alcool et conduites addictives, divorce, difficultés financières, contentieux juridiques, ordinaux, administratifs, maladie physique ou psychique.

53 % des médecins sont menacés !

Le médecin menacé a pour profil type : céli-



Présentation par madame Laurence Levasseur, psychologue du travail lors d'une réunion du groupe de Brest

bataire, entre 45 et 50 ans, généraliste, secteur 1, grosse clientèle, qui fait des visites, qui reçoit sans rendez-vous, qui rencontre des difficultés financières dans sa vie privée, se sent fragile psychologiquement ne s'accomplit pas (ou plus) dans son métier et est confronté à des problèmes de santé ou des problèmes affectifs. Ils partent moins en vacances, consomment plus d'alcool, de tabac et de médicaments.



Rencontre FMC de l'Iroise du 26 Mars 2013

Les troubles fonctionnels intestinaux par Dr Le Page, Gastro-entérologue libérale, Brest

Présence de 14 consoeurs généralistes.

La classification fait appel aux critères de Rome III, pathologie touchant 60% de la population française.

- 20 % de motif de consultation / an
- 10 % de consultation chez le généraliste et
- 50 % chez le spécialiste
- 2 femmes / 1 homme.

Symptômes s'accompagnant dans :

- 26% de diarrhées
- 22% une constipation
- 25% une patho mixte
- et 23% inclassable...

Le diagnostic de l'intestin irritable se fait sur des critères digestifs et des signes extra-digestifs : symptômes présentés 3 jours / mois sur 3 mois consécutifs et ayant débuté depuis 6 mois au moins.

Selon l'âge du patient et l'association ou non de signes atypiques des explorations seront envisagées.

A savoir que le risque d'évolution vers un intestin irritable **X 5 en post GEA** d'où intérêt d'après l'intervenante de prescrire Probiolog ou Bacillor en post infection (bifidus et lactobacille) ACTIVIA proposé aussi par Dr Le Page.

Le traitement devra passer par :

- Écoute des plaintes
- Explication des données et de la physiologie aux patients
- Réassurance et poursuite des soins.

Un médicament devra donc agir sur les douleurs, le ballonnement, et les troubles du transit.

Les études n'ont pas prouvé l'intérêt de



règles hygiéno-diététiques cependant le Dr Le page n'est pas d'accord et invite les patients à supprimer les boissons gazeuses, les aliments comme les champignons, les oignons...

Elle a insisté sur l'intérêt de cure de « probiolog » par exemple 8 jours toutes les 6 semaines (intérêt du probiolog également dans le traitement de l'Helicobacter Pylori pour une meilleure tolérance aux antibiotiques).

Conception - Contraception Assistance médicale à la procréation (AMP) Réunion animée par Dr Valérie Foussier



L'AMP désigne un ensemble de techniques qui visent à corriger une cause d'infertilité considérées comme des thérapeutiques destinées à pallier l'infertilité pathologique d'un couple, médicalement constatée, ou à éviter un risque de transmission d'une maladie. Elle est, à ce titre, prise en charge par l'assurance maladie française.

Il est fait appel à différentes techniques d'AMP selon la cause de l'infertilité :

- induction de l'ovulation,
- insémination artificielle (IA), avec les spermatozoïdes du conjoint (IAC) ou avec ceux d'un donneur (IAD),
- fécondation in vitro (FIV) par technique conventionnelle,
- fécondation in vitro par micromanipulation : injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde (ICSI).

Rappel anatomique :

Appareil reproducteur féminin- PP3
Appareil reproducteur masculin-PP4
Régulation de la sécrétion des hormones chez la femme-PP5

La conception naturelle-PP6 : progression des spermatozoïdes à la rencontre de l'ovule, depuis le vagin jusqu'à l'union 1/3 externe - 1/3 moyen de la trompe de Fallope.

Principales causes d'infertilité :

- troubles de l'ovulation : 32%,
- pathologies tubaires et péritonéales : 11 à 26%,
- anomalie de la glaire cervicale : 4 à 15%,
- causes masculines : 10 à 26%,
- infertilités inexplicables : 8 à 30%.

Des examens sont alors prescrits

• chez la femme :

- courbe de température,
- dosages hormonaux entre les 3^e et 5^e jours du cycle,
- examen de la glaire cervicale,
- échographie pelvienne,
- hystérosalpingographie,
- voire coelioscopie,
- étude du caryotype.

Et bien sûr, avant toute grossesse, rechercher des antécédents de rubéole et de toxoplasmose.

• chez l'homme :

- analyse du sperme (spermogramme) dans un laboratoire spécialisé :
- Test de sélection-migration,
- Analyse biochimique du sperme,
- Spermoculture.
- dosages hormonaux,
- caryotype.

• pour le couple = Recherche d'infection particulière :

- virus du SIDA (VIH),
- syphilis,
- virus de l'hépatite B ou C,
- cytomegalovirus.

La stimulation ovarienne sera systématique. Elle peut se révéler suffisante en cas d'infertilité d'origine hypothalamo-hypophysaire :
- en abaissant la prolactine (Dostines, Parlodel),
- en corrigeant le déficit en FSH (Gonal-F, Purégon) et en LH (Ovitrelle),
Ou d'origine ovarienne (citrate de clomiphène = Clomid).

L'insémination artificielle, technique déjà ancienne, consiste à déposer du sperme à l'orifice du col de l'utérus (IIC= insémination intracervicale) ou dans l'utérus (IIU= insémination intra-utérine).

La fécondation in vitro, proposée en cas d'obstruction tubaire, d'endométriase ou d'échecs d'IIU est réalisée en laboratoire en quatre étapes :

1. après stimulation ovarienne avec gonadotrophines (36 heures après injection de LH),
2. prélèvement d'ovocytes, -en hospitalisation, sous anesthésie
- sous échographie,
- par ponction au travers du fond vaginal en direction de l'ovaire
- prélèvements de 5 à 10 ovocytes
- analyse de la maturité des ovocytes en laboratoire,
- conservation dans un incubateur à 37°,
3. FIV conventionnelle :

La fécondation est opérée dans un milieu de culture favorable, où l'on fait de rencontrer ovocytes matures et spermatozoïdes.

La fécondation est étudiée sous microscope : au bout de 24 heures l'ovocyte fécondé montre deux cellules à deux noyaux ;

Au bout de 48 heures, l'embryon est constitué de 4 cellules entourées d'une membrane. Il peut être transféré dans l'utérus.

4. Le transfert d'embryons se fait selon la même technique que celle de l'insémination artificielle.

Les embryons sont aspirés à l'aide d'un tube souple et introduits dans l'utérus par le canal cervical.

Il faut attendre 12 jours pour apprécier l'évolution d'une grossesse, selon :

- * le taux de beta HCG supérieur à 50mUI/ml,
- * la première échographie pratiquée 4 à 5 semaines après le transfert d'embryons.

ICSI (sous microscope électronique x200-x400)

Elle se pratique après préparation des ovocytes, débarrassés de la couronne de cellules folliculaires, sélectionnés alors qu'ils ont repris leur maturation. Dans chaque ovocyte mature est injecté un spermatozoïde de bonne qualité.

D'autres techniques peuvent être utilisées :

- L'IMSI, ICSI avec un microscope plus puissant (x5000-x10000) indiquée en cas d'anomalie morphologique des spermatozoïdes,
- En cas d'échec répété de FIV, on peut procéder à une culture des embryons prolongée de 2 à 3 jours en milieu adapté,
- L'éclosion assistée consiste à ouvrir la membrane pellucide afin d'obtenir une meilleure implantation,
- Enfin, on peut pratiquer une congélation d'embryons, d'ovocytes... Depuis 2011, il est possible de congeler rapidement des ovocytes par vitrification, technique proposée aux patientes en âge de procréer et devant recevoir un traitement potentiellement stérilisant.

En conclusion, un couple sur huit connaît des difficultés dans son désir de procréation.

Huit fois sur dix, ce désir est satisfait, grâce à des techniques nouvelles qui n'ont cessé de s'améliorer depuis 1982, date de la première naissance par FIV en France et alors que la première banque de sperme avait été ouverte en 1974.

Toutes ces méthodes posent de nombreux problèmes d'éthique.

C'est pourquoi, la meilleure d'entre elles consiste à préserver la fertilité.

Au regard de la loi française, les techniques d'AMP sont réservées à des couples engagés dans un projet parental, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune de plus de 2 ans, formés d'un homme et d'une femme, tous deux vivants et en âge de procréer.

L'AMP n'est donc pas envisagée, en France, comme un mode de procréation alternatif, susceptible de pallier les impossibilités de procréer au sens large, qu'elles soient physiologiques ou sociales (couples dont la femme est ménopausée, femmes célibataires, femmes homosexuelles), dans une logique d'aide à la parentalité.

Dr Françoise Nico Dr Marie-Dominique Ghnassia

Des nouvelles de la MWIA



L'annonce par Cécile Renson dans HYGIE 56 de l'anniversaire **des 90 ans de l'AFFM en 2013** a entraîné des courriels de félicitations de plusieurs membres de la MWIA : Waltraud Diekhaus (VP Europe du Centre) Cisca Griffioen (VP Europe du Nord) Alexandra Kalogeraki (VP Europe du Sud) Mercedes Viteri (VP Amérique Latine) Shelley Ross (Secrétaire Générale)...

Le Site de la MWIA a été actualisé par Bettina Pfeiderer.

Pour y accéder : <http://www.mwia.net> avec possibilité de consulter :

<http://mwia.net/news/>

<http://mwia.net/about/activities/>

<http://mwia.net/events>

Lors du 29ème Congrès International de Séoul (31 Juillet/4 Août 2013) auront lieu des élections avec renouvellement du Comité Exécutif :

Sont candidates pour 2013/2016

Présidente : Kyung Ah Park (Corée)

Past Présidente : Afua Hesse (Ghana)

Secrétaire Générale : Shelley Ross (Canada)

Trésorière : Gail Beck (Canada).

Vice Présidentes :

- Europe du Nord : Helen Goodyear (Grande Bretagne)

- Europe Centrale : Khatuna Kaladze (Géorgie)

- Amérique du Nord : Carole Williams (Canada)

- Amérique Latine : Mercedes Viteri Mora (Equateur)

- Asie Centrale : Usha Saraiya (Inde)

- Proche Orient et Afrique : Shafika Nasser (Egypte)

- Pacifique Ouest : Hiroko Yamamoto (Japon).

Pour la **Présidente élue** (qui deviendra de facto la Présidente de la MWIA lors du prochain Congrès International de 2016) **le Professeur Bettina Pfeiderer** a fait acte officiel de candidature.

Pour la **Vice-Présidence Europe du Sud**

la candidature retenue est celle du **Docteur**

Christiane Pouliart,

de l'Association Belge des Femmes Médecins, bien connue des

membres de l'AFFM car très souvent présente

lors des colloques annuels à Paris.



Dr Christiane Pouliart

Pr Bettina Pfeiderer

est Chef du groupe de recherche « Cognition et genre » du département de radiologie clinique à l'hôpital Universitaire de Münster en Allemagne. Pour l'Association des Médecins Allemands :

elle préside depuis 4 ans la section de Münster organisant 8 événements annuels, elle a commencé un programme de réseau internet pour les jeunes médecins et étudiants de Münster et à l'échelon national est membre du programme pour guider les femmes médecins et étudiantes en médecine.

Elle est expert national et international pour la médecine de genre. Elle conduit un projet pour le ministère fédéral allemand de l'éducation et de la recherche concernant l'introduction du sexe et du genre dans les études et un projet avec le Fond social Européen pour « femmes au sommet en médecine ».

Pour la MWIA : elle a fait partie de l'équipe d'organisation du Congrès International de Münster en 2010 et en a présidé le comité scientifique.

Elle préside actuellement le Comité scientifique et de la recherche de la MWIA. Elle est membre de l'équipe éditoriale du journal en ligne et est en charge de la page Web de la MWIA. Elle est coordinatrice du programme scientifique pour Séoul.



Pr Bettina Pfeiderer

29th International Congress: July 31-August 3, 2013.

Venue: Ewha Women's University. Seoul (Korea)

Thème principal : **Medical Women Advance Global Health**

Sous-thèmes:

- Multicultural Society

- Disaster / Environment & Health

- Aging & Health

- Women / Children Health & Health

- Leadership

- Medicine & Gender

Pour obtenir plus d'informations sur le Congrès qui se tiendra à la Ewha Women's University de Séoul :

www.mwiaseoul2013.org

.....

MWIA'S NEWS

The announcement by Cécile Renson in Hygie 56 of **the 90th birthday of AFFM in 2013** has induced congratulations from Shelley Ross, Waltraud Diekhaus, Cisca Griffioen, Alexandra Kalogeraki, Mercedes Viteri.

The Website of MWIA has been updated by Bettina Pfeiderer.

The access is: <http://www.mwia.net>

and you can have a look on:

<http://mwia.net/news/>

<http://mwia.net/about/activities/>

<http://mwia.net/events/>

The Executive Committee will change after elections during the 29th International Congress in Seoul (July 31/ August 3).

Nominated MWIA Officers for the term 2013 – 2016 are:

President: Kyung Ah Park (Korea)

Past President: Afua Hesse (Ghana)

Secretary-General: Shelley Ross (Canada)

Treasurer: Gail Beck (Canada)

Regional Vice Presidents:

- Northern Europe: Helen Goodyear (United Kingdom)

- Central Europe: Khatuna Kaladze (Georgia)

- North America: Carole Williams (Canada)

- Latin America: Mercedes Viteri Mora (Ecuador)

- Central Asia: Usha Saraiya (India)

- Near East and Africa: Shafika Nasser (Egypt)

- Western Pacific: Hiroko Yamamoto (Japan).

Pr Bettina Pfeiderer introduced her as candidate for **President-elect**.

For **Vice President Southern Europe** is nominated **Christiane Pouliart** from Medical Women's Association of Belgium. AFFM knows Mrs Pouliart very well because she has regularly attended our annual meetings in Paris.

29th International Congress: July 31-August 3, 2013.

Venue: Ewha Women's University. Seoul (Korea)

Main Theme: **Medical Women Advance Global Health**

Topics:

- Multicultural Society
- Disaster / Environment & Health
- Aging & Health
- Women / Children Health & Health
- Leadership
- Medecine & Gender

More information:

www.mwiaqeoul2013.org.

Pr Bettina Pfeiderer is Head of the Research group "Cognition and Gender", in the department of clinical radiology at the University Hospital of Münster (Germany). For four years, she has been the President of the Münster Branch of the German Medical Association, which organizes 8 events per year. She initiated an internet program for young doctors and student. On the national field, she is member of tutoring program for female doctors and students. She is a leading expert nationally and internationally on gender medicine; for the German Federal Ministry of Education and Research, she

leads a project that aims to integrate sex and gender into the course of studies; for the European Social Fund, she leads the project "women at the top in medicine".

For MWIA she was member of the local organization team and Chair of the Scientific Committee for the International Congress in Münster (2010). She is currently Chair of Scientific and Research Committee of MWIA, Webmaster of MWIA webpage, member of editorial board of MWIA for the on-line journal and she coordinates the scientific program for Seoul.



FORMATIONS GRATUITES A L'INFORMATIQUE ET A L'ANGLAIS - ANNEE 2013 FORMATIONS GRATUITES DANS LE CADRE DES ACTIONS DE L'ASSOCIATION FRANCAISE DES FEMMES MEDECINS DESTINEES AUX PRATICIENS LIBERAUX

L'AFFM vous propose, dans le cadre des actions agréées, des stages en petits groupes, ludiques et pratiques, permettant de développer votre aisance dans différents domaines de l'informatique et en anglais médical.

Lieu de formation : 326 Bureaux de la Colline – 92213 Saint-Cloud (Entrée face au 18 rue Royale, escalier H, 1er étage à Gauche) (Metro : 'Boulogne Pont de Saint-Cloud'; Bus : 'Parc de Saint-Cloud', lignes 72, 52...).

FORMATIONS	DUREE	DIMANCHE
Anglais 1	9h30 à 18h00	13/01/2013
Anglais 2	9h30 à 18h00	20/01/2013
Microsoft Windows 1	9h30 à 18h00	27/01/2013
Microsoft Windows 2	9h30 à 18h00	10/02/2013
Anglais 3	9h30 à 18h00	03/03/2013
Maintenance du Système	9h30 à 18h00	10/03/2013
Anglais 4	9h30 à 18h00	24/03/2013
Anglais 5	9h30 à 18h00	07/04/2013
Microsoft Word 1	9h30 à 18h00	14/04/2013
Microsoft Word 2	9h30 à 18h00	05/05/2013
Anglais 6	9h30 à 18h00	19/05/2013
Microsoft Excel 1	9h30 à 18h00	26/05/2013
Anglais 7	9h30 à 18h00	09/06/2013
Microsoft Powerpoint 1	9h30 à 18h00	16/06/2013
Microsoft Powerpoint 2	9h30 à 18h00	30/06/2013
Navigation sur Internet	9h30 à 18h00	06/10/2013
Anglais 8	9h30 à 18h00	13/10/2013
Messagerie Internet 1	9h30 à 18h00	27/10/2013
Anglais 9	9h30 à 18h00	03/11/2013
Messagerie Internet 2	9h30 à 18h00	17/11/2013
Anglais 10	9h30 à 18h00	24/11/2013
Images numériques	9h30 à 18h00	08/12/2013
Virus, Sécurité, Sauvegarde et Gravure	9h30 à 18h00	15/12/2013

Les pauses et déjeuners sont offerts

Vous pouvez participer à plusieurs formations – un bulletin par formation

Pour vous inscrire merci de retourner le bulletin d'inscription par fax en indiquant les formations choisies au 09 55 72 07 40.

Pour toute information complémentaire, tél. : 06 62 04 05 89.

Afin que votre participation soit confirmée, veuillez également adresser à :

AFFM – Service formation, C/O Regimedia – 326 Bureaux de la Colline 92213 Saint Cloud Cedex

Le bulletin d'inscription rempli (1 par formation choisie), une feuille de soins (couleur marron ou orange) barrée et signée, une photocopie de l'attestation de versement URSSAF de la cotisation relative à la contribution FAF pour l'année 2012 datée de 2013 ; si vous n'avez pas reçu l'attestation 2012, envoyer l'attestation 2011 (datée de 2012), un chèque de caution de 150 € (1 par formation choisie) à l'ordre de l'Association Française des Femmes Médecins. Le chèque de caution sera restitué à la fin de chaque formation.

Bulletin d'inscription

Nom :Prénom :

Adresse :

Tél. :Fax :

Email :

Formation choisie :

☐ J'ai bien noté que mon inscription ne pourra être prise en compte que si ce bulletin est accompagné des 3 pièces demandées. Ma caution restera acquise à l'AFFM à titre de dédommagement des frais engagés si je me désiste moins de 7 jours avant le stage, ou si je ne participe pas à la formation choisie. L'encaissement de cette caution fera l'objet d'un reçu.

Date :

Signature :

Catherine Lhommé, P. Pautier, Y. Tazi, A. Leary Institut Gustave Roussy Traitements médicaux des adénocarcinomes ovariens



Dr Catherine Lhomme (IGR)

1- Première ligne

La chirurgie est la pierre angulaire de la prise en charge initiale des cancers ovariens. Elle doit être si possible réalisée d'emblée, par un chirurgien expérimenté et selon une procédure standardisée. Elle débute par une coelioscopie pour évaluation complète de l'extension tumorale, biopsies et évaluation de la résecabilité des lésions. L'objectif d'une chirurgie de réduction tumorale est l'exérèse macroscopiquement complète des lésions tumorales, potentiellement au prix de résections digestives.

Classification FIGO des cancers de l'ovaire

Stade I : tumeur limitée aux ovaires

- IA : atteinte d'un seul ovaire, capsule intacte ; pas de végétation externe ni d'ascite
- IB : atteinte des 2 ovaires, capsules intactes ; pas de végétation externe ni d'ascite
- IC : tumeur IA ou IB avec rupture capsulaire ou extension tumorale à la surface de l'ovaire ou ascite ou liquide de lavage péritonéal contenant des cellules néoplasiques. XVIe Cours de chimiothérapie de l'IGR

Stade II : tumeur ovarienne étendue aux autres organes du petit bassin

- IIA : extension à l'utérus et/ou aux trompes(s)
- IIB : extension aux autres organes du petit bassin
- IIC : tumeur IIA ou IIB avec rupture capsulaire ou extension tumorale à la surface de l'ovaire ou ascite ou liquide de lavage péritonéal contenant des cellules néoplasiques

Stade III : tumeur ovarienne étendue au péritoine extra pelvien et/ou atteignant les ganglions rétropéritonéaux ou inguinaux (métastases régionales)

- IIIA : extension microscopique au péritoine abdominal
- IIIB : localisation(s) péritonéale(s) macroscopique(s) de taille < 2 cm de diamètre et ganglions négatifs
- IIIC : localisation(s) péritonéale(s) de taille > 2 cm de diamètre et/ou atteinte d'un ganglion rétro péritonéal ou inguinal

Stade IV : métastases à distance. Examen cytologique en cas d'épanchement pleural obligatoire.

SOR ovaires (2008) Standards

Stades I à IIA

Si stadification complète :

- stades IA ou IB, Gr 1, non à cellules claires : pas de chimiothérapie ;
- stades IA ou IB G3, cellules claires ou stades > IC : chimiothérapie IV à base de sels de platine, au moins 3 cures.

Si stadification incomplète :

- stades IA ou IB, G1 ou 2 : restadification chirurgicale systématiquement proposée ;
- stades IA ou IB, G3, cellules claires ou stades > IC : restadification chirurgicale systématiquement proposée puis chimiothérapie IV à base de sels de platine, au moins 3 cures si stade identique après reprise chirurgicale.

Si restadification impossible : chimiothérapie IV à base de sels de platine, au moins 3 cures.

Stades IIB, IIC sans résidu macroscopique

Les patientes doivent bénéficier de 6 cures de chimiothérapie IV à base de sels de platine.

Stades III, IV sans résidu macroscopique

Les patientes doivent bénéficier d'une chimiothérapie IV associant carboplatine et paclitaxel pour un minimum de 6 cures. Lorsque l'état physiologique de la patiente ne permet pas l'administration d'une chimiothérapie IV associant carboplatine et paclitaxel, une monochimiothérapie IV par carboplatine peut être proposée.

Stades IIB à IV avec résidu macroscopique

Les patientes doivent bénéficier de 6 cures de chimiothérapie IV associant carboplatine et paclitaxel.

Une monochimiothérapie par carboplatine peut être proposée en 1re ligne aux patientes en cas de comorbidité.

Si la chirurgie initiale ne permet pas une réduction complète du volume tumoral sans risque chirurgical ou sans séquelles excessives, une chimiothérapie peut être réalisée pour 2 ou 3 cures avec objectif de réaliser une cytoréduction complète au cours d'une chirurgie d'intervalle.

La cytoréduction après 6 cycles ne peut être envisagée que si la cytoréduction complète après 2 ou 3 cures n'est pas possible.

Dans tous les cas : une recherche de tumeur digestive doit être réalisée en cas de tumeurs mucineuses bilatérales.

SOR ovaires (2008) Options

Pour les stades localisés avec chirurgie optimale, l'option de 3 cycles carboplatine + paclitaxel peut être retenue. L'utilisation du carboplatine est pour sa part envisageable dans certains cas particuliers : stades localisés, patientes âgées, altération de l'état général.

Le cisplatine présente dans cette indication une efficacité équivalente au carboplatine et n'est usuellement pas retenu du fait des contraintes inhérentes à sa prescription (nécessité d'une hospitalisation, toxicité rénale et neurologique). Si le cisplatine devait être prescrit, il serait recommandé alors d'administrer le paclitaxel sur 24 heures dans l'objectif d'espérer diminuer la toxicité neurologique de l'association. L'oxaliplatine n'est habituellement pas proposé dans cette indication. Il pourrait avoir une place en cas de réaction allergique au carboplatine.

C'est en cas d'impossibilité d'une résection complète d'emblée ou si celle nécessitait des gestes ayant une morbidité trop importante qu'il convient d'envisager une chimiothérapie néo-adjuvante avant une chirurgie d'intervalle (après 3 cycles) en cas de réponse à la chimiothérapie. Dans tous les cas de figures il impératif avant de débuter une chimiothérapie d'avoir un diagnostic histologique (une cytologie sur un prélèvement d'épanchement péritonéal ou pleural est insuffisante).

Les stades d'extension sont déterminés grâce à la classification de la FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique).

1-1 Standard de chimiothérapie

Le traitement systémique de première ligne a été défini dans les SOR, actualisés en 2008. La référence est l'association carboplatine (AUC > 4) + paclitaxel (Taxol®) (175 mg/m², 3 h) toutes les 3 semaines pour un minimum de 6 cycles dans la majorité des cas.

Il a été récemment modifié suite aux résultats observés dans les essais avec bévacizumab et ce pour certaines indications (cf % 1.3).

1-2 Propositions d'optimisation de la chimiothérapie initiale (axes de recherche)

Plusieurs approches ont été développées dans l'optique d'optimiser le traitement de première ligne :

- Triplets de chimiothérapie : les études de phase III n'ont pas mis de mettre en évidence de bénéfice en terme d'efficacité d'un triplet carboplatine + paclitaxel + autre cytotoxique (ex : + epirubicine ou + topotécan ou + gemcitabine ou + doxil) par rapport au standard carboplatine + paclitaxel, et les triplets sont régulièrement associés à une augmentation de la toxicité.

- Intensification thérapeutique : pas de mise en évidence d'un bénéfice en survie globale ; ne doit pas être retenue.

- Maintenance : il n'y pas d'indication à une stratégie de maintenance avec un cytotoxique (pas de bénéfice en survie, augmentation de la toxicité).

Les essais de phase III avec paclitaxel ou topotécan sont négatifs.

- Paclitaxel hebdomadaire : dans l'essai de phase III de Katsumata (Lancet 2009) l'administration hebdomadaire du paclitaxel (carboplatine AUC 6 J1, paclitaxel 80 mg J1, J8, J15, reprise à J22) est associée à un bénéfice significatif en survie sans progression et en survie médiane par rapport au schéma classique (carboplatine AUC 6 J1, paclitaxel 180 mg J1, reprise à J22) pour les cancers de l'ovaire de stade avancé (survie médiane sans progression : 28 mois pour le schéma hebdomadaire versus 17,2 mois pour le schéma 3 semaines RR = 0,714 [IC 95 % : 0,581-0,879] ; p = 0,0015 ; survie globale à 3 ans : 72,1 % pour le schéma hebdomadaire versus 65,1 % pour le schéma 3 semaines RR = 0,75 [IC 95 % : 0,57-0,98] ; p = 0,03). Les résultats actualisés ont été présentés lors de l'ASCO 2012 avec une médiane de suivi de 6,4 ans. Le bénéfice en faveur du bras hebdomadaire a été confirmé : en survie SSP: médiane 28,2 mois versus 17,5 (p : 0,0037 ; RR = 0,76 [IC95 : 0,62 - 0,91]) et en SG : médiane non atteinte versus 62,2 mois ; survie à 5 ans : 58,7 % versus 51,1 (p : 0,039; RR = 0,79 [IC95 : 0,63 - 0,99]).

Cette option semble très intéressante et mérite donc d'être considérée en première intention. Elle est associée à moins d'alopécie (utilisation possible du casque réfrigérant), mais à plus de toxicités unguéales et hépatiques et le rythme hebdomadaire peut paraître lourd pour cer-

taines patientes.

D'autres essais de confirmation sont en cours.

- Remplacer le paclitaxel ?

• Le docétaxel (taxotère®) a une efficacité similaire à celle du paclitaxel (un seul essai de phase III, Gore et al.). Il n'existe pas d'AMM dans cette indication mais l'utilisation d'une association carboplatine-docétaxel a été retenue dans les SOR comme une option dans certains cas particuliers (neuropathie préexistante ou patiente à fort risque de toxicité neurologique).

• La gemcitabine (essai de phase III TCON) et le Caelix® (essai de phase III MITO2) en association dans les deux cas avec le carboplatine ont également été évalués en comparaison avec le schéma standard carboplatine-paclitaxel toutes les 3 semaines. L'efficacité est similaire mais les profils de toxicités sont différents. On peut donc considérer ces molécules comme des options. Il n'y a là non plus pas d'AMM à ce jour pour ces deux molécules dans les traitements initiaux des cancers ovariens.

- Chimiothérapie intrapéritonéale (IP) : la dissémination des cancers ovariens se fait principalement par voie péritonéale, raison pour laquelle cette technique d'administration paraît particulièrement intéressante pour ces tumeurs. L'objectif est d'augmenter la dose-intensité de la chimiothérapie localement en espérant ne pas augmenter la toxicité systémique des agents cytotoxiques. Le bénéfice observé dans les essais menés depuis plusieurs années ne semblait pas suffisamment intéressant compte tenu de la toxicité observée pour que cette technique devienne un standard. Cependant, un essai de phase III évaluant la chimiothérapie IP avec paclitaxel et cisplatine a montré un bénéfice en survie globale grâce à cette approche. Il faut préciser que cette technique peut entraîner une toxicité digestive importante, des péritonites (infectieuses ou chimiques dues aux drogues), des douleurs, et avoir un impact sur la qualité de vie (mais uniquement durant la phase de traitement, sans conséquence significative à long terme). Enfin, elle est de réalisation plus complexe que la chimiothérapie IV ce qui joue également sur les réticences à sa réalisation en pratique quotidienne. Dans tous les cas la chimiothérapie IP ne doit pas être proposée en cas de maladie résiduelle > 1 cm (voir les recommandations dans l'encart

SOR ovaires (2008) Chimiothérapie intrapéritonéale

- **Stades I-II** : pas de chimiothérapie IP

- **Stades III-IV sans résidu macroscopique** :

option : chimiothérapie IP à base de sels de platine, réalisée par une équipe ayant l'expérience de cette modalité thérapeutique ; patientes clairement informées sur avantages en survie et inconvénients (effets secondaires, difficultés d'application) de la chimiothérapie IP. En l'absence d'expérience de l'équipe en chimiothérapie IP, la voie IV est préconisée.

- **Stades III-IV avec résidu macroscopique** : la chimiothérapie IP ne doit pas être proposée.

- **Traitements dits de consolidation** pour les stades IIB à IV en cas de rémission complète clinique, biologique et radiologique : la chimiothérapie par voie IP n'est pas recommandée en dehors d'évaluations thérapeutiques.

ci-dessous). L'avenir de cette technique repose sur le développement de protocoles moins toxiques (essais en cours avec du carboplatine plutôt que du cisplatine, diminution des doses et/ou suppression du J8) et l'association avec de nouvelles thérapeutiques (anti-angiogéniques ?). La place de la chimio-hyperthermie intrapéritonéale (CHIP) reste pour sa part à définir (en consolidation ? à la rechute ?).

1-3 Place du bévacicumab (Avastin®)

Deux essais de phase III randomisés, GOG 218 (étude américaine, à 3 bras) et ICON7 (essai européen, à 2 bras), ont évalué la place du bévacicumab en association avec la chimiothérapie puis en maintenance. La chirurgie devait dans ces 2 protocoles avoir été réalisée avec une intention maximale ou être définitivement abandonnée. Les chirurgies de réduction intermédiaire (après chimiothérapie néoadjuvante) n'étaient pas autorisées. Les critères d'inclusion étaient similaires avec tout de même quelques différences sur les stades (ICON7 : stades IC à IIIC avec résidu < 1 cm ; GOG 128 : stades IIIC avec résidu macroscopique < 1 cm), et certains types histologiques. Dans l'essai du GOG, un bénéfice en survie sans récurrence a été observé avec un traitement par bévacicumab (15 mg/kg) pendant la chimiothérapie par carboplatine-paclitaxel (6 cycles, schémas toutes les 3 semaines) puis en maintenance en monothérapie pour un total de 15 mois de traitement (pas d'inté-

rêt du schéma carboplatine-paclitaxel-bévacizumab sans maintenance (= 3° bras)). L'essai européen ICON 7 de chimiothérapie (même protocole) avec bévacizumab (7,5 mg/kg) suivi d'une maintenance par bévacizumab en monothérapie pour un total de 12 mois montre également un bénéfice en survie sans progression dans une population de patientes présentant des stades paraissant moins avancés que dans l'essai GOG 218. Ces deux études sont positives sur leur critère de jugement principal, la survie sans progression. Une **AMM** a été attribuée pour les stades IIIB-C et IV selon les critères d'inclusion et les modalités adoptées dans le protocole du GOG. Il s'agit du **standard actuel dans ces indications : carboplatine + paclitaxel + bevacizumab puis bévacizumab en maintenance.**

De nombreux points restent à éclaircir.

1) durée du traitement ? Le bénéfice maximal en survie sans progression est observé à la fin du traitement par bévacizumab et semble diminuer ensuite. Le protocole BOOST (en cours) compare 15 mois versus 30 mois de maintenance par bévacizumab.

2) dose de bévacizumab ? Il n'y a pas eu d'essai randomisé comparant les 2 doses choisies pour ces protocoles (15 mg/kg et 7,5 mg/kg), mais les comparaisons des groupes similaires laissent penser que la dose de 7,5 mg/kg toutes les 3 semaines paraît aussi efficace et qu'elle peut être considérée comme une option.

3) bénéfice après chirurgie d'intervalle réalisée à la suite de 3 à 4 cycles de chimiothérapie pour une carcinose péritonéale initialement non résécable ? L'intérêt du bévacizumab en post-opératoire dans cette population de patientes fait l'objet actuellement d'une étude de phase III (ANTHALYA).

4) place dans les schémas avec chimiothérapie IP ?

5) schéma d'administration du paclitaxel ? Il n'y a pas d'essai randomisé comparant des 2 modalités d'administration du paclitaxel (hebdomadaire versus toutes les 3 semaines) en association avec le carboplatine et le bévacizumab. Une

étude de phase II (OCTAVIA) a montré la faisabilité en première ligne de l'association carboplatine + paclitaxel hebdomadaire + bévacizumab (toxicité). Par ailleurs, c'est le schéma choisi comme bras de référence dans certains protocoles en cours (ex : GOG-0252). Le schéma hebdomadaire de paclitaxel associé au carboplatine et au bévacizumab (toutes les 3 semaines) est considéré comme une option

1-4 Autres thérapies ciblées

D'autres études ont évalué l'impact de thérapies ciblées dans cette indication, le plus souvent en maintenance :

- sorafénib (Nexavar®) en maintenance : résultats négatifs ;
- erlotinib (Tarceva®) en maintenance : résultats négatifs ;
- pazopanib en maintenance ;
- BIBF 1120 (Vargatef®) en maintenance.

1-5 Cas particuliers

Bien que ce ne soit pas un standard reconnu, des protocoles de chimiothérapie particuliers peuvent être proposés aux patientes ayant un cancer ovarien de type histologique plus rare (essais randomisés difficiles à réaliser) et qui le plus souvent ne sont pas sensibles à l'association carboplatine + paclitaxel +/- bévacizumab. Il s'agit par exemple des tumeurs mucineuses (protocoles similaires à ceux des utilisés pour les cancers digestifs) ; tumeurs à cellules claires).

2- Traitement des rechutes ou poursuites évolutives

Le pronostic est alors péjoratif. La prise en charge repose principalement sur la chimiothérapie et les traitements symptomatiques. La chirurgie n'a que peu d'indications. Elle doit être discutée en cas de rechutes tardives et localisées. Des protocoles sont en cours pour évaluer son impact dans ces situations.

L'émergence de plusieurs molécules actives a entraîné une amélioration progressive de la survie des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire en rechute, amélioration certes modérée mais permettant de parler de la « chronicisation » de la maladie. À chacune des progressions, le choix du type de chimiothérapie est certes discuté en fonction de son efficacité mais aussi dans l'optique d'une gestion optimale des toxicités (notamment pour

Classification des cancers de l'ovaire lors des récidives selon l'intervalle libre sans platine

- Platine réfractaire : progression durant la chimiothérapie avec platine
- Platine résistante : rechute avant 6 mois
- Sensibilité intermédiaire : rechute entre 6 et 12 mois
- Platine sensible : rechute après 12 mois
- Rechute tardive : rechute après 24 mois

la neuropathie) et de la meilleure qualité de vie possible pour la patiente.

Le choix des cytotoxiques utilisés lors de ces rechutes dépend de l'intervalle libre depuis la fin de la chimiothérapie de première ligne à base de platine (voir encadré ci-dessous).

2-1 Chimiothérapie en cas de rechute réfractaire ou résistante

Il doit alors être proposée une monothérapie avec doxorubicine liposomale pégylée (Caelix®), gemcitabine, paclitaxel hebdomadaire, topotécan, mais aussi alkylants, VP16. Le pronostic reste sombre dans ce contexte.

2-2 Chimiothérapie en cas de rechute sensible

La règle est la reprise d'une polychimiothérapie contenant un sel de platine. Différents protocoles ont montré des efficacités similaires avec des profils de toxicités différents : carboplatine-paclitaxel (sur un mode hebdomadaire le plus souvent) ; carboplatine-Caelix® ; carboplatine-gemcitabine ; oxaliplatine-gemcitabine (notamment en cas d'allergie au carboplatine). Le choix de l'association dépend entre autre des toxicités observées lors des chimiothérapies préalables et des toxicités séquellaires.

L'association trabectedine (agent alkylant du petit sillon de l'ADN) + Caelix® est supérieure au Caelix® en monothérapie pour les rechutes sensibles au platine (pas de différence en situation réfractaire ou résistante). Cette association pourrait être notamment pertinente en cas de sensibilité intermédiaire. Elle permet de retarder l'introduction d'un sel de platine avec l'espoir d'une plus grande efficacité ultérieure du platine (démonstré dans un essai de phase III).

2-3 Thérapies ciblées

• Bévacizumab

Deux grands essais randomisés ont éva-

lué la place du bévacizumab lors des rechutes :

- essai AURELIA : cancers de l'ovaire résistants au platine

Cet essai de phase III a comparé un monochimiothérapie seule (paclitaxel hebdomadaire, Caelix® ou topotécan) à une chimiothérapie (mêmes molécules) associée au bévacizumab. Il a été mis en évidence un bénéfice en survie sans progression en faveur du bévacizumab pour l'ensemble de la population et pour chaque cohorte (différentes drogues utilisées).

- essai OCEAN : cancers de l'ovaire sensibles au platine

Cet essai de phase III a comparé l'association carboplatine + gemcitabine + placebo versus carboplatine + gemcitabine + bévacizumab suivie de bévacizumab en maintenance. Il a été montré un bénéfice en survie sans progression et ce quelque soit la sensibilité au platine (6-12, 12-24, >24 mois). L'AMM vient d'être attribuée dans cette indication.

Au total : le bévacizumab peut être proposé en cas de rechute, associé le plus souvent à la chimiothérapie, et ce quelque soit la sensibilité au platine. Les précautions habituelles doivent être prises, notamment contre-indication en cas de volumineuses lésions car risques de perforations, et pas d'occlusion et de subocclusion.

A signaler :

- un effet bénéfique de la molécule qui assèche les ascites, symptôme fréquent lors de l'évolution de cette maladie et qui retentit sur la qualité de vie des patientes.
- des résultats intéressants obtenus avec l'association bévacizumab + Endoxan® métronimique (50 mg par jour per os) en cas de maladie résistante ou réfractaire et ce avec peu de toxicité.

• Parmi les autres thérapies moléculaires ciblées, plusieurs études sont en cours :
- agents anti-angiogéniques (AMG 386),
- agents ciblant les récepteurs aux folates (surexpression dans 90 % des tumeurs de l'ovaire),
- inhibiteurs de la poly-ADP-ribose polymérase 1 (PARP1), enzyme impliquée dans la réparation de l'ADN selon le sys-

tème base excision repair et dont l'inhibition s'avère intéressante en cas de cancer de l'ovaire avec mutation BRCA. Les résultats des essais sont prometteurs mais ces molécules ne sont pas disponibles actuellement.

• La notion de traitements personnalisés est un axe de recherche essentiel actuellement pour les cancers ovariens, grâce à la biologie moléculaire, mais aussi en tenant compte de certains types histologiques particuliers (cellules claires, mucineux). Le développement d'essais thérapeutiques comprenant un versant translationnel est capital.

Bibliographie

- 1- Lhommé C, Morice P, Planchamp F, et al. Recommandations pour la pratique clinique 2008 pour le traitement chirurgical, les traitements médicaux complémentaires et de consolidation des patientes atteintes de tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire – Mise à jour Selon la méthodologie des Standards, Options : Recommandations (SOR). Bull Cancer 2008 ; 95 : 881-6.
- 2- Katsumata N, Yasuda M, Takahashi F, et al; Japanese Gynecologic Oncology Group. Dose-dense paclitaxel once a week in combination with carboplatin every 3 weeks for advanced ovarian cancer: a phase 3, open-label, randomised controlled trial. Lancet. 2009 Oct 17;374(9698):1331-8.
- 3- Lhommé C, Even C, Morice P, et al. Chimiothérapie de première ligne des adénocarcinomes ovariens de stades avancés. Bull Cancer 2009 ; 96 : 1207-13.
- 4- Marchetti C, Pisano C, Facchini G, et al. First-line treatment of advanced ovarian cancer: current research and perspectives. Expert Rev Anti-cancer Ther 2010 ; 10 : 47-60.
- 5- Jelovac D, Armstrong DK. Recent progress in the diagnosis and treatment of ovarian cancer. CA Cancer J Clin 2011 ; 61 : 183-203.
- 6- Armstrong D, Bundy B, Wenzel L, et al. Intraperitoneal Cisplatin and Paclitaxel in Ovarian Cancer N Engl J Med 2006;354:34-43
- 7- Cooke SL, Brenton JD. Evolution of platinum resistance in high-grade serous ovarian cancer. Lancet Oncol 2011 ; 12 : 1169-74.
- 8- Burger RA, Brady MF, Bookman MA, et al. Incorporation of bevacizumab in the primary treatment of ovarian cancer. N Engl J Med. 2011 Dec 29;365(26):2473-83.
- 9- Perren TJ, Swart AM, Pfisterer J, et al. A phase 3 trial of bevacizumab in ovarian cancer. N Engl J Med. 2011 Dec 29;365(26):2484-96.
- 10- du Bois A, Reuss A, Pujade-Lauraine E, et al. Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: a combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials: by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovarialkarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux Pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO). Cancer. 2009 Mar 15;115(6):1234-44.

Présentation de l'AFFM

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Présidentes d'honneur :

Dr L. Mechelany-Leroy
Dr M.-D. Ghnassia

Présidente :

Dr Cécile Renson

Vice Présidente :

Dr Francine Violette

Trésorière :

Dr Marie-Claire Brusset

Secrétaire Générale :

Dr Anastasie Lymperopoulou

Secrétaire Adjointe :

Dr Lucie Rakotomalala

Correspondante Nationale :

Dr Françoise Pantaleon

Correspondante Internationale et MWIA

Dr Françoise Nico

Autres membres du C.A. :

Dr C. Bourgeois

Dr I. Coutrot

Dr C. Dispot

Dr M. Jaupitre-Soubes

Dr F. Le Bail

Dr D. Lenfant-Laffite

Dr M.-N. Mayer

Dr M. Muhlmann-Weill

Dr Cl. Noblia

Dr A. Pichot-Pariat

Dr S. Souchon

Dr Thoi Pham

SECTIONS LOCALES

SECTION BRETAGNE :

Dr F. Le Bail

31, route de Kerlily

29280 - Loc Maria Plouzané

SECTION GRAND EST :

Marie-Claude Laprèvote

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

Reprenez

la main

FASLODEX® 250 mg fulvestrant

Faslodex® 250 mg (fulvestrant), solution injectable. COMPOSITION : Une seringue pré-remplie contient 250 mg de fulvestrant dans 5 ml de solution. Excipients : Ethanol (96 pour cent), alcool benzyle, benzoate de benzyle, huile de ricin. **FORME PHARMACEUTIQUE* :** Solution injectable. **DONNÉES CLINIQUES : INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :** Faslodex est indiqué dans le traitement du cancer du sein, localement avancé ou métastaté, chez la femme ménopausée possédant des récepteurs aux estrogènes positifs, en cas de récurrence pendant ou après un traitement adjuvant par un anti-estrogène ou de progression de la maladie sous traitement par anti-estrogène. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION* :** Posologie : Femmes adultes (y compris les patientes âgées) : Dose recommandée : 500 mg une fois par mois, avec une dose supplémentaire de 500 mg deux semaines après la dose initiale. Coût du traitement journalier : 19,10 euros. Population spéciale : Insuffisance rénale : Aucun ajustement posologique n'est recommandé chez les patientes souffrant d'une insuffisance rénale légère à modérée (clairance de la créatinine ≥ 30 ml/min). Prudence recommandée chez les patientes souffrant d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min). Insuffisance hépatique : Aucun ajustement posologique n'est recommandé chez les patientes atteintes d'une insuffisance hépatique légère à modérée mais utilisation avec précaution car possibilité d'une augmentation de l'exposition au fulvestrant. Aucune donnée chez les patientes atteintes d'insuffisance hépatique sévère. Population pédiatrique : La tolérance et l'efficacité de Faslodex n'ont pas été établies chez les enfants âgés de moins de 18 ans. Aucune recommandation sur une posologie ne peut être faite. Mode d'administration* : Deux injections consécutives en injection intramusculaire lente dans le muscle fessier, une dans chaque fesse. **CONTRE-INDICATIONS :** • Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique Composition. • Grossesse et allaitement (voir rubrique Fécondité, Grossesse et Allaitement). • Insuffisance hépatique sévère (voir rubriques Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi et Propriétés pharmacocinétiques). **MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES D'EMPLOI* :** Utiliser avec prudence chez les patientes atteintes d'insuffisance hépatique légère à modérée. Utiliser avec prudence chez les patientes souffrant d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min). Utiliser avec prudence en cas d'antécédents d'affections hémorragiques, de thrombocytopénie et chez les patientes traitées par des anticoagulants. Des événements thromboemboliques sont fréquemment observés chez les patientes atteintes de cancer du sein à un stade avancé et ont été rapportés avec Faslodex dans les études cliniques. À prendre en compte lorsque Faslodex est prescrit à des patientes à risque. Aucune donnée sur les effets à long terme du fulvestrant sur les os. Au vu du mécanisme d'action du fulvestrant, il existe un risque potentiel d'ostéoporose. Population pédiatrique : Faslodex est déconseillé pour l'utilisation chez les enfants et les adolescents. **INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTION* :** Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire chez les patientes recevant concomitamment du fulvestrant et des inhibiteurs ou inducteurs du CYP3A4. **FÉCONDITÉ, GROSSESSE ET ALLAITEMENT* :** Faslodex est contre-indiqué lors de la grossesse. Chez les patientes en âge de procréer : informer de la nécessité d'une contraception efficace pendant le traitement. L'allaitement est contre-indiqué durant le traitement. **EFFETS SUR L'APTITUDE À CONDUIRE DES VÉHICULES ET À UTILISER DES MACHINES* :** Prudence pour les patientes souffrant d'asthénie avec Faslodex. **EFFETS INDÉSIRABLES* :** Effets indésirables les plus fréquemment rapportés : réactions au point d'injection, asthénie, nausée et augmentation des enzymes hépatiques (ALAT, ASAT, phosphatases alcalines). Très fréquent ($\geq 1/10$), fréquent ($\geq 1/100$, $< 1/10$), peu fréquent ($\geq 1/1000$, $< 1/100$). Infections et infestations : infections du tractus urinaire (fréquent). Affections du système immunitaire : réactions d'hypersensibilité (fréquent). Troubles du métabolisme et de la nutrition : anorexie (fréquent). Affections du système nerveux : céphalées (fréquent). Affections vasculaires : thrombo-embolies veineuses et bouffées de chaleur (fréquent). Affections gastro-intestinales : nausées (très fréquentes) vomissements et diarrées (fréquentes). Affections hépatobiliaires : Augmentation des enzymes hépatiques (ALAT, ASAT, phosphatases alcalines) (très fréquentes), bilirubine élevée (fréquent), insuffisance hépatique, hépatite, gamma-GT élevée (peu fréquentes). Affections de la peau et du tissu sous-cutané : éruptions cutanées (fréquentes). Affections musculo-squelettiques et systémiques : douleurs dorsales (fréquentes). Affections des organes de reproduction et du sein : moniliasse vaginale, leucorrhée et hémorragie vaginale (peu fréquentes). Troubles généraux et anomalies au site d'administration : asthénie et réactions au site d'injection (très fréquentes), Hémorragie au site d'injection, hématome au site d'injection (peu fréquentes). **SURDOSAGE* : PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES* :** Antagoniste compétitif des récepteurs aux estrogènes. **DONNÉES PHARMACEUTIQUES* :** À conserver et à transporter au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C). **PRÉSENTATION ET NUMÉRO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE - CLASSIFICATION EN MATIÈRE DE DÉLIVRANCE :** Liste I, A.M.M. EU/1/03/269/001 (2004) - CIP 3400936349001 - Une seringue pré-remplie de 5 ml. Mis sur le marché en 2004. Prix : 286,54 euros. Remboursé Sec. Soc. 100% - Collect. **TITULAIRE DE L'AMM :** AstraZeneca UK Limited - Alderley Park - Macclesfield - Cheshire - SK10 4TG - Royaume-Uni. **EXPLOITANT :** AstraZeneca - 1, place Renault - 92844 Rueil Malmaison Cedex. Tél. : 01 41 29 40 00. * Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne du médicament : <http://www.ema.europa.eu>. DATE DE RÉVISION : 14 décembre 2012 [FAS250 MLR 0113.1]

HORMONAL CARE PAR

AstraZeneca
Oncologie

Dr Suzette Delaloge

La prise en charge du cancer du sein en France. Le diagnostic en un jour



Dr Suzette Delaloge (IGR)

Initié en 2004 par le Docteur Suzette Delaloge, le dispositif « diagnostic en un jour » permet aux femmes de voir en un seul lieu et une seule journée différents médecins et de passer plusieurs examens.

Le cancer du sein en France

Le cancer du sein en France fait aujourd'hui 53 000 nouvelles victimes par an. On en diagnostiquait 41 000 nouveaux cas en 2 000 et 20 000 en 1980.

En 2008, ce cancer avait été responsable de 11 773 décès.

Le dépistage organisé en permet la détection dans 53% des cas.

Son incidence en France est une des plus fortes d'Europe, mais l'espérance de vie après traitement est aussi une des meilleurs d'Europe.

Etude du parcours de soins après détection d'une lésion mammaire suspecte

Cette étude a été menée dans le Pôle Sud Ile de France, sur une population hétérogène sur le plan social et culturel pouvant conduire à un accès et à des comportements aux soins variables.

La population n'est cependant pas la même selon que le diagnostic est fait lors du dépistage organisé ou non : femmes plus jeunes, plus actives, au niveau d'études plus élevé et vivant souvent en couple.

Le délai mammographie-biopsie demande deux semaines, mais le délai mammographie-premier traitement est long (13 semaines).

Un délai plus court est observé pour les femmes plus jeunes et au niveau d'études plus élevé, mais n'est pas lié au mode de dépistage, organisé ou non.

Elles sont globalement satisfaites de leur traitement.

Diagnostic en un jour du cancer du sein Contexte en 2004

Le dépistage organisé du cancer du sein est efficient en France, mais il n'existe pas d'organisation du post-dépistage : les délais de prise en charge thérapeutiques sont deux à trois fois plus longs que recommandé (3-4 mois versus 1).

Alors que la sénologie évolue vers la re-

cherche des lésions infracliniques, une collaboration des cliniciens et des radiologues s'avère indispensable et obéit aux recommandations françaises et européennes de multidisciplinarité, rapidité, qualité et humanité.

La multidisciplinarité doit se faire en période pré-opératoire, aboutissant à un diagnostic donné à la patiente mais aussi en post-opératoire. Quant au délai entre le diagnostic et la prise en charge, il devrait être inférieur à un mois.

Objectifs de la journée diagnostique

La rapidité, qui réduit les délais diagnostiques et l'anxiété inhérente.

L'efficacité médicale avec multidisciplinarité immédiate.

L'humanité avec une prise en charge globale par les différents acteurs de soins dès la phase diagnostique.

L'efficacité économique.

L'intégration précoce de la recherche et des modes futurs de prise en charge.

Depuis 2004, 12 000 femmes ont été adressées pour lésion suspecte du sein.

80% viennent d'Ile de France.

Organisation type de la Journée diagnostique

30 à 35 femmes sont examinées les lundis de 8 heures 30 à 18 heures par un chirurgien, un oncologue, un cytologiste, deux radiologues qui concluent à un diagnostic et une décision partagés.

Ils sont aidés par une personne à la réception des patientes, trois assistantes médicales, deux manipulateurs radio, deux infirmières dont une de coordination, un interne d'oncologie, un technicien de cytopathologie.

Lors d'un appel téléphonique, la secrétaire interroge la patiente, l'informe de l'organisation et lui donne rendez-vous dans un délai inférieur à quinze jours, sauf cas urgents (femme enceinte, cancer du sein inflammatoire). Un livret d'information lui est adressé.

Résultats cliniques à six ans (2004-2010)

8 696 femmes ont été examinées, 12% avaient déjà un diagnostic.

26% ont subi une mammographie, 53% une échographie, 72% une cytologie/biopsie.

Elles ont vu le plus souvent deux médecins. 58% d'entre elles présentaient une lésion bénigne.

75% des femmes ont eu un diagnostic exact en une journée.

25% ont dû attendre un délai médian de quinze jours le diagnostic final.

Un cancer a été révélé par des microcalcifications dans 25% des cas,

- par des masses ou des nodules dans 47% des cas,

- autrement dans 38% des cas.

Valeur ajoutée clinique

Le délai moyen de premier accueil est de 13 jours.

Si la cytologie est incorrecte ou non définitive, elle peut être refaite ou être suivie immédiatement d'une biopsie complémentaire.

Pour les tumeurs solides, le diagnostic exact peut être fait dans la journée dans 87% des cas, et ainsi le plan de soins établi, expliqué et donné le jour même.

Pour les microcalcifications, le diagnostic est obtenu et rendu à la patiente dans les 12 jours maximum.

Il est procédé à une relecture systématique de l'imagerie.

S'il y a multi-focalité, elle est prouvée le jour même le plus souvent.

Le bilan d'extension est pratiqué.

90% des cytologies sont congelées.

Les dossiers des patientes peuvent être inclus dans des essais (imagerie, chirurgie, Mindact, etc...)

90% des patientes se disent satisfaites du dispositif.

Ce protocole est désormais développé dans d'autres centres français et commence à être étendu à d'autres cancers, comme celui de la thyroïde.



Nil sub sole novi... Rien de nouveau sous le soleil.

L'Académie de Médecine vient de recommander un retour à la clinique, tandis que les Agences régionales de santé appellent à en finir avec les examens et les soins non pertinents.

Voilà des recommandations de bon sens qui devraient économiser quelques milliards d'euros engloutis chaque année. Mais comme elles vont être difficiles à appliquer, car elles vont à l'encontre de la pression des patients qui exigent un diagnostic sûr et une guérison immédiate, sous peine de poursuite judiciaire, à l'encontre de la pression des établissements rémunérés à la tarification à l'activité et à celle des mauvaises habitudes des praticiens.

C'est pourtant le rôle du médecin traitant, qui connaît l'histoire de son patient, et celui du spécialiste de privilégier un « solide interrogatoire, et surtout un examen clinique complet », comme le recommande le docteur Guy Dorf, gastro-entérologue, pour lequel les colopathies fonctionnelles n'ont plus de secret.

Par ailleurs, l'OMS, dans un rapport qui date de 2001, préconise l'ingestion, en quantité suffisante de micro-organismes. C'est le retour des « levures » ou bactéries probiotiques découvertes en 1907.

Ces probiotiques aident à la digestion des fibres, modulent l'activité du système immunitaire intestinal, exercent une fonction de barrière vis-à-vis de la muqueuse intestinale et préviennent ou traitent la diarrhée.

Ils appartiennent à la catégorie des compléments alimentaires et ne bénéficient donc pas d'une autorisation de mise sur le marché comme les médicaments.

Cependant, chaque souche a des propriétés bien spécifiques qu'il convient de tester de façon isolée afin de déterminer leurs bénéfices potentiels, en particulier dans le syndrome de l'intestin irritable.

Enfin, si nous pouvons nous targuer d'innovations de toute sorte, de nouvelles technologies, de thérapies ciblées qui ont permis un spectaculaire allongement de l'espérance de vie, les peuples de l'Antiquité avaient bien compris le rôle alimentaire salvateur du Kéfir, du Kombucha et du Yaourt qu'ils consommaient déjà ! Ils consommaient des probiotiques sans le savoir.

Dr Guy Dorf

Ancien chargé d'enseignement à la Faculté Lariboisière-Saint Louis

Les colopathies fonctionnelles

Le terme de colopathie est actuellement substitué au terme de colite, qui est réservé à des maladies organiques-par atteinte de la muqueuse colique (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique).

La fréquence de la colopathie fonctionnelle est importante : 40 à 60% des patients qui consultent leur médecin généraliste, et 20% qui consultent un gastro-entérologue. Le problème majeur est qu'il convient de considérer qu'il s'agit d'un diagnostic d'élimination, et qu'il convient de ne pas passer à côté du dépistage (très insuffisant) du cancer du colon, très souvent silencieux.

Les symptômes de la colopathie sont au contraire « bruyants » et leur définition a conduit des experts internationaux, dans les années 1990 à se mettre d'accord sur des critères, dits de Rome (en Anglais : syndrome du colon irritable).

Le premier motif de consultation (s) est la douleur : souvent à type de crampes des deux flancs, mais parfois d'un seul côté, ce qui peut faire évoquer à tort, un problème appendiculaire ou un calcul de la vésicule ou du rein.

Cette douleur, persistante, peut survenir après un repas, ou à l'occasion d'un stress.

Il n'y a pas de fièvre, ni d'altération de l'état général.

Elle cède facilement à un médicament dit antispasmodique, mais sa répétition entraîne des examens répétés, souvent inutiles (scanner !).

Cette douleur n'est pas isolée dans la plupart des cas : les ballonnements avec distension de l'ensemble de l'abdomen, soulagés par l'émission de gaz. Ces ballonnements sont déclenchés par certains aliments (les fibres) et les boissons gazeuses.

Les troubles du transit intestinal sont un autre motif de consultation(s) : assez souvent une constipation pouvant alterner avec une diarrhée dite motrice, car brutale, après un repas, ou à jeun, le matin.

La diarrhée isolée est plus rare. Il est important de bien faire décrire par le patient l'absence de prises répétées de laxatifs irritants (auto-médication) et de la présence ou non de saignements après ou en dehors des selles. De même à l'interrogatoire, les antécédents de cancer (s) dont le cancer colique.

Il est certain qu'on peut parfaitement souffrir depuis des mois ou années d'une colo-

pathie et avoir un cancer colique silencieux.

C'est pourquoi le test Hémocult dans les selles est préconisé à partir de 50 ans et qu'au moindre doute, une coloscopie pourra être utile.

Mais la multiplication d'examens radiologiques en particulier est inutile et coûte cher à la Sécurité sociale.

Rien ne vaut un solide interrogatoire et surtout un examen clinique complet.

L'anxiété et la personnalité particulière de ces patients doivent être évaluées, si besoin par un entretien psychiatrique.

Les thérapeutiques sont pour l'instant décevantes.

Les antispasmodiques (Spasfon, Débridat, Dicetel) soulagent la douleur.

En revanche, les ballonnements et gaz, en dehors d'une diététique bien conduite, sont peu influencés par les mucilages (Actapulgit). Il est important d'améliorer le transit intestinal et de favoriser les préparations utilisées en cas de coloscopie...

Approche nutritionnelle de l'équilibre digestif



Ballonnements, spasmes, inflammations intestinales ?

ERGYPHILUS® Confort



> Ferments lactiques

dont *L. plantarum* et *B. longum* qui maintiennent l'équilibre de la flore et favorisent le confort intestinal.

2 à 4 gélules par jour de préférence le matin.

Digestion lente et difficile, besoin d'un drainage hépato-biliaire ?

ERGYDIGEST



> Plantes

facilitant la digestion : artichaut, radis noir, romarin, bardane.

> Oligoéléments

d'origine marine et argileuse dont le Se et le Zn, catalyseurs des enzymes digestives.

1 à 2 dose(s) bouchon par jour dans 1/2 verre d'eau en dehors des repas.

! Insister sur l'importance de la mastication.

Favoriser :

- les plats cuisinés à la maison avec des aliments frais de saison.
- les fibres douces solubles (action prébiotique) des fruits et légumes.

Limitier :

- voire supprimer la charcuterie, l'alcool.

Stress :

- ne pas minimiser son impact.

Pour tout renseignement contactez notre service médical au 05 65 64 89 82.
Demandez un code d'accès thérapeute sur www.nutergia.fr - espace thérapeute.

Roche Diabetes Care s'implique dans la nutrition

Parce que l'alimentation joue un rôle primordial dans la gestion et l'équilibre de la maladie, Roche Diabetes Care s'engage pour faciliter le quotidien des patients en mettant en place des services innovants dans le domaine de la nutrition.

- Une « **hotline diététique** » : composée d'une équipe de 5 professionnels de la diététique, elle s'adresse aux personnes diabétiques de type 1 et de type 2. Elle est accessible 5 jours sur 7 du lundi au jeudi de 9h30 à 12h30 et de 14h à 18h30 et le vendredi :

9h30-12h30 et de 14h à 17h30, hors jours fériés : 0 811 03 06 45 (n° Azur - prix d'un appel local)

- Une « **cuisine virtuelle** » : un site web interactif et ludique pour permettre aux personnes diabétiques de type 1 ou de type 2, ainsi qu'aux personnes non diabétiques, de composer leurs repas, de calculer l'apport en glucides de leur menu et obtenir une évaluation nutritionnelle personnalisée (www.cuisinevirtuelle.fr)

- « **Gluci-Chek** », une application **Smartphone** pour les personnes diabétiques traitées par insuline afin de leur permettre d'évaluer les glucides et autres valeurs nutritionnelles de leur repas et d'enregistrer des événements qui peuvent impacter la glycémie (stress, sport, fatigue...).

L'objectif ? Faire en sorte que, diabétique ou pas, l'alimentation ne soit plus synonyme de restriction ni de privation mais, au contraire, qu'elle permette d'allier les notions de plaisir, de convivialité et de santé.

ma cuisine virtuelle .fr

Diabète au féminin Roche

Bienvenue dans votre cuisine virtuelle

Entrez dans votre cuisine virtuelle, composez votre repas pour obtenir des conseils nutritionnels et une évaluation précise des quantités de glucides consommés.

Oui, Je souhaite commencer mon bilan !

Revenir au site Diabète au féminin

Voir la vidéo d'explication | Mentions légales | À propos | Contactez-nous | Crédits

Des experts répondent à vos questions : N°Azur 0 811 03 06 45
PRIX APPEL LOCAL

Parutions



La protection sociale en 200 questions **Gwénaëlle Leray, Jean-Philippe Cavallé - Éditions Gereso**

Salariés, demandeurs d'emploi, gestionnaires des ressources humaines, dirigeants d'entreprises, praticiens du secteur social... En plus de 200 points répartis par thèmes, retrouvez facilement les réponses aux questions que vous vous posez.

Comment est organisé le régime général de la Sécurité sociale ?

Quelles sont les dépenses prises en charge par l'assurance maladie ? Quelle est la durée du congé maternité ?

Comment contester un accident du travail ? Peut-on cumuler des revenus avec les allocations chômage ?

Clair, pratique et actualisé.

Système unique au monde, le régime français comporte de nombreuses subtilités : maladie, maternité, accidents du travail, aide sociale, chômage, lutte contre les exclusions, retraites...

Mais il n'est pas toujours aisé de trouver rapidement une réponse fiable dans la masse d'informations disponible.

Rédigé sous forme de questions - réponses et intégrant la toute dernière actualité, cet ouvrage, pratique et accessible à tous, apporte un éclairage précis sur le système de protection sociale en France et ses multiples branches.

Gwénaëlle Leray est juriste diplômée en droit social et auteur de plusieurs ouvrages en droit du travail.

Jean-Philippe Cavallé, diplômé de l'IEP et l'ESSEC, est responsable des ressources humaines au sein d'un groupe international.

La santé écartelée. Entre santé publique et business

André Grimaldi - Éditions Dialogues

Cet homme-là a voué sa vie à l'idée de soigner, de bien soigner. Et, précisément, c'est la manière dont on soigne à présent qui inquiète André Grimaldi. Professeur de médecine, exerçant dans le plus grand hôpital européen, il pose sur la situation actuelle un regard inquiet.

À travers sa propre expérience, André Grimaldi met en avant les questions récurrentes autour du thème de la santé, mais qui, gouvernement après gouvernement, ne parviennent pas à se régler : les déserts médicaux, les dépassements d'honoraires des spécialistes, la formation des étudiants, la gestion des hôpitaux, leurs modes d'organisation et de financement, les conflits d'intérêts...

Dans la santé écartelée, il évoque son propre chemin, et l'évolution de la médecine depuis que, jeune étudiant, il était à la merci de ses chefs de service, véritables seigneurs féodaux jusqu'à la révolution étudiante de Mai 68, qui bouleversa les codes. Il décrit ensuite l'hôpital d'aujourd'hui, et regrette la confusion des genres entre médecins et gestionnaires, entre « répondre à des besoins » et « gagner des parts de marché », entre « être dévoué » et « travailler à flux tendu », entre hôpital et entreprise. Non que cette dernière soit l'ennemi, mais ses méthodes sont autres.

Porte-parole inlassable face aux gouvernements de droite et de gauche, il se bat pour qu'un jour la carte Bleue ne remplace pas la carte Vitale.

Le professeur **André Grimaldi** est un expert reconnu de la diabétologie. Ancien chef de service à la Pitié-Salpêtrière, il s'est affirmé à la fois comme chercheur et comme clinicien. Aujourd'hui professeur émérite d'endocrinologie à la Pitié, André Grimaldi est également un des fondateurs du Mouvement de défense de l'hôpital public. Contre le concept d'« hôpital entreprise », il plaide dans ses essais (L'hôpital malade de la rentabilité, éd. Fayard ; Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire, éd. Odile Jacob) pour un hôpital public au service du public, pratiquant le « juste soin au juste coût ».



Recettes

GIGOT DE SEPT HEURES (à préparer la veille- pour 6 personnes)

Ingrédients :

- 1 gigot
- 1 carotte
- 2 oignons rouges
- 2 gousses d'ail
- 1 branche de thym
- 4 feuilles de laurier
- 10 grains de poivre
- 4 belles tomates
- 1/2 litre de fond de veau
- 1 verre vin blanc sec
- 2 cuillerées à soupe de farine
- 2 cuillerées à soupe d'huile d'olive

Préparation :

Desosser le gigot -le reconstituer garder les os (la parure), couper les oignons et la carotte en mirepoix. Faire revenir dans une sauteuse, avec un peu d'huile la mirepoix, les gousses d'ail et la parure. Lorsque le tout est bien doré, ajouter le

fond de veau et le vin blanc.

laisser mijoter à couvert pendant 30 minutes.

Pendant ce temps, faire revenir le gigot dans une cocotte afin de le faire dorer sur toutes ses faces.

Ajouter les tomates épépinées, l'accompagnement de mirepoix, thym, laurier, sel et poivre.

Fermer la cocotte de façon hermétique en la lutant (entourer le couvercle de la pâte molle obtenue avec la farine et une cuillerée d'eau).

Mettre au four à 120°, pendant sept heures.

Le lendemain, retirer le gigot de la cocotte, le placer (avec précaution) sur la plaque du four entouré des tomates, pour le réchauffer.

Servir avec des pommes de terre grenailles.

SALADE D'ENDIVES AU SAUMON FUMÉ (pour 6 personnes)

Ingrédients :

- 1 kg d'endives
- 6 tranches de saumon fumé
- 1 pomme verte
- 1 grosse cuillerée de ciboulette
- 150 gr Roquefort
- 1 cuillerée à soupe de mascarpone
- le jus d'un citron

Préparation :

Eplucher les endives, les découper en lamelles.

Découper le saumon en lanières.

Éplucher la pomme, la couper en dés.

Mélanger dans une terrine le roquefort écrasé à la fourchette, la ciboulette, le mascarpone, le jus de citron.

Mélanger le tout dans un grand saladier.

Roche

ACCU-CHEK® Mobile

Le Tout-en-Un, Le lecteur sans bandelette



**Maintenant disponible
en PHARMACIE !**

- 1 cassette pour 50 glycémies
- 6 lancettes intégrées
- Déchets sécurisés

ACCU-CHEK®
Mobile

4

étapes :



Le kit pour autosurveillance de la glycémie Accu-Chek Mobile est un dispositif d'Auto-Surveillance Glycémique (ASG) destiné aux personnes atteintes de diabète. Le kit comprend : 1 lecteur de glycémie et une cassette de 50 tests ; ce sont des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro figurant à l'annexe II liste B, 1 autopiqueur et 10 lancettes pour autopiqueur, non réutilisables, stériles ; ce sont des dispositifs médicaux de classe IIa. CE0088 - Fabricant : Roche Diagnostics GmbH. Lire attentivement la notice. L'ASG ne doit pas être une mesure automatiquement généralisée à l'ensemble des diabétiques ; ni une mesure passive, n'entraînant pas de conséquence thérapeutique immédiate. Le patient adulte ou enfant ne pourra bénéficier d'un renouvellement du kit que tous les quatre ans. La prise en charge est assurée pour les indications et modalités suivantes : chez le patient diabétique de type 1 : au moins 4 ASG/jour ; chez la femme ayant un diabète gestationnel : au moins 4 ASG/jour ; chez le patient diabétique de type 2 insulinotraité : si l'insulinothérapie comprend plus d'une injection d'insuline par jour : au moins 4 ASG/jour ; si l'insulinothérapie comprend une seule injection d'insuline par jour : 2 à 4 ASG/jour ; les patients chez qui l'insuline est envisagée à court ou moyen terme et avant sa mise en route : 2 à 4 ASG/jour.
PA-008-13

www.accu-chek.fr

ACCU-CHEK®