Hygie

AFFM

De la déesse guérisseuse à la femme médecin

Octobre - Novembre
Décembre 2014
N° 64

Une femme à l'honneur

Marthe Gautier

ATTENTION
Le secrétariat administratif a déménagé. Le courrier adressé à Saint-Cloud n'est plus distribué.
Merci de prendre en note la nouvelle adresse du secrétariat :
17 rue de Seine - 92100 Boulogne

Sommaire

ÉDITORIAL

Dr Cécile Renson, Présidente de l'AFFM 3

VIE ASSOCIATIVE

Réunion médicale AFFM 4
Des nouvelles de la MWIA - Dr Marie-Dominique Ghnassia, Dr Thi Thoi Pham 5
In mémoriam - Dr Tréheux 6
Brèves - Dr Pham Thoi, Dr Françoise Nico, Dr Francine Violette 6

UNE FEMME À L'HONNEUR

Marthe Gautier à l'honneur - Simone Gilgenkrantz 8

ACTUALITÉS MÉDICALES

Puberté précoce : les pédiatres de l'AFPA et de l'AFPEL insistent sur l'importance d'informer et d'accompagner les familles 11
A propos des urgences hospitalières… Dr Cécile Renson 14

ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES

Hémangiol, une révolution dans le traitement des hémangiomes - Dr Francine Violette 15

LOISIRS

Parutions 16

Édito

Mieux vaut tard que jamais !

Le destin de certaines personnes se refuse à suivre son cours naturel et la vie de celles-ci est émaillée d'évènements qui surviennent à des moments inattendus ou relèvent de circonstances exceptionnelles.
Il en est ainsi de Marthe Gautier.
Cette femme a été décorée des insignes d'officier de la Légion d'honneur, le 16 septembre dernier, décoration exceptionnelle à double titre. Comme le souligne Claudine Hermann, professeur honoraire de physique à l'Ecole polytechnique, dans son discours d'intronisation : « *il n'est pas d'usage d'être nommée dans l'Ordre de la Légion d'Honneur après 80 ans, et il est exceptionnel que le grade soit directement celui d'officier, sans avoir été d'abord celui de chevalier* ».
A vrai dire, cette nomination vient réparer une bien ancienne injustice et récompenser l'implication longtemps ignorée de ce médecin dans la découverte de l'origine de la trisomie 21.
Certes, l'action des femmes dans les équipes de chercheurs met du temps à être reconnue.
En 2009, Marthe Gautier écrit un article relatant l'identification au microscope d'un chromosome surnuméraire, 50 ans après la découverte de l'anomalie chromosomique, objet d'une publication alors signée de Jérôme Lejeune, Marie Gauthier (pour Marthe Gautier) et Raymond Turpin, publication à l'origine de controverses, dont celles de la Fondation Lejeune qui aime à faire de Jérôme Lejeune le seul découvreur de la trisomie 21.
Le 31 janvier de cette année, Marthe Gautier allait recevoir le « Grand Prix de Génétique Humaine » lors des « Assises de génétique » à Bordeaux. Elle devait donner une conférence intitulée « Découverte de la trisomie 21 ». Hélas, les organisateurs ont été contraints d'annuler cette communication du fait de la présence d'huissiers mandatés par la Fondation Jérôme Lejeune pour enregistrer les propos de notre chercheuse et, comme elle le raconte elle-même « *éventuellement l'attaquer pour diffamation à l'encontre du Pr Lejeune* ». Cet évènement n'a pas manqué d'interpeller le monde scientifique et a fait les gros titres de la presse dont Le Monde qui a consacré un article sous le titre « La vieille dame et les huissiers de la Fondation Lejeune ».
Le 14 septembre 2014, le comité d'éthique de l'Institut national de la santé » et de la recherche médicale (INSERM) a conclu que « *Jérôme Lejeune ne peut être considéré comme LE seul découvreur de la trisomie 21* ».
Voilà l'action de Marthe Gautier enfin reconnue.
C'est pour cette raison qu'il nous a paru de notre devoir de réhabiliter cette consœur et de demander à Simone Gilgenkrantz, professeur émérite de Génétique Humaine à l'Université Henri Poincaré de Nancy qui devait aussi prendre la parole lors des Assises de génétique, de retracer la vie de cette femme hors du commun qu'est Marthe Gautier.
Loin de nous d'entrer dans une quelconque polémique, mais c'est l'honneur de l'AFFM de faire reconnaître les mérites de nos pionnières qui ont beaucoup œuvré pour la santé de nos concitoyens dans un contexte difficile.
Car, comme l'avait dit la sœur ainée de Marthe Gautier, elle aussi interne des hôpitaux de Paris, en pleine guerre : « *Quand on est une femme, il faut travailler deux fois plus qu'un homme pour réussir* »…

Docteur Cécile Renson
Présidente de l'AFFM

Réunion médicale AFFM

L'AFFM a organisé une réunion médicale le Jeudi 6 Novembre 2014 à Hôpital Européen Georges Pompidou (Paris) sur le thème :
Psoriasis : Actualités cliniques et thérapeutiques

Cette réunion fut animée par les Docteurs Anne-Claire FOUGEROUSSE et Fabrice MACCARI, tous deux dermatologues à l'Hôpital d'Instruction des Armées Bégin.

Les laboratoires **Noreva** et **Genevrier** ont apporté leur soutien à cette réunion.

Dr Anne-Claire FOUGEROUSSE

Dr Fabrice MACCARI

Me Nelly, Laboratoire Genevrier

BLOQUEZ DANS VOS AGENDAS

Colloque AFFM
Samedi 31 janvier 2015 -14h00 à 18h00

Auditorium de l'Hôpital Georges Pompidou - Rue Leblanc, 75015 Paris

Actualités gastro-entérologiques : de l'enfant à l'adulte

Présidé et animé par le ***Professeur Olivier GOULET***
Chef du Service de Gastro-entérologie, hépatologie et nutrition pédiatriques
Hôpital Necker – Enfants Malades, Paris.

PROGRAMME

Le Microbiote intestinal :
Pr Olivier GOULET, *Chef du Service de Gastro-entérologie, hépatologie et nutrition pédiatriques, Hôpital Necker - Enfants Malades, Paris.*

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) chez l'enfant :
Dr Bénédicte PIGNEUR, *Service de Gastro-entérologie, hépatologie et nutrition pédiatriques, Hôpital Necker - Enfants Malades, Paris.*

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) chez l'adulte :
Dr Georgia MALAMUT, *Service d'Hépato-gastro-entérologie, Hôpital Georges Pompidou, Paris.*

Les allergies alimentaires :
Dr Florence CAMPEOTTO, *Service d'Explorations fonctionnelles digestives, Hôpital Necker - Enfants Malades, Paris.*

GRATUIT, INSCRIPTION OBLIGATOIRE
Information : *secretariat.affm@free.fr* - Site Internet : *www.affm-asso.fr*

Dr Thi Thoi Pham
Dr Marie-Dominique Ghnassia

avec le concours du Dr Christiane Pouliart, Vice-Présidente MWIA Europe du Sud

Des nouvelles de la MWIA

Le Congrès MWIA Europe du Nord s'est tenu du 4 au 6 Septembre 2014 au Danemark près de Copenhague. Le **Docteur Christiane Pouliart** (Fondatrice de l'Association Belge des Femmes Médecins - MWAB - le 11 Novembre 1989) a présenté les principales activités de l'Europe du Sud à la réunion du Comité Exécutif.
Durant le Congrès, ont été abordés des sujets tels que Carrières des femmes médecins : opportunités et obstacles - Tutorat des médecins étrangers - Prise de responsabilités dans la mondialisation - Santé des femmes - Violences contre les femmes - HIV chez les femmes… relations entre les Femmes Médecins du Danemark et celles du Myanmar.

Le **Docteur Usha Saraiya** (Inde), VP pour l'Asie Centrale a insisté sur la nécessité d'avoir la possibilité de recourir à la césarienne partout dans le monde.

Le **Professeur Bettina Pfleiderer** (Allemagne), Présidente Elue, a présenté les résultats de l'enquête réalisée par la MWIA sur les Violences faites aux femmes.

Christiane Pouliart indique que la Session concernant l'organisation de la Stratégie pour la période 2013/2016 a été consacrée à l'élaboration d'un ***« Manuel de formation sur la violence domestique et sexuelle »***.

Les buts sont de donner une plus grande visibilité à la MWIA, de permettre une collaboration avec d'autres organisations nationales et internationales et de faire pression pour obtenir des changements des politiques gouvernementales. Des exemples concrets présentés en particulier par les membres du Comité Exécutif seront rassemblés pour ce manuel qui devrait être finalisé fin Janvier 2015.

La réunion annuelle de la MWAB présidée par le **Docteur Mireille Vergucht** a eu lieu à Anvers le 12 Novembre 2014. Elle était organisée sur le thème ***« Mère et Enfant, environnement légal »*** par la Présidente Elue le **Professeur Lieve Dams**.

Le prochain Congrès de la MWAB est fixé au Samedi 14 Novembre 2015 à Bruxelles.
Christiane Pouliart remercie l'AFFM pour sa présence au premier Congrès de la MWAB à Liège en 1990 **(Docteurs Chopin** et **Janton)** et pour sa présence au dernier Congrès à Bruxelles en 2013 **(Docteurs Violette, Nico** et **Ghnassia)**.

Lors d'un séjour récent à Tel Aviv pour un congrès **Christiane Pouliart** a repris contact avec le **Professeur Sophie Ish-Shalom** Présidente des Femmes Médecins de l'IMA : celle-ci va relancer la MWA d'Israël qui appartient à la Région Europe du Sud de la MWIA.

Marie-Dominique Ghnassia à la demande de **Shelley Ross**, Secrétaire Générale de la MWIA, a assisté comme « Observatrice MWIA » à la 61ème Session du Comité Régional pour la Méditerranée Orientale de l'OMS qui s'est tenue à Tunis du 19 au 22 Octobre 2014. De nombreux sujets ont été abordés de façon technique tels que Ebola, Polio, changements climatiques, Hépatites virales, amélioration de la survie des mères et des enfants, réponses aux états d'urgence, maladies non transmissibles, couverture sanitaire universelle…

Le **Docteur Margaret Chan** Directrice générale de l'OMS était présente pour la cérémonie d'ouverture aux côtés du **Docteur Ala Alwan** Directeur Régional pour la Méditerranée Orientale (Pays concernés lors de cette session : Afghanistan, Bahrein, Djibouti, Egypte, République Islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Pakistan, Palestine, Qatar, Arabie Saoudite, Somalie, Soudan, République Arabe de Syrie, Tunisie, Emirats Arabes Unis, République du Yémen.)

Réunions 2015 :
- 24/27 Avril : Centième anniversaire de l'American Medical Women 's Association. Palmer House Hilton. Chicago. USA.
http://www.amwa-doc.org:centennial-meeting-registration
- 15 Novembre : Réunion Régionale Europe du Sud. Bruxelles.
Contact : Dr Christiane Pouliart
VP_southerneurope@mwia.net

MWIA'S NEWS

The Northern European Regional Meeting was held in Denmark from 4 to 6th September 2014 near Copenhagen. **Doctor Christiane Pouliart** (who has founded the MWAB on November 1989) has presented the main activities of Southern Europe to the Executive meeting. The presentations were on the topics of careers for female doctors – opportunities and obstacles, mentoring for foreign doctors, taking responsibility in a global world, women's health, violence against women, changing views of women living with HIV… connections between the Danish Medical Women and medical women of Myanmar.

Dr Usha Saraiya (India) VP for Central Asia, stressed the need to have Cesarean section capacity for women around the world.

Dr Bettina Pleiderer (Germany) President-elect, spoke on MWIA 's violence survey results.

Christiane Pouliart tell that the Strategic Planning Session of MWIA for the triennium 2013/2016 was devoted to developing a ***"Training Manual on Domestic and Sexual Violence"***. It will give more visibility for MWIA. It will be useful for collaboration with all sort of other national and international organizations. It will be useful for lobbying government for change in policy. All members of the executive has to provide two case studies for this manual which has to be finalized at the end of January 2015.

On November 12 took place in Antwerp the annual meeting of MWAB: ***" Mother and Child in a Forensic Environment"*** by the **President Mireille Vergucht** and organized by the President-elect **Professor Lieve Dams**. All speakers were excellent.

The next meeting of MWAB will take place in Brussels on Saturday November14 /2015.
Christiane Pouliart thanks very much AFFM which was there in 1990 to support the first Congress in Liege **(Drs Chopin** and **Janton)** and again there for the Congress of 2013 **(Drs Violette, Nico** and **Ghnassia)**.

Christiane Pouliart during a stay in Tel Aviv for a meeting had several phones with **Professor Sophie Ish-Shalom**, President of women Doctors in IMA: Sophie is now on duty to reform the Israeli MWA which belongs to MWIA Southern Europe.

Marie-Dominique Ghnassia, on request of **Shelley Ross**, has been Observer representing MWIA for the Sixty First Session of the Regional Committee of WHO for the Eastern Mediterranean in Tunis (19-22 October 2014).

Member States of the Regional Committee are: Afghanistan, Bahrain, Djibouti, Egypt, Islamic Republic of Iran, Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libya, Morocco, Oman, Pakistan, Palestine, Qatar, Saudi Arabia, Somalia, Sudan, Syrian Arab Republic, Tunisia, United Arab Emirates, Republic of Yemen.

Many topics have been approached technically such as: Preparedness for disease outbreaks as Ebola, Polio eradication, Climate change and air pollution, Prevention and control of viral hepatitis B and C, Saving the lives of mothers and children, Emergency response, Non communicable diseases, Universal health coverage…

Doctor Margaret Chan WHO Director General was present with **Doctor Ala Alwan** WHO Regional Director for the formal opening of the Session.

Meetings 2015:
- April 24/27: 100th Anniversary Meeting of the American Medical Women's Association. Palmer House Hilton. Chicago Illinois USA
- November 15: Southern European Regional Meeting. Brussels. Belgium.

Présentation de l'AFFM

Conseil d'Administration

Présidentes d'honneur :
Dr L. Mechelany-Leroy
Dr M.-D. Ghnassia
Présidente :
Dr Cécile Renson
Vice Présidente :
Dr Francine Violette
Trésorière :
Dr Marie-Claire Brusset
Secrétaire Générale :
Dr Françoise Nico
Secrétaire Générale Adjointe :
Dr Lucie Rakotomalala
Correspondante Nationale :
Dr Ouahiba Softa
Correspondante Internationale et MWIA
Dr Thi Thoi Pham
Autres membres du C.A. :
Dr C. Bourgeois
Dr C. Dispot
Dr T.-N.-D. Ho
Dr F. Le Bail
Dr D. Lenfant-Laffite
Dr M.-N. Mayer
Dr M. Muhlmann-Weill
Dr A. Pichot-Pariat
Dr Catherine Barlier-Pagel

Sections Locales

Section Bretagne :
Dr F. Le Bail
31, route de Kerlily
29280 - Loc Maria Plouzané

Section Grand Est :
Dr Catherine Barlier-Pagel
27, Av Georges De la Tour
54300 Luneville

Commissaire aux Comptes

Monsieur G. Ranchon - (NORMINTER)
2, rue Méhul - 75002 Paris
Tél. : 01.42.96.54.37 - Fax : 01.40.15.09.46

In memoriam
Dr Tréheux

Nous avons eu la tristesse d'apprendre le décès de Mme le Professeur Augusta TREHEUX qui nous a quittées le 10 novembre 2014 à l'âge de 91 ans.

Cette figure de la médecine hospitalo-universitaire nancéienne fut le premier chef de service féminin du CHU de Nancy (1967), Maître de Conférences agrégé en 1963 et première femme nommée Professeur dans cette faculté en 1975.

Elle a présidé pendant 2 années (1978-1979) la section lorraine de l'Association Française des Femmes Médecins, ayant à cœur « *d'encourager les jeunes femmes médecins à défendre leur droit à des perspectives de vie professionnelle identiques à celles de leurs collègues masculins* ».

Beaucoup d'entre nous ont eu l'occasion de la connaître et d'apprécier ses grandes qualités humaines et professionnelles.

« Pendant les 14 années durant lesquelles elle a occupé les fonctions de chef du ser-

vice de radiologie adultes du CHU Nancy Brabois, Mme Tréheux aura eu la lourde charge de conduire la mutation rapide et exigeante de la radiologie, de l'imagerie par projection à l'imagerie en coupes, tout en favorisant le développement de la radiologie interventionnelle. Elle a su faire preuve de talents diplomatiques et de qualités relationnelles remarquables tant à l'égard de ses collègues que vis à vis des responsables de l'administration hospitalière, ce qui lui a permis d'équiper son service de matériels très performants et innovants et de faire connaître et apprécier ce service dans la communauté radiologique francophone.

Son sens de l'humain, son souci constant de s'informer de la vie familiale de l'ensemble des membres du personnel, d'apporter son aide et son soutien lorsque le besoin s'en faisait sentir, restent un modèle de direction bienveillante, à la fois rigoureuse et tolérante ».

Nous nous associons à la peine de sa fille, de ses petits-enfants et arrière petits-enfants et de ses proches, à qui nous exprimons notre admiration pour la personnalité et le parcours professionnel exemplaire de notre consoeur et amie.

« *Extraits de l'éloge funèbre prononcé lors des obsèques* »

Brève

Dr Pham Thoi, Dr Françoise Nico, Dr Francine Violette

Initiation à la sophrologie

Compte-rendu de la conférence d'Alain Lancelot, 13 Novembre 2014, Sénat, Paris

Alain Lancelot, invité par l'association « **Femme d'abord** », a présenté le 13 novembre 2014, au Sénat à Paris, une conférence sur l'apport de la sophrologie dans la gestion du mental, à laquelle nous avons assisté. Une expérience personnelle, conduite d'évitement par peur de ne pas être à la hauteur lors d'une prise de parole en public, l'a conduit à s'intéresser à la sophrologie. Il nous en a exposé les bases pour gérer le stress. Selon l'OMS, le stress concerne 450 millions de personnes dans le monde.

Alain Lancelot a décrit trois phases dans le stress :
- Première phase : le coup de stress, la décharge d'adrénaline,
- Deuxième phase : la phase de résistance, si le stress continue dans le temps, apparition des maladies,
- Troisième phase : la phase d'épuisement, les capacités de l'individu face aux agents stressants sont dépassées, apparition du « burn out ».

Tout le monde ne réagit pas au stress de la même façon et notre façon de gérer le stress dépend de notre vécu. Il faut prendre conscience de ce qui nous a stressé et se poser les bonnes questions.

Le stress s'exprime sur trois niveaux :
- Physique : vertiges, palpitations, troubles respiratoires,
- Psychique : manque de concentration, pensées parasites,
- Emotionnel : angoisse, insomnie, phobies, sautes d'humeur.

Il faut prendre du temps pour soi pour gérer son stress et pour relâcher la tension.

Dans le « burn out », le corps ne suit plus l'esprit et il faut donc retrouver le lien entre le corps et l'esprit.

Le trac est irraisonné, sans danger physique et le mental est concerné dans le rapport à l'autre.

La sophrologie s'occupe de ramener du positif pour retrouver la joie de vivre avec une autre façon de travailler.
L'exercice de l'objet neutre oblige le mental à se concentrer sur le moment présent pour éliminer les idées parasites, ce qui fait baisser le taux de stress.

Toute action positive doit prendre le plus de place possible.

Comment lâcher prise: lâcher prise signifie mettre des choses en place et prendre du recul.

On a tous des limites : pouvoir et oser dire non, oser mettre de la distance, des limites.
Il faut prendre le temps d'avoir « pleine conscience » dans un acte concret en éprouvant du plaisir.
La technique de la respiration ventrale fait baisser la diffusion d'adrénaline et les tensions sont relâchées.
Le stress et le trac sont utiles mais il faut les gérer par le lâcher prise, le souffle, et la visualisation positive.

« *Nous avons tous en nous les ressources pour gérer le stress* » fut la conclusion d'Alain Lancelot.

La conférence fut séduisante, intéressante, en mettant en évidence le travail sur soi à l'aide de techniques simples et efficaces. Dans son livre : « *Libérez votre talent avec la sophrologie* », Alain Lancelot expose des cas pratiques pour « *des prises de paroles faciles et sans stress* ».

Simone Gilgenkrantz
Marthe Gautier à l'honneur

Le 24 septembre dernier, le journal La Croix publiait un article annonçant que, dans la découverte de la trisomie 21, le rôle de Marthe Gautier était enfin reconnu.

Il s'appuyait sur l'avis du comité d'éthique de l'Inserm qui, tout en soulignant les contributions essentielles de Raymond Turpin et de Jérôme Lejeune dans cette importante avancée de la science, reconnaissait que Marthe Gautier, après avoir monté un laboratoire de fortune à l'hopital Trousseau, avait, la première, observé que les cellules des petits « mongoliens », comme on les appelaient à l'époque, possédaient un chromosome de plus que les enfants normaux.

Marthe Gautier vient par ailleurs tout récemment d'êtte nommée officier de la légion d'honneur pour cette découverte et l'ensemble de ses travaux.

Il semble donc essentiel que les femmes médecins soient informées de la carrière d'une de leur aînée qui a vécu une aventure exceptionnelle il y a un demi-siècle. Aventure exemplaire de la condition féminine d'une époque heureusement révolue.

Une étudiante brillante

Marthe Gautier appartenait à une famille d'agriculteurs de Seine et Marne, mais ses parents avaient toujours eu à cœur de laisser leurs filles faire des études si elles le souhaitaient. Elle débute donc sa médecine en pleine guerre, passe l'externat puis l'internat en 1951. Dans sa promotion, sur 80 nommés, seules deux filles sont reçues : comme le rappelle le professeur Jean Bernard[1]: « … *à une époque où les hommes étaient violemment antiféministes et mettaient des notes très moyennes à l'oral pour empêcher les femmes d'être nommées aux concours !* ». Il fallait donc que Marthe fut brillante pour avoir réussi ce concours.

Marthe GAUTIER

Le stage à Harvard

Au sortir de la guerre, la médecine française avait un gros effort à faire pour rattraper le retard des années d'occupation. A l'époque, Robert Debré, qui avait œuvré pendant l'occupation pour créer le Comité Médical de la Résistance, avait à cœur de combler ces manques et il en avait le pouvoir. Des bourses étaient attribuées aux meilleurs étudiants pour qu'ils puissent aller à l'étranger, en particulier aux Etats-Unis, afin de développer des spécialités nouvelles comme la médecine neonatale, la neuropédiatire et la cardiopédiatrie. C'est ainsi qu'il choisit Marthe Gautier pour se former pendant une année à Harvard dans cette discipline : elle venait de passer sa thèse sur les formes mortelles du RAA (rhumatisme articulaire aigu), maladie redoutable à l'époque.

Avec Jacques Couvreur et Jean Aicardi[2], eux-même boursers Fullbright, elle part sur le paquebot Mauritania (l'avion étant financièrement inaccessible). A Boston, elle se forme chez B. Massell, pionnier dans le traitement du RAA, et A. Nadas, spécialiste des cardiopathies congénitales. Mais il est prévu aussi dans son contrat un mi-temps en laboratoire pour effectuer in vitro des cultures de tissu, en particulier d'aorte prélevée au cours d'interventions chirurgicales. Le but était l'étude du métabolisme du cholestérol, de ses variations suivant l'âge du patient et des fibroblastes in vitro (sans rapport avec la nouvelle technique mise au point en Suède par Tjio et Levan pour disperser les chromosomes).

Robert DEBRÉ

Retour à Paris

Après une année, quand elle revient à l'APHP pleine de projets et d'enthousiasme, le poste de chef de clinique qu'elle espérait chez le professeur Lelong, à l'hôpital Bicêtre, est pris. Elle opte donc avec Jean Aicardi pour les deux postes disponibles, chez le professeur R Turpin, à l'hopital Trousseau. Nommée chef de clinique, elle sait qu'elle n'aura pas la possibilité de faire de la cardiopédiatrie dans ce service orienté surtout vers les états malformatifs, particulièrement le « mongolisme ». Cependant, en 1956, au Congrès International de Génétique Humaine, on vient de démontrer que les humains ont 46 chromosomes et qu'il est possible, avec beaucoup plus de certitude qu'auparavant de faire des cultures de tissu et de compter sous microscope ces chromosomes. Monsieur Turpin assiste à ce congrès de Copenhague, très intéressé par cette nouvelle technique, lui qui, dès 1937, avait écrit : « *L'hypothèse d'un mongolisme solidaire d'une anomalie chromosomique paraît acceptable (...) à l'exemple de la mutation Bar chez la drosophile…* ».

Malheureusement, il n'existe dans son service de pédiatrie aucun moyen de faire des cultures cellulaires, ce qu'il déplore à haute voix devant ses élèves.

Le grand bricolage

Forte de l'expérience de la technique de

cultures d'aorte, C'est tout naturellement que Marthe Gautier se propose pour essayer de réaliser un autre type de culture sur biopsies de tissu conjonctif. Mais, alors qu'aux Etats-Unis, le matériel et les milieux nutritifs étaient déjà commercialisés, il n'existait rien de tel en France ! C'est donc dans un local vide, équipé seulement d'un vieux microscope, d'un bec Bunsen et d'une centrifugeuse qu'elle s'installe pour faire les cultures. Non seulement il faut trouver de la verrerie, un appareil à eau distillée, mais encore faut-il fabriquer le milieu nutritif à partir des éléments de base : œufs embryonnés, plasma de coq. Pour celui-ci, quoi de plus simple que d'avoir un coq à domicile, prêtant sa veine alaire chaque fois qu'on en aurait besoin ? L'inconvénient est qu'il était matutinal et réveillait parfois les infirmières dont les chambres sont voisines du jardin. Et pour le sérum humain, quoi de plus simple que de prélever un peu du sien ?

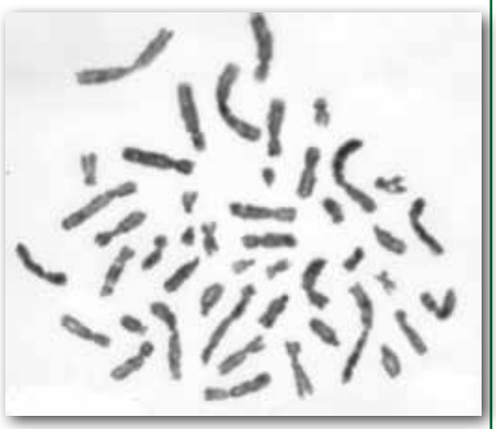
Après mille précautions, en évitant certains écueils (pas d'antibiotiques, ni de colchicine, ni de repiquages des cultures pour éviter le maximum de causes d'erreur), à partir de biopsies prélevées au décours d'interventions chirurgicales faites chez des enfants normaux, Marthe Gautier met au point la nouvelle technique dite du « choc hypotonique » qui venait d'être publiée pat Tjio et Levan. Elle obtient des métaphases de bonne qualité : toutes sont à 46 chromosomes. Puis Monsieur Turpin lui procure des biopsies d'enfants mongoliens : pas de doute, ils ont un petit chromosome supplémentaire.

Une découverte nobélisable

La découverte était d'importance. Selon les habitudes de l'époque, pour s'en apercevoir, il suffisait de reproduire soigneusement sur une feuille de papier blanc ce qu'on observait au microscope. Une fois redessinés, il suffisait de compter les chromosomes pour voir s'ils étaient au nombre de 46 ou de 47. Travail élémentaire qu'un enfant de douze ans aurait pu faire… Bien sûr, pour les montrer à d'autres, ou les publier, il fallait photographier les métaphases, et pour cela disposer d'un photomicroscope, matériel encore rare à l'époque. Mais Jérôme Lejeune, stagiaire au CNRS et élève de Monsieur Turpin propose à Marthe d'emporter les lames car il pourrait disposer d'un photomicrocope. Nous sommes en 1958 et Marthe s'étonne qu'on ne se hâte pas de publier les résultats.

Marthe GAUTIER

1957 Service du professeur Turpin à l'hôpital Trousseau.
Au premier rang, prof R Turpin (1er à droite), Marthe Gautier (1ère à gauche).



Mitose humaine normale à 46 chromosomes non encore caryotypée

Ce n'est qu'au début de l'année 1959 qu'une publication est rédigée et présentée en hâte à l'Académie des sciences qui a l'avantage, par rapport aux journaux médicaux à comité de lecture d'être immédiatement portée à la connaissance du monde scientifique.
Marthe n'en est prévenue qu'à la dernière minute : elle est rédigée comme suit :
Lejeune J, Gauthier Marie, Turpin R. *Les chromosomes humains en culture de tissus.* CR Hebd Seances Acad Sci (Paris) 1959 ; 248 : 602-3.
Elle comprend le peu de cas qu'on fait d'elle à présent : elle est en deuxième position, elle ne s'est jamais appelée Marie et il n'y a pas d'h au nom de la grande famille Gautier…

Comme elle est une femme forte et que, de toutes façons, son désir de faire de la cardiopédiatrie n'a pas changé, elle quittera le service un peu plus tard sans chercher à faire valoir le mérite qu'elle avait eu à mettre au point les cultures et à voir, la première le chromosome supplémentaire… Mais autour d'elle parmi ses pairs, nombreux se sont rendu compte de l'injustice qui lui était faite.

Epilogue

Comme l'a dit André Boué lors d'une interview : « *La découverte des anomalies chromosomiques méritait le prix Nobel de médecine, mais à qui ? Jan Linsten, un généticien qui était secrétaire du comité Nobel à cette époque, a rendu visite à Maurice Lamy et à mon épouse Joëlle en leur demandant s'ils seraient choqués que le comité Nobel ne retienne pas le nom de Jérôme Lejeune. Il ne l'a pas eu…* »[3]
Il est probable que le malaise planant au dessus des trois auteurs de la découverte de la trisomie 21 n'a pas encouragé Jan Linsten, de l'institut de Génétique Humaine d'Uppsala en Suède, à privilégier cette découverte française.

On peut s'étonner aujourd'hui que Marthe Gautier n'aie pas tenté de réagir, ce qui paraît normal à présent où les droits des femmes sont infiniment plus respectés. Mais ils ne pesaient pas lourds alors, et Monsieur Turpin souhaitait sans aucun doute avoir Jérôme Lejeune comme élève et successeur.

Ceux qui savaient s'étonnaient auprès de Marthe, l'encourageant à dire la vérité sur cette découverte. : elle répondait qu'elle avait tout préparé et qu'on saurait… après

sa mort. Ce n'est que sur les instances de ses amis qu'elle s'est décidée, à l'occasion du cinquantenaire de cette découverte française à publier son histoire telle qu'elle l'a vécue[4]. On ne peut que s'en réjouir car, contrairement à Rosalind Franklin qui n'a pu être honorée de son vivant, la vérité peu à peu se fait jour et le rôle de Marthe Gautier dans la découverte de la trisomie 21 semble enfin reconnu[5].

Marthe GAUTIER

A tous les coqs du monde entier qui ont donné leur plasma pour des cultures cellulaires

1 Avec Jean Bernard : Entretiens réalisés les 26 octobre 1990, 29 mai 1991, 25 septembre 1998 (E. et J.-F. Picard) et le 10 juillet 2001 (S. Mouchet, J.-F. Picard) sont repris ici de manière synthétique.
Sur les sites Histrecmed et http://infodoc.inserm.fr/histoire

2 Jean Aicardi fit une brillante carrière internationale en neuropédiatrie

3 Entretien avec André Boué, le 16 janvier 2001 (Inserm, Suzy Mouchet, Jean-François Picard, script Anne Lévy-Viet)

4 Gautier M. Cinquantenaire de la trisomie 21. Retour sur une découverte. Medecine/Sciences 2009 ; 25 : 311-6.

5 « Quand on a accepté le mensonge pour vérité, ne sommes-nous pas déjà morts ? » Boualem Sansal - Le Serment des Barbares.

Le Professeur Simone GILGENKRANTZ, professeur émérite de génétique, ancienne chef de service au CHU de Nancy, a été nommée par le Premier Ministre, Chevalier dans l'Ordre national de la Légion d'Honneur, lors de la promotion du 1er janvier 2015.
L'AFFM est fière de cette nomination et l'assure de ses très sincères félicitations.

Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager. Aucun versement de quelque nature que ce soit, ne peut être exigé d'un particulier, avant l'obtention d'un ou de plusieurs prêts d'argent. La diminution du montant des mensualités peut entraîner l'allongement de la durée de remboursement et majorer le coût total du crédit. Les demandes de simulation de regroupement de crédit sont gratuites et sans engagement.
BC FINANCE, Parc du Pont Royal, 251 Avenue du Bois Bât. G 59130 Lambersart. 393 995 469 R.C.S LILLE. Orias n°10058044 - RC PRO : 2005PCA095 - mandataire bancaire et services de paiement, courtier en assurance et mandataire d'intermédiaire d'assurance (informations consultables sur www.orias.fr, 1, rue Jules Lefebvre 75331 Paris cedex 09). BC FINANCE EST membre agréé de l'AFIB (Association Française des Intermédiaires Bancaires www.afib-iob.org, 5 rue de Castiglione - 75001 PARIS - 01.39.12.20.02). Autre contact utile ACPR : www.acpr.banque-France.fr, 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09 - 01 49 95 40 00. Pour toute réclamation, contactez notre service dédiée par mail reclamation@bc-finance.com, par téléphone au 03 28 38 78 30 ou par courrier à BC Finance service réclamation, 251 Avenue du Bois – Parc du Pont Royal – Bât G, 59130 Lambersart.
Retrouvez l'ensemble de nos partenaires bancaires sur www.bcfinance.fr

Puberté précoce : les pédiatres de l'AFPA et de l'AFPEL insistent sur l'importance d'informer et d'accompagner les familles

Aujourd'hui, les pubertés précoces sont de plus en plus fréquentes et l'influence de l'environnement est fortement suspectée dans leur déclenchement. Les parents se retrouvent très souvent démunis et se posent de nombreuses questions. Face à ce constat, les pédiatres de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) se sont rapprochés de l'Association Française des Pédiatres Endocrinologues Libéraux (AFPEL) afin d'élaborer ensemble des documents pédagogiques pour les familles et les soignants et de mettre en place une étude clinique sur ce sujet.

Retour sur ce phénomène encore trop souvent méconnu :

Les premiers signes de puberté apparaissent généralement entre 9 et 12 ans chez les filles et entre 11 et 13 ans chez les garçons

La puberté est un enchaînement complexe de phénomènes physiques et psychiques qui conduisent à la transformation d'une petite fille en jeune femme et d'un petit garçon en jeune homme.
Elle se déclenche suite à une maturation progressive du système hormonal qui conduit à l'activation de la commande centrale de la puberté située dans le cerveau au niveau de deux glandes : l'hypothalamus et de l'hypophyse. Leurs messagers hormonaux ont pour rôle de stimuler l'activité des « gonades » (ovaires chez la fille et testicules chez le garçon) restées au repos pendant toute la petite enfance. Les ovaires sécrètent alors des oestrogènes actifs sur la glande mammaire, l'utérus et la croissance osseuse. Les testicules sécrètent de la testostérone active sur les organes génitaux, la mue de la voix et la croissance osseuse.

Auparavant, les glandes surrénales, situées juste au-dessus des reins, ont commencé à sécréter des androgènes responsables de la pousse des poils du pubis et des aisselles, des modifications de la peau qui devient plus grasse avec éventuellement de l'acné et des modifications de la transpiration qui devient odorante.

Tous ces phénomènes ne débutent pas nécessairement tous en même temps et ils varient légèrement d'un enfant à l'autre. **Le premier signe de puberté chez la fille est le développement des seins qui se situe, actuellement, entre 9 et 12 ans.** On constate habituellement un intervalle de 2 ans entre le début de la poussée des seins et l'arrivée des premières règles. **Chez le garçon, le premier signe de puberté est l'augmentation du volume des testicules, qui survient entre 11 et 13 ans.**

La puberté précoce survient plus fréquemment chez les filles que chez les garçons

La puberté précoce est définie par le développement des seins avant 8 ans chez la fille et l'augmentation du volume testiculaire avant 9 ans chez le garçon. Elle est plus souvent constatée chez les filles que chez les garçons.
Ces signes pubertaires s'accompagnent d'une maturation des organes génitaux et d'une poussée de croissance. Certains parents décrivent également des modifications d'humeurs pouvant évoquer une entrée précoce dans la « crise de l'adolescence ».

Consulter pour dépister le plus tôt possible et éliminer les possibles causes médicales

Lorsqu'un enfant présente des signes de puberté à un âge inhabituel, les parents doivent solliciter l'avis de leur médecin qui va essayer de répondre à plusieurs questions : Est-ce vraiment la puberté ? Est-ce le bon âge ? Quel est le mécanisme en cause ? Quelles seront les conséquences pour la santé physique et psychique ?
Pour y répondre, le pédiatre va **regarder la courbe de croissance** notée dans le carnet de santé, faire pratiquer une radiographie de la main et du poignet gauches pour **déterminer un âge osseux** et, chez la fille, une échographie pelvienne pour **mesurer l'utérus et les ovaires**. Une fois la puberté précoce suspectée, le médecin prescrira un bilan sanguin afin de confir-

HYGIE N° 64

Journal Trimestriel de l'AFFM
Directeur de publication :
Dr. Cécile Renson

Comité de Rédaction
Dr. Marie-Claire Brusset
(*Directeur du comité*)
Dr. Françoise Pantaleon
Dr. Marie-Dominique Ghnassia
Dr. Charlette Dispot
Dr. Francine Violette
Dr. Françoise Nico

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

Réalisé par l'Européenne d'Éditions

Maquette
Éloïse Fages

Adresse de la Rédaction
RÉGIMEDIA
17, Rue de Seine
92100 - Boulogne Billancourt
Site : www.affm-asso.fr

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

mer le diagnostic et préciser la cause. Si la puberté précoce est centrale (déclenchée par l'hypophyse), une IRM cérébrale sera réalisée pour éliminer toute anomalie (kyste, malformation, lésion évolutive).
Le pédiatre adressera ensuite son patient à un spécialiste (pédiatre endocrinologue) qui confirmera et évaluera les risques de la précocité afin de décider de la prise en charge.

À noter qu'en cas de puberté précoce chez un garçon, une cause médicale sérieuse est retrouvée plus fréquemment que chez les filles (pour 30 à 40% des pubertés précoces des garçons). Ce n'est qu'après avoir éliminé ces possibles causes médicales que l'on pourra conclure à une « puberté précoce centrale idiopathique », c'est-à-dire sans cause décelable.

Le surpoids et les Perturbateurs Endocriniens Environnementaux premières causes

Dans bon nombre de ces cas, l'influence de facteurs environnementaux est suspectée comme la prise de poids ou les Perturbateurs Endocriniens Environnementaux (PEE).
Il a été constaté qu'une **prise de poids progressive depuis le plus jeune âge** avec un rebond de la courbe de corpulence vers 3-4 ans, est très souvent responsable de pubertés précoces chez les filles. La consommation fréquente de sucre peut perturber par elle-même le fonctionnement de nombreux organes comme par exemple les ovaires. Ce phénomène, bien connu chez les femmes en surpoids, est décrit actuellement chez les petites filles.

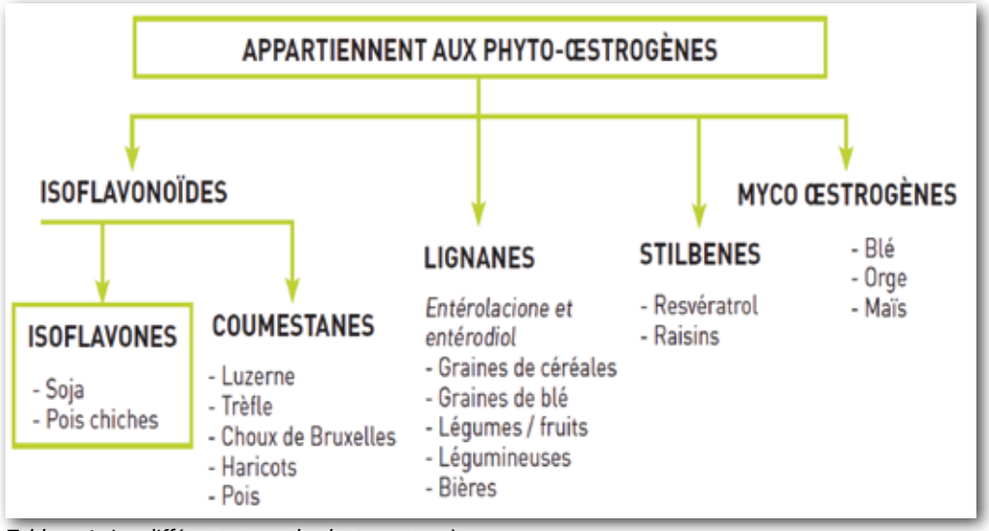


Tableau 1 : Les différents types de phyto-oestrogènes

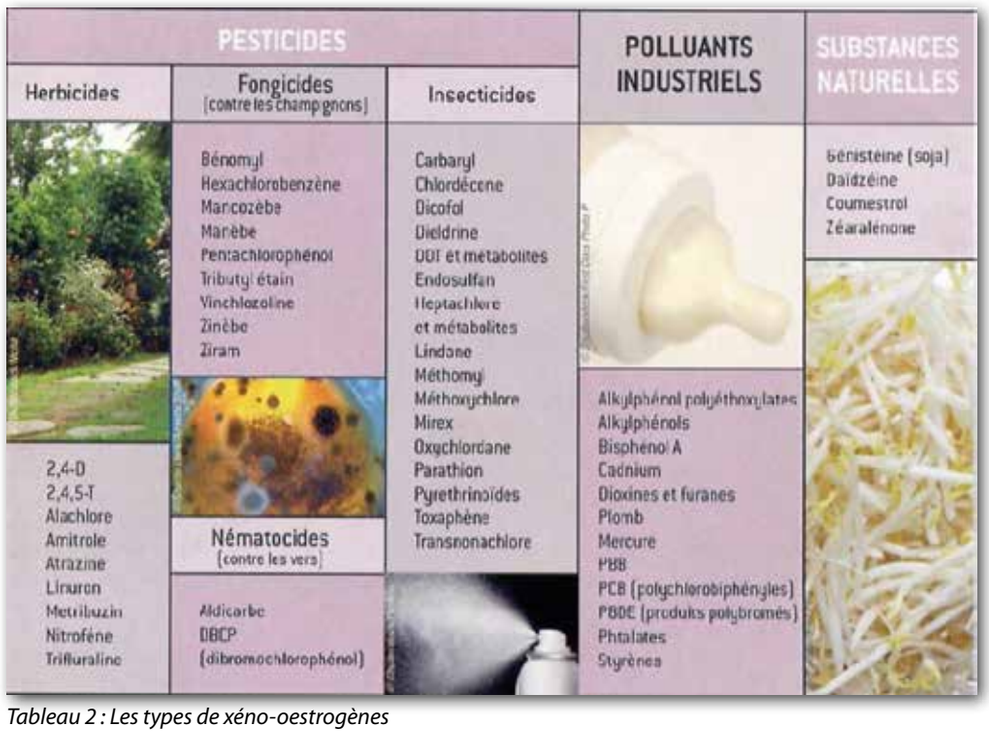


Tableau 2 : Les types de xéno-oestrogènes

D'autre part, dès 1991, l'existence de nombreux composés libérés dans l'environnement, capables de dérégler le système endocrinien des animaux et de l'Homme, est suspectée. Ces substances naturelles ou de synthèse altèrent le système hormonal qui permet à l'organisme de communiquer et de répondre à son environnement. Elles sont regroupées sous le terme de Perturbateurs Endocriniens Environnementaux. Il existe différents types de PEE :
• **Certains sont d'origine naturelle comme les phyto-oestrogènes présents dans le soja.** Ils possèdent une similarité de structure avec les oestrogènes naturels. De nombreux produits alimentaires contiennent naturellement des phyto-oestrogènes comme le soja, les pois chiches, les haricots, le blé, le maïs, etc. (voir tableau 1). Certaines préparations industrielles contiennent à notre insu des dérivés du soja.
• **Mais la majorité des PEE que l'on retrouve dans notre environnement sont issus de l'industrie chimique comme :**
- Les traitements hormonaux contenants des oestrogènes de synthèses (contraceptifs, traitements substitutifs de la ménopause ou le Distilbène…) qui sont désormais également retrouvés dans les eaux usées et les rivières.
- Les xéno-oestrogènes, substances chimiques dont la forme ressemble à celle des oestrogènes (voir tableau 2) que l'on retrouve dans les pesticides et les polluants industriels auxquels appartient le bisphénol. A présent en particulier dans les bouteilles en plastique et les boites de conserve, les dioxines (produit de combustion), les phtalates présents notamment dans les jouets, emballages alimentaires, cosmétiques, capsules de médicaments… et dont la production a doublé depuis 1970.

Les effets des PEE sont multiples. Ils peuvent agir soit en imitant une hormone et en activant son récepteur comme par exemple les oestrogènes qui activent la poussée de la glande mam-

maire ; **soit en bloquant l'action d'une hormone naturelle.** De nombreuses études ont relevé une association entre les précocités pubertaires chez les filles et l'exposition à certains PEE, essentiellement les phtalates et les pesticides DDT/DDE. Ils sont également incriminés dans l'augmentation des malformations génitales du garçon (micropénis, cryptorchidie, hypospadias), de l'infertilité masculine, de l'obésité, des cancers du sein et du testicule.

Le sujet est d'actualité, comme en témoigne l'intérêt du ministère de l'écologie qui a dévoilé en avril 2014 « la stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens ». Le gouvernement est déterminé à agir pour soutenir au niveau européen les demandes d'interdiction des PEE dont la dangerosité est avérée, développer activement la recherche scientifique sur les autres PEE présumés, informer et former les professionnels de la santé et les industriels au risque chimique des PEE, et enfin surveiller l'utilisation des substances qui seront utilisées en substitution des PEE. Les contrôles sur la présence de phtalates dans les jouets sont déjà renforcés ; le bisphénol A, qui a été banni en 2013 des objets destinés aux enfants de moins de 3 ans, sera interdit dans la fabrication des revêtements des boites de conserve et d'objets en plastique ainsi que des tickets de caisses à partir de janvier 2015. Ces mesures sont toutefois insuffisantes pour assurer une protection des enfants et il est important de s'interroger sur l'innocuité des produits utilisés en remplacement des phtalates et du bisphénol A.

Traiter au cas par cas pour stopper l'évolution des signes pubertaires

Il existe un traitement qui agit directement sur la commande centrale de la puberté (l'hypophyse) en bloquant son activité, ce qui interrompra l'évolution des signes pubertaires. Il permet à l'enfant d'évoluer psychologiquement comme les autres enfants de son âge et de poursuivre sa croissance en taille plus longtemps.

Après avoir confirmé la puberté précoce (son évolution peut-être très lente au départ ou même régresser spontanément) et éliminé une possible cause médicale, ce traitement sera indiqué en tenant compte de l'âge de début des signes pubertaires, de leur rapidité d'évolution, de la maturité psychique de l'enfant, du pronostic de taille définitive, de la date d'apparition des premières règles chez les filles et après discussion avec les parents. D'autre part, **un accompagnement psychologique est parfois nécessaire** pour surmonter ces bouleversements physiques et psychiques précoces.

La prise en charge de la puberté précoce est aussi l'occasion d'informer les parents sur la responsabilité très probable de facteurs environnementaux. Contrôler le poids de l'enfant en limitant fortement les apports en sucres rapides et en augmentant l'activité physique d'une part, et limiter l'exposition de l'enfant et de sa fratrie aux PEE d'autre part, pourra ralentir l'évolution de la puberté précoce et surtout limiter l'apparition d'autres dysfonctionnements endocriniens. Le pédiatre peut aider les parents à mettre en place des stratégies individuelles afin de modifier le mode de vie et l'environnement de leur enfant.

Texte libre de droit, écrit à l'instigation de l'AFPA en collaboration avec l'AFPEL, représenté ici par le Dr Patricia Bartaire, Dr Monique Jesuran-Perelroizen et le Dr Olivier Puel.

Coordonées de l'AFPA :
http://www.afpa.org/

AFFM

Bulletin d'adhésion et cotisation 2015

Nom..... Prénom.....
Adresse.....
.....
Code Postal..... Ville.....
Spécialité.....
Année de thèse..... Faculté.....
Téléphone..... Fax.....
Mel.....

Mode d'exercice : ❑ libéral ❑ salarié ❑ hospitalier ❑ mixte ❑ retraité

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

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

❑ Bretagne ❑ Grand Est

Le versement de la cotisation doit être effectué par chèque bancaire ou postal libellé à l'ordre de l'AFFM et adressé au secrétariat administratif national :
AFFM, 17, Rue de Seine
92100 Boulogne Billancourt

Possibilité de déduction fiscale : un justificatif vous sera adressé.

Date : _____ Signature ou Cachet

Becquet d'adhésion à la section locale 2015

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

❑ Bretagne ❑ Grand Est

Nom..... Prénom.....
Adresse.....
.....
Code Postal..... Ville.....
Spécialité.....
Année de thèse..... Faculté.....
Téléphone..... Fax.....
Mel.....

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

Section Grand Est :
Dr C. BARLIER-PAGEL
27, Av Georges De la Tour
54300 LUNEVILLE

Dr Cécile Renson

A propos des urgences hospitalières…

Colloque du 18 novembre 2014 « **Résultats de l'Enquête nationale auprès des Structures des Urgences hospitalières** ».

L'enquête menée par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) le 11 juin 2013 portait sur 52 000 patients qui se sont présentés dans les 736 points d'accueil des urgences de la France métropolitaine et des DOM. Elle avait pour objectif de connaître la genèse des recours, les modalités de prise en charge et les éventuelles difficultés rencontrées un jour de semaine hors période de vacances scolaires et d'épidémies saisonnières.

Les deux tiers des patients arrivent aux urgences depuis leur domicile (65%) et 19% de la voie publique, de leur lieu de travail ou de l'école pour les enfants.
Près de 70% arrivent par leurs propres moyens ou grâce au véhicule d'un tiers, 11% sont transportés par les pompiers, et 11% par un taxi ou une ambulance. Les patients amenés par les équipes du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) constituent 1% des passages.
La plupart des patients arrivent dans les services d'urgence dans la journée et en début de soirée jusqu'à 20 heures.
2% des patients décident de se rendre dans ces services de leur propre initiative ou sur les conseils d'un proche, 24% sur les conseils d'un médecin (traitant ou autre) et 15% sur les conseils du SAMU ou des sapeurs-pompiers.

La majorité des patients cite plusieurs raisons à l'origine de leur venue
- les urgences constituent le lieu de soins qui apparaît médicalement le plus adapté au problème de santé ;
- la décision est motivée par sa facilité d'accès géographique, la disponibilité de son plateau technique, ou de sa gratuité ;
- le patient est dans l'impossibilité de trouver une réponse au sein de l'offre libérale de soins ;
- le patient est amené par les sapeurs-pompiers ou le SAMU.

71% des personnes bénéficient d'une couverture complémentaire privée, 9% de la CMU-C, 7% n'ont pas de couverture complémentaire, 1% est bénéficiaire de l'Aide médicale d'Etat, moins de 1% ne possède aucun droit ouvert à l'assurance médicale en France.

Les nourrissons et les personnes âgées ont le recours aux urgences le plus élevé
Le 11 juin 2013, près d'une personne sur 1000 de la population résidant en France s'est rendue aux urgences. Les taux de recours les plus élevés se situent aux âges extrêmes de la vie : 2 pour 1000 pour les enfants de moins de 1 an et 1,5 pour les personnes âgées de 85 ans et plus.
Les motifs de recours aux urgences sont variables suivant l'âge du patient.

Jusqu'à 5 ans, les enfants sont pris en charge pour des pathologies ORL et respiratoire, gastro-entérologique ou traumatiques, ou pour des problèmes spécifiques aux nourrissons : troubles alimentaires, fièvre…
Entre 10 et 14 ans, les recours se concentrent sur la traumatologie : chutes, accidents domestiques ou lors de la pratique de sports.
A partir de 65ans, la traumatologie constitue 25% des passages aux urgences (surtout liés aux chutes) et les problèmes cardio-vasculaires 17%.

Des prises en charge plus lourdes pour des patients plus âgés
Des soins relevant des urgences vitales (réanimation cardiaque et/ou respiratoire) vont être réalisés sur 5% de l'ensemble des passages, mais sur plus de 10% des patients âgés de 65 ans et plus.
Un acte de soin sera réalisé pour 40% des passages, un acte d'imagerie pour 45% et un acte de biologie pour 35%.
Les personnes âgées, souffrant souvent de polypathologies nécessitent davantage d'investigations.
Les lésions traumatiques constituent le diagnostic de sortie le plus fréquent : 40%. Dans 8% des cas, le diagnostic est relatif à l'appareil digestif, dans 4% des cas, à des troubles mentaux (consommation d'alcool ou autres substances, troubles anxieux). Les AVC et les AIT représentent 0,8% .

Moins de quatre heures de présence pour près de huit patients sur dix, hormis pour les patients passés par une UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée destinée à accueillir des patients provenant uniquement de la salle d'urgences, ou en attente d'un lit pour hospitalisation, ou nécessitant une surveillance. Cette durée, en principe, n'excède pas 72 heures).
48% des patients qui ne sont pas passés par une UHCD sont restés moins de deux heures dans un service d'urgences, dont 19% ont été pris en charge en moins de 1 heure.
A l'opposé, pour 4% des patients, l'attente s'est prolongée au-delà de 8 heures.
La prise en charge la plus rapide concerne les patients ayant un diagnostic de lésions traumatiques ou d'empoisonnement, de même que pour les affections de la peau, du système respiratoire ou ostéo-articulaire.

La prise en charge est plus longue lorsque le diagnostic, moins évident, nécessite plus d'investigations.
Selon les recommandations de la Haute autorité de santé, les prises en charge des AVC doivent s'effectuer dans les unités neuro-vasculaires (UNV) existantes sur le territoire de santé sans passer par les urgences. La proximité de telles unités influe sur les durées de présence dans les services d'urgences.

Les trois quarts des patients rentrent chez eux à l'issue de leur passage
Sur l'ensemble des patients des urgences du 11 juin 2013, 76% sont repartis à leur domicile, 20% ont été hospitalisés, 2% sont partis sans attendre et 0,5% contre l'avis médical.
90% des patients souffrant de traumatologie ou d'affection respiratoire sont rentrés chez eux, y compris en HAD ou en EHPAD.
La part des patients hospitalisés est plus élevée quand le conseil final de se rendre aux urgences a émané d'un médecin, du SAMU ou des sapeurs-pompiers.

Pour les patients hospitalisés, 20% ont nécessité plus d'un appel de la part de l'équipe soignante pour trouver un lit et le délai d'obtention a excédé 4 heures pour 10% d'entre aux.

Dr Francine Violette

Hémangiol, une révolution dans le traitement des hémangiomes nécessitant un traitement systémique

Lors des Journées Dermatologiques de Paris du 9 au 13 décembre 2014, une conférence sur le nouveau traitement HEMANGIOL (propranolol) a eu lieu suite à l'autorisation de sa mise sur le marché européen EMA et américain FDA en avril 2014. L'efficacité des bétabloquants dans les hémangiomes a été découverte par le Docteur Christine LABREZE qui a publié cette observation en 2008. L'HEMANGIOL a reçu le prix GALLIEN à Monaco en 2014.
Le Docteur Christine LABREZE a coordonné l'étude internationale dirigée par le laboratoire PIERRE FABRE DERMATOLOGIE incluant 456 nourrissons au sein de 65 centres dans 16 pays qui est aujourd'hui bien sûr terminée. Il s'agit d'une étude de phase II/III adaptative randomisée en double aveugle multicentrique. Deux doses et deux durées de traitement versus placebo ont été comparées.
L'âge pour l'initiation était de 1 à 5 mois pour des nourrissons ayant des hémangiomes nécessitant un traitement systémique supérieur à 1,5 cm.
Le principal critère de jugement concernant l'efficacité consistait en l'analyse de photos au départ et au bout de 6 mois, photos comparées par paire par des experts sur des sites différents, évaluations indépendantes centralisées en aveugle. La validité intrinsèque et extrinsèque a été étudiée. Le Professeur Pierre VABRES investigateur a commenté de nombreuses photos.
Les résultats à 6 mois sont les suivants : 60,4% de guérison complète ou quasi complète versus 3,6% dans le groupe placebo. Une amélioration de l'hémangiome a été constatée après 5 semaines de traitement chez 88% des patients. On a retraité 11,4% des patients après l'arrêt du traitement avec une réponse satisfaisante chez une grande majorité de patients.
Deux facteurs prédictifs de récidives ont été retrouvés par une équipe bordelaise : le caractère segmentaire et l'existence d'une composante profonde.
Le Docteur Olivia BOCCARA a précisé le rôle du dermatologue dans la stratégie thérapeutique ainsi que les conditions de l'AMM (autorisation de mise sur le marché). Elle a soulevé la difficulté dans certains cas de distinguer les hémangiomes infantiles des hémangiomes congénitaux.
On observe pour l'hémangiome infantile au niveau immunohistochimique l'expression spécifique de GLUT-1 par l'endothélium tumoral. Sur le plan clinique, la couleur de cet hémangiome apparu après la naissance devient plus foncée.

Nejm 1

Nejm 3

Nejm 2

Nejm 4

Photos : Dr Christine Léauze-Labreze

En ce qui concerne les hémangiomes congénitaux présents dès la naissance, les RICH (rapidly involuting congénital hemangioma) ayant une évolution régressive et les NICH (non involuting congénital hemangioma) ayant une évolution stable, GLUT-1 ne s'exprime pas. Cliniquement les RICH et les NICH sont plus pâles ou deviennent plus pâles avec fréquemment des télangiectasies et la présence de gros vaisseaux de drainage sur les lésions.
Ce nouveau traitement oral HEMANGIOL, propranolol, bêtabloquant non sélectif, solution buvable 3,75 mg/ml , à la dose de 3 mg/kg/jour, en deux prises par jour pendant les repas ou juste après avec toujours un intervalle de 9 heures, est indiqué dans le traitement des hémangiomes infantiles proliférants nécessitant un traitement systémique tels que les hémangiomes entrainant un risque vital ou fonctionnel, les hémangiomes ulcérés douloureux et/ou ne répondant pas à des soins simples et les hémangiomes avec un risque de cicatrices permanentes ou de défiguration.
Il doit être instauré chez les nourrissons de 5 semaines à 5 mois, le plus tôt possible pour limiter au maximum la croissance tumorale et les possibles nécroses, et éviter ainsi des interventions chirurgicales itératives concernant d'éventuelles cicatrices, ce fait ayant été remarquablement illustré par les photos du Docteur Olivia BOCCARA.
Le traitement sera effectué par un médecin expérimenté avec un bilan de pré-initiation et un monitoring à l'hôpital pendant deux heures après la première dose et après chaque augmentation de dose (surveillance clinique, fréquence cardiaque et pression artérielle). Après atteinte de la dose thérapeutique, le réajustement de la dose en fonction du poids sera au moins mensuelle.
On a identifié quatre risques principaux :
- bradycardie,
- hypotension artérielle,
- hypoglycémie,
- réactions bronchiques.

L'arrêt transitoire de l'HEMANGIOL dès les premiers signes de bronchiolite est recommandé. Si l'enfant vomit ou ne mange pas, il ne faut pas lui donner une nouvelle dose avant son rétablissement.
Les effets indésirables les plus fréquents sont des diarrhées, des vomissements, des troubles du sommeil, des infections respiratoires majorées, les hypoglycémies.

Les contre-indications principales sont les suivantes :
- prématuré n'ayant pas atteint l'âge corrigé de 5 semaines,
- nouveau-né allaité par sa mère prenant des médicaments contre-indiqués avec le propranolol,
- hypersensibilité au médicament,
- asthme ou antécédent de bronchospasme,
- maladies cardiaques,
- hypotension artérielle,
- bradycardie,
- prédisposition à l'hypoglycémie
- phéochromocytome
- syndrome de Raynaud

L'efficacité de l'HEMANGIOL pour les hémangiomes nécessitant un traitement systémique a été clairement démontrée et ce médicament sera le traitement de référence pour ce type d'hémangiome en l'absence de contre-indications. Un guide pour l'entourage des patients (instructions d'utilisation, effets indésirables, informations essentielles sur HEMANGIOL) aidera les parents. Pour les hémangiomes moins compliqués, le laboratoire PIERRE FABRE DERMATOLOGIE développe une forme topique qui pourra s'avérer suffisante.

Parutions

Être femme : une chance ! Quelle stratégie pour une vraie égalité ?

Fanny E. Kowal- *Éditions L'Harmattan*

La place des femmes est devenue à travers le monde un véritable défi si ce n'est un enjeu stratégique.
Alors que l'égalité en droit des hommes et des femmes est formellement actée, la preuve étant faite que tous les êtres humains ont les mêmes capacités, il persiste néanmoins un certain désenchantement chez nombre de femmes. Pour réussir celles-ci, ont dû souvent se mouler et se voir au travers du seul prisme masculin et en fonction de leurs critères et de leurs valeurs.
N'est-il pas temps, maintenant, leurs compétences reconnues, qu'elles réhabilitent le féminin, qu'elles imaginent non seulement leurs propres modèles mais aussi leurs choix de vie ? Leurs réflexions, leurs aspirations, leurs rêves, leurs fantasmes, leurs sexualités peuvent différer de ceux des hommes, sans être connotés négativement ou taxés d'irréalistes ou d'absurdes. Ainsi, en concertation avec les hommes, les femmes élaboreront de nouveaux paradigmes pour un vivre ensemble, non plus dans un rapport de force ou de rivalité mais en harmonie.
Ne serait-il pas de bonne stratégie dans notre univers globalisé, en pleine mutation, de mettre en commun nos savoir-faire respectifs, et d'inventer non par l'épée mais par l'esprit, de nouvelles et intelligentes dynamiques ?

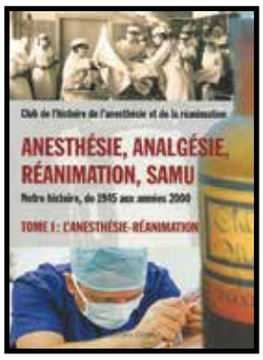
Fanny E. Kowal *est médecin, gynécologue. Elle exerce à Paris, et a travaillé en Afrique. Auditeure de l'Institut des Hautes Études de la Défense nationale, elle a été Administrateur de la Caisse d'Allocations familiales de Paris et membre du Conseil Économique et Social. Elle est Chevalier de la Légion d'honneur et Officier dans l'Ordre national du Mérite.*

Cannabis sur ordonnance - Pour garder le goût de vivre jusqu'au bout

Martine Schachtel *- Éditions Albin Michel*

Alice n'a plus que quelques mois à vivre. Son cancer du poumon va l'emporter. Les médecins ne lui proposent plus que des doses massives de morphine qui la plongent dans une semi-hébétude.
Ses sœurs - dont Martine Schachtel - l'accompagnent dans cette intolérable descente aux enfers, ponctuées d'éprouvantes séances de chimiothérapie et de trop brèves rémissions. Elles n'ont qu'une idée en tête : soulager ses douleurs et atténuer son angoisse. Bravant les risques (en Floride où vit Alice, la détention de stupéfiants est interdite), elles lui font confectionner des sablés au cannabis. Trois à quatre par jour lui redonneront le goût de vivre et l'envoie de rire.
Un témoignage poignant dans le lequel Marie Schachtel, qui a longtemps exercé la profession d'infirmière, dénonce une médecine qui ne prend pas suffisamment en compte la douleur psychologique. Elle relance le débat sur l'usage thérapeutique du cannabis, dont les effets antalgiques et euphorisants réduisent sensiblement la souffrance physique et morale.

Martine Schachtel*, ancienne infirmière, a notamment publié chez Albin Michel* ***J'ai voulu être infirmière*** *(1991),* ***Femmes en prison. Dans les coulisses de Fleury Mérogis*** *(2000) et* ***L'hôpital à la dérive. Le cri du cœur d'une infirmière*** *(2010).*



Anesthésie, analgésie, réanimation, Samu

Club de l'histoire de l'anesthésie et de la réanimation - *Éditions Glyphe*

Tome I : L'anesthésie-réanimation.
Née aux Etats-Unis, au milieu du XIXème siècle, l'anesthésie a permis, avec l'asepsie, l'essor de la chirurgie. Elle va connaître un développement considérable au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Bénéficiant des progrès pharmacologiques et techniques de l'époque, elle engendre également les siens, comme ceux de la ventilation artificielle, ouvrant la voie à la réanimation.
En France, l'anesthésie doit surmonter de nombreux obstacles pour devenir une discipline à part entière. Elle étand alors son domaine hors des blocs opératoires, dans la lutte contre la douleur et vers la réanimation pré-hospitalières.
C'est l'histoire, tant humaine que technique, de l'essor de l'anesthésie-réanimation en France à partir de 1945 qu'aborde ce volume. Il sera suivi d'autres, traitant de la réanimation et du Samu.
Œuvre collective, élaboré par le Club de l'histoire de l'anesthésie et de la réanimation, l'ouvrage mêle anecdotes et témoignages aux données scientifiques. Les anciens y voient retracées leurs années de jeunesse, les plus jeunes y trouveront les origines de leur activité et des enseignements pour l'avenir.

Les professeurs Lienhart, Lassner, Vlars et Cara.

Caricature du procès de Poitiers par Maurice Tournade
dans *Le Nouvelle République*, février 1988