

Hygiène

De la déesse
guérisseuse
à la femme
médecin

AFFM

2^{ème} semestre 2015

N° 66



Alzheimer et Hortithérapie

**Les troubles de
l'apprentissage chez l'enfant**

**Incontinence urinaire :
enfin un traitement innovant !**



Sommaire

ÉDITORIAL

- Dr Cécile Renson, Présidente de l'AFFM 3

VIE ASSOCIATIVE

- Compte rendu de la réunion du 15 octobre 2015 à l'HEGP..... 4
- Des nouvelles de la MWIA - Dr Thi Thoi Pham, Dr Marie-Dominique Ghnassia..... 5

ACTUALITÉS MÉDICALES

- Troubles des apprentissages - Dr Cécile Renson 8
- Un traitement innovant de l'incontinence urinaire chez la femme - Dr Cécile Renson 11
- Medicen - Dr Suzanne Martin 13
- Hommage au Docteur Stella Verry..... 13
- 9es Rencontres Parlementaires sur le Cancer - Dr Marie-Dominique Ghnassia 14

ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES

- À quelques jours de la Conférence des Nations Unies sur les changements climatiques (COP 21)
Dr Cécile Renson 16
- Maladie d'Alzheimer et hortithérapie - Dr Cécile Renson 18
- Brèves :
 - Diagnostic rapide d'Ebola : le test eZYSCREEN® fait ses preuves sur le terrain.
 - Troisièmes Journées Européennes de Sensibilisation à l'Arrêt Cardiaque 19

LOISIRS

- Brève : Femmes médecins timbrifiées - Pr Alain Laugier 20

Du cœur, de la sagesse, de la science...

L'année 2015 se termine en soufflant un vent d'optimisme....

Ainsi commençait le traditionnel éditorial qui introduit notre journal Hygie... C'était avant le 13 novembre ! Avant cette soirée de terreur à Paris où des barbares fanatiques ont abattu 130 personnes et blessé 350 autres, tout autant innocentes...

Et aujourd'hui, s'il est difficile de publier le message d'optimisme qu'imposent, malgré tout, trois réflexions dictées par le cœur, la sagesse et la science, il convient cependant de résister et de ne pas donner libre cours à un défaitisme de mauvais aloi, souvent dicté par la compassion mais aussi par la délétère complaisance à ne voir que ce qui va mal.

Ainsi, hors attentat (!), l'espérance de vie s'allonge et, si cette longévité inédite qui nous est offerte est une chance, encore faut-il, pour en profiter, « bien vieillir ». L'entrée en institution est de plus en plus tardive pour les personnes âgées dépendantes (85 ans aujourd'hui). Et lorsqu'elles ont franchi le seuil de leur « maison de retraite », de nombreuses actions sont menées afin de lutter contre leur isolement. En particulier grâce à l'horticulture ! En effet, le temps n'a plus beaucoup de signification pour les personnes âgées... Leur permettre de se situer dans l'année, les rendre responsables d'un potager où la croissance des végétaux leur donnera un repère des saisons, telles sont les intentions des ateliers de jardinage dont l'efficacité n'est plus à démontrer ! Ces actions se sont multipliées cette année et sont le fruit de réflexions dictées par une profonde générosité.

Ainsi, on ne peut envisager la fin 2015 sans parler de la fameuse COP 21 qui se déroulera à Paris du 30 novembre au 11 décembre, Conférence des Nations unies sur les changements climatiques. Même les climato-sceptiques qui réfutent la responsabilité des gaz à effet de serre dans le réchauffement climatique, font le constat d'une augmentation de la chaleur du globe, le recul de la Mer de Glace de 650 mètres en trente ans, sa perte de 3,50m d'épaisseur cette année en constituant, entre autre, une preuve irréfutable. Les vagues de chaleur, de plus en plus fréquentes, de plus en plus intenses, propagent des maladies vectorielles (paludisme, dengue, chikungunya...), provoquent des catastrophes naturelles et les problèmes de nutrition y affèrent. Quel que soit le résultat final de la réunion de ces 195 pays membres de la conférence, l'opinion publique est alertée et pour subvenir aux besoins de la population en 2015, il conviendra à la fois, d'augmenter les ressources, mais aussi de respecter les réserves naturelles et l'environnement et limiter les émissions de gaz à effet de serre. En un mot, commencer à respecter la planète.

Ainsi, cette année se termine sur des progrès scientifiques et médicaux porteurs d'immenses espoirs, à commencer par les essais cliniques de thérapie génique. Cet été, le Professeur Philippe Ménasché de l'Hôpital Européen Georges Pompidou a traité avec succès un patient atteint d'insuffisance cardiaque par un patch cellulaire après pontage.

Des cellules souches produisant 300 millions de kératinocytes sont attendues pour traiter les ulcères cutanés chroniques dus à la drépanocytose, et un autre essai est prévu sur une vingtaine de patients pour corriger la DMLA à l'Institut de la Vision.

Le Prix Nobel de médecine 2015 récompense la recherche contre des maladies parasitaires tropicales négligées, prix attribué et à une chercheuse chinoise qui a découvert l'artémisinine comme traitement du paludisme et à un tandem irlandais-japonais qui propose l'ivermectine contre les nématodes.

Quant à la technologie numérique qui se met en place, elle permet d'améliorer le système de santé, grâce à la télé-radiologie dans les hôpitaux périphériques par exemple. Certaines applications, dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, peuvent envoyer au chirurgien des informations précises sur l'état de son opéré... Et que dire des robots, parfois plus fiables qu'une main chirurgicale ! Elle permet aussi la connexion entre les professionnels, entre les professionnels et les patients, entre les patients eux-mêmes. Le patient devient de plus en plus un acteur de santé. Il n'en demeure pas moins qu'il aura toujours besoin du soutien de son médecin et encore plus de son écoute, de ses conseils et de sa disponibilité.





Compte rendu de la réunion

Patients opposants et patients avec un syndrome de Diogène. Quel diagnostic ? Quelle prise en charge ?

Le 15 octobre dernier, l'Association Française des Femmes Médecins organisait une conférence dans l'enceinte de l'Hôpital Européen Georges Pompidou dans le cadre de la grande cause de l'association pour les deux ans à venir qui a pour thème : « **le grand âge et ses pathologies** ».

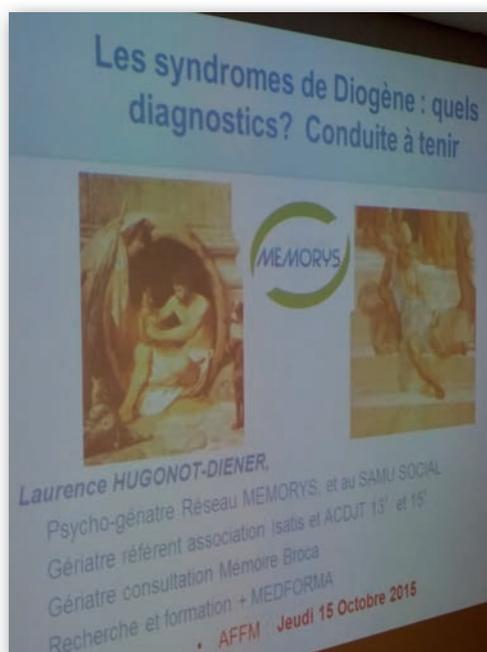
La réunion portait sur les « **patients opposants et patients avec un syndrome de Diogène. Quel diagnostic ? Quelle prise en charge ?** » Elle avait été confiée à une grande spécialiste de la question, le Docteur Laurence Hugonot-Diener, psychogériatre dans le Réseau MEMORYS et au SAMU Social, gériatre référent de l'association ISATIS et ses Centres d'Accueil De Jour Thérapeutiques des 13^e et 15^e arrondissements, gériatre assurant des consultations mémoire à l'Hôpital Broca, et responsable de recherche et formation dans la société MEDFORMA.

Le terme « Syndrome de Diogène » a été utilisé pour la première fois en 1975, en référence à Diogène, ce philosophe de Sinope né en 413 avant Jésus-Christ, misanthrope qui vivait dans un tonneau, avec le principe de ne rien posséder en mendiant et acceptant les aides proposées.

Les patients qui en sont atteints présentent quatre caractéristiques.

Le critère principal est une **absence paradoxale de demande à l'égard des médecins et des services médico-sociaux**, alors qu'ils sont souvent dans une situation de précarité sociale ou médicale extrême. Ils ne demandent rien alors qu'ils auraient besoin de tout.

Un autre critère réside dans une **relation aux objets inhabituelle voire franchement bizarre**, avec rarement le besoin d'une austérité monacale faite de l'absence complète d'objets, mais avec bien plus souvent le besoin d'entasser toutes sortes de choses dans un désordre indes-



criptible avec un manque de salubrité qui transforme le domicile en véritable taudis.

Le troisième critère est constitué par une **relation aux autres inhabituelle avec une auto-exclusion** qui confine à la rupture sociale voire à la misanthropie.

Enfin, le quatrième critère concerne la **relation au corps tout aussi inhabituelle, avec le besoin paradoxal d'entretenir un manque de propreté** d'une partie du corps (cheveux longs emmêlés, ongles longs et crochus, barbe longue porteuse d'aliments séchés, lésions cutanées...)

Dans l'étude qui concernait le XV^e arrondissement, l'âge moyen des cas signalés était de 77,8 +/- 9,9 ans avec un minimum de 52 ans et un maximum de 95 ans. 71% des situations signalées étaient celles de femmes.

La majorité des personnes souffrant d'un syndrome de Diogène n'avait pas d'enfants (62%). La plupart avait mené une vie professionnelle active : artisans, commerçants, chefs d'entreprise.



Dr Hugonot-Diener



Dr Hugonot-Diener et Dr Cécile Renson

Dans plus de la moitié des cas, le syndrome est associé à une psychose ou à une démence. On parle alors de Diogène secondaire.

Dans les syndromes primaires, on trouve fréquemment une personnalité qualifiée d'exceptionnelle et un événement traumatique de l'enfance.

Le repérage de ces patients ne concerne que les cas les plus sévères, parce qu'ils dérangent leur entourage, du fait de leur négligence corporelle, vestimentaire, et surtout du fait de la puanteur qu'eux-mêmes et/ou leur domicile exhalent...

Il n'est pas rare que leur cadavre ne soit découvert que bien des jours après leur décès.

C'est dire la nécessité d'une meilleure cohésion entre les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les services municipaux, sans oublier le regard plus empathique de tout un chacun vis-à-vis de son voisinage...

<http://memorys.vermeil.org/>

Dr Thi Thoi Pham Dr Marie-Dominique Ghnassia

Nouvelles de la MWIA



Le **Docteur Thi Thoi Pham** a assisté en Avril 2015 au Centenaire de l'Association Américaine des Femmes Médecins (AMWA) lors d'une réunion organisée à Chicago.

Elle a ainsi pu recueillir des informations sur un sujet particulièrement sensible dans le monde actuel à savoir « Le trafic d'êtres humains ».

Aux USA le « Protection Act de 2000 » a défini les formes les plus graves de trafic humain :

- **le trafic sexuel** dans lequel un acte sexuel commercial est provoqué par la force, la coercition ou si la personne amenée à commettre cet acte est mineure (moins de 18ans)

- **le travail forcé** : le recrutement, le transport, l'utilisation d'une personne pour du travail ou des services avec usage de la force, de la fraude, de la coercition pour la soumettre à un **asservissement involontaire** (physique ou financier) à l'**esclavage**. Dans le monde on estime à plus de 20 millions le nombre de personnes vivant en esclavage. Les femmes et les jeunes filles représentent 55% des victimes du travail forcé et 85 à 90% des victimes du trafic sexuel. **Aux USA** environ 85% des victimes de trafic sont de citoyenneté américaine et 50% sont mineures. Chaque année de 100000 à 300000 enfants courent le risque d'être victimes de trafic sexuel. L'âge moyen d'entrée dans le commerce sexuel est de 12 à 14 ans pour les filles et de 11 à 13 ans pour les garçons.

Le trafic d'êtres humains est la plus importante industrie criminelle après le trafic de drogue au niveau mondial et c'est celle qui augmente le plus vite car elle produit des profits importants et permanents avec des risques significativement moindres. Le retour annuel sur investissement pour les esclaves autrefois atteignait difficilement 15 à 20% il est actuellement de 200 à 500% par an voire plus.

Le trafic sexuel entraîne la mort de mil-

lions de femmes et d'enfants soit directement par homicide soit indirectement par le biais d'infections sexuellement transmises et/ou d'usage de drogues : « *Le sort des esclaves sexuels dans le monde reste terriblement sombre* » (Siddarth Kara).

Qui sont les personnes à risque ? 70% des personnes exploitées sexuellement ont été victimes d'abus sexuels dans l'enfance. 85% ont fait l'objet d'aides sociales - sont aussi à risque les jeunes fugueurs - les jeunes LGBT - les victimes de viol, de violences conjugales.

Les victimes de trafic souffrent de traumatismes multiples sévères: traumatisme précoce tel qu'un abus sexuel dans l'enfance, traumatisme chronique résultant d'une exploitation sexuelle prolongée et de violences subies sur le plan physique et émotionnel. Les conséquences psychologiques sont complexes avec anxiété, dépression, idées suicidaires, maladies psychosomatiques, troubles de l'appétit, addictions aux drogues, à l'alcool. Sur le plan physique peuvent être observées des blessures liées à la violence (fractures, hématomes, lacérations, perforations vaginales, anales...) des infections (IST, VIH...) des problèmes gynécologiques (grossesses multiples, avortements itératifs, hémorragies) des pathologies chroniques non traitées (diabète...) des états de malnutrition, un mauvais état dentaire.

Les professionnels de santé rencontrent ces victimes aux urgences (hôpital, centre de soins), dans les cliniques de soins primaires, les centres de soins pour adolescents, en psychiatrie, en gynécologie-obstétrique etc... mais ces rencontres ne sont pas forcément efficaces pour identifier les consultants comme des victimes de trafic sexuel ou domestique. En effet (étude de Baldwin et col-2011) les victimes ne parlent pas de leur état par peur, timidité ou problème de langue et certaines ne souhaitent pas être sauvées (ne s'identifient pas comme victimes, Syndrome de Stockholm...)

Il est donc important lors de ces consultations de mener un interrogatoire adapté et complet permettant de reconstituer l'histoire des patients en n'hésitant pas à les séparer d'accompagnants (y compris de membres de la famille) qui les contrôlent et les empêchent de s'exprimer. Des numéros de téléphone et des sites Web sont disponibles pour venir en aide aux victimes mais aussi aux professionnels de santé confrontés à ces problèmes : Ex : AMWA's Physicians Against Human Trafficking : [http:// www.doc-path.org/](http://www.doc-path.org/)

Les lois en pratique pour lutter contre les trafics humains sont variables d'un état à l'autre : l'étude Polaris a montré en 2014 que 37 états sur 50 avaient mis en place récemment de nouvelles lois, 12 n'avaient pas fait d'effort pour légiférer sur l'aide aux victimes contrairement au Delaware, New Jersey et Washington qui ont recueilli les meilleurs scores de l'étude.

Un **plan stratégique d'action** a été mis en place au niveau Fédéral (2013/2017) pour améliorer le sort des victimes en particulier en les identifiant et en leur apportant des aides adaptées.

Quatre buts ont été choisis :

- **Coordonner les efforts** à tous les niveaux (fédéral, régional, local) pour prévoir des services d'aides aux victimes.
- **Améliorer la compréhension** en augmentant le recueil de données, la recherche pour améliorer les pratiques.
- **Etendre l'accès aux services** en améliorant l'identification des victimes.
- **Améliorer les résultats** en augmentant les services adaptés aux traumatismes présentés, à la culture des victimes pour une meilleure santé à court et long terme, pour la sécurité et le bien être des victimes.

Beaucoup d'obstacles doivent être franchis : la clandestinité inhérente au trafic, la marginalisation des individus, le manque de formation des soignants qui n'ont souvent qu'un seul contact avec les victimes, les ressources limitées en temps, en expertise et en argent, le peu d'évidences empiriques



riques concernant les meilleures pratiques thérapeutiques, la culture de l'hypersexualisation où pornographie et prostitution sont banalisées.

En Mai 2014, l'AMWA a pris position contre le trafic d'êtres humains qui représente une violation des droits humains, en insistant sur l'exploitation commerciale sexuelle des femmes qui nécessite de donner aux médecins et aux autres professionnels de la santé des informations et des recommandations car ils peuvent se trouver les seuls en situation d'identifier et d'aider les victimes.

AUTRES INFORMATIONS :

En septembre le Comité Exécutif de la MWIA s'est réuni à Toronto à l'occasion de la réunion Régionale Amérique du Nord. Les discussions ont porté en particulier sur le Manuel à propos des violences, sur le 30ème Congrès International de Vienne en 2016 et sur le Centenaire de la MWIA en 2019.

Shelley Ross, Secrétaire Générale, indique que pour bénéficier de prix avantageux il faut s'inscrire pour Vienne avant le 1er Décembre 2015 (www.mwiavienna2016.org). Elle demande également aux associations nationales de préparer des activités spécifiques pour célébrer le Centenaire de 2019.

Bettina Pfeiderer, Présidente du Comité Scientifique International, rappelle que la date limite d'envoi de Résumés pour Vienne est le 1er Novembre 2015 : <http://www.mwiavienna2016.org/call-for-abstracts>.

Elle préside également le groupe de travail pour le Manuel sur les violences qui repose sur des cas présentés par tous les pays. Ce document doit être vivant, mis à jour régulièrement il pourra être consulté sur le site de la MWIA et sera présenté à Vienne lors d'un atelier.

Pour mémoire :
5ème Réunion Régionale Europe du Sud et 19ème symposium de la MWAb : Samedi 14 Novembre 2015.
Parlement de Bruxelles, 69 Lombardstreet, 1005 Bruxelles.

Thème : « Le cerveau - Année 2015 : analyse de genre »

Contact : Docteur Christiane Pouliart :
VP_southerneurope@mwia.net

MWIA'S NEWS

Dr Thi Thoi Pham, AFFM's national coordinator, was present in Chicago, April 2015, at the Centennial Celebration of the American Medical Women's Association (AMWA).

She collected information about a very sensitive topic in the world's actuality: "The Human Trafficking".

Protection Act of 2000 defines severe forms of trafficking in person as:

- **Sex trafficking** in which a commercial sex act is induced by force, coercion or in which the person induced to perform such act has not obtained 18 years of age.
- **Forced labor:** the recruitment, transportation, obtaining of a person for labor or service through the use of force, fraud or coercion for the purpose of subjection to **involuntary servitude... or slavery.**

More than 20 Million people around the world are living in slavery. Women and girls comprise majority of forced labor victims (55%) upwards of 85-90% of sex trafficking victims. **In USA** approximately 85% of trafficked victims are US citizens and 50% are minors. Each year about 100000 to 300000 US children are at risks of being sexually trafficked. Average age of entry to commercial sex trade for girls is 12/14 years, for boys 11/13.

Human trafficking is the 2nd largest criminal industry in the world after drug dealing. Trafficking is highly profitable, produces continuous profit, involves significantly less risk. Whereas old world slaves generated roughly 15 to 20% in annual return investment, today slaves can generate from 200 to 500% or more.

The contemporary sex trafficking industry involves murder of million of women and children whether directly through homicide or indirectly through sexually transmitted diseases and drugs. "The fate of the world's sex slaves remains terribly grim" (Siddarth Kara).

Who is at risk? 70% of commercially sexually exploited have been children sex abused, 85% of trafficked youth have prior child welfare involvement, LGBT youth, runaway youth, youth with experience of dating violence and rape are also at higher

risk for trafficking.

Trafficking victims typically suffer of multiple severe traumas: early onset trauma such as childhood abuse - chronic trauma as a result of prolonged exposure to sexual exploitation and physical and emotional violence. Psychiatric issues are complex such as anxiety disorder, major depression, suicidal ideation, psychosomatic illness, drug/alcohol addictions, eating disorders. Physical issues: injuries from violence (fractures, bruises, lacerations, perforations of vagina and rectal walls) infections (STDS, PID, HIV) gynecologic issues (repeat pregnancies, abortions, hemorrhaging) non treated chronic conditions (diabetes) malnourishment, poor dental care...

The healthcare professionals encounter the victims in emergency departments, urgent care centers, primary care clinics, adolescent care clinic, obstetric, gynecologic, psychiatric clinics...but the victims are not often identified and health care providers are missing the opportunity to intervene. Baldwin and all (2011) found that victims didn't disclose status because of fear, shame, language barriers and some of them may not want to be rescued (do not self- identify as victims, Stockholm syndrome...)

So during the encounter it is important to ask the appropriate questions for the knowledge of the history to be sure to identify the victim and help her. Don't hesitate to separate patient from controlling person including family members.

To help victims but also health providers there are national/ international phone numbers and Web resources such as ANWA's Physicians Against Human Trafficking: <http://www.doc-path.org/>

The laws against Human trafficking are not the same in all the states: in 2014 Polaris study found that 37/50 states passed new laws in the past year to fight human trafficking, 12 have failed to make minimal efforts to pass laws that support victims, Delaware, New Jersey and Washington have perfect scores.

A **Federal Strategic Action Plan** (2013/2017) on services for victim's improvement (identification and help) has been established with 4 goals:

- **Align efforts** - promote a strategic coordinated approach

- **Improve understanding** - support evidence-based practices
- **Expand access to services**
- **Improve outcomes.**

But there are many barriers and challenges:

By its nature it is an underground problem, the people at risks are often in marginalized group, the health professionals lack of routine education and training and have often only one contact with patient, the individuals can be severely traumatized with complex needs, there are also lacks of time, expertise, money and little empirical evidence for best treatment practices, the culture of hyper-sexualisation normalize pornography and prostitution.

In May 2014 AMWA write a position paper on the sex trafficking of women and girls in US telling that AMWA condemns human trafficking and considers it an egregious human rights violation. This AMWA position paper addresses the problem of the trafficking of women and girls for commer-

cial sex exploitation in the US in an effort to provide information and recommendations for physicians and other healthcare providers who may be in a unique position to identify and care for these victims.

OTHERS NEWS:

In September the annual meeting of Executive Committee took place in conjunction with the North America Regional meeting in Toronto (Canada). The president Pr Kyong Ah Park told that it was very productive with depth discussion on the upcoming International Congress of MWIA in 2016 in Vienna, the Centennial Celebration of MWIA in 2019 and the work done for the manual on violence.

Dr Shelley Ross, Secretary general, ask to register before the 1st December for the Congress of Vienna to have cheaper rate. www.mwiavienna2016.org
She ask also to plan to hold a centennial activity in the national associations the year of 2019.

Pr Bettina Pfeiderer, Chair International Scientific Committee, remind that the deadline to submit abstracts for Vienna is the 1st November: <http://www.mwiavienna2016.org/call-for-abstracts>.

As Chair of the Manual on Violence Working Group she remind that the plan is to develop the manual based on the case studies received from all around the world. It must be a living document continuously updated and developed. It will be available on the MWIA web site and presented in a workshop in Vienna.

Don't forget:

5th Regional meeting Southern Europe in conjunction with 19th Symposium of MWAb:

Saturday 14th November 2015 Bruxelles.

Topic: " The Brain, Anno 2015: a gender study"

Contact : Dr Christiane Pouliart:

VP_southerneurope@mwia.net

BLOQUEZ DANS VOS AGENDAS

Colloque annuel de l'AFFM

*Animé et modéré par le Professeur Laurent LANTIERI,
Chef du Service de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique de l'HEGP*

**Samedi 6 Février 2015, 14h00 - 18h00,
Auditorium de l'HEGP**

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE

13h15 - 14h00 : Accueil des participants

14h15 - 15h45 : LE RAJEUNISSEMENT FACIAL

- Physiologie rajeunissement facial
- Les lifitings
- Le rajeunissement du regard
- La lipostructure faciale
- Les fils de suspension de la face
- Les procédés de comblement
- La toxine Botulique
- L'approche dermo esthétique

16h15 - 17h45 : LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE

- Principes généraux de la reconstruction
- Reconstruction par implant
- Reconstruction par tissus autologues : le DIEP
- Reconstruction par tissus autologues : les autres lambeaux SAGP, TUG, PAP
- Greffes adipocytaires
- Reconstruction de la PAM
- Facteurs génétiques

15h45 - 16h15 : Pause-café

17h45 - 18h00 : Conclusion

Information et inscription : cdognon@affinitesante.com



Dr Cécile Renson

Troubles des apprentissages

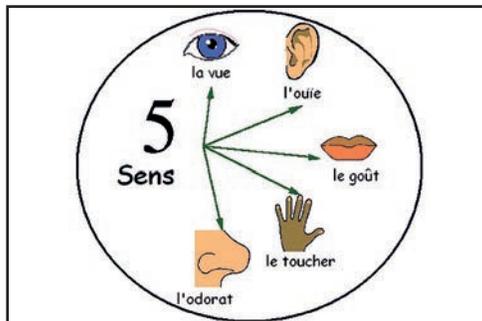
Dans une classe, en moyenne, 2 à 4 élèves ont besoin d'un suivi pour un trouble spécifique de langage ou d'apprentissage. Aujourd'hui, trop d'enfants sont orientés directement vers des rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens, orthoptistes...), vers des psychologues ou des structures de soins, sans une évaluation médicale préalable. L'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) souhaite rappeler l'importance d'une évaluation par un spécialiste de la santé et du développement de l'enfant pour confirmer le trouble repéré, préciser le diagnostic, définir les besoins de rééducation et rédiger la prescription nécessaire à la prise en charge.

Pour l'AFPA, le respect du parcours de soin est primordial. Il permet, grâce à une évaluation au plus près des difficultés de l'enfant, de confirmer ou non les troubles repérés par la famille ou l'enseignant puis d'orienter à bon escient vers une rééducation adaptée. Ainsi, la place respective des différents soins en rééducation nécessite une collaboration entre les rééducateurs et un médecin spécialement formé à ces questions, afin d'intensifier, arrêter ou proposer d'autres prises en charge éventuellement combinées.

Un constat qui, pour l'AFPA, confirme l'importance du parcours de soins des enfants qui, s'il a été bien défini avant l'âge de 6 ans, devrait être renforcé aux étapes clés du développement à partir de 6 ans.

Le pédiatre, spécialiste du développement de l'enfant

C'est le spécialiste de la santé de l'enfant, de la naissance à l'adolescence. Après une formation universitaire de 10 ans (dont 4 années de spécialité après le tronc commun de médecine générale) puis une formation médicale continue tout au long de sa carrière, le pédiatre a pour **mission de permettre à son patient de franchir le mieux possible les différentes étapes d'un développement susceptible d'être perturbé par un certain nombre de processus pathologiques**. Il traite des maladies aiguës ou chroniques entravant ce développement mais a également un rôle de prévention et de dépistage de troubles physiques ou psychologiques, le plus en amont possible.



C'est notamment le but des consultations systématiques de suivi (chaque mois de 1 à 6 mois puis à 9, 12, 16, 20 et 24 mois ; 2 fois par an jusqu'à 4 ans ; et 1 fois par an jusqu'à l'adolescence). Lors de ces consultations, le pédiatre surveille la croissance et le respect du calendrier vaccinal et réalise un examen clinique global.

À chaque âge clé, il pratique différents tests sensoriels, du langage et de la communication, de la motricité et évalue le bien être psychique, relationnel et environnemental.

L'objectif : dépister le plus tôt possible des troubles spécifiques aboutissant à un mal être, à des troubles des apprentissages scolaires ou, dans les cas extrêmes, à des handicaps physiques ou psychiatriques, nécessitant une prise en charge et un accompagnement adaptés les plus précoces possibles.

Il peut également, le cas échéant orienter l'enfant et sa famille vers une équipe pluridisciplinaire au sein de centres de référence des troubles de langage et des apprentissages (CRTLA), ou de centres de compétences.

Dépister, valider et orienter : le pédiatre, véritable chef d'orchestre

De par sa pratique exclusive, l'expérience du pédiatre l'aide à **recevoir les plaintes, les inquiétudes** de l'entourage de l'enfant et **les décoder en prenant en compte l'environnement physique, psychologique, familial, scolaire et social de l'enfant**. Après avoir évalué la réalité et l'intensité du trouble repéré dans le développement de l'enfant, **le pédiatre prescrira une évaluation** auprès du professionnel de santé le plus adapté (orthophoniste, psychomotricien, psychologue, pédopsychiatre, orthoptiste...) pour **réaliser un bilan plus ciblé qui mettra en**

Présentation de l'AFFM

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Présidentes d'honneur :

Dr L. Mechelany-Leroy

Dr M.-D. Ghnassia

Présidente :

Dr Cécile Renson

Vice Présidente :

Dr Francine Violette

Trésorière :

Dr Marie-Claire Brusset

Secrétaire Générale :

Dr 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

lumière la nécessité éventuelle d'une prise en charge éducative ou rééducative.

Les différents troubles du développement...

Les troubles structurels de langage oral (dysphasie)

Auparavant appelés dysphasie, ce sont des troubles durables dans le développement du langage oral de l'enfant, pouvant toucher aussi bien les capacités de l'enfant à s'exprimer ou à comprendre. Cela peut

toucher la possibilité de combiner des sons dans un mot, le vocabulaire, ou la capacité de construire les phrases, d'accorder les noms et les verbes. L'enfant dispose cependant de capacités d'exprimer ses émotions de façon adaptée par la mimique du visage et a des capacités normales en dehors du langage oral. Ces troubles sont fréquemment associés aux difficultés d'apprentissage de la lecture. En France, 16% des enfants en grande section de maternelle auraient des troubles du langage dont 1% de troubles sévères.

Les signes d'alerte des troubles du langage oral chez l'enfant de moins de 4 ans :

À 18 mois :

- Aucun mot signifiant

À 24 mois :

- Pas plus de cinq mots de vocabulaire
- Pas d'association de mots
- Compréhension altérée

À 36 mois :

- Pas de langage intelligible pour des étrangers (les parents peuvent parfois comprendre)
- Pas de phrase constituée (verbe-complément ou sujet-verbe)
- Compréhension altérée
- Pas d'utilisation du Je, Moi, de son prénom

Le trouble d'acquisition des coordinations

Également appelé dyspraxie, il s'agit d'un trouble sévère dans l'acquisition de réalisations gestuelles chez un enfant ne présentant pas de trouble orthopédique ni de maladie musculaire, et disposant par ailleurs de capacités intellectuelles normales. Le « retard » dans l'acquisition des réalisations motrices s'accompagne d'une lenteur inhabituelle, des fluctuations d'un jour à l'autre, des progrès dans ce domaine beaucoup plus lents que ceux des enfants de son âge. L'enfant n'est en outre pas aidé par la démonstration préalable ou par un modèle visuel. Cette compétence motrice suppose cependant que l'enfant ait été exposé à son apprentissage soit dans le cadre de son environnement, soit par les adultes. La prévalence peut atteindre 6 à 7% des enfants âgés de 5 à 11 ans.

Les acquisitions « habituelles » âge par âge :

Constructions de cubes :

- Empiler 2 cubes : à partir d'un an, 3 cubes à 18 mois, 6 cubes à 2 ans,



Vie quotidienne :

- Manger à la cuillère vers 18 mois
- Faire du tricycle : 3-4 ans
- Vélo sans petites roues : 4 à 6 ans
- Faire ses lacets vers 6-7 ans

Les alertes dans le développement psychomoteur :

Avant deux ans :

- Toute asymétrie dans la motricité spontanée ou provoquée, toute anomalie dans le développement du tonus actif ou passif, un ralentissement ou une accélération significative dans la croissance du périmètre crânien,
- Tout strabisme divergent quel que soit l'âge, ou convergent après l'âge de 4 mois.

À 9 mois :

- Pas de station assise,
- Pas de babillage canonique,
- Ne réagit pas à son prénom,
- Pas de prise en pince pouce index.

Entre 18 mois et 24 mois :

- Absence de marche autonome, à surveiller dans un premier temps, et évaluation spécialisée en l'absence d'acquisition avant 21 mois,
- Pas de pointage en associant le regard,
- Pas de croisement du regard,
- Pas de partage d'attention avec l'adulte,
- Pas de jeu de faire semblant,
- Pas d'empilage de cubes, jeux répétitifs, stéréotypés.

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Les enfants et les adolescents concernés ont trois types de difficultés importantes, pouvant se combiner : inattention, hyperactivité, impulsivité. Les difficultés surviennent en général depuis la petite enfance, même si le diagnostic n'est en général évoqué qu'après l'âge de six ans, chez un enfant d'intelligence normale. Le trouble survient dans les différents envi-



HYGIE N° 66

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@affnitesante.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 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.

ronnements de la vie de l'enfant : à la maison, à l'école, dans les activités extra scolaires. En 2011, Dr Lecendreau évalue la prévalence entre 3,5 et 5,6 % des enfants français.

Et ceux des apprentissages scolaires
Les troubles spécifiques de langage écrit (dyslexie, dysorthographe)

Ces troubles touchent la capacité de l'en-

fant à lire :

- Difficultés dans la mise en place du découpage (combinaison des groupes de lettres pour lire le mot par syllabes), ou plus tard pour lire la forme globale du mot, chez un enfant bénéficiant d'un apprentissage scolaire adapté, normalement intelligent,

- Difficultés à lire de façon suffisamment précise, rapide et fluide pour lui permettre de comprendre ce qu'il lit.

Le diagnostic repose sur l'évaluation de la lecture avec des outils se référant à la période de l'année et à la classe suivie, permettant de poser le diagnostic de dyslexie. La dysorthographe correspond elle, à la difficulté sévère et persistante en orthographe quand l'enfant écrit. Selon les données de la littérature francophone la dyslexie/dysorthographe toucherait

entre 6 et 8 % des enfants en France.

Les indications «habituelles» du bilan orthophonique devant un trouble de langage écrit :

Au CP, bilan et rééducation orthophonique si :

- Trouble du langage oral,
- Peu de syllabes lues en janvier,
- Pas d'évolution suffisante malgré une réponse pédagogique adaptée,
- Ce d'autant qu'il existe des antécédents familiaux.

Au CE1 et au-delà, toute plainte sur le langage écrit impose un examen par un test étalonné de lecture (ELFE, ODEDYS, EDA) et d'orthographe :

- Si isolé : bilan orthophonique et rééducation

tion si nécessaire,

- S'il existe un trouble associé (langage oral, praxies, calcul) : évaluation pluridisciplinaire.

Les troubles spécifiques du calcul (dyscalculie)

La dyscalculie est un trouble dans le développement des capacités en calcul pouvant toucher la maîtrise du nombre (compter), la capacité à évaluer des grandeurs ou comparer des nombres, à réaliser des opérations, à résoudre des problèmes chez un enfant d'intelligence normale. Les difficultés sont en fait le plus souvent intriquées avec d'autres troubles touchant le langage oral ou écrit, l'organisation dans l'espace et les capacités d'attention. Selon les estimations actuelles, la dyscalculie peut affecter entre 3,6 et 7,7% des enfants.

La formation des pédiatres aussi bien sur le développement de l'enfant, sur les troubles de développement du langage et de la motricité, ou sur les troubles spécifiques des apprentissages s'appuie sur des séminaires de formation organisés par l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, avec le soutien d'experts, permettant aux pédiatres libéraux d'acquiescer et d'approfondir les examens spécifiques aux âges clés de l'enfant, de savoir utiliser les outils spécifiques d'évaluation, et de maîtriser les indications de prise en charge en fonction des situations.

Depuis 15 ans, plus de 1600 médecins ont ainsi bénéficié de formation organisée par l'AFPA sur ces différents thèmes, certains d'entre eux ayant approfondi leurs pratiques par plusieurs formations. De nombreux pédiatres libéraux ont également acquis une expertise supplémentaire dans le cadre de diplômes universitaires.

<http://www.afpa.org/>



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'AFPM et adressé au secrétariat administratif national :
 AFPM, 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. BARRIER-PAGEL
 27, Av Georges De la Tour
 54300 LUNEVILLE

Dr Cécile Renson

Un traitement innovant de l'incontinence urinaire chez la femme

Peu de personnes osent dire qu'elles souffrent d'incontinence. Et pourtant, les fuites urinaires touchent une femme sur trois et impactent leur vie de tous les jours. Il est temps de briser le tabou !

« Il m'arrive de plus en plus souvent d'avoir des petites pertes d'urine, par exemple quand je pique un fou rire ou que j'éternue », lâche Anna, une jeune mère de 32 ans. L'aveu n'est pas facile et seulement glissé derrière l'anonymat. Car ces fuites arrivent fréquemment, parfois plusieurs fois par semaine. Par gêne, cette dynamique trentenaire a longtemps tu, à ses proches et son médecin, ce handicap silencieux.

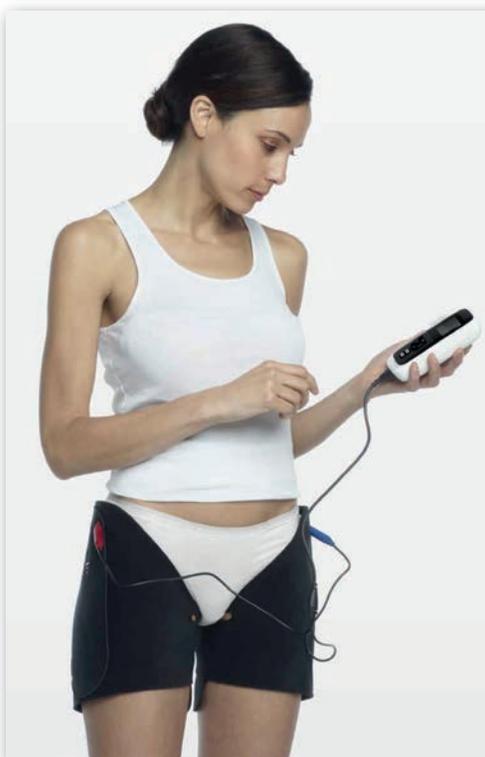
Un cas isolé ? Pas vraiment. L'incontinence, définie comme la perte involontaire d'urine, n'est pas un symptôme réservé au 4^e âge, contrairement aux idées reçues. 41% des Français déclarent rencontrer actuellement des problèmes de fuites urinaires, même légères (27% d'hommes et 55% de femmes). Ce symptôme touche surtout les femmes, dont les muscles du périnée sont mis à rude épreuve au moment des accouchements. Et celles en surpoids, sédentaires et sujettes à l'anxiété sont les plus particulièrement touchées. Un drame familial et social...

Les différentes formes de fuites urinaires

Les troubles urinaires peuvent prendre différentes formes selon le professeur François Haab, urologue.

Contrairement aux idées reçues, l'incontinence urinaire, sous ses différentes formes, peut toucher toutes les femmes, même les plus jeunes. « Ces symptômes sont souvent associés au troisième et quatrième âge, note le professeur François Haab. Or, la plupart des patientes qu'il faut opérer pour des problèmes d'incontinence n'ont pas plus de cinquante ans ».

Derrière ces troubles, escortés souvent d'un sentiment de honte, se cachent deux principales formes d'incontinence. La première, l'incontinence d'effort : survient dans des gestes simples de la vie courante, comme courir, rire, tousser, ou encore porter des charges lourdes. « C'est la plus fréquente et la moins gênante », commente le professeur François Haab. Les patientes peuvent, en effet, détecter à quels moments les fuites surviendront.



En revanche, la seconde, dite d'urgence, présente un caractère inattendu. « Elle se caractérise par une envie pressante et incontrôlable d'uriner, à tout moment. Cette forme d'incontinence est ressentie comme un véritable handicap car les patientes ont le sentiment de ne plus contrôler leur corps », poursuit le spécialiste. Pire, ces deux troubles peuvent être associés. « Plus les symptômes sont sévères, plus ces deux formes coexistent ; aboutissant ainsi à une incontinence mixte », confirme le professeur François Haab.

L'incontinence d'urgence peut être soignée par voie médicamenteuse. Un traitement qui doit être poursuivi toute la vie. « Il calme la vessie et limite les symptômes. » Mais la cause des troubles urinaires - le relâchement musculaire dans la plupart des cas - ne pourra être enrayerée qu'avec une rééducation adaptée du périnée.

Fuites urinaires : les différentes causes

Les troubles urinaires ne sont pas une loterie. Accouchements à répétition ou activités sportives intensives peuvent notamment expliquer un relâchement des muscles du plancher pelvien.

L'incontinence urinaire se manifeste par des difficultés à contrôler sa vessie. Comment expliquer ces symptômes ? Après 45 ans, la principale cause de fuites urinaires d'effort provient du relâchement des muscles du plancher pelvien. « Ce manque de tonicité est normal après 50 ans. Il est aggravé avec les accouchements par voie basse qui fragilisent le périnée », indique le professeur François Haab.

Mais toutes les femmes ne sont pas à égalité devant ce relâchement musculaire. « Certaines auront des ligaments moins résistants, en particulier si elles ont dû porter des charges lourdes, par exemple dans leur vie professionnelle, ou si elles ont fait du sport à haut niveau. »

Dans les cas où les troubles urinaires ne surviennent pas après un effort, « on parle de dérèglement de la vessie, qui peut s'expliquer par une pathologie, comme des polypes ». Des cas heureusement plus rares concernant à peine 10 % des diagnostics. Mais certains facteurs favorisent aussi l'incontinence urinaire. Ainsi, la sédentarité, le tabagisme et, surtout, le surpoids, accentuant la pression sur la vessie, augmentent le risque de troubles urinaires.

Muscler son périnée, une étape clé après l'accouchement

Après un accouchement, pas facile de se motiver pour rééduquer son périnée. Pourtant, cet exercice est crucial pour éviter les fuites urinaires après 50 ans.

La grossesse et un accouchement par voie naturelle mettent le périnée à rude épreuve. D'abord, le bouleversement hormonal de la grossesse rend les muscles moins toniques. Ensuite, " en sortant du

ventre de sa mère, le bébé traverse et écarte le rideau musculaire constitué autour du vagin. Cet ensemble de muscles va donc naturellement subir une véritable distorsion », explique le docteur David Elia, gynécologue. Ces tissus distendus vont avoir du mal à retrouver leur tonicité, surtout si la prise de poids est importante ou, encore, lorsque plusieurs grossesses se succèdent.

Mais la femme, encore jeune, ne ressentira les effets de ce relâchement des tissus que bien des années plus tard. « *Le traumatisme du plancher pelvien, vécu lors de l'accouchement, va être gardé en mémoire par l'organisme* », précise le spécialiste. Des troubles urinaires pourront survenir après 50 ans, lorsque les effets de l'âge et le relâchement musculaire s'ajouteront à la distorsion des muscles pelviens vécue lors de la maternité.

D'où la nécessité d'une rééducation préventive du périnée. « *Les jeunes mères doivent réduire leur périnée pour tonifier les muscles du plancher pelvien afin de réduire le risque de fuites urinaires vers 50 ans* », conseille le docteur David Elia. Une rééducation quelques semaines après un accouchement va donc permettre de faire travailler les muscles du périnée, fragilisés, pour retrouver de la tonicité.

Muscler son périnée au moment de la ménopause

La ménopause est une étape clé de la vie d'une femme. Pour éviter l'apparition de fuites urinaires, il est conseillé de muscler son périnée.

Pourquoi ?

L'incontinence urinaire touche, en majorité, les femmes après 50 ans. « *À cette étape de la vie de la femme, au moment de la ménopause, le risque d'apparition de l'incontinence d'urgence, se caractérisant par des envies intempestives et incontrôlables d'uriner, survient chez les femmes qui n'ont pas reçu de traitement hormonal substitutif* », précise le docteur David Elia, gynécologue. En effet, l'absence d'œstrogènes lors de la ménopause entraîne l'amincissement de la muqueuse qui recouvre la vessie, ce qui peut provoquer l'écoulement involontaire de petites quantités d'urine.

Les signes qui doivent alerter

Cette fragilité de la vessie et la moindre tonicité des muscles du périnée – déjà chahutés au moment de l'accouchement – rend une rééducation du périnée parti-

Satisfaction des patients et des médecins



culièrement cruciale et nécessaire lors de la période de la ménopause. « *La rééducation permet de lutter contre l'atrophie des muscles du périnée et pour la reconquête d'un vagin fonctionnel* », assure le docteur David Elia.

Des fuites urinaires, même isolées, et des problèmes de sexualité liés à une sécheresse vaginale, sont des signes qui doivent alerter. Ils rendent nécessaire une rééducation invasive par sonde vaginale, voire le cas échéant une intervention chirurgicale. Alors, plutôt que d'attendre ces signes d'alerte, mieux vaut penser à muscler son périnée à l'arrivée de la ménopause pour éviter que des troubles urinaires apparaissent subitement.

Comment traite-t-on l'incontinence aujourd'hui ?

Souvent cachée, l'incontinence urinaire peut se soigner chez une sage-femme ou un kinésithérapeute en rééduquant le périnée. Si cette méthode se révèle inefficace, le recours à la chirurgie sera nécessaire.

Cacher n'est pas soigner. Combien de femmes, pourtant gênées dans leur vie quotidienne par des fuites urinaires fréquentes, se contentent de porter discrètement des couches de protection ? Une solution de facilité qui n'est pas anodine pour le porte-monnaie et représente un budget moyen pouvant aller de 120 à 300€ par mois. Et surtout, les troubles persistent. « *S'il n'existe pas vraiment de médicaments pour traiter l'incontinence, la principale option thérapeutique est la rééducation, qui repose sur l'apprentissage du verrouillage périnéal* », explique Alain Bourcier, physiothérapeute, spécialiste en rééducation pelvipérinéale.

Cette rééducation, qui se pratique dans un cabinet de kinésithérapie ou chez une sage-femme, se fait par électrostimulation. « *C'est certainement la technique la plus efficace pour traiter tous les types d'incontinence urinaire* ». Le principe ? Stimuler les muscles du périnée par de légers courants électriques inoffensifs et indo-

lores. « *L'appareil est composé d'un neurostimulateur pelvien, équipé d'une sonde qui doit être introduite dans le vagin* », précise Alain Bourcier.

Souvent, cette rééducation doit être effectuée pendant environ 6 à 8 semaines, à raison au minimum d'une fois par semaine. Au cours des séances, la patiente devra apprendre à réaliser des contractions du périnée sans solliciter ses abdominaux. Si la plupart des rééducations classiques sont rarement efficaces, l'électrostimulation musculaire reste la plus reconnue. Toujours utilisée par sonde vaginale, elle est en revanche désagréable pour la patiente. Sans compter qu'il faut se rendre chez son kinésithérapeute à chaque séance.

Basée sur le même principe d'électrostimulation mais cette fois sans sonde, une nouvelle méthode, Femifree, permet de muscler les muscles pelviens en toute tranquillité chez soi. La patiente porte deux cuissières qui, munies d'électrodes, stimulent toute la zone du périnée. Utilisé à domicile, Femifree permet justement de s'adonner régulièrement à cette gymnastique d'entretien, un peu comme une sorte de « fitness du périnée ».

Pour permettre une rééducation sans sonde vaginale, la société BMR Health a travaillé pendant trois ans sur une technologie innovante : Multipath™. « *C'est le seul produit actuellement sur le marché capable de stimuler la zone du périnée de manière externe* ». Comment ? « Cette technologie repose sur huit électrodes placées à l'intérieur de deux cuissières. Chacune d'elles cible les muscles du plancher pelvien en envoyant un courant multidirectionnel. Ce procédé permet alors de créer des impulsions croisées qui contractent les muscles du périnée. L'appareil agit donc sur le périnée en contractant, puis en relâchant les muscles. « *Quand l'intensité du courant augmente, la patiente ressent une forte contraction, comme si les muscles se soulevaient* ».

L'appareil va même plus loin que la rééducation classique par sonde. « *Quand la sonde ne sollicite qu'une petite partie du plancher pelvien, Femifree et ses 8 électrodes permettent une stimulation de l'ensemble des muscles* ».

Utilisé pour traiter l'incontinence urinaire, l'appareil peut aussi être utilisé en prévention, et à tout âge, pour tonifier ces muscles qui ont tendance à se relâcher après 45 ans.

Dr Suzanne Martin

Médecin

Paris-Île de France, une des capitales mondiales de la santé ?

Et ce, grâce aux pôles de compétitivité... Lesquels sont définis par la loi de finances de 2005 comme le regroupement sur un même territoire d'entreprises, d'établissements d'enseignement supérieur et d'organismes de recherche publics ou privés qui ont vocation à travailler en synergie pour mettre en œuvre des projets de développement économique pour l'innovation. Créés en 2004 dans le cadre du lancement d'une nouvelle politique industrielle en France, ils ont pour objectif d'animer la communauté d'acteurs, d'accompagner les entreprises innovantes et les chercheurs, d'intégrer les entreprises étrangères dans l'écosystème régional, dans le cas présent, parisien.

Paris et sa Région regroupent 7 pôles de compétitivité dont **Medicen Paris Région** qui fédère tous les grands acteurs des sciences du vivant et de la santé de la Métropole et a trois objectifs : excellence mondiale en enseignement et en recherche, synergie des acteurs pour une finalité industrielle, attractivité et financement des entreprises innovantes dans les sciences du vivant.

Paris-Île de France est la première région scientifique et économique d'Europe dans les domaines des sciences du vivant et de la santé. Ce secteur représente près de 71 800 emplois et 4 400 chercheurs publics.

Medicen Paris Région regroupe les expertises académiques, industrielles et cliniques du secteur du médicament, des biotechnologies et des dispositifs médicaux.

Il organise son action autour de cinq domaines d'actions stratégiques :

- *diagnostic in vitro*, afin de rendre les diagnostics in vitro simples, rapides et peu coûteux, principalement dans le domaine de l'oncologie, de l'immuno-infectiologie, du cardio-métabolisme, des maladies neuro-dégénératives ;

- *imagerie diagnostique et interventionnelle*, en vue d'une médecine personnalisée, guidée et mini-invasive, dans les domaines de la neurologie, de l'ophtalmologie, de l'oncologie, du cardio-métabolisme et de la pathologie ostéo-articulaire ;

- *médecine régénératrice et biomatériaux*, visant à réparer une lésion ou un organe malade grâce à des cellules souches, dans les domaines de la thérapie génique, de la thérapie cellulaire somatique, des produits issus de l'ingénierie tissulaire, des biomatériaux ;

- *Tic & santé*, solutions de télémédecine et de télésanté à domicile ou en environnement hospitalier, focalisées pour le moment sur les maladies chroniques au cours du vieillissement ;

- *médecine translationnelle* dont l'objectif est d'accélérer de nouveaux traitements en plaçant le patient au cœur d'un processus de recherche multidisciplinaire et en faisant appel aux technologies moléculaires (séquençages, biomarqueurs, métabomique).

L'avenir thérapeutique passe par l'intégration des technologies nouvelles, notam-



ment du numérique, mais pas exclusivement, et par la rencontre des technologies médicales et bien sûr de l'homme, pour Christian Lajoux, président de Medicen. Il ne faut pas oublier le malade avec ses attentes, et ses spécificités, mais il convient d'intégrer le monde des soignants, les médecins, l'ensemble du personnel hospitalier et le monde de la recherche.

De cette rencontre entre la technologie, la clinique, les patients et la recherche émergent des projets collaboratifs de dimension internationale.

Paris et sa région comptent les meilleurs groupes de santé au monde, des centres de recherche reconnus, des chercheurs qualifiés, le premier parc hospitalier d'Europe, des équipements uniques dans leur genre au premier rang desquels l'Institut du cerveau et de la moelle épinière, l'Institut de la vision.

La collaboration des professionnels de santé, des acteurs industriels, de la recherche académique est essentielle pour faire naître et aboutir l'innovation, car la médecine de demain sera la médecine des 5 P : personnalisée, préventive, prédictive, participative et de précision...

www.medicen.org

Hommage au Docteur Stella Verry

Une consœur de 37 ans assassinée le vendredi 13 novembre alors qu'elle attendait son compagnon au Restaurant Le Petit Cambodge.

Docteur en pharmacie avant d'entreprendre des études de médecine, le Docteur Stella Verry exerçait comme médecin généraliste

au pôle de santé Les Eiders, dans le 19^e arrondissement de Paris. Le week-end, elle participait à la régulation du SAMU, dans le cadre de la permanence des soins.

Ses collègues la décrivent sous les traits d'une grande professionnelle, toujours souriante, « *agissant avec beaucoup de douceur,*

beaucoup de calme, attentive à l'intérêt de ses patients ».

L'Association Française des Femmes Médecins s'associe à la douleur de sa famille et de ses proches.



9^{es} Rencontres Parlementaires sur le Cancer

Dr Marie-Dominique Ghnassia

Cancérologie : quels changements de paradigme pour l'avenir ?



Présidées par **Jean-Pierre Door**, Député du Loiret, Vice-Président de la Commission des affaires Sociales, Président du groupe d'études « **Professions de santé et coordination sanitaire** », Arnaud Robinet, Député de la Marne, Président du groupe d'études « **Médicaments et produits de santé** » et le Pr Jean-Louis Touraine, Député du Rhône, Vice-Président du groupe d'études « **Cancer** », ces rencontres ont été animées par Alain Ducardonnet, cardiologue, médecin du sport et journaliste sur BFMTV.

Chaque année en France : 350000 nouveaux cas de cancers et 150000 décès : le cancer est la première cause de mortalité en France. Pour lutter contre ce fléau des « **Plans Cancer** » ont été établis : le premier sous la Présidence de **Jacques Chirac**, le deuxième sous la Présidence de **Nicolas Sarkozy**, le troisième, actuellement en cours, sous celle de **François Hollande**. Les axes principaux de ces plans portent sur la prévention, le diagnostic, le traitement en donnant une large place à la recherche expérimentale mais aussi clinique. Les progrès réalisés nécessitent une adaptation de la société et du monde du travail car pouvoir penser « guérison » doit permettre d'inclure les patients dans le monde des « bien-portants » avec un droit à l'oubli indispensable (délai de 10 ans actuellement).

Table Ronde I Les innovations en Cancérologie

Des progrès incontestables ont eu lieu dans le domaine de la génétique.

Le **Professeur Dominique Stoppa-Lyonnet** - Université René Descartes,



responsable du service de génétique de l'Institut Curie (Paris) - rappelle l'importance de la médecine prédictive : connaître les risques grâce à des tests moléculaires,

savoir comment éviter la maladie, en limiter l'impact, mais aussi savoir prendre en charge après l'annonce du risque réel. Actuellement par an : plus de 5000 consultations dans 136 centres, 25000 tests effectués, 3000 personnes avec un risque élevé de cancer mais les situations observées sont très variées.

Une surveillance étroite dans des familles à risque très élevé peut éviter la survenue de cancer : ceci n'est pas valable pour tous les types de tumeur. Il existe des gènes de susceptibilité (génome du patient) et des anomalies constitutionnelles qui peuvent être mises en évidence lors de tests génétiques réalisés sur la tumeur (génome du cancer).

Anne Grommerch, Députée de la Moselle, Vice-Présidente du groupe d'études « **Cancer** », insiste sur l'impact du plan Cancer, permettant une meilleure prise en charge, un accompagnement du patient et de sa famille, une formation pluridisciplinaire pour le traitement.



Le **Professeur Véronique Trillet-Lenoir** - Université Claude-Bernard, chef de service d'oncologie médicale CHU de Lyon - indique l'importance de la pluridisciplinarité pour les traitements personnalisés. Des différences territoriales existent à ce niveau ainsi que des problèmes de financement. Les experts doivent faire passer des messages pour que l'ensemble de la société se sente concernée.



Le **Professeur Caroline Robert** - Université Paris-Sud, chef de service de Dermatologie Institut Gustave Roussy (IGR), Unité Inserm 981 (mélanome) aborde les



schémas thérapeutiques pouvant augmenter la durée de vie des patients voire les guérir : « **Thérapie ciblée** » per os, sans hospitalisation, ayant pour but de bloquer la voie de production des cellules anormales , « **Immunothérapie** » : défense avec ses propres cellules pour rendre le système immunitaire plus efficace autour des cellules cancéreuses qui peuvent se camoufler. Il est souhaitable de combiner les différentes approches.

Le **Professeur Jean-Charles Soria** - Université Paris Sud, chef du département d'innovation thérapeutique et essais précoces (DITEP) de l'IGR - indique



que les patients peuvent accéder à l'innovation thérapeutique en participant à des essais de recherche clinique auxquels ils sont très favorables: en 2014, 40000 patients ont participé à de tels essais. Deux obstacles : les délais d'approbation du Comité de protection des personnes (comité consultatif devenu décisionnaire) et le manque d'experts en raison des conflits d'intérêt trop souvent invoqués (... mais un véritable expert doit avoir mené des projets scientifiques). Par ailleurs nécessité d'accréditation pour l'utilisation de tests génétiques fiables.

Le **Professeur Fabrice André**



- Université Paris Sud, oncologue médical IGR, directeur laboratoire de recherche Unité Inserm 981 - pose le problème de la définition du bénéfice pour un médicament en oncologie. Quelle échelle utiliser ? La transparence doit s'imposer.

Pour les 5 ans à venir : les préoccupations des participants se portent sur la prédiction des risques, la qualité et l'interprétation des tests génétiques, les combinai-

sons thérapeutiques, l'égalité pour l'accès au diagnostic et aux soins, le suivi des patients en ambulatoire et les liens entre oncologue et médecin traitant, la nécessité de maintenir la recherche innovation sans opposer public et privé.

Table Ronde II La Société face au Cancer : aujourd'hui et demain

Le **Professeur Touraine** estime que l'incidence du Cancer en France peut diminuer en changeant les habitudes de vie et certaines expositions professionnelles : les chiffres du cancer ont doublé en 30 ans mais plus de la moitié étaient évitables. Prise en charge et parcours de soins doivent être améliorés de même que la formation continue des soignants. Il est nécessaire d'accompagner les aidants et de soutenir les patients dans leur retour à l'emploi.



JP Door indique que 70% des remboursements de la Sécurité Sociale sont représentés par le cancer et les maladies cardiovasculaires. Dans ces maladies chroniques le parcours de soins est similaire : diagnostic, bilan initial, choix du traitement le mieux adapté, surveillance, qualité et efficacité de la prise en charge.



Valérie Boyer - Députée des Bouches du Rhône - note que si le médecin traitant est au centre du parcours de soins, le patient quant à lui doit pouvoir disposer de son dossier médical et d'informations lui permettant de faire face à sa maladie du mieux possible. A l'annonce du diagnostic le projet thérapeutique doit être donné et les soins personnalisés organisés.



Le **Professeur Pierre Fumoleau** - Université de Bourgogne, Directeur du Centre GF Leclerc, du Centre de lutte contre le cancer de Bourgogne - pense qu'un parcours de soins doit être créé pour les patients cancéreux permettant de lutter contre les inégalités de dépistage, les difficultés d'accès aux soins et aux protocoles de recherche clinique, mais aussi les problèmes de transport et les problèmes de disponibilité des soignants hors hôpital.



Françoise Sellin - créatrice du « Ruban de l'Espoir » (lutte contre le cancer du sein) et fondatrice du « Collectif K » regrette que le suivi des patients à la sortie de l'hôpital ne soit pas mieux organisé et insiste sur la formation nécessaire des équipes soignantes.



Catherine Hill - Epidémiologiste à l'IGR - indique que le risque de cancer augmente avec l'âge passant de 10/100000 à 30ans à 100/100000 à 50 ans et 1000/100000 à 70 ans : le vieillissement de la population entraîne donc un plus grand nombre de cancers mais la mortalité diminue globalement chez la femme depuis 1960 et chez l'homme depuis 1987 : la diminution annuelle de la mortalité des cancers chez l'homme est de 1% poumons, 2% bouche, larynx, œsophage, 2% colorectal, 4% prostate, 1% vessie et chez la femme de 2% sein, 2% colon, 2% estomac, 1% bouche, larynx, mais elle augmente pour le cancer du pancréas (homme et femme) et pour le cancer du poumon chez la femme. Les causes du cancer reconnues en France sont la pollution, les papillomavirus, les hépatites B et C, les UV, l'obésité, l'inac-



tivité physique, l'alimentation riche en viande rouge et transformée, comportant par jour plus de 5g de sel, moins de 23g de fibres et moins de 400g de fruits et légumes, l'alcool et surtout le tabac. Le tabac serait la première cause de mortalité en France avec 90000 morts par an. 1 fumeur sur 2 meurt du tabac : rapidement pour des raisons cardiovasculaires, plus lentement par cancer...

Gérard Sebaoun - médecin du travail de profession, Député du Val d'Oise, Président du groupe d'études « **Pénibilité du travail, santé au travail et maladies professionnelles** » pense que la reconnaissance du rapport entre travail et cancer doit être accompagnée d'une réparation, qu'il existe un cocktail d'expositions mais que les outils de mesure ne sont pas assez performants.



Le **Professeur Touraine** et **JP Door** rappellent l'importance du dossier informatisé : Dossier Communicant Cancérologique : DCC - non encore utilisé-, du Dossier Pharmaceutique Généralisé qui pourrait être utilisé par l'équipe soignante et des transmissions numériques (IRM etc...) pour optimiser la prise en charge thérapeutique.

Ils concluent que la meilleure information des patients et leur participation active entraînant une meilleure observance, l'existence d'un véritable partenariat médecin/malade et des échanges réguliers entre professionnels de santé sont des facteurs importants d'amélioration pour l'avenir. Cependant il s'agit d'un combat de longue haleine car on lutte contre « des » cancers dont beaucoup - mais pas tous - vont se transformer de maladie mortelle en maladie chronique, l'objectif étant d'aller vers la guérison.

www.unicancer.fr

9^{ES} RENCONTRES PARLEMENTAIRES SUR LE CANCER
MARDI 13 OCTOBRE 2015 - Maison de la Chimie (Paris 7^e)



Dr Cécile Renson

À quelques jours de la Conférence des Nations Unies sur les changements climatiques (COP 21)...

C'est la première fois depuis 1948 que la France accueille une grande conférence des Nations unies, et depuis la dernière conférence à Copenhague, il y a six ans, beaucoup de choses ont changé. Des catastrophes météorologiques se sont produites, le climat se réchauffe et la pollution ne cesse de s'aggraver. On parle beaucoup de pollution atmosphérique, beaucoup moins de la pollution de l'eau et encore moins de celle des sols due à une transformation de l'agriculture à l'origine de bien des maux.

Faut-il rappeler que l'eau est notre bien le plus précieux ? « *Jusqu'à ce que la douleur le lui enseigne, l'homme ne sait pas quel trésor est l'eau* » (Lord Byron). Même si notre planète paraît bleue aux extraterrestres, l'eau est très inégalement répartie dans le monde. Et il ne suffit pas d'avoir de l'eau, encore faut-il que celle-ci soit de bonne qualité. Les demandes exigées par les innovations technologiques et les populations asservissent de plus en plus le cycle de l'eau naturelle aux besoins de ces populations, en même temps que ces mêmes progrès la dénaturent pour beaucoup d'entre eux. Et pourtant, « Depuis son origine, l'eau ne se fabrique plus. Elle se renouvelle perpétuellement, avec une extrême lenteur. C'est dire combien elle mérite notre attention... (cf. *Les grands défis de la politique de santé en France et en Europe. Ecologie et santé* par le Pr Dominique Belpomme et le Dr Cécile Renson... Les maladies induites par la pollution de l'eau)... Les méfaits sanitaires de l'eau polluée concernent les nitrates et les pesticides, mais aussi les intoxications au plomb, au mercure. Rappelons la triste affaire de Minamata au Japon qui provoqua la mort de plusieurs centaines de personnes... Et faut-il énumérer les maladies d'origine hydrique : poliomyélite, fièvre typhoïde, choléra, paludisme, dracunculose, sans oublier des maladies bactériennes auparavant méconnues

comme les Légionelloses.

Quant à l'agriculture, elle est traitée comme une activité économique comme les autres, alors qu'elle ne l'est pas. L'agriculture a deux finalités : assurer les besoins d'une population de plus en plus nombreuse, et en même temps assurer la protection de la terre pour les générations futures.

Henri Mendras n'avait-il pas publié en 1967 un livre qui avait fait l'effet d'une bombe : « **La fin des paysans** » où il prédit la disparition de la civilisation paysanne et son remplacement par une autre, technicienne.

Non seulement, cette transformation du paysan en exploitant agricole conduit à une mutation de la société en favorisant l'exode rural et l'urbanisation, mais aussi, elle s'accompagne de déséquilibres de la nature, générateurs de maladies, en quelque sorte de maladies créées par l'homme (cf *Ces maladies créées par l'homme* par le Professeur Dominique Belpomme).

Nicolas Hulot parle d'un divorce croissant entre les cycles du carbone et de l'azote (Pour un pacte écologique). « *La recherche incessante de compétitivité est allée presque toujours de pair avec une intensification et une spécialisation exagérées des systèmes de production agricole... C'est ainsi que la plupart des exploitations céréalières ne disposent plus aujourd'hui de troupeaux et que les éleveurs ne produisent presque plus de céréales pour la vente* ». Le renouvellement naturel des sols n'est plus assuré. Les sols européens seraient épuisés pour 45% d'entre eux. Les nitrates, issus des urines des animaux en batteries ne sont plus fixés par l'humus et rejoignent les eaux profondes et les nappes phréatiques, tandis que les engrais de synthèse azotés contribuent de leur côté à la pollution des eaux. Et que dire des herbicides, des fongicides

qui dégradent les sols. Quant aux pesticides, on connaît leur action sur les malformations congénitales, les cancers du testicule et la baisse de la fertilité masculine. Or la santé du sol influence le climat et assure les nutriments de notre alimentation ; son épuisement conduit à des carences d'oligoéléments essentiels pour assurer les réactions enzymatiques de tout organisme vivant, carences qu'il conviendra de corriger d'une façon ou d'une autre... « *C'est ce qui explique l'essor de la « nutrithérapie* » (Pr Dominique Belpomme).

Enfin, il faut se rendre à l'évidence : notre assiette est polluée, d'abord par les contaminants, nous l'avons vu, mais aussi par les additifs alimentaires, substances ajoutées aux aliments afin de les rendre plus attractifs (colorants) ou pour mieux les conserver (bi-phénol), enfin les produits de transformation culinaire, très critiqués aujourd'hui (fumures ou grillades).

A cela, il convient d'ajouter la « malbouffe ». Diabète, obésité sont surtout l'apanage d'une population en état de précarité.

Et si nous nous laissons séduire par des légumes et des fruits exotiques, s'il est tentant de manger des fraises ou des tomates en hiver quel que soit le pays producteur, cette désinvolture coûte cher en émissions de CO2...

Bref, cette COP21 se doit d'être une réussite. Mais quoi qu'il en soit, elle aura sensibilisé la planète et nous aura fait prendre conscience que nous sommes tous citoyens du monde et que notre survie, celle de nos enfants, celle de tous les terriens, est entre nos mains. A défaut d'autre motivation, soyons animés du plus élémentaire instinct : celui de conservation.

ERGYBIOL et OLIGOMAX

Aux origines
du bien-être

"ERGYBIOL et chaque OLIGOMAX
apportent tous les oligoéléments
nécessaires à la vie cellulaire"

Dr Claude LAGARDE - Biologiste



Nouvelle gamme
d'OLIGOÉLÉMENTS

Lithomer® (extrait de lithothamne et oligoéléments) + eau de mer
naturellement désodée + oligoéléments sélectionnés.

Sans alcool
Sans édulcorant,
Sans sucre
Sans arôme artificiel

Flacons de 150 ml pour 1 mois
avec bouchons-doseurs

Intervenant à faibles concentrations comme **catalyseurs des réactions enzymatiques** à la base d'un très grand nombre **de processus vitaux**, les minéraux et oligoéléments nous sont **indispensables**. Ils doivent être apportés par l'alimentation et la boisson, notre corps étant **incapable de les fabriquer**. Or la modification du contenu de notre assiette, l'agriculture et l'élevage intensifs et notre mode de vie (stress chronique, polluants...) font que **notre capital en certains éléments s'est appauvri**. Les études **INCA 2***, **Val de Marne**** et **SUVIMAX*** montrent des déficiences en minéraux chez les jeunes femmes (magnésium, fer, zinc, cuivre, sélénium), les enfants (cuivre, zinc, sélénium), les adolescents (zinc, sélénium) et les hommes adultes (sélénium).

* INCA 2 - Étude Individuelle Nationale sur les Consommations Alimentaires 2006-2007 - Rapport de l'AFSSA - Analyse des risques de déficiences en vitamines et minéraux, chez les jeunes femmes entre 25 et 34 ans.

** L'évolution de l'alimentation en France www.sante.gov.fr/IMG/pdf/conso.pdf.

* The SU.VI.MAX Study: a randomized, placebo-controlled trial of the health effects of antioxidant vitamins and minerals. Hercberg S et al. Arch Intern Med. 2004 Nov 22;164(21):2335-42.



Dr Cécile Renson

Maladie d'Alzheimer et hortithérapie

900 000 personnes sont atteintes de maladie d'Alzheimer en France en 2013 (225 000 nouveaux cas chaque année dans l'Hexagone).

20% des personnes de 80 ans en sont atteintes. 1,3 millions de Français, soit une personne de plus de 65 ans sur quatre, pourraient être concernés en 2020.

Cette maladie du cerveau est une affection neuro-dégénérative qui entraîne une détérioration progressive et définitive des cellules nerveuses provoquant une démence. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées créent des difficultés toutes particulières pour les personnes qui en sont atteintes lorsqu'elles veulent s'exprimer et comprendre ce qu'on leur communique. Leurs sens, fondamentaux pour échanger, sont également touchés. Dès les premières phases, la perte de mémoire, les facultés de jugement et de raisonnement se détériorent. La mémoire immédiate et le fonctionnement mental sont d'abord affectés, puis surviennent une altération du langage, une difficulté à effectuer des gestes, des troubles de l'orientation dans le temps et dans l'espace. Le comportement ainsi que la concentration se dégradent.

Et alors que la communication constitue un élément essentiel de notre vie qui nous permet de nous exprimer et d'entretenir des relations avec les autres, les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer qui ne peuvent plus exercer cette fonction primordiale s'isolent de plus en plus. De nombreuses actions sont entreprises pour lutter contre cet isolement.

En France, le Ministère de la Santé a récemment reconnu le jardinage comme « thérapie non médicamenteuse, entrant dans le cadre des actions du Plan Alzheimer ». En effet, le jardinage en tant qu'approche thérapeutique est apparu à la fin du XVIII^e siècle aux Etats-Unis qui est devenue une discipline enseignée en 1971. D'autres pays sont précurseurs comme l'Angleterre, le Canada et le Japon. Le dernier Plan Alzheimer oblige donc les unités à se doter d'un jardin de préférence « thérapeutique » où les patients, leur famille et le personnel hospitalier se réunissent pour biner ou désherber.

Les bienfaits de l'hortithérapie

L'hortithérapie semble très bénéfique chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer. Une étude menée sur une durée de deux ans par l'association horticole canadienne sur ces patients a prouvé une baisse de 19% d'incidents violents pour les malades



en contact avec les jardins et une hausse de 60% pour les autres. Voilà les principaux points positifs de l'hortithérapie :

- Communiquer !

Lorsque la parole est fragilisée, le jardinage représente une bonne alternative pour maintenir un échange avec la personne qui peut alors rester en contact avec le monde extérieur et exprimer ses émotions.

Le jardin est un lieu clé de rencontre. Il est plus « facile » de passer un après-midi dans un jardin que dans une chambre sans occupation. Enfants, petits-enfants, arrière-petits-enfants et aidants peuvent s'y retrouver.

Les liens intergénérationnels constituent la thématique 2014 de la Journée Mondiale d'Alzheimer !

- Stimuler les sens !

L'hortithérapie réveille les sens par la mémoire. Odeurs, couleurs ou encore textures peuvent rappeler des souvenirs d'enfance. De plus, l'évolution des saisons et les différentes étapes de croissance des végétaux apportent des repères qui permettent de se situer dans le temps. Cette stimulation permet de combattre les effets de la maladie et ralentir, autant que possible, la rapidité de la dégradation.

- Se libérer !

La déambulation sans but est fréquente dans la maladie d'Alzheimer. La personne marche pendant des heures sans but. Le jardin donne un but, amène à une concentration et fait ainsi disparaître cette notion d'errance. Il est fondamental de retenir que la structure du jardin permette une balade

sans la nécessité de faire marche arrière ou franchir un obstacle.

- Bien dormir !

L'Institut Douglas au Canada a montré que l'exposition prolongée et quotidienne à la lumière du jour est indispensable pour faire le plein d'énergie, chasser le stress et avoir un bon sommeil, en réglant les rythmes circadiens qui marquent l'alternance des jours et des nuits et influencent de nombreux mécanismes physiologiques comme la sécrétion des hormones. Or il est avéré que chez les malades d'Alzheimer, les cycles circadiens se dérèglent, entraînant des troubles du sommeil. Le jardinage incite les malades à sortir et ainsi à s'exposer au soleil.

Les actions de la Fondation Georges TRUFFAUT

La Fondation Georges TRUFFAUT soutient l'association France Alzheimer depuis 2014, seule association de familles reconnue d'utilité publique dans le domaine de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Elle regroupe près de 100 associations départementales.

Elle a déjà soutenu 24 projets permettant le développement de jardin à but thérapeutique pour des malades atteints d'Alzheimer pour des maisons de retraite, des EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), une UPAD (Unité pour Personnes Agées Désorientées), des hôpitaux de jour psychogériatriques, des FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé).

Les jardins, d'une superficie de 10 à 730 m², peuvent accueillir de 7 à 40 personnes. Ils sont équipés de bancs, de bacs surélevés pour faciliter le jardinage. Le revêtement du sol est soigneusement étudié pour permettre une bonne circulation des personnes en fauteuil roulant.

Les ateliers de jardinage ont lieu deux à trois fois par semaine selon la saison. Ils sont mis en place par les personnels des établissements qui s'en sont appropriés le sujet : aide-soignante en gérontologie, psychomotricien, ergothérapeute...

La Fondation Georges TRUFFAUT privilégie les projets à proximité des jardineries TRUFFAUT où les collaborateurs, Ambassadeurs de la Fondation, peuvent assurer un bon suivi du projet et apporter des conseils de jardinage dans un esprit de convivialité et de solidarité.

Un bel exemple !

<http://www.fondation-georges-truffaut.org/>

Brèves

Diagnostic rapide d'Ebola : le test eZYSCREEN® fait ses preuves sur le terrain

Annoncé fin 2014 en phase finale de recherche et développement, le test de diagnostic rapide de la maladie à virus Ebola, développé par le CEA, avec l'appui du laboratoire de haute sécurité biologique P4 Inserm Jean Mérieux (Lyon), a fait l'objet durant plusieurs mois d'une évaluation sur le terrain, notamment en Guinée. Cette évaluation permet aujourd'hui le marquage CE du test qui conduit à autoriser son utilisation comme outil de diagnostic. Le test eZYSCREEN® permettra ainsi de renforcer les moyens de lutte disponibles, en particulier par la détection des cas sporadiques résiduels chez des patients symptomatiques ou par identification post-mortem.

Le test de diagnostic rapide d'Ebola, développé dans l'urgence de la crise sanitaire de 2014 et 2015 par une équipe de la Direction des Sciences du Vivant (DSV) du CEA, avec l'appui du laboratoire de haute sécurité biologique P4 Inserm Jean Mérieux (Lyon), permet de diagnostiquer la maladie en 15 minutes maximum à partir de quelques gouttes de sang ou de sérum. Un accord a été établi avec la société Vedalab (Alençon) qui en assure la fabrication. Ce test de terrain, simple d'emploi, ne néces-

site pas, contrairement aux tests de laboratoire, d'appareillage sophistiqué ni même d'électricité et il peut être réalisé par du personnel non spécialisé. La lecture du résultat est directe et visuelle. Un stockage de 8 mois et demi à 30°C et un stockage de 14 jours à 45°C n'ont pas altéré ses performances, ce qui a prouvé sa grande robustesse et sa stabilité.

Le test eZYSCREEN a été évalué en conditions réelles, notamment dans les Centres de Traitement Ebola de Coyah et de Forécariah en Guinée (Croix Rouge Française), une partie des analyses ayant également été conduite à l'Hôpital National de Donka (Conakry, Guinée). Ces études se sont terminées en août 2015. Le test rapide présente une excellente spécificité éliminant quasiment tout risque de résultat faussement positif et une sensibilité adaptée au concept d'emploi visé, à savoir identifier très rapidement in situ le maximum de cas possibles dans une perspective de prévention des épidémies.

Ces résultats ont permis le marquage CE du test Ebola eZYSCREEN®, indispensable à son utilisation lors des cas sporadiques qui continuent de se déclarer en Guinée et en Sierra Leone. L'objectif est de pouvoir éviter le déclenchement d'une nouvelle flambée

épidémique de grande ampleur.

Des discussions sont en cours entre le CEA et des industriels du diagnostic afin de permettre la distribution du test la plus large possible.

Le Laboratoire Innovations technologiques pour la Détection et le Diagnostic (Li2D/DSV) du centre CEA de Marcoule vient de recevoir, pour l'ensemble de ce travail, le Prix de l'Innovation Technologique des Trophées de la résilience sociétale 2015 attribué par le Haut Comité Français pour la Défense Civile.

Marquage CE

Le marquage « CE » a été créé dans le cadre de la législation européenne. Il matérialise la conformité d'un produit aux exigences communautaires incombant au fabricant du produit. Il doit être apposé avant qu'un produit ne soit mis sur le marché européen.

En ce qui concerne les tests de diagnostic rapide de la maladie à virus Ebola eZYSCREEN®, leur conformité à la directive européenne 98/79/CE relative aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro est attestée par l'émission de la déclaration de conformité par le fabricant (Vedalab) le 2 octobre 2015.

Troisièmes Journées Européennes de Sensibilisation à l'Arrêt Cardiaque

Les 14 et 15 octobre dernier se sont déroulées les Troisièmes Journées Européennes de Sensibilisation à l'Arrêt Cardiaque.

Le premier jour a eu lieu une formation des enfants aux gestes de premier secours au Stade Georges Suant d'Antony (92160) avec des ateliers pratiques de massage cardiaque, d'utilisation de défibrillateur externe et mises en situation, avec la participation de sportifs, le judoka Teddy Riner, les footballeurs Lucas Moura et Lilian Thuram. Le lendemain, cette sensibilisation concernait le grand public à l'Hôpital Européen Georges Pompidou. En effet, plus de 40 000 personnes sont victimes de mort subites en France, soit 10 fois plus que d'accidents de la route. Moins de 10% des victimes survivent. La mort subite de l'adulte, ou « crise

cardiaque » est un arrêt brutal et inattendu. Il s'agit le plus souvent d'une fibrillation ventriculaire nécessitant un choc électrique urgent, causée par un infarctus du myocarde dans 3 cas sur 10. Mais, cette « crise cardiaque » peut être également due à une cardiopathie congénitale, une hypertrophie cardiaque ou une anomalie électrique du cœur.

Afin de mieux prendre en charge et prévenir les morts subites, le Centre d'Expertise Mort Subite (CEMS) a été créé et inauguré en septembre 2011 à l'HEGP par l'INSERM, l'AP-HP et l'Université Paris-Descartes.

Le CEMS enregistre chaque année les 3 500 cas de mort subite survenant sur Paris et petite couronne avec l'aide de la brigade

des sapeurs-pompiers et du SAMU. Seulement 500 patients seront hospitalisés en réanimation et seulement 150 survivront. Le CEMS propose un bilan familial, une prise en charge psychologique, des consultations spécialisées pour les victimes et leurs familles.

Si vous êtes témoin d'un cas de mort subite, faites les trois gestes qui sauvent :

1. appelez le 15 ou le 18,
2. massage cardiaque : appuyez fort, bras tendus au milieu de la poitrine et relâchez environ 100 fois par minute. Le bouche à bouche n'est plus nécessaire,
3. Défibrillez à l'aide d'un défibrillateur automatique. Appuyez sur le bouton ON et suivez les instructions très simples qui vous seront délivrées.



Brève Pr Alain Laugier

*Philatéliste, Ancien radiothérapeute de l'Hôpital Tenon,
Créateur de l'Association des « Anciens de l'AP-HP »*

Femmes médecins timbrifiées

J'ai extrait de ma collection de quelques 2500 timbres consacrés à la médecine, les plus représentatifs des femmes médecins.

Tout d'abord, je constate que la Poste, sous l'autorité de son ministre, n'en a édité aucun d'un médecin femme, pas même de Madeleine Brès, la première d'entre elles.

Voilà une suggestion d'action pour l'Association Française des Femmes Médecins.

Les Etats-Unis ont « timbrifié »

en 1974 : **Elisabeth Blackwell** (1821-1910), « first woman physician », docteur en médecine à l'âge de 28 ans,

puis en 1994,

Alice Hamilton (1869-1970), pionnière en toxicologie, médecin du travail, professeur de médecine industrielle à l'université de Harvard,

et enfin, en 1995,

Virginia Apgar (1909-1974), anesthésiste en obstétrique, première femme professeur à l'université de Columbia, qui a donné son nom au codage des états de conscience des nouveau-nés.

Le timbre de :

Mary Edwards Walcker (1832-1919) paru en 1982 honore un chirurgien militaire de la Guerre de Sécession, chirurgien (Nordiste). La « Medal of Honor », la plus prestigieuse des dé-

corations (il n'y a que 3 400 récipiendaires), lui a été retirée en 1917, deux ans avant sa mort, parce qu'elle n'avait pas été décorée pendant la Guerre, mais remise en 1977 par le président Jimmy Carter à titre posthume. Elle porte sa « Medal of Honor » sur son timbre-poste.

L'île de Jersey a honoré par quatre timbres :



Liliane Grandin (1876-1924), médecin et missionnaire méthodiste en Chine.

L'Autriche consacre un timbre à :



Anna Dengel (1892-1980), médecin, religieuse et missionnaire, fondatrice des « Medical missions sisters » en 1925 à Washington.

En Australie, dans la série des personnalités de légende, après :



Constance Stone (1856-1921) première femme médecin australienne, célébrée

par un timbre à son effigie en 1990, on trouve deux « medical scientists » :



Nancy Mills (1922-2012) microbiologiste et



Fiona Stanley (1946-) épidémiologiste.

Le Canada n'a pas manqué d'éditer un timbre à la mémoire de :



Jeanne Mance (1606-1673), infirmière fondatrice de l'Hôtel Dieu de Montréal,

et en 1990 :



à celle de **Jennie Trout** (1841-1921), première femme médecin canadienne.



L'Allemagne célèbre : **Dorothea Erxleber**, qui soutint sa thèse le 12 juin 1754, acclamée par ses professeurs, devenue médecin parce que malade. Elle figure sur un timbre émis en 1988.



En Israël, **Henrietta Szold** (1860-1945) a été la première femme présidente de Hadassah, mouvement des femmes sionistes d'Amérique.

En France, une cinquantaine de médecins figurent sur des timbres-postes. On trouvera dans l'Internat de Paris, revue de l'Association des Anciens Internes de Paris, les timbres de 24 collègues. Aucune femme jusqu'à présent n'a été timbrifiée par la Poste. On attend donc celui de **Madeleine Brès** (1842-1921), première française à obtenir le diplôme de Docteur en médecine.

Quant aux brillantes femmes médecins actuellement en exercice, il leur faudra attendre, car la Poste ne commémore (hors la période de Pétain) qu'à titre posthume. Il n'est cependant pas interdit de préparer les futures émissions.