

Solidarité Magazine

DOSSIER

L'infarctus du myocarde de la femme

par le Pr MOTREFF
et le Dr D'AGROSA-BOITEUX

P.15

CONSEILS ET DÉMARCHES

Les différentes Cartes Mobilité
Inclusion et comment y avoir droit ?

DANS NOTRE ASSO

Lancement de notre Campagne
Membres Bienfaiteurs 2024

JEU

Testez vos connaissances
sur le sommeil



SOMMAIRE

VIE DE L'ASSOCIATION

Accompagnement	04
Prévention	06
Conseils et démarche	09
Logement	12
Dans notre asso	13

DOSSIER MÉDICAL

L'infarctus du myocarde de la femme par le Pr MOTREFF et le Dr D'AGROSA-BOITEUX	15
---	----

ACTUALITÉS

Actualités médicales	23
Brèves	25
Jeu	26
Cultures	28
Recette	29
Info Asso	30
Contacts	31

L'automne c'est également le retour de deux opérations de mobilisation internationale



— Jean-Paul CAMO
Président de l'APCLD

Avec l'arrivée de cet automne commence déjà à s'estomper le formidable enthousiasme suscité par le déroulement des jeux paralympiques de Paris 2024. Qui aurait pu imaginer entendre un athlète témoigner que "la plus belle chose qui lui soit arrivé dans sa vie était son handicap". Quel encouragement pour tous ceux qui y sont soudainement confrontés ! Mais surtout quelle vitrine et quels espoirs en faveur d'une meilleure intégration du handicap dans notre société.

L'automne c'est également le retour de deux opérations de mobilisation internationale en faveur de la prévention santé, Octobre Rose et Movember (Mouvembre en français) ; la première contre le cancer du sein et la seconde contre les maladies masculines (cancer de la prostate, des testicules et maladies mentales).

L'APCLD soutient bien entendu ces deux opérations. Notre mission originelle est certes l'accompagnement et le soutien des personnes atteintes par la maladie ou le handicap. Mais depuis plus de 30 ans nous intervenons dans la prévention santé. Notre objectif est de porter des messages qui permettent à chacun de préserver son capital santé pour allonger son espérance personnelle de vie en bonne santé. C'est-à-dire sans maladie et avec la jouissance de toutes ses capacités dans la vie quotidienne. C'est ce qui a amené le Conseil d'Administration à retenir la

nutrition comme thème de notre campagne de dons 2023 et à faire développer cette année une nouvelle offre nutrition, financée notamment par les fonds recueillis à cette occasion.

Le sommeil est le thème retenu pour notre campagne de dons 2024. Ce domaine sera donc celui de notre prochaine offre prévention 2025.

N'hésitez pas à nous adresser vos dons et à parler de l'APCLD autour de vous car les adhésions et les dons sont les meilleurs signes de soutien de l'action de notre association.

Notre financement repose essentiellement sur la subvention du CSEC d'Orange, que je remercie, et je l'espère, sur celle du futur CSEC de La Poste. Mais une association telle que l'APCLD se doit d'avoir une large base populaire d'adhérents puisque l'adhésion est ouverte à tous et ne conditionne pas l'accès à nos prestations. Elle prouve simplement que la Solidarité à toujours du sens dans la France de 2024.

Enfin, cet automne se déroulera la 1^{ère} rencontre nationale des bénévoles actifs. Elle constituera à la fois un moment de convivialité, de mobilisation et de professionnalisation partagé ensemble. Nous reviendrons sur le déroulé de cette rencontre dans le prochain Solidarité Magazine.

Je vous souhaite un très bel automne.



Solidarité magazine :
Magazine trimestriel d'information édité par l'Association de solidarité dans le domaine de la santé et du handicap (APCLD) :
45-47, avenue Laplace
94117 ARCUEIL Cedex
Tél. : 01 49 12 08 30
Fax : 01 49 12 93 46
E-mail : apclcd@apclcd.fr



Commission paritaire : 0524-G 85281

Directeur de la publication :
Jean-Paul CAMO, Président de l'APCLD

Rédacteur en chef : Arthur GUEDON

Rédacteurs : Jean-Paul CAMO, Estelle RIMBON, Émilie CHAUNY, Samia TAOURIRT, Anne FRION, Julie BÉCHENNEC, Alain GAYRAUD, Tiphanie NOËL, Florent ANELKA, Lucie MORLAIS, Didier QUIGNON, Jean-François ROUX, Marie Lisette DOLPHIN, Pascal MOTREFF, Marie-Claire D'AGROSA-BOITEUX,

Marie-Paule LANFRANCHI, Nadiège SUDRE et Arthur GUEDON

Dépôt légal : Commission communication :
Alain LE CORRE, Alain TOUTOUS, Jean-Paul CAMO, Louis PERRIGAULT

N° ISSN APCLD : 16341945 - **Paru en :** Octobre 2024
Abonnement annuel : 8 € - **Numéro à l'unité :** 3 €
Diffusion : 4 400 exemplaires

Conception graphique/impression :
Armicom - Tél. : 06 81 78 43 12

L'APCLD remercie chaleureusement les bénévoles et les bénéficiaires pour leur témoignage.

Interview

du Dr Catherine FAUCHER

— Dr Catherine FAUCHER, hématologue, Directrice Prélèvement et Greffe de Cellules Souches Hématopoïétiques à l'Agence de la biomédecine.



Dr Catherine FAUCHER,
Hématologue

Qu'est ce que c'est
la moelle osseuse
et pourquoi
elle est vitale ?

— **Jean-François ROUX (Vice-Président de l'APCLD) :** Dr FAUCHER, pouvez-vous nous expliquer ce qu'est la moelle osseuse et pourquoi elle est vitale ?

Dr FAUCHER : La moelle osseuse, présente au centre de nos os, est responsable de la formation des cellules souches hématopoïétiques. Ce sont elles qui produisent l'ensemble de nos cellules sanguines :

- Les globules rouges, qui transportent l'oxygène ;
- Les globules blancs, qui luttent contre les infections ;
- Les plaquettes, qui arrêtent les saignements.

La moelle osseuse est donc indispensable à la vie. Son dysfonctionnement provoque les maladies graves du sang.

Vous devez également savoir que la moelle osseuse n'a rien à voir avec la moelle épinière, une idée reçue encore trop fréquente ! On les confond souvent alors qu'elles ne se trouvent pas du tout au même endroit et n'ont pas les mêmes fonctions.

— **JR :** Quelles maladies peuvent être traitées grâce à une greffe de moelle osseuse ?

CF : En France, chaque année, des milliers d'adultes et d'enfants sont atteints de maladies graves du sang (leucémies, lymphomes, aplasie médullaire), de pathologies génétiques ou métaboliques (déficit immunitaire, adrénoleucodystrophie, drépanocytose...) parce que leur moelle osseuse ne fonctionne plus ou mal.

2 000 d'entre eux ont besoin d'une greffe de cellules de moelle osseuse saines pour espérer guérir.

— **JR : À quoi sert le registre des donneurs de moelle osseuse ?**

CF : Pour qu'une greffe de moelle osseuse soit possible, il faut trouver un donneur compatible HLA (antigènes d'histocompatibilité humaine), ce qui est rare. Lorsqu'un médecin considère qu'une greffe de moelle osseuse est indiquée pour son patient, il inscrit celui-ci sur un fichier géré par l'Agence de la biomédecine.

Dans 3 cas sur 4, le patient n'a pas de donneur compatible au sein de sa fratrie. Le médecin greffeur doit alors chercher un donneur non apparenté au sein du registre des donneurs volontaires de moelle osseuse, également géré par l'Agence de la biomédecine et interconnecté avec les 73 autres registres internationaux.

— **JR : Comment se passe un don de moelle osseuse ?**

CF : Une fois inscrit sur le registre des donneurs de moelle osseuse, on ne vous recontactera que si vous êtes identifié comme compatible avec un patient.

Il existe 2 méthodes pour le prélèvement de cellules souches hématopoïétiques. Chacune permet de recueillir un type de greffon différent correspondant et c'est le médecin qui optera pour la méthode de prélèvement la plus appropriée, dans l'intérêt du patient.

Dans 80 % des cas, les prélèvements se font par prélèvement dans le sang, un peu comme un don de plaquettes. Quelques jours avant le don, le volontaire reçoit un médicament par injection sous-cutanée qui sert à stimuler la production des cellules de la moelle osseuse et à les faire passer des os vers le sang. Le jour venu, on réalise un prélèvement qui dure environ 4 heures.

Et dans 20 % des cas, on prélève la moelle osseuse et son milieu environnant par ponction dans les os postérieurs du bassin. Cette intervention sous anesthésie générale est simple et ne présente aucun risque de paralysie !

— **JR : Les critères pour devenir donneur de moelle osseuse sont-ils différents de ceux pour donner son sang ?**

CF : Oui, en partie. Pour pouvoir s'inscrire comme donneur volontaire de moelle osseuse il faut bien sûr être en bonne santé (un questionnaire doit être rempli) et avoir entre 18 et 35 ans inclus au moment de l'inscription et accepter de réaliser un prélèvement salivaire ou d'une prise de sang pour établir son typage HLA.

Être inscrit sur le registre des donneurs, c'est un engagement dans la durée (jusqu'à ses 60 ans), pour un jour peut-être donner un peu de sa moelle osseuse à un patient que l'on ne connaîtra pas mais avec lequel on sera compatible.

— **JR : Quels profils de donneurs de moelle osseuse sont particulièrement recherchés ?**

CF : Afin d'augmenter les possibilités de greffe et de donner les meilleures chances de guérison à tous les patients, il est nécessaire de poursuivre le développement quantitatif et qualitatif du registre des donneurs de moelle osseuse avec l'inscription annuelle d'au moins 20 000 nouveaux donneurs âgés de 18 à 35 ans, tout en augmentant la proportion d'hommes (ils ne représentent que 34 % des inscrits sur le registre mais 70 % des donneurs prélevés) ainsi que la diversité génétique des profils (la compatibilité HLA dépend en partie de l'histoire génétique sur plusieurs générations).

— **JR : Comment notre association APCLD peut-elle contribuer à enrichir le registre des donneurs de moelle osseuse ?**

CF : C'est l'occasion de pouvoir expliquer l'importance que revêt le don de moelle osseuse pour des milliers de malades en France et dans le monde, et bien sûr éliminer immédiatement l'idée reçue numéro un : non, ce n'est pas la moelle épinière et on ne vous fera pas de ponction dans la colonne vertébrale ! Il ne faut pas hésiter à inciter les 18-35 ans à se renseigner sur le site de référence www.dondemoelleosseuse.fr où ils trouveront de nombreuses informations dont des témoignages de donneurs.

Dans un second temps, il faut proposer aux personnes qui leur semblent suffisamment informées et motivées de faire leur demande d'inscription en ligne. On compte sur chaque préinscrit pour aller au bout de la démarche !

Propos recueillis par Jean-François ROUX



PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR



Samia TAOURIRT, Coordonnatrice de la région PACA, a animé plusieurs ateliers sur le thème de la nutrition santé les 11 et 13 juin derniers sur les PPDC (Plateforme de Préparation et de Distribution du Courrier) des Docks et au Dôme.

Rédaction Samia TAOURIRT

ILE-DE-FRANCE



À l'occasion du kiosque QVT (Qualité de Vie au Travail) organisé au siège de la Mutuelle Générale à Paris le 10 septembre dernier, la Directrice adjointe Julie BÉCHENNEC et la Chargée de mission Emilie CHAUNY ont tenu un stand de présentation des missions de l'APCLD en compagnie d'autres associations présentes.

Rédaction Julie BÉCHENNEC

OCCITANIE

L'APCLD a été sollicitée par 2 sites courrier autour de Montpellier à l'occasion de la semaine SST (Service de Santé au Travail) et QVT (Qualité de Vie au Travail).

C'est donc Marie et Alain GAYRAUD, bénévoles de l'Occitanie, qui se sont rendus à Saint-Gély-du-Fesc le 24 septembre puis à Castelnau le 25 pour rencontrer 70 agents de La Poste. De nombreux contacts ont pu être pris avec les managers, préventeurs, infirmières et autres agents ayant des problématiques de santé. À la demande du préventeur du Grand Montpellier, ils ont assisté à un forum prévention le 30 septembre sur le site de Montpellier Rondelet abritant le village La Poste, La Banque Postale et le courrier de toute la ville.

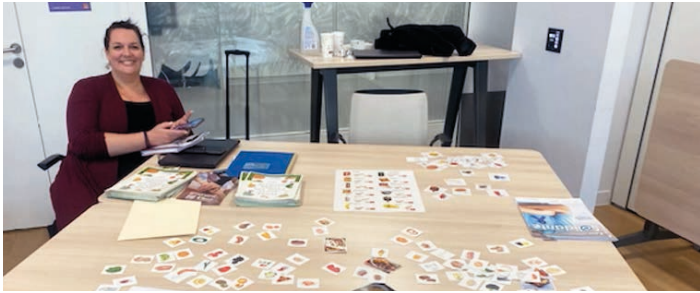
Cette animation s'est poursuivie le 1^{er} octobre à Saint-Jean de Vedas et le 3 octobre à Montpellier Malbosc en compagnie d'Alima GOUMBRI.

Ces journées de prévention se sont terminées le 4 octobre sur le site courrier de Lattes. Merci aux organisateurs pour ces opérations que nous aurons plaisir à renouveler !

Rédaction Alain GAYRAUD



NORD-OUEST



Début septembre, les médecins du travail, les infirmières et les chargés de sécurité d'Orange ont sollicité l'APCLD pour animer des stands nutrition sur les sites de Villeneuve d'Ascq et Lens ainsi que des stands nutrition-sommeil pour 4 sites de l'entreprise à Rouen. La Coordinnatrice Anne FRION et la Chargée de mission Émilie CHAUNY étaient ainsi conviées dans le cadre de la campagne de prévention des risques cardio-vasculaires d'Orange. Plus de 100 salariés ont pu être sensibilisés et l'association est d'ores et déjà sollicitée pour poursuivre l'opération notamment au Havre et à Évreux.

Rédaction Anne FRION

EST



Le 9 juillet dernier, Tiphanie NOËL, la Coordinnatrice de l'Est et Isabelle HACQUARD, Déléguée des Vosges, se sont rendues sur la PPDC de Remiremont pour échanger avec les facteurs au retour de tournée sur la nutrition-santé : équilibre alimentaire, comment se composent les différents repas de la journée, comment bien manger avec des horaires atypiques etc. Un buffet était à disposition pour les agents. L'APCLD remercie chaleureusement toute l'équipe pour leur accueil !

Rédaction Tiphanie NOËL

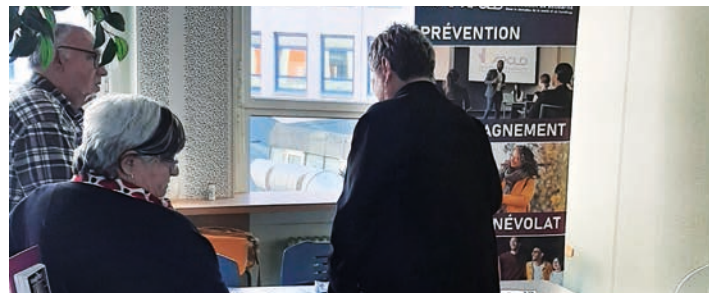
CENTRE-BOURGOGNE-LIMOUSIN



Le 20 septembre dernier, la Directrice adjointe Julie BÉCHENNEC et la Chargée de mission Émilie CHAUNY se sont rendues à Romorantin-Lanthenay pour présenter les missions de l'APCLD lors d'un forum social de La Poste.

Rédaction Julie BÉCHENNEC

OUEST



Le 24 septembre dernier, Lucie MORLAIS, Coordinnatrice de l'Ouest, a participé au Forum social de rentrée de la DEX (Direction de l'Exploitation) de Nantes.

Rédaction Lucie MORLAIS

AQUITAINE



La Directrice adjointe Julie BÉCHENNEC s'est rendue sur deux sites La Poste de Libourne pour sensibiliser les agents sur place aux TMS (Troubles musculosquelettiques) le 25 septembre.

Rédaction Julie BÉCHENNEC

MARTINIQUE



Le 8 mai dernier, la section Martinique a répondu favorablement à l'invitation du Président de la section "Don du sang" M. Guy RAGUETTE en compagnie de M. Raymond MARIE, fondateur de la section de notre région. Mr. Laurent GAGGIOLI, Président de l'Union Nationale du Don de sang était également présent. Florent ANELKA, le Délégué de la Martinique a rappelé les nombreuses missions de l'APCLD en compagnie d'Annick NESTORET et notamment les logements d'accueil qui peuvent être utiles en cas de don d'organe ou de moelle osseuse en région parisienne.

Rédaction Florent ANELKA



Le 17 septembre, le Manager du service des affaires techniques de la DTAG (Direction Technique Antilles-Guyane), M. MARTHE, a sollicité l'APCLD pour une sensibilisation générale sur les différentes thématiques de santé publique de l'association. Florent ANELKA a ainsi pu intervenir auprès des agents sur les accompagnements de l'APCLD mais aussi sur la qualité de vie au travail, les AVC, les congés maladie, la nutrition-santé, le handicap ou encore les troubles musculosquelettiques.

Rédaction Florent ANELKA

LA RÉUNION



Marie Lisette DOLPHIN, Déléguée de La Réunion, s'est rendue au bureau de La Banque Postale pour rencontrer les agents à Saint-André (97440) le 29 juillet dernier.

Rédaction Marie Lisette DOLPHIN



Marie Lisette a participé à un Forum détente et associations au Centre Financier de Saint-Denis le 27 août dernier en compagnie du Directeur Frédéric MAILLOT et des bénévoles de la région.

Rédaction Marie Lisette DOLPHIN



À l'occasion d'un moment convivial organisé par La Poste autour du sport le 5 octobre dernier, plusieurs associations, dont l'APCLD, ont répondu à l'invitation à Saint-Louis.

Rédaction Marie Lisette DOLPHIN

Les dangers du bruit et les bienfaits du silence



Cerveau

Le silence agit sur le stress de manière considérable. Nous savons que le bruit active l'amygdale, responsable du traitement des émotions et notamment la perception des menaces : elle active la circulation sanguine, augmentant ainsi le rythme cardiaque et inonde notre corps de cortisol, l'hormone du stress. Si cette réaction est parfaitement normale dans une situation dangereuse, elle implique un risque accru de maladies cardiovasculaires pour une personne vivant dans un environnement très bruyant.

Le silence a quant à lui l'effet opposé : il baisse la pression sanguine et diminue les taux de cortisol, favorisant ainsi la croissance des nouveaux neurones. Une étude de 2013 tend même à nous faire penser que le silence pourrait stimuler la croissance du cerveau : il a été prouvé que 2 heures de silence par jour stimulaient la création de nouvelles cellules dans la région de l'hippocampe, responsable de la mémoire et des émotions, chez la souris. Le cerveau étant moins sollicité dans un environnement calme, il consomme également moins de glucose et produit moins de toxines, notamment celles liées à la maladie d'Alzheimer.



Tension artérielle

Si deux minutes de musique douce permettent de réduire considérablement la fréquence cardiaque et la tension artérielle, le silence entraîne une diminution encore plus importante. Des milliers de cas d'hypertension seraient par ailleurs liés à l'exposition au bruit, notamment dans les grandes villes.



Sommeil

L'audition est en veille permanente, y compris durant le sommeil. Endormissement difficile et plus long, réveils à répétition, durée du sommeil réduite... Les effets d'un environnement bruyants sont nombreux sur le sommeil. Le silence soulage les tensions, réduit le rythme cardiaque, permettant de refroidir le corps et favorisant les meilleures conditions pour s'endormir. S'il est apprécié avant de s'endormir, le silence a également des effets sur votre sommeil dans la journée. Une étude menée en 2015 sur un groupe de personnes âgées qui souffrait d'insomnie a démontré qu'une heure de méditation par jour pendant une durée de 6 semaines pouvait améliorer la situation et faciliter l'endormissement.



Cœur

Nous l'avons répété au cours de cet article, le bruit est l'ennemi du cœur ! Lorsque le calme permet au cœur de ralentir son rythme, il prévient alors la formation de plaques dans les artères, réduisant par la même occasion le risque d'accident cardio-vasculaire. Le bon sommeil et la réduction du stress générés par le silence ont également un impact très important sur la bonne santé du cœur. L'Institut de cardiologie de Montréal a par ailleurs associé l'exposition chronique au bruit de la circulation routière, ferroviaire et aérienne à l'augmentation de la viscosité et de la coagulabilité du sang qui contribue au développement des maladies cardiaques. Selon leur étude, à partir de 53 dB (soit le bruit d'une machine à laver ou d'une pluie modérée), chaque augmentation de 10 dB augmente le risque de maladies cardiaques ischémiques de 8 %.



Concentration

La psychologue américaine Gloria Mark a réalisé une étude sur les open-space dans laquelle elle a pu observer que la capacité de concentration des salariés était en moyenne de 11 minutes avant d'être interrompu par un bruit quelconque (une voix, un téléphone, une notification etc...). Bien qu'il n'y ait pas de consensus scientifique à ce sujet, le temps moyen de concentration varie généralement entre 70 et 90 minutes dans un environnement calme.



Audition

Il existe un lien avéré entre la perte d'audition et l'exposition prolongée au bruit. Elle peut provoquer une perte auditive sur l'une ou les deux oreilles, créer des acouphènes et dans les cas les plus extrêmes une surdité irréversible. Les dommages auditifs peuvent se déclencher dès lors que l'on est exposé à des bruits dépassant les 75dB (bruit ambiant d'une cafétéria) pendant 8 heures. De nombreux travailleurs en extérieurs ou dans des lieux accueillant du public peuvent alors y être exposés.

Sources : Ameli, Passeport Santé, Le Monde, Santé Magazine, Radio France, Institut de cardiologie de Montréal, Futura

Rédaction Arthur GUEDON

Cartes mobilité inclusion : laquelle me faut-il ? Comment l'obtenir ?

La carte mobilité inclusion est une carte s'adressant aux personnes en situation d'invalidité.

— La carte mobilité inclusion est une carte s'adressant aux personnes en situation d'invalidité, aux personnes âgées et/ou en perte d'autonomie.



La CMI Priorité

Cette carte assure à son possesseur (ainsi qu'à son accompagnateur le cas échéant) le droit d'obtenir une place assise lors des voyages en transport en commun ou d'avoir une priorité dans les files d'attente.

Elle est attribuée aux personnes ayant de grandes difficultés à rester en position debout ainsi qu'aux personnes ayant une incapacité inférieure à 80 %.

La personne doit résider dans le Département où la demande est formulée. Par ailleurs, elle doit être de nationalité Française ou ressortissante de l'EEE (Espace Économique Européen). S'il est de nationalité étrangère, le demandeur doit avoir un titre de séjour valide. Elle peut être combinée à la CMI stationnement.

La CMI Invalidité

Tout comme la CMI Priorité, la CMI Invalidité assure à son possesseur une priorité d'accès aux places assises lors de ses voyages en transports en commun ou dans les salles d'attente. Pour les travailleurs handicapés, elle offre également certaines dispositions dans le secteur privé ou public sans avoir besoin de faire une demande de RQTH.

Par ailleurs, elle octroie à son possesseur certains avantages fiscaux et certaines réductions dans les transports.

Dans certains cas, il peut y être fait mention d'un besoin d'accompagnement :

- Le demandeur a moins de 20 ans et bénéficie d'un complément de l'AAEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé).
- Le demandeur a plus de 20 ans et bénéficie de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap), d'une MTP (Majoration pour Tierce Personne), de l'ACTP (Allocation Compensatrice pour l'Aide d'une Tierce Personne) ou d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie.
- Le demandeur a une vision centrale inférieure à 1/20^e (accompagnement cécité).
- Elle peut être octroyée à toute personne ayant un taux d'incapacité permanente de 80 % et plus ou une invalidité de 3^{ème} catégorie. Elle peut être combinée à la CMI stationnement.



La CMI Stationnement

Cette carte assure à son possesseur l'accès à des places de stationnement de façon gratuite et sans limitation de durée (que les places soient réservées aux PMR ou non).

À noter que cette carte est valable sur l'ensemble du territoire Français mais aussi au sein des pays de l'Union Européenne. La carte est valable à la fois pour le conducteur et le passager du véhicule. Toutefois, un paiement peut être exigé dans les parkings équipés de bornes d'entrée et de sortie. Toute personne ayant un handicap réduisant durablement sa capacité et son autonomie de déplacement à pied, ayant besoin d'un accompagnement ou étant GIR* 1 ou 2 peut y avoir droit. Elle peut être combinée à la CMI priorité ou invalidité.

Pour bénéficier de la CMI Priorité, de la CMI Invalidité ou de la CMI Stationnement, plusieurs cas existent :

- Le demandeur souhaite demander l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) ou il est déjà bénéficiaire de l'APA : il doit alors faire sa demande de CMI en se procurant un dossier de demande d'APA, ou un formulaire pour les bénéficiaires de l'APA, auprès du service Départemental.
- Le demandeur n'est pas concerné par l'APA : il doit alors contacter la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) de son Département pour faire une demande soit en ligne, soit par courrier. La MDPH s'occupera alors de recueillir les documents justificatifs pour compléter son dossier. Elle pourra également convoquer le demandeur pour évaluer son incapacité de déplacement avec l'aide d'un professionnel de santé. C'est alors la CDAPH (Commission des Droits pour l'Autonomie des Personnes Han-

dicapées) qui dispose d'un délai de 4 mois pour accorder ou non, la CMI au demandeur. Dans le cas où elle est accordée, sa durée de validité est définitive pour les bénéficiaires de l'APA classés GIR 1 et 2*, et entre 1 et 20 ans pour les autres.

*le GIR est évalué lors d'une demande d'APA pour évaluer la capacité d'une personne à accomplir certaines tâches corporelles et mentales & domestiques et sociales. Le GIR 1 représente le niveau de perte d'autonomie le plus fort, et le GIR 6 le plus faible.

Sources : Service Public, Pour-les-personnes-agées.gouv.fr

Rédaction Arthur GUEDON

À noter



Cette carte est valable sur l'ensemble du territoire Français mais aussi au sein des pays de l'Union Européenne.

Interview

Ils nous en parlent

— Chaque année, des centaines de bénéficiaires sont accueillis dans nos logements pour favoriser leur accès aux soins. Grâce à nos 9 logements en Île-de-France, à proximité des établissements médicaux, ils peuvent être logés à moindre coût. Ils nous en parlent :

— **Caroline et Michel CHARLOT, tous deux retraités de La Poste, et leur fils Hugo, adhérent (Mayenne 53)**

“En décembre 2023, notre fils a été hospitalisé en région parisienne. Nous faisons les aller-retours en voiture puis en train, mais à force, nous nous épuisons. Ayant fait toute notre carrière à La Poste, mon mari et moi nous sommes souvenus de l'APCLD. Fin janvier, j'ai donc décidé de contacter la Coordinatrice de l'Ouest, **Lucie MORLAIS**. Elle m'a rappelé le lendemain et m'a parlé de la possibilité d'obtenir un logement sur place pour quelques jours. Le 1^{er} février j'ai eu **Mme RIMBON** en ligne et le 14, nous avons un logement pour une durée de 15 jours. Comme nous avons pris nos billets, Estelle s'est alignée sur ces dates et nous a attribué un logement assez grand pour nous accueillir et proche des transports. Outre le fait que nous avons pu passer davantage de temps avec Hugo, cet appartement nous a permis d'être moins fatigués et plus disponibles. Tout a été fait pour que nous nous sentions comme chez nous : l'appartement était propre, bien équipé, proche du métro... **Mme RIMBON** a été très à l'écoute quant à nos disponibilités pour la remise des clés et nous n'avons pas eu à abrégé notre visite. De plus, la participation est très faible, sans cela nous n'aurions pas pu l'envisager. Nous remercions l'APCLD pour son aide, son écoute, sa bienveillance, sa gentillesse et l'implication de nos interlocuteurs qui nous a touchés. Cette association nous a aidé à un moment où nombre de portes se fermaient alors merci !”

— **Élianne PERRIOLAT de La Banque Postale et adhérente avec son fils Leeham (Guyane 973)**

“J'ai connu l'APCLD par mon collègue, aujourd'hui retraité, Armand PRUDENT (Délégué de la Guyane). J'ai tout de suite adhéré à l'association lorsqu'il m'a expliqué les avantages notamment l'obtention d'un logement sur Paris en cas de rendez-vous médicaux. Étant Guyanaise, vivant à 8 000 km et devant me rendre à Paris pour certains rendez-vous (nous sommes dans un désert médical), c'était une aubaine ! En 2023, mon fils de 5 ans devait subir 3 opérations successives des yeux. Désespérée et effrayée par la nouvelle, j'ai commencé les démarches et contacté l'APCLD pour expliquer ma situation. J'ai trouvé un réconfort, un soutien, en sachant que je pouvais obtenir un logement sécurisé et proche de mon lieu de rendez-vous, à moindre coût. Je tiens à remercier toute l'équipe de l'APCLD pour son professionnalisme, sa gentillesse, sa compréhension et surtout son efficacité ! Des remerciements tout particuliers à **Mme RIMBON** et son binôme pour leur bienveillance et leur accueil en ce début d'hiver !”

— **Témoignage anonyme, Retraitée Orange et adhérente (Martinique 972)**

“Étant salariée d'Orange, j'étais en contact depuis de nombreuses années avec le représentant de l'APCLD en Martinique. Il y a 2 ans, j'ai appris que j'étais atteinte d'un cancer du sein et j'ai été soignée à l'Institut Gustave Roussy à Villejuif (94). C'est ainsi que j'ai sollicité l'APCLD pour bénéficier d'un hébergement. Cela m'a rendu un grand service. L'excellent emplacement des logements m'a permis d'avoir les transports en commun à proximité ainsi que les commerces, et tous les services dont j'avais besoin lors de mes séjours. L'équipement des logements est bien étudié et leur propreté est très correcte ! C'est appréciable car lors d'un séjour médical, nous n'avons pas beaucoup de temps pour nous occuper de ce genre de détails qui sont pourtant nécessaires. J'ai particulièrement apprécié la qualité et l'accueil chaleureux du personnel de l'APCLD qui porte un intérêt sincère au bien-être des bénéficiaires. Chapeau bas pour cette belle initiative et pourvu qu'elle continue !”

Propos recueillis par Estelle RIMBON

Nos 9 logements d'accueil en Île-de-France sont destinés aux salariés et retraités de La Poste et Orange, ainsi qu'à leurs proches, pouvant justifier d'un rendez-vous médical en région parisienne. Proches des transports et des lieux de soins, ils vous permettront d'avoir un accès facilité aux établissements médicaux.

Comment accéder à nos logements d'accueil ?

- Contactez le siège de l'APCLD au **01 49 12 08 30** ou **apclcd@apclcd.fr**.
- Précisez les dates de votre séjour et rassemblez vos éléments justificatifs.
- Confirmez avec une lettre, un certificat médical et un justificatif du lien avec une des entreprises partenaires.

Lancement de la Campagne Membres Bienfaiteurs 2024 !



Un Français sur deux dort moins de 7h chaque nuit

Selon l'INSV (Institut National du Sommeil et de la Vigilance), les Français dorment en moyenne 6h52 par nuit, soit 15 minutes de moins que l'an dernier. Une baisse qui s'accroît chaque année...

De nombreux troubles du sommeil sont liés à nos habitudes quotidiennes et notre environnement avec notamment, notre rapport aux écrans, toujours plus présents dans nos vies. Pourtant, lorsqu'il est mauvais, le sommeil peut causer de nombreux désagréments et souvent, sur le long terme, des problèmes de santé plus graves : diabète, affaiblissement du système immunitaire, anxiété, maladies cardiovasculaires...

Fort heureusement, dans la majorité des cas, il est possible d'améliorer son sommeil grâce à quelques actions faciles à mettre en place ! C'est pour cela que l'APCLD, l'Association de solidarité dans le domaine de la santé et du handicap, intervient en entreprise pour sensibiliser les salariés des Groupes La Poste & Orange aux bonnes pratiques pour un sommeil de qualité.

Grâce à nos animations ludiques et participatives, les salariés reçoivent de nombreux conseils à mettre en pratique ainsi que les habitudes à bannir pour obtenir un meilleur repos.

Cette thématique est souvent combinée à celle de la nutrition-santé afin d'optimiser la santé de chacun.

Comment sont utilisés vos dons ?

Après avoir créé une nouvelle campagne sur la nutrition-santé, l'APCLD projette de travailler sur la campagne complémentaire du sommeil. En effet, investir dans son capital santé requiert de se mobiliser autour des thématiques sur lesquelles chacun peut agir : alimentation, sommeil et activité physique !

Grâce à votre générosité, l'association peut faire intervenir des professionnels de santé spécialistes du sommeil pour former et professionnaliser ses équipes sur la thématique.

Ainsi, nous serons plus à même de sensibiliser les salariés de nos partenaires et de mieux accompagner les personnes qui présenteraient des problématiques ou des troubles du sommeil.

Rédaction Arthur GUEDON



Pour faire un don

- Complétez et renvoyez le bulletin par courrier, accompagné de votre règlement par chèque.
- Consultez notre site internet à l'adresse [**Merci pour votre générosité sans faille !**](http://www.apclد.fr/faire-un-don/ou flashez directement le QR Code avec votre smartphone.

</div>
<div data-bbox=)



Interview

d'Émilie CHAUNY

— Émilie CHAUNY est notre nouvelle Chargée de mission Aide et prévention.



— Peux-tu te présenter et nous dire quel a été ton parcours avant de rejoindre l'APCLD ?

Je suis Émilie Chauny, j'ai 44 ans et j'ai rejoint l'équipe de l'APCLD le 15 juillet de cette année en tant que chargée de mission aide et prévention.

Je suis travailleur social de formation et j'ai toujours exercé des emplois dans le secteur médico-social avec passion et engagement.

Maman de 4 garçons, j'ai choisi pour réussir à concilier vie de famille et vie professionnelle, de me tourner pendant plus de 10 ans vers la formation professionnelle et j'ai pu former et accompagner des centaines d'étudiants se destinant à des carrières paramédicales ou sociales.

Lorsque j'ai rencontré Julie (la Directrice adjointe) et Séverine (la Directrice) pour postuler à l'APCLD, j'ai été séduite par le projet de mon poste qui réunit les fonctions d'animatrice en prévention et de travailleur social.

— Connais-tu déjà le milieu associatif ? Qu'est-ce qui t'a donné envie de le rejoindre, et plus particulièrement dans notre association ?

J'ai souvent été dans le secteur associatif au cours de ma carrière ; j'ai passé du temps notamment auprès des populations les plus fragiles en travaillant au Samu social et centre d'accueil et d'hébergement pour grands précaires.

Les missions de l'APCLD sont empreintes de solidarité et répondent aux intérêts professionnels et personnels qui m'animent.

Cette polyvalence d'action et de travail me motive particulièrement.

Je suis heureuse d'aller à la rencontre des bénéficiaires et professionnels de nos partenaires dans toute la France et porter les valeurs de l'association.

— Quelles sont concrètement tes missions en tant que Chargée de missions Aide et Prévention ?

Le poste de chargée de mission est riche et varié : je suis investie sur 2 pôles d'actions principaux qui s'articulent entre accompagnement individuel des salariés et membres apparentés des groupes La Poste et Orange et les animations de campagnes de prévention en santé publique.

Depuis le départ des collègues sur 4 régions (Île-de-France, Centre-Bourgogne-Limousin, Aquitaine et Occitanie), je seconde Julie en accueillant les demandes individuelles et proposant des suivis personnalisés, tout en assurant la mise en œuvre des temps de prévention et forum en entreprise.

Je collabore avec l'ensemble de l'équipe du siège, les bénévoles et les coordinatrices régionales pour que l'histoire de l'APCLD continue et évolue avec son temps.

— As-tu un mot à adresser à nos lecteurs ?

Je remercie l'ensemble des adhérents, administrateurs, bénévoles et collègues de l'APCLD pour leur accueil chaleureux.

Je suis heureuse de m'investir à vos côtés et reste impatiente de vous rencontrer.

Nous souhaitons toutes et tous la bienvenue à Émilie dans notre association !

Propos recueillis par Arthur GUEDON

L'infarctus du myocarde **de la femme**



— **Le Pr Pascal MOTREFF** est Cardiologue, Praticien Hospitalier, Professeur des Universités au CHU Clermont-Ferrand au sein du pôle de Cardiologie Médicale et Chirurgicale.



Pr. Pascal MOTREFF
Cardiologue

Il est Responsable de l'Unité Ambulatoire du service de Cardiologie et Coresponsable du laboratoire d'hémodynamique. À ses compétences multiples concernant le cathétérisme, la coronarographie et ses techniques d'imagerie de pointe, les techniques d'angioplasties complexes et de valvuloplasties, s'ajoutent ses activités de recherche dans de nombreux domaines : la thérapeutique guidée par l'image, la physiopathologie de l'athérosclérose, l'imagerie endo coronaire, la maladie coronaire de la femme, au sein de l'UMR 6284, du CNRS, du pôle de recherche Santé Techno de l'Université d'Auvergne.

Auteur ou associé à plus de 230 publications internationales référencées, Membre de nombreuses Sociétés Savantes Nationales et Internationales : Société Française et Européennes de Cardiologie-GACI (Groupe Athérome coronaire et Cardiologie Interventionnelle)-GRCI (Groupe de réflexion en cardiologie interventionnelle) -Fondateur des journées nationales de l'OCT - Fondateur et membre du conseil scientifique du Registre National de Cardiologie Interventionnelle (France-PCI), c'est le spécialiste National des pathologies coronaires complexes et surtout de la maladie coronaire de la femme.

— **Le Dr Marie-Claire D'AGROSA-BOITEUX** est Cardiologue et a supervisé la rédaction de ce dossier médical.



Dr Marie-Claire D'AGROSA-BOITEUX
Cardiologue

Ancien interne des Hôpitaux de Clermont et Assistante des hôpitaux, ancien chef de clinique à la Faculté en Chirurgie Cardiovasculaire, spécialisée en Insuffisance Cardiaque, en réadaptation cardiovasculaire et en santé connectée, elle a exercé à la Clinique médicale de cardio-pneumologie Durtol où elle a été responsable de l'action de réadaptation cardiaque en hospitalisation et en ambulatoire, et a créé la télé-réadaptation. Elle a également travaillé à l'Hôpital Gabriel Montpied de Clermont-Ferrand, où elle était chargée du suivi des transplantés cardiaques et de l'évaluation fonctionnelle à l'effort des patients insuffisants cardiaques. Elle est également Directeur Médical de CardiAuvergne (Service de suivi et télésurveillance des insuffisants cardiaques en Auvergne).

SPORT-Prévention, elle participe depuis son clinat aux activités de Prévention des Maladies Cardiovasculaires au sein de la Fédération Française de Cardiologie et de l'ARCA (Association de Cardiologie d'Auvergne dont elle est membre et marraine du Club cœur et santé). Les actions de prévention et d'information où elle a été très impliquée sont les gestes qui sauvent, la prévention des maladies cardiovasculaires en milieu scolaire avec des actions locales : la santé par cœur et régionale : être et savoir l'école de la santé.

Dans le cadre des actions fédératives de la FFC, elle participe régulièrement aux parcours du cœur et à la Semaine du cœur avec plusieurs interventions et conférences sur l'activité physique et les maladies cardiovasculaires, les traitements médicamenteux cardiologiques, l'ARRET CARDIAQUE et sa prise en charge, les pathologies cardiovasculaires de la femme, thème développé depuis 2022 avec l'association Femmes Leader Mondiales pour laquelle elle est cardiologue référent.

Membre de la Société Française de Cardiologie, du groupe de travail GICC (groupe Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathie), du groupe de travail Exercice Réadaptation

L'infarctus du myocarde de la femme

— Pr Pascal MOTREFF, Hôpital Gabriel Montpied, CHU Clermont-Ferrand.



Elles sont responsables de **400 décès** en moyenne chaque jour.

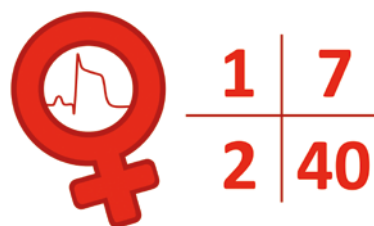
Dans l'inconscient collectif, les pathologies cardiovasculaires demeurent des pathologies essentiellement masculines. Elles sont responsables de 400 décès en moyenne chaque jour.

Or, ces pathologies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité chez la Femme en France (56 % des causes de décès, pour seulement 46 % chez l'homme). Elles tuent 7 fois plus que le cancer du sein.

Parmi ces pathologies cardiovasculaires, la maladie coronaire et son expression la plus grave qu'est l'infarctus du myocarde, ne sont pas épargnées par les idées reçues avec des conséquences sur la qualité de la prise en charge et le pronostic (Fig.1).

Deux notions essentielles sont à retenir concernant l'infarctus du myocarde chez la Femme :

- L'incidence de l'infarctus du myocarde augmente notamment chez la femme jeune.
- Le pronostic de l'infarctus du myocarde au féminin est plus sombre.



Maladies cardio-vasculaires = 1^{ère} cause de mortalité chez la femme
 Mortalité CV = 7 x mortalité du cancer du sein
 Proportion d'infarctus chez la femme jeune x 2 en 15 ans
 Pronostic plus sombre chez la femme (mortalité hospitalière de l'IDM + 40%)

Figure 1 : Les chiffres des maladies vasculaires de la Femme

AUGMENTATION DE L'INCIDENCE DE L'INFARCTUS CHEZ LA FEMME

Dans la très grande majorité des cas, le mécanisme à l'origine de l'infarctus que l'on nomme également syndrome coronarien aigu (SCA) est chez la Femme comme chez l'Homme une complication évolutive et occlusive de l'athérosclérose (dépôt de substances grasses réduisant le calibre des artères) touchant un ou plusieurs troncs coronaires (artères nourricières du cœur). L'athérosclérose augmentant avec le vieillissement, il est logique d'observer aux âges les plus avancés, exposés à la maladie coronaire une sur-représentation féminine. En effet l'espérance de vie de la Femme en France est de 85 ans en moyenne, pour 79 ans chez l'Homme.

1,8 Million de Français ont plus de 85 ans en 2022. On en comptera 5 millions en 2050 et dans cette tranche d'âge, 70 % sont des Femmes (Fig.2).

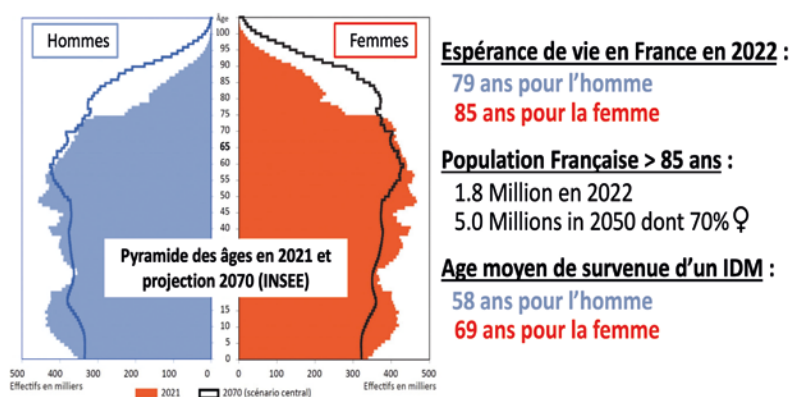


Figure 2: Données démographiques en France (INSEE)

Cependant on observe également une augmentation de l'incidence du SCA chez les femmes plus jeunes avec un doublement de la proportion des moins de 60 ans en l'espace de 15 ans.

L'explication de cette augmentation est multifactorielle. La "masculinisation" du mode de vie et l'augmentation de la prévalence des facteurs de risque athéromateux classiques sont les principales responsables. Ces dernières décennies ont vu augmenter le tabagisme, la dyslipidémie, le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité et la sédentarité chez la Femme. La consommation de tabac occupe une place prépondérante dans cette évolution épidémiologique.

Entre 1974 et 2017, le taux de fumeurs des 18-75 ans est passé en France de 42 à 32 %. La part des Hommes fumeurs a nettement diminué, passant de 59 à 35,3 %

alors que celle des Femmes se maintient, passant de 28 à 28,3 %. Dans les groupes de patientes nées dans les années 60-70 et qui perdent leurs protections hormonales naturelles à la ménopause, le taux de fumeuses est équivalent à celui des fumeurs.

Or le tabac est non seulement responsable de la progression et de la déstabilisation de la maladie athéromateuse, mais il favorise la survenue d'érosions de plaques ou de spasmes (contraction passagère spontanée entraînant une diminution de calibre d'un vaisseau) souvent impliqués dans le SCA de la femme jeune. L'impact de ce changement de mode de vie, assez récent chez la Femme est aussi mesuré dans d'autres pathologies liées au tabac considérées autrefois comme masculines (+72 % des cancers pulmonaires, + 100 % des BPCO (Bronchopneumopathie Chronique Obstructive) chez la Femme en 10 ans. Sur la même période, les SCA ont augmenté de 50 % chez la femme jeune (+5 % chaque année).

L'ensemble de ces facteurs de risque joue un rôle essentiel dans l'augmentation du nombre d'infarctus.

Pour des raisons encore peu claires, l'impact de ces facteurs de risque est encore plus marqué chez la Femme. Le fait de fumer 20 cigarettes/j multiplie le risque d'infarctus par 6, celui d'être diabétique par 8. Ces odds-ratios sont beaucoup plus élevés que chez l'homme et devraient être intégrés dans nos stratégies de prévention.

C'est ainsi que l'HTA (Hypertension artérielle) et le tabagisme sont 2 fois plus délétères statistiquement chez la Femme que chez l'Homme, le diabète de type 1 l'est 3 fois.

Par ailleurs, la consommation de drogues dites "récréatives" est en pleine croissance chez les femmes jeunes. Un travail mené par le CHU de Tours rapporte que 0,5 % de l'ensemble des infarctus du myocarde en France sont imputables à la consommation de drogues récréatives favorisant spasme et thrombose (oblitération d'un vaisseau par un caillot). Ce taux est probablement sous-estimé et voué à augmenter chez la femme comme chez l'homme étant donné l'explosion de la consommation de stupéfiants en Amérique du Nord et maintenant en Europe.

Aux facteurs de risque athéromateux classiques viennent s'ajouter des facteurs spécifiques de la Femme (Fig :3).

Les Femmes sont plus fréquemment touchées par les pathologies auto-immunes, les rhumatismes inflammatoires, susceptibles de favoriser la maladie coronaire ou d'égarer le diagnostic initial. Le Lupus érythémateux disséminé multiplie la probabilité d'in-

farctus par 3 alors que l'exposition au risque de SCA en cas de polyarthrite rhumatoïde est équivalente à celle du diabétique.

Les pathologies de la grossesse favorisent la maladie coronaire et ses complications. Le risque en cas de diabète gestationnel est 4 fois celui du diabète non gestationnel. L'hypertension gravidique, la prééclampsie multiplient par 3 le risque d'infarctus.

Le vieillissement de la population féminine s'accompagne d'un prolongement de la vie après ménopause dont l'âge moyen de survenue progresse peu (autour de 52 ans en France). En moyenne une Femme survit en France plus de 30 ans après la perte d'une protection hormonale naturelle. La ménopause précoce est un facteur de risque majeur (x 4,5 le risque d'infarctus) confirmant la protection apportée par l'imprégnation oestro-progestative. Le rôle joué par le traitement hormonal substitutif (THS) reste débattu. A la lumière des études disponibles, il n'y a pas de recommandation pour proposer ce THS à visée cardioprotectrice.

La contraception orale est à prescrire avec prudence en cas de facteurs de risques athéromateux avec un effet pro-thrombotique délétère notamment en cas de tabagisme concomitant. En fonction du niveau de risque individuel, des antécédents, d'autres moyens de contraception doivent être proposés.

Le stress, le surmenage ("double journée de travail"), le syndrome dépressif peuvent être considérés à partir d'études de registres comme des facteurs de risques sous-estimés et de plus en plus souvent impliqués chez la femme.

Enfin le milieu socio-économique parfois plus défavorable chez la femme impacte le mode de vie, la prévention du risque, l'accès au dépistage des maladies cardiovasculaires et plus généralement l'offre de soin.

Un dernier argument peut expliquer l'augmentation de l'incidence du syndrome coronarien aigu chez la femme est l'amélioration de la sensibilité diagnostique. Le progrès des connaissances et de la formation des acteurs de santé contribue à favoriser le diagnostic. Le large recours aux dosages de troponines ultrasensibles devant des tableaux cliniques parfois ambigus, entraîne un plus large accès aux moyens diagnostiques (la troponine est une protéine du muscle cardiaque, libérée dans le sang en cas de dommage notamment en cas d'infarctus et qui en fait un marqueur diagnostique facile à réaliser).

Des techniques comme le scanner, l'IRM myocardique, la coronarographie, l'imagerie endocoronaire, progressent et permettent de confirmer une maladie coronaire qui aurait pu être négligée.

Fort impact des facteurs de risques athéromateux et augmentation du tabagisme



Facteurs de risques spécifiques



Progrès dans la sensibilité diagnostique



Figure 3 : Facteurs expliquant la progression de maladie coronaire chez la Femme. En première ligne l'existence de facteurs de risques classiques (âge, hérédité, diabète, dyslipidémie, HTA, obésité, surpoids, stress et surtout tabagisme), puis de facteurs de risques spécifiques (rhumatisme inflammatoire, pathologies de la grossesse, ménopause précoce, syndrome dépressif, milieu socio-économique défavorable) et enfin une meilleure sensibilité diagnostique (meilleures connaissances, apport de la troponine ultrasensible, de l'imagerie endocoronaire).

LE DEUXIÈME CONSTAT EST QUE L'INFARCTUS DU MYOCARDE EST DE MOINS BON PRONOSTIC CHEZ LA FEMME

Grace à une meilleure prise en charge en urgence, à un meilleur environnement pharmacologique, à un accès facilité au traitement en urgence, le pronostic de l'infarctus du myocarde a été spectaculairement amélioré ces dernières décennies. Entre 1975 et 2010, la mortalité a été réduite de 70 %. Parallèlement, on observe que les Femmes tirent moins profit de ces progrès spectaculaires et souffrent d'une mortalité significativement plus élevée.

Pour des raisons épidémiologiques déjà évoquées et du fait de la protection hormonale, l'âge moyen de survenue d'un infarctus est retardé de 10 ans chez la Femme par rapport à l'Homme. On peut expliquer une partie de la surmortalité féminine par un âge plus avancé, l'existence de davantage de comorbidités liées au vieillissement. Il n'empêche qu'après ajustement à l'âge et aux facteurs de risques, la mortalité post-infarctus à 30j reste augmentée d'environ 40 %.

Au travers du registre d'île-de-France, Benamer et al., rapporte de 2003 à 2007 sur plus de 16 000 IDM (dont 22 % de Femmes) une surmortalité hospitalière féminine de 38 %.

On doit s'interroger sur les raisons de ce moins bon pronostic et les leviers d'amélioration qui permettraient de corriger cette inégalité (Fig.4).

- Femmes plus âgées
- Femmes écartées des études cliniques
- Pharmacologie « unisexe »
- **Traitements suboptimaux et retardés**
- **Recommandations moins bien suivies**
- Fragilité (âge, poids, anatomie, comorbidités)
- Formes de SCA parfois plus complexes

**Idées reçues
Stéréotypes**

Figure 4 : Facteurs susceptibles d'expliquer un moins pronostic de l'infarctus chez la Femme

L'explication est complexe et multifactorielle. Plusieurs hypothèses ont été évoquées au travers d'études Nord-américaines mais aussi Françaises.

— Les Femmes sont les oubliées des études cliniques

Si les Femmes représentent un peu plus de la moitié de l'humanité, elles ne représentent que 38 % des patients inclus dans les études cliniques cardiovasculaires recensées entre 2010 et 2017 (18). Dans le domaine spécifique de la cardiopathie ischémique, le ratio entre participation aux études/prévalence de la maladie est à 0,66 pour la Femme. En effet dans certaines études, le fait d'être une femme en âge de procréer est un critère d'exclusion. Le défaut d'invitation à participer de la part du praticien ou le refus de consentir pour des raisons diverses sont évoqués bien que difficiles à démontrer.

— La pharmacologie est "Unisexe" basée sur le modèle masculin

L'administration d'une drogue à galénique et posologie universelle (influencée parfois par le poids corporel) va entraîner une absorption, une distribution, un métabolisme et une excrétion qui vont différer selon le sexe. Or l'efficacité, la tolérance clinique de laquelle découle l'observance, la sécurité d'un traitement pourrait mériter en dehors du poids corporel une approche tenant compte du sexe du patient.

— Les Femmes sont globalement moins bien traitées

Les études récentes s'accordent à dire que les recommandations sont moins bien observées dans la prise en charge d'un SCA chez la femme. Elles bénéficient moins souvent d'un prétraitement optimal, ont moins accès à la revascularisation en urgence (désobstruction en urgence du vaisseau occlus afin de limiter les dégâts myocardiques : aspiration du caillot et mise en place d'un stent, petit ressort pour éviter les récives), ont un traitement post-infarctus insuffisant et bénéficient moins souvent d'une réadaptation fonctionnelle, pourtant indispensable à la prise en charge.

En phase aiguë d'infarctus, tous les délais sont retardés chez la Femme. Or on sait qu'une alerte précoce s'accompagne d'une mortalité rythmique préhospitalière diminuée et de dégâts myocardiques limités du fait d'une reperfusion efficace.

On rappellera qu'à la phase aiguë d'infarctus, le risque de mort subite reste présent quel que soit l'étendue de l'atteinte du muscle cardiaque.

On constate que les Femmes composent moins souvent le 15, qu'elles tentent de contacter plus souvent leur médecin généraliste. Les délais d'alerte, d'arrivée du premier contact médical sont retardés en moyenne de 15 à 30 mn ce qui peut avoir des conséquences pronostiques majeures si l'on se réfère aux travaux historiques portant sur l'impact des délais.

Même les délais de reperfusions sont plus lents après le premier contact médical. On peut s'interroger sur les raisons de ces retards dans l'alerte mais aussi dans la prise en charge médicale.

Là aussi plusieurs explications peuvent être avancées. Contrairement aux idées reçues, le seuil de perception de la douleur est plus bas chez la Femme à fortiori chez la femme jeune et pendant la période menstruelle. On rappellera que les symptômes classiques d'un infarctus sont représentés par la survenue brutale d'une douleur qui "serre dans la poitrine comme un étau pouvant irradier dans la mâchoire, le bras notamment gauche, le dos, accompagnée de malaise, sueurs, palpitations, nausées et autres troubles digestifs.

Ce n'est donc pas une plus grande résistance à la douleur qui peut expliquer un délai de réaction. En revanche, le taux de douleur chronique est plus élevé chez la Femme ce qui pourrait contribuer à un égarement diagnostique. Le seuil de tolérance semble par ailleurs influencé par des facteurs biologiques (hormonaux essentiellement) mais aussi psychosociaux.

Il existe davantage de Femmes qui vivent seules notamment à un âge avancé ce qui pourrait expliquer un retard dans l'alerte. Un manque d'empathie ou d'écoute de la part de l'entourage familial ou professionnel, notamment du fait du poids des stéréotypes est aussi une piste pour expliquer le défaut d'alerte.

Les idées reçues reposant sur un profil caricatural (homme, fumeur, de plus de 60 ans, diabétique, obèse...) pèsent lourd dans le défaut de prise en charge. Il est à l'origine d'un déni de la maladie au moment d'un angor (ou angine de poitrine : une douleur thoracique qui apparaît généralement durant un stress ou un effort) prémonitoire ou en phase aiguë de SCA, d'un manque d'attention de la part des proches,

voire même d'une non prise en considération par les acteurs de santé.

Il est essentiel de rappeler que plus que les symptômes, ce sont les profils de certaines patientes qui sont atypiques, générant un retard de prise en charge.

— Les Femmes sont plus “fragiles”

À un âge avancé on retrouve davantage de Femmes qui présentent une fragilité inhérente aux comorbidités, à leur morphologie (petits poids). Sur un plan anatomique, les artères coronaires sont plus fines et tortueuses compliquant les gestes de revascularisation. Le taux de succès de recanalisation est plus faible chez la femme avec davantage de complications hémorragiques.

— Les Femmes ont des SCA (syndrome coronarien aigu) plus compliqués (Fig.5).

Les Femmes présentent plus souvent des formes physiopathologiques singulières. Dans 90 % des cas, le SCA est chez la Femme, le résultat d'une complication thrombotique de la maladie athéroscléreuse (occlusion de l'artère dont le calibre a été progressivement réduit par les dépôts de cholestérol). On retrouve dans près de 10 % des cas des SCA dont le mécanisme est particulier, sans occlusion coronaire au moment de l'angiographie appelés MINOCA (myocardial infarction with non obstructive coronary artery).

Ces MINOCA plus fréquemment observés chez la Femme, sont de mieux en mieux connus grâce aux dosages biologiques de troponine sanguine réalisée en urgence qui sensibilise au diagnostic et à une stratégie diagnostique dédiée.

Parmi les MINOCA, on doit rechercher un spasme coronaire ce d'autant que la patiente est fumeuse ou consommatrice de drogues.

Une forme particulière est : La dissection coronaire spontanée (SCAD), une cause rare mais non exceptionnelle de SCA. Si elle ne touche qu'1% de l'ensemble des SCA, elle concerne près d'un SCA sur 3 survenant chez des Femmes jeunes sans facteur de risque athéromateux. La SCAD concernerait 500 à 1 000 patientes chaque année en France.

La physiopathologie est de moins en moins énigmatique. Il s'agit de la formation spontanée d'un hématome dans les couches profondes de la paroi des artères coronaires, survenant le plus souvent au décours d'un effort ou d'un stress en présence d'une fragilité constitutionnelle de la paroi artérielle.

Elle touche les Femmes dans 90 % des cas avec un âge moyen de 50 ans. La manifestation de cette SCAD est une douleur thoracique le plus souvent typique sur-

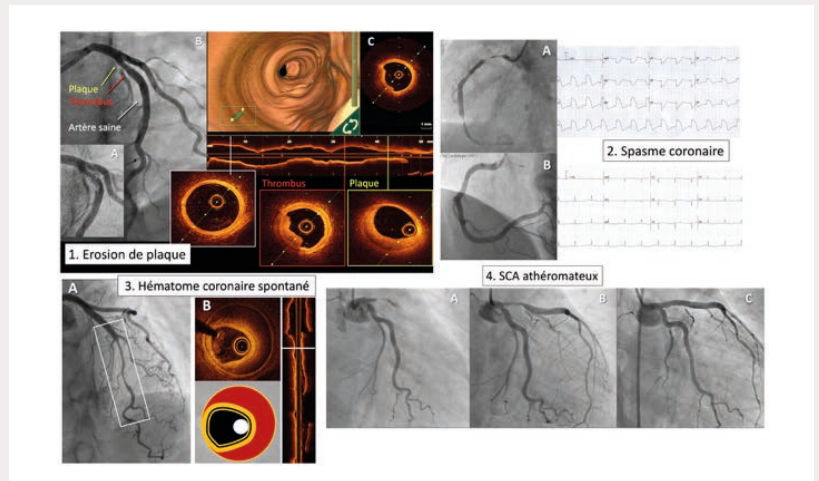


Figure 5: Différentes formes de SCA observés chez la Femme

venant sur un profil de patiente inhabituel (femmes jeunes, sportives, non fumeuses, sans facteurs de risques classiques).

Le diagnostic n'est pas simple à la coronarographie et nécessite des techniques d'imagerie endo coronaire. (Visualisation de l'intérieur de l'artère par un endoscope particulier). Le diagnostic est indispensable car le traitement de cette forme particulière est totalement différent des formes classiques puisque l'évolution spontanée est le plus souvent favorable alors que la mise en place d'un stent (petit ressort mis en place pour déboucher l'artère occluse) pourrait être dramatique.

Le cumul de tous ces facteurs permet de comprendre le moins bon pronostic de l'infarctus du myocarde féminin.

Il sera intéressant d'étudier le poids de chacun grâce au registre national France-PCI qui recueille auprès de 57 centres, 150 variables pour l'ensemble des patients coronarographiés au décours d'un SCA (données épidémiologiques, parcours patient, délais, procédures, traitements, suivis à un an).

Sur beaucoup de facteurs repose le poids des stéréotypes qui sont autant de frein à un diagnostic rapide et à un traitement efficace.

On peut s'interroger sur la formation médicale où les notions de sexe (différences biologiques, physiologiques, anatomiques) ou de genre (différences socio-culturelles ou comportementales) sont rarement abordées.

Une étude menée aux USA sur près de 600 000 IDM traités entre 1991 et 2010 peut nous interpeller. Il ressort de ce travail que le sexe du praticien influe sur le pronostic du patient et qu'en moyenne les meilleures



CONCLUSION

C'est essentiellement l'évolution du style de vie et la progression des facteurs de risque athéromateux qui est responsable de l'augmentation de l'infarctus chez la Femme et notamment chez la Femme jeune.

Non seulement cette maladie progresse mais elle reste de moins bon pronostic.

Les explications de ce double constat inquiétant ne sont pas simples mais ont pour point commun le lourd tribut des idées reçues.

Il est important que l'opinion publique, l'ensemble des acteurs de santé aient en tête que les pathologies cardiovasculaires ne sont pas uniquement des maladies d'Homme.

Cette prise de conscience doit profiter à la prévention primaire en se souvenant que les facteurs de risques sont particulièrement nocifs chez la Femme. Le tabagisme et les drogues dites récréatives qui augmentent de façon préoccupante chez la femme jeune, doivent être particulièrement ciblés mais c'est l'ensemble des facteurs de risque qui doivent être contrôlés ce d'autant qu'existe une prédisposition familiale.

En cas de symptômes, la Femme doit profiter autant que l'Homme d'un diagnostic et du meilleur des traitements. Face à l'urgence coronaire, les délais qui impactent fortement le pronostic doivent être optimisés et cela passe par une sensibilisation du grand public et une formation de tous les acteurs de la chaîne de l'urgence. Une fois le diagnostic porté, le traitement doit être optimal en tenant compte de la particularité de certaines formes physiopathologiques et parfois d'une fragilité potentielle de la patiente.

L'amélioration du pronostic passera aussi par la formation des médecins aux spécificités du sexe et du genre, par l'analyse de registres, par la recherche, par des stratégies diagnostiques et thérapeutiques adaptées à la physiopathologie.

chances de survie sont observées auprès de cardiologues Femmes, quel que soit le genre du patient, alors que le pronostic des Femmes atteintes d'infarctus est significativement moins bon lorsque le Cardiologue est un Homme. Là aussi le poids des idées reçues, la capacité d'écoute ou de perception de symptômes par un praticien Masculin sont visés.

La féminisation de la Médecine et de la Cardiologie observée en France représente à la lecture de ce travail Nord-Américain une note d'espoir pour nos patientes.

À noter



- Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité de la femme.
- Parmi ces maladies cardiovasculaires, l'infarctus du myocarde se singularise par une augmentation de l'incidence et un pronostic plus sombre chez la femme, notamment la femme jeune.
- La "masculinisation" du mode de vie, la progression des facteurs de risque athéromateux et le vieillissement de la population expliquent en grande partie l'incidence croissante de l'infarctus au féminin.
- Les raisons d'un moins bon pronostic sont multiples et plus difficiles à identifier.
- Le poids des idées reçues dans la prise en charge suboptimale et retardée de l'infarctus chez la femme joue un rôle majeur et en fait une cible privilégiée pour améliorer la survie.
- L'étude de registres prospectifs sur le sujet devrait contribuer à améliorer la prévention du risque, à sensibiliser le grand public et les professionnels de santé dans le but de corriger cette inégalité de chances.

RÉFÉRENCES

- (1) Thrombus sur érosion de plaque (suspecté sur coronarographie en phase aiguë sur IVA proximale (A), en grande partie résorbé par traitement antithrombotique optimal lors du contrôle à J5 (B), comme le confirme l'imagerie OCT (C).
- (2) Spasme de la Coronaire droite résolutif sous Risordan intracoronaire.
- (3) Hématome coronaire spontané sur portion moyenne de l'IVA (A) confirmé par imagerie OCT (B).
- (4) SCA antérieur par occlusion athéro-thrombotique de l'IVA proximale (A), levée par thrombo-aspiration (B) puis traité par stenting (C).

L'alimentation des 4-11ans loin des recommandations sanitaires

— Si le 4^{ème} PNNS (Plan National Nutrition Santé) a été prolongé cette année, une étude réalisée par Santé Publique France démontre que les habitudes de consommation, notamment des plus jeunes, sont bien loin des recommandations formulées.

C'est bien connu : l'enfance est une période d'apprentissage qui crée bien souvent des habitudes et des automatismes dans notre vie d'adulte. C'est la raison pour laquelle il est important d'éduquer les plus jeunes à l'alimentation ! De manière générale, les recommandations qui s'appliquent aux adultes sont identiques à celles des enfants. Un point vient cependant les différencier : les portions. De 4 à 6 ans la portion moyenne correspond à la moitié de celle d'un adulte puis, elle augmente progressivement jusqu'à l'âge de 11 ans. Dès lors, l'enfant peut avoir une portion d'adulte. Il convient toutefois de faire confiance à son appétit et d'éviter de le forcer à manger.

Parmi les habitudes à prendre dès l'enfance, on peut noter :

- **Les produits laitiers** : le calcium étant très important, notamment pour la croissance des os, il est important de consommer 3 produits laitiers par jours durant l'enfance et l'adolescence. Les adultes, quant à eux, peuvent n'en consommer que deux. Toutefois, la consommation de lait cru ou de fromages au lait cru est proscrite pour les enfants de moins de 5 ans afin d'éviter tout risque d'infection.
- **Les fruits et légumes** : les recommandations sont très claires. Il est nécessaire d'habituer les enfants à consommer des fruits et légumes (frais, crus ou cuits, surgelés, en conserve, préparés...) chaque jour et à chaque repas afin d'obtenir une portion d'au moins 5 fruits et légumes par jour à l'âge adulte.
- **Les jus de fruits (et les boissons sucrées)** : les jus ne peuvent absolument pas compter comme une portion de fruits. En plus d'être généralement trop riches en sucres, les jus de fruits contiennent moins de minéraux, de vitamines et de fibres qu'un fruit. De plus, l'absence de mastication ne permet pas la sensation de satiété ni la prédigestion des glucides par l'estomac. Bien qu'ils soient déconseillés, si les parents décident



d'en donner à leurs enfants, il est recommandé de ne pas dépasser $\frac{1}{2}$ verre par jour avant 11 ans et un verre après 11 ans. Les autres sodas et boissons sucrées sont fortement déconseillées de manière générale.

- **Le goûter** : il est recommandé d'éviter (au quotidien) les viennoiseries et les autres aliments trop sucrés, trop gras et transformés. On peut alors proposer du pain ou du pain complet, avec du beurre, de la confiture allégée ou bien quelques carrés de chocolat noir. Il est conseillé de l'accompagner d'un fruit ou d'un produit laitier. Dans le cas d'une collation avec des biscuits industriels, il est préférable de favoriser les nutri-score A, B et C.

Pour en savoir plus, n'hésitez pas à nous contacter ! Nous pouvons sensibiliser les salariés de votre entreprise aux bonnes habitudes alimentaires grâce à notre nouvelle campagne nutrition-santé réalisée avec l'aide d'une diététicienne-nutritionniste professionnelle. Nous intervenons à votre demande et selon vos besoins, sur site ou en distanciel. Retrouvez nos coordonnées page 31.

Sources : Santé Publique France, PNNS ; Manger-bouger.fr

Rédaction Arthur GUEDON

Le lien entre la viande rouge et le diabète de type 2 pointé du doigt

— Le diabète de type 2 (90 % des cas) est une maladie chronique qui touche environ 4 millions de personnes en France, et 463 millions dans le monde.



À noter que l'étude obtient des résultats moins concluants concernant la viande de volaille.

de jambon, augmente de 15 % le risque d'être atteint par la maladie dans les 10 ans à venir. Le risque passe à 10 % dans le cas d'un steak d'environ 100g par jour. L'étude, qui s'appuie sur un échantillon de 2 millions de personnes dans le monde entier est à ce jour l'étude la plus poussée et la preuve la plus complète de la corrélation entre les deux.

À ce jour, les mécanismes potentiels pointés du doigt sont les graisses saturées qui peuvent contribuer à la résistance à l'insuline, le fer héminique, provoquant un stress oxydatif (largement impliqué dans l'apparition de la maladie) ou encore les composés chimiques, tels que les hydrocarbures aromatiques polycycliques libérés lors de la cuisson de la viande et particulièrement associés à un risque accru.

Le diabète de type 2 pourrait toucher plus de 1,3 milliards de personnes dans le monde d'ici 2050 (soit plus du triple du chiffre actuel). Pourtant, il est possible de l'éviter grâce à des gestes simples : pratiquer une activité physique, lutter contre le surpoids et adopter une alimentation équilibrée.

Sources : Libération, Ameli, Inserm, Fédération des diabétiques

Rédaction Arthur GUEDON

Parmi les causes et les facteurs favorisant son apparition, on peut citer le surpoids et l'obésité, le manque d'activité physique et la sédentarité ou encore l'alimentation. La consommation de viande rouge et de viande transformée suscite une attention particulière de la part des scientifiques, notamment ceux de l'Université de Cambridge.

Il n'est plus à démontrer que la consommation excessive de viande rouge occasionne l'apparition de certaines pathologies : cancers, maladies cardiovasculaires mais aussi, diabète de type 2. Selon les chercheurs de Cambridge, consommer 50g de viande transformée par jour, soit l'équivalent de 2 tranches

À savoir

L'APCLD intervient en entreprise à votre demande pour sensibiliser les salariés aux bonnes habitudes alimentaires grâce à sa nouvelle campagne de nutrition santé, élaborée avec l'aide d'une diététicienne nutritionniste professionnelle. N'hésitez pas à nous contacter pour en savoir plus (coordonnées en page 31).

Un nouveau virus, potentiellement mortel, transmis par la tique



Alors que l'on connaissait déjà la maladie de Lyme, la fièvre hémorragique de Crimée-Congo dont on nous parlait l'été dernier, ou encore le Powassan, c'est désormais du virus des zones humides qu'il faut se prémunir. Découvert en Chine en juin 2019, il a provoqué chez le premier patient une fièvre importante et un dysfonctionnement de certains organes à la suite d'une piqûre de tique, malgré la prise d'antibiotiques. Après avoir analysé plus de 14 000 tiques, il est apparu que 2 % d'entre elles étaient porteuses du virus dans le pays. Bien que bénin dans la grande majorité des cas, des tests sur des rongeurs ont démontré que le virus pouvait atteindre le cerveau et provoquer un coma.

Sources : France Lyme, Allo Docteurs

Rédaction Arthur GUEDON

Cancer du sein : une radiothérapie bientôt raccourcie ?

Le Dr Sofia RIVERA est oncologue à l'Institut Gustave Roussy de Villejuif (94). Durant 5 ans, elle a mené une étude sur des patientes atteintes par le cancer du sein et le résultat est sans appel : le traitement recommandé actuellement (dont la durée est de 5 semaines) peut être réduit à 3 semaines en réduisant le nombre de séance pour un résultat équivalent... Un traitement moins contraignant pour les patientes, moins coûteux, ayant la même efficacité et le tout, sans être plus toxique malgré une intensité plus forte des rayons. Ce nouveau parcours de soins concernerait pour le moment les cancers du sein à un stade précoce, soit l'écrasante majorité des nouveaux cas chaque année, mais pourrait à terme changer la donne dans le protocole d'autres cancers.

Sources : France Info, RoseUp Association

Rédaction Arthur GUEDON



La méthode EPOF pour alerter sur l'insuffisance cardiaque



Elle touche 2 millions de personnes en France et provoque 70 000 décès chaque année.

L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique évolutive qui résulte de l'inaptitude du cœur à irriguer correctement les organes. Le cœur s'épuise alors peu à peu en essayant de compenser par un accroissement de rythme cardiaque. Principalement liée au vieillissement, elle a tendance à être détectée tardivement.

Pourtant, selon la Société Française de Cardiologie, 4 symptômes réunis sous l'acronyme "EPOF" doivent alerter :

- Essoufflement, à l'effort mais également en position allongée ;
- Prise de poids importante et rapide (quelques jours seulement) ;
- Œdème des membres inférieurs (jambes, chevilles et pieds gonflés) ;
- Fatigue importante, handicapante au quotidien.

N'hésitez pas à en parler à votre médecin afin d'être conseillé au mieux.

Sources : Société Française de Cardiologie, Futura

Rédaction Arthur GUEDON

Le dispositif "Mon bilan prévention"

Dans un contexte d'explosion des maladies chroniques, un certain nombre de français sont invités depuis le mois de septembre à réaliser un bilan de santé 100 % pris en charge par l'assurance maladie.

Il s'agit des :

- 18-25 ans
- 45-50 ans
- 60-65 ans
- 70-75 ans

Il peut être réalisé par un médecin, une sage-femme, un infirmier ou un pharmacien. Pour en bénéficier, vous pouvez prendre contact avec votre médecin traitant ou consultez l'annuaire des professionnels de santé participant au dispositif sur www.sante.fr/recherche/trouver/MonBilanPrevention

Rédaction Arthur GUEDON

Quizz sur le sommeil

— À l'occasion de notre grande Campagne Membres Bienfaiteurs (voir page X) ayant pour thème le sommeil, testez vos connaissances.



1 En moyenne, une personne qui vit 80 ans dort au cours de sa vie :

- A - 25 ans
- B - 27 ans
- C - 30 ans

2 La lumière a un rôle important pour un bon sommeil

- A - Vrai
- B - Faux

3 Travailler en horaires décalés permet de dormir plus

- A - Vrai
- B - Faux

4 La somnolence est la seconde cause de mortalité sur l'autoroute

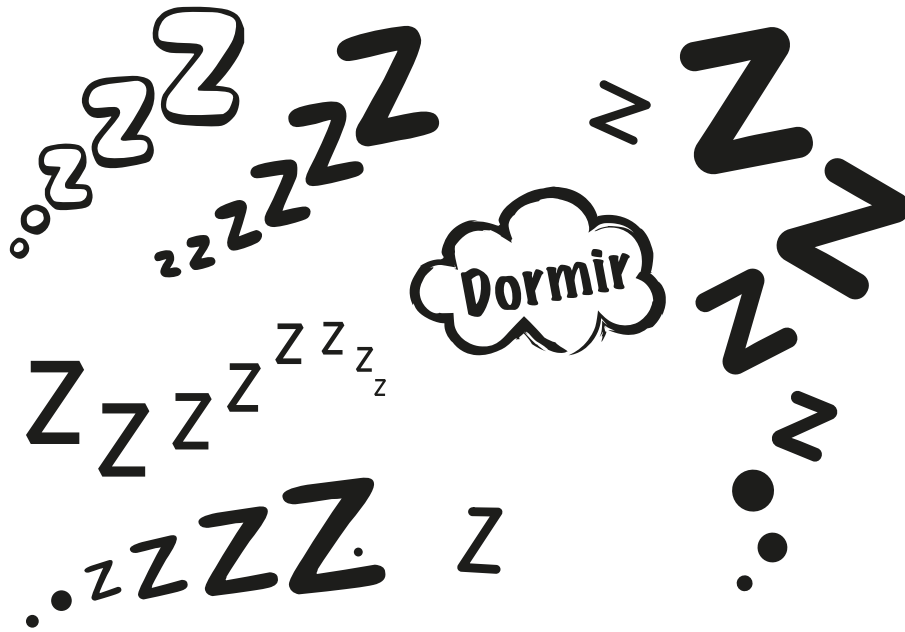
- A - Vrai
- B - Faux

5 Faire de l'exercice physique le soir empêche de bien dormir

- A - Vrai
- B - Faux

6 La sieste n'empêche pas de bien dormir le soir

- A - Vrai
- B - Faux



7 Une sieste permet de rattraper le sommeil en retard

- A - Vrai
- B - Faux

9 Le temps de sommeil moyen des Français diminue au fil des années

- A - Vrai
- B - Faux

8 L'alcool facilite le sommeil

- A - Vrai
- B - Faux

10 On peut être parfaitement conscient que l'on est en train de rêver

- A - Vrai
- B - Faux

Rédaction Arthur GUEDON

RÉPONSES :

1 - Réponse B - Selon l'Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV), une personne aura dormi 27 ans au cours d'une vie de 80 ans à raison de 7h47 de sommeil par nuit.

2 - Vrai - Notre horloge biologique favorise l'endormissement de nuit et l'éveil de jour. La mélatonine, hormone produite par la glande pinéale pour ne pas altérer sa sécrétion.

3 - Faux - En moyenne, les travailleurs en horaires décalés dorment 1 à 2h de moins que les autres. Certaines études sur des infirmières de nuit ont démontré que 83 % d'entre elles ne secrétaient pas de mélatonine, l'hormone de sommeil. Il faut ajouter à cela l'environnement qui est plus lumineux et bruyant la journée.

4 - Vrai - En 2022, la somnolence est une habitude saine dont la durée idéale se situe entre 10 et 20 minutes.

et la fatigue étaient responsables de 18 % des accidents de la route après l'alcool et les drogues responsables de 23 % des accidents mais devant la vitesse excessive responsable de 16 % d'entre eux. Une nuit trop courte multiplie par 6 le risque d'accident.

5 - Faux - Il a souvent été dit qu'il ne fallait pas faire de sport après 18 heures pour ne pas altérer sa nuit. S'il est évident qu'il ne faut pas faire une séance de sport intense à quelques minutes du coucher, une récente étude de l'Inserm explique qu'une activité physique, même une heure avant de dormir, n'a qu'une incidence très légère sur le sommeil : une réduction de 1,5 % de son efficacité. Aucun problème donc si c'est le seul moment de la journée où vous pouvez faire de l'exercice !

6 - Vrai - À condition qu'elle ne dure pas 2 heures. Bien qu'elle soit difficile à appliquer lorsqu'on est actif, la sieste est une habitude saine dont la durée idéale se situe entre 10 et 20 minutes.

Grâce au repos qu'elle offre au corps et au cerveau, elle améliore les fonctions cognitives, réduit le stress et renforce les défenses immunitaires. Elle est également recommandée pour reprendre de l'énergie l'après-midi après une nuit trop courte.

7 - Faux - S'il est vrai qu'une sieste vous fera du bien si vous avez une insomnie la nuit dernière, elle ne remplacera jamais une bonne nuit réparatrice. Elle vous offrira seulement un peu de répit et un regain d'énergie qui sera toutefois de courte durée.

8 - Faux - Comme il agit comme un sédatif, l'alcool peut effectivement favoriser l'endormissement. En revanche, il ne vous permettra pas du tout d'avoir un sommeil réparateur de nombreux réveils, des troubles mais sera souvent responsable de gestes ainsi que d'une déshydratation prononcée, sans parler de la fameuse "gueule de bois" du réveil.

Par ailleurs, en relâchant les muscles

de favoriser leur apparition.

9 - Vrai - C'est malheureusement vrai ! Si en 1986 le temps de sommeil moyen était de 8h05 par nuit il a depuis drastiquement chuté pour atteindre 6h52 en 2020. Cette baisse est principalement expliquée par l'urbanisation des villes, la lumière et le bruit qu'elles génèrent ainsi que par l'utilisation accrue des écrans, notamment aux heures du coucher.

10 - Vrai - Cela s'appelle un rêve lucide ! Certains sont capables de savoir qu'ils sont en train de rêver et d'être de vrais spectateurs de l'histoire qui se joue quand d'autres peuvent même exercer un contrôle sur ces dernières. Certains exercent mentaux permettent même de favoriser leur apparition.

Sourde, muette, aveugle

 par Helen KELLER


Née le 27 juin 1880, dans le Nord de l'Alabama, Helen KELLER devient sourde, muette, aveugle à l'âge de 18 mois à la suite d'une congestion cérébrale. Elle est plongée dans les ténèbres et le monde du silence. Impuissante à se faire comprendre, elle a des accès de colères. Mais Helen est de nature volontaire et impétueuse. Elle apprend à nager, à ramer et aime faire du canotage.

“Le jour le plus mémorable de sa vie” dit-elle, est celui où elle rencontre, peu avant ses 7 ans, son admirable éducatrice, Anne MANSFIELD-SULLIVAN, qui à force de volonté et d'amour lui apprend à communiquer grâce à l'alphabet manuel. Helen commence alors à sortir de sa prison. Les choses lui paraissent abstraites mais elle les comprend. Elle apprend à communiquer

à l'âge de 10 ans, plus tard elle découvre le braille et la langue des signes. À l'université, elle apprend aussi le français, l'allemand, l'histoire, la littérature anglaise et l'art d'écrire. Elle trouve un réel plaisir dans la lecture.

Elle est la première personne handicapée à obtenir un diplôme universitaire.

Je recommande vivement ce roman car il est plein d'espoir. Par sa volonté farouche de surmonter ses infirmités, Helen Keller redonne l'espoir à des millions de personnes en situation de handicap et force notre admiration.

Rédaction Marie-Paule LANFRANCHI,
Bénévole de la Région PACA

S'adapter

 par Clara DUPONT-MONOD


S'adapter, c'est l'acceptation de la différence. D'un enfant différent, le troisième de la fratrie, allongé, en grandissant, difforme, dans la dépendance d'une fratrie, de parents bouleversés et moralement démunis.

Cet enfant modifiera à jamais la personnalité du frère aîné dont le sens de la vie deviendra différent sinon solitaire. D'une cadette, jalouse des attentions de l'aîné envers le troisième, cadette qui, dans un premier temps, jouera l'indifférence et le dégoût, aura une attitude protégeant plus l'aîné que l'enfant dépendant, pour se rendre compte qu'à l'enterrement de ce dernier, par le trop plein d'émotions, qu'il était aussi son frère.

Quant au petit dernier de la famille, né après la mort du troisième, en grandissant, il comprendra vite l'impact et le vide laissé par le troisième, la conduite de vie définie par chaque membre de la famille. C'est un roman intime et peut-être autobiographique. Clara DUPONT-MONOD fait parler ou plutôt écrire les pierres, qui sont les narratrices de ce roman, ce qui est une belle idée d'écriture, notamment quand la narration se passe dans le temps.

Au-delà du succès mérité de ce roman qui a obtenu plusieurs récompenses, roman qui commence mal mais finit moins mal, s'adapter, c'est une des définitions de l'intelligence.

Bien évidemment, recommandé et envoyé par l'APCLD, c'est un livre qui parle du handicap. Mais à titre personnel, les livres et romans publiés sur le handicap que j'ai lu sont toujours à minima situés dans la classe moyenne sinon supérieure. Dans ces romans, il n'y a jamais d'échec scolaire, un handicap invisible souvent lui aussi à vie ou de déficit de financements immédiats. Ce n'est pas un billet d'humeur, c'est un roman et un roman correspond souvent aux origines sociales des auteurs. Le livre dont j'avais fait le commentaire en 2023 (dans le Solidarité Magazine n°375) vient de la classe moyenne supérieure. Le handicap ne connaît pas de classe ou de strate sociale, il est partout.

La narration des pierres fait la belle écriture.

Rédaction Didier QUIGNON,
Bénévole de la Région Ouest

Les bienfaits de la châtaigne

Riche en magnésium, potassium et antioxydants.

— On la trouve de septembre à décembre mais sa pleine saison est en octobre, profitez-en !



Si on l'apprécie pour son goût sucré, la châtaigne a également de nombreuses vertus. Elle fournit de l'énergie à tout le corps et de façon progressive grâce à sa teneur en glucides lents : elle remplit donc l'estomac grâce à l'amidon résistant qui offre une sensation de satiété, tout en ayant un indice glycémique plus faible que la plupart des féculents, c'est donc un excellent allié contre le diabète et l'obésité. Riche en magnésium, potassium et antioxydants, elle permet ainsi de lutter contre les maladies cardiaques. Enfin, elles sont une excellente source de minéraux et de vitamines B et C favorisant ainsi la formation des tissus, la production des hormones et l'activité des fonctions cérébrales.

À noter



Si la châtaigne est comestible, le marron d'Inde est quant à lui toxique et peut provoquer des vomissements, des douleurs abdominales et des troubles digestifs. La bogue (enveloppe piquante) des châtaignes est brune avec de nombreux piques et contient généralement 3 à 4 châtaignes tandis que celle du marron est verte avec des piques espacés et contient généralement un seul gros marron.



Ingédients

- 1 oignon rouge
- 15 cl de crème
- Huile d'olive
- 10cl de vin blanc
- 200 g de châtaignes cuites
- 200 g de champignons de Paris
- 100 g de riz arborio
- 1 cube de bouillon de volaille ou de légumes
- Sel et poivre

Préparation

- Pelez et hachez l'oignon, coupez les châtaignes et les champignons en tranches.
- Faites chauffer de l'huile d'olive dans une sauteuse puis faites-y revenir les oignons.
- Ajoutez le riz que vous laisserez nacrer quelques minutes.
- Ajoutez le vin blanc pour déglacer et laissez réduire l'alcool puis, versez un tiers de votre bouillon pour recouvrir le riz. Ajoutez le reste petit à petit, le temps que le riz l'absorbe. Laissez le riz cuire pendant 20 minutes.
- Ajoutez maintenant la crème, ainsi que les châtaignes et les champignons.
- Laissez le tout cuire quelques minutes et assaisonnez avec du sel et du poivre.
- Servez sans attendre ! Le risotto absorbe l'humidité même après la cuisson, et finit par sécher.

Rédaction Arthur GUEDON

Sources : Top Santé, Marmiton, Terre vivante, UFC Que choisir

L'Association Française des aidants

Militer - Agir - Former

— 9,3 millions d'aidants en France soit 10 % de la population. Nous serons tous, un jour, proches aidants. Depuis sa création en 2003, l'Association Française des aidants écoute et porte la parole des proches aidants de personnes vulnérables par l'âge, la maladie ou le handicap. Elle milite pour qu'ils soient pris en considération dans leur juste rôle et à leur juste place.



Un proche aidant ?

C'est une personne qui n'est pas professionnelle et qui vient en aide régulièrement à une personne dépendante de son entourage - familial ou pas, pour les activités de la vie quotidienne : nursing, démarches administratives, soutien psychologique, activités domestiques, ...

Les 3 piliers de l'Association Française des aidants

Fort de son réseau d'adhérents dans toute la France, son action s'organise autour de trois piliers.

Militer pour qu'aider son proche devienne un choix librement consenti et accompagné par la société.

Agir sur les territoires avec les aidants et les professionnels : l'association porte notamment deux grands dispositifs : l'Atelier Comprendre pour agir et les Cafés des aidants®.

Former les professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire et sensibiliser les acteurs de l'entreprise à travers des formations, conférences...

Zoom sur...

L'Atelier Comprendre pour agir : un parcours d'accompagnement proposant aux proches aidants de prendre le temps pour se questionner et analyser leur situation afin de mieux trouver leurs propres réponses. Elle permet de trouver sa place dans la relation à son proche ou avec les professionnels. Elle est conçue en six modules de trois heures en présentiel ou en Visio.

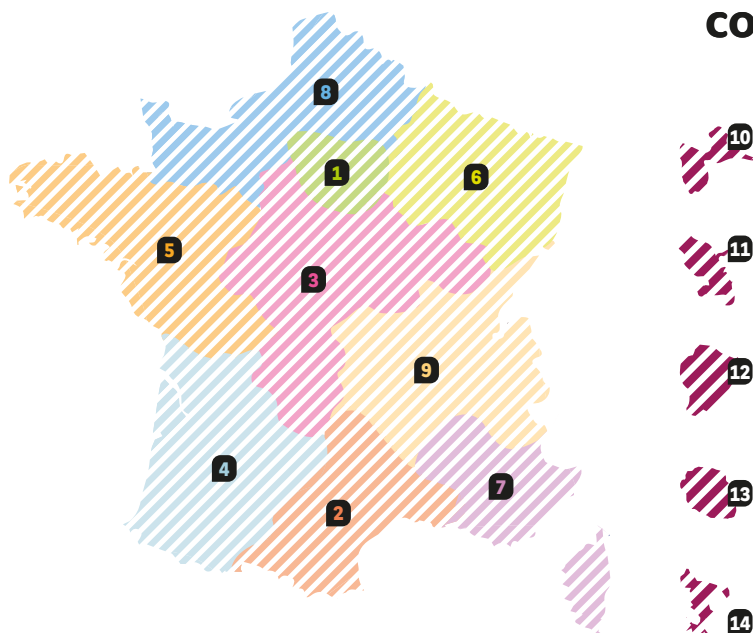
Les Cafés des aidants® : ce sont des réunions mensuelles, partout en France animées par un travailleur social et un psychologue. C'est un moment d'échange et de convivialité où les personnes peuvent partager les bonnes pratiques, mais aussi échanger sur leurs difficultés.

Pour en savoir plus...



L'action la plus proche de chez vous : www.aidants.fr
 Notre formation gratuite en ligne : www.formation.aidants.fr

Rédaction Nadiège SUDRE



CONTACT POUR CES RÉGIONS

Émilie CHAUNY

Chargé de Mission aide et prévention

Tél. : 01 49 12 08 30

1 ÎLE-DE-FRANCE

75-77-78-91-92-93-94-95
E-mail : region.idf2@apclcd.fr

2 OCCITANIE

09-11-12-15-30-31-34-48-66-81
E-mail : region.occitanie@apclcd.fr

3 CENTRE-BOURGOGNE LIMOUSIN

18-19-21-23-28-36-37-41-45-58-87-89
E-mail : region.centrebουργogne@apclcd.fr

4 AQUITAINE

16-17-24-32-33-40-46-47-64-65-82
E-mail : region.aquitaine@apclcd.fr

5 OUEST

Lucie MORLAIS
22-29-35-44-49-53-56-72-79-85-86
Flex-O Rennes Digital Park
801, avenue des Champs Blancs
Bâtiment C - 35510 CESSON-SÉVIGNÉ
Port : 06 79 41 66 33
E-mail : region.ouest@apclcd.fr

6 EST

Tiphanie NOËL
08-10-51-52-54-55-57-67-68-70-88-90
2, rue de la Plaine - 54320 MAXEVILLE
Port : 06 72 49 91 03
E-mail : region.est@apclcd.fr

7 PROVENCE-ALPES-CÔTE-D'AZUR

Samia TAOURIRT
2A-2B-04-05-06-07-13-26-83-84
Newton Offices
113, rue de la République - 13002 MARSEILLE
Port : 06 87 74 39 53
E-mail : region.paca@apclcd.fr

8 NORD-OUEST

Anne FRION
02-14-27-50-59-60-61-62-76-80
124, rue Pasteur
59370 MONS-EN-BAREUL
Port : 06 32 23 48 19
E-mail : region.nordouest@apclcd.fr

9 AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Razika DJEBBARA
01-03-25-38-39-42-43-63-69-71-73-74
40, rue Marechal Leclerc
69800 SAINT-PRIEST
E-mail : region.auvergnerrhonealpes@apclcd.fr

ANTILLES-GUYANE RÉUNION-MAYOTTE

10 GUADELOUPE 971

Sylvestre JANKY
Port : 06 90 61 57 23
E-mail : apclcd-ft.gwada@orange.fr
Gérard GOUDOU
Port : 06 90 49 11 71
E-mail : gerardbruno.goudou@gmail.com

11 MARTINIQUE 972

Florent ANELKA
Port : 06 96 33 88 54
E-mail : florent.anelka@orange.com

12 GUYANE 973

Armand PRUDENT
Port : 06 94 44 19 88
E-mail : armand.prudent@wanadoo.fr

13 RÉUNION 974

Marie-Lisette DOLPHIN
Port : 06 92 62 08 76
E-mail : reunion@apclcd.fr

14 MAYOTTE 976

Annimari ASSANI
Port : 06 39 24 98 29
E-mail : annimari.assani@laposte.fr



Le siège social de l'APCLD

45-47, avenue Laplace
94117 ARCUEIL Cedex
Tél. : 01 49 12 08 30
E-mail : apclcd@apclcd.fr

Site Internet : www.apclcd.fr

Rejoignez-nous sur notre page Facebook

Suivez notre compte Twitter@APCLD

Comité d'Honneur Médical

PRÉSIDENT

Professeur Marc-Olivier BITKER
Ancien chef du Service d'Urologie à l'Hôpital
de la Pitié-Salpêtrière - Professeur Émérite
Sorbonne Université Médecine

MEMBRES

Professeur Maxime DOUGADOS
Chef du service de rhumatologie
à l'Hôpital Cochin

Professeur François RANNOU
Chef de service de rééducation et réadaptation
de l'appareil locomoteur et des pathologies
du rachis à l'Hôpital Cochin

Professeur Jean-Christophe VAILLANT
Chef du service de Chirurgie Digestive et
Hépto-biliaire à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière

Professeur David COHEN
Chef de département de psychiatrie
de l'enfant et de l'adolescent à l'Hôpital
de la Pitié-Salpêtrière

Professeur Richard ISNARD
Service de Cardiologie à l'Hôpital
de la Pitié-Salpêtrière

Professeur Pascal LEPRINCE
Membre de l'Académie - Nationale de Chirurgie
Chef de service de chirurgie cardiaque
du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière



*Rendez-vous sur
notre site internet en
flashant le QR Code*



CAMPAGNE MEMBRES BIENFAITEURS 2024

Faites un don entre le 01/10 et le 31/12/2024 pour participer à notre jeu-concours et tentez de remporter l'un des lots mis en jeu. Rendez-vous sur notre site www.apcld.fr pour plus d'informations.



APCLD



@APCLD



APCLD