

L'ECHO du GIRC

édité par le groupe national des
Insuffisants Respiratoires Chroniques



N° 143 PRINTEMPS 2025

**Membre fondateur
de la FFAAIR
et de L'UNAIR**

**GIRC & AFASO
réunis**



GIRC

62 rue Blanchard - 92260 FONTENAY-AUX-ROSES
Tél. : 01 41 87 88 57 - Portable : 06 80 84 42 38
Courriel : girc@girc.fr - Site : gircfrance.fr

Groupe National des Insuffisants Respiratoires Chroniques AFASO & GIRC RÉUNIS

Vous ou vos proches qui souffrez d'une des nombreuses pathologies respiratoires et qui êtes ou non appareillés, ne restez pas isolé(e), le GIRC association de malades, est à vos côtés depuis 37 ans !

Apnées asthme BPCO et toutes pathologies respiratoires

Association à but non lucratif
Loi du 1/7/1901 déclarée sous le n° 94.033.287
le 26/10/1987 à la Préfecture du Val-de-Marne
Association agréée par l'ARS IDF
Arrêté n°21/2022 du 25/01/2022

Représentante des usagers pour les instances hospitalières et de santé.

Membre fondateur de la FFAAIR en 1988.

Membre fondateur de l'UNAIR en 2016.

Prise en charge des affections respiratoires

Patient Pneumologue Prestataire de santé à domicile.

**LES BÉNÉVOLES
N'ONT PAS
FORCÉMENT
DU TEMPS,
ILS ONT DU
COEUR !**

Préambule de la Constitution de 1958 concernant la Sécurité sociale :

« La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

Les bénévoles offrent gratuitement leur temps, leur énergie. En aucun cas, ils ne sont indemnisés et aucun avantage ne leur est offert.

Leurs seuls salaires sont « votre respect, votre reconnaissance et vos remerciements ».



Pour adhérer ou nous soutenir servez-vous de l'encart détachable situé au dos la couverture

Siège administratif

Site du CARDIF

62 rue Blanchard
92260 Fontenay-aux-Roses

Tél. : 01 41 87 88 57

Courriel : girc@girc.fr

Site : gircfrance.fr

Permanence chaque lundi de 14h à 16h

Conseil d'administration

Jean-Pierre BACCHIERI, Président

Betty LEDOUX, Présidente déléguée

Catherine TISSANDIE, Secrétaire

Noël DUPAS, Trésorier

Gérard PRAT, 1^e vice-président

Brigitte DUCHATELLIER, 2^e vice-présidente

Jean-Louis BERTRANDY, Président d'honneur

Marie-Paule BACCHIERI, Administratrice

Bouthaina EL MANAÏ, Administratrice

Lynda AÏD, Administratrice

Tinhinan Benabdellouaed - Tina, Administratrice

Hamid FERAOUN

Administrateurs honoraires

membres du GIRC

Hubert HORTHOLARY

Albert & Claudette CATHERINE,

Joseph BARBIN, Chérifa ILLOUL

Préparation et rédaction du bulletin

Jean-Pierre BACCHIERI, Betty LEDOUX,

Brigitte DUCHATELLIER, Gérard PRAT,

Direction de la publication

Jean-Pierre BACCHIERI

Directrice-adjointe de la Publication

Betty LEDOUX

Gestion du site

Gérard PRAT

ISSN 1969 - 3761

Dépôt légal BNF Tirage 500 exemplaires

Fondateur :

Jean HINET (décédé)

Présidents d'honneur :

F. A. LAURENT (décédée), Jean BOUHIRON (décédé),
Marie-Rose ATGE, Michel CAZOULAT, Jean-Louis BERTRANDY



Sommaire

ÉDITORIAL	4
COTISATIONS	5
STATIONNEMENT	6
LE CARDIF	7
VACANCES	8
LE TABAC TUE	9
MÉDECINE NUCLÉAIRE	10/11
CANCER	12
CANCER PROGRÈS	13
LES PNEUMOLOGUES	14
PÉNURIES DE PLACE	15
RIRE	16
MÉDECINS ÉTRANGERS	17
POLUTION	18
HIER ET AUJOURD'HUI	19
RÉUNION BUREAU CAEN	20
PROTOXYDE D'AZOTE	21
RESPIRATEURS PHILIPS	22
HOPITAUX	23
LE GIRC	24

Comité scientifique

Président : Gérard HUCHON, professeur de pneumologie

Docteur en médecine : Fayssal EL HUSSEINI

Docteur en pharmacie : Marie-Rose ATGE

Chers(e) amis(e) membres du bureau, chers(e), amis(e) membre du conseil d'administration, chers(e) adhérents(e) et vous toutes et tous qui nous soutenez.

Alors que la saison des vacances avance à grands pas et que chacun de nous aspire à un repos bien mérité, je tiens à vous adresser, au nom de toute notre association, mes vœux les plus chaleureux pour des vacances à la fois agréables, reposantes.

Cependant, en ces moments de détente, n'oublions pas l'importance de veiller à notre santé. Comme vous le savez, la diversité des pathologies respiratoires parmi nos membres nous rappelle l'importance de rester vigilants et prudents. Que vous voyagiez ou profitiez du confort de votre foyer, je vous encourage à continuer à suivre les recommandations médicales adaptées à votre situation individuelle.

Prenez soin de vous en évitant les environnements susceptibles d'aggraver vos symptômes, et n'hésitez pas à porter un masque si cela est nécessaire pour votre protection. Assurez-vous également d'avoir à disposition vos médicaments et d'avoir facilement accès à un soutien médical si le besoin se présente.

Je tiens également à vous rappeler que notre association, ainsi que les prestataires de santé à domicile, assurent une permanence tout au long de l'été. Nous sommes ici pour vous renseigner, et nos prestataires sont prêts à vous dépanner grâce à un maillage efficace sur l'ensemble du territoire. N'hésitez donc pas à nous contacter si vous avez besoin d'informations ou d'assistance.

Nous espérons que vous profiterez pleinement de cette période de relaxation, tout en restant en sécurité et en santé. N'hésitez pas à partager vos expériences et conseils avec notre communauté, car votre voix est essentielle pour enrichir notre collectif.

Cependant, en ces moments de détente, il est crucial de rappeler que nul malade respiratoire ne devrait être privé de vacances pour des raisons financières. Les vacances ne sont pas seulement un luxe, elles sont un droit fondamental, car elles contribuent à la réparation

Et...si nécessaire n'hésitez pas à nous appeler !!!

Bien cordialement.

Jean-Pierre BACCHIERI
Président du conseil d'administration du GIRC

SOLIDARITÉ



TÉL. : 07 69 16 16 17
ADHÉREZ AU GIRC VIA NOTRE SITE
SITE : www.gircfrance.fr - Email : girc@girc.fr



La pénurie de pneumologues, c'est :

- Moins de dépistages précoces !
- Moins de prévention !
- Une prise en charge souvent trop tardive !
- Moins d'éducation thérapeutique !
- Moins de réhabilitation !
- Plus de soins lourds et de souffrances !

et au bien-être, générant des économies significatives en termes de santé à long terme. Nous croyons fermement que chaque membre mérite de profiter de ce temps de repos, essentiel à la santé physique et mentale. Au GIRC, grâce à notre partenariat avec VACANCES OUVERTES / ANCV, nous essayons d'aider quelques malades en fragilité sociale et matérielle à changer d'air seul(e) ou en famille.

Je vous souhaite, à vous et à vos proches, des vacances merveilleuses, remplies de joie et de sérénité. Prenez soin de vous, et au plaisir de vous retrouver à la rentrée avec plein de nouvelles énergies et des histoires enrichissantes à partager.

Jean-Pierre BACCHIERI,
Président du conseil d'administration du GIRC





**MEMBRE FONDATEUR
DE L'UNAIR**

**GIRC & AFASO
RÉUNIS**

ADHÉREZ À UNE ASSOCIATION DE MALADES RESPIRATOIRES

CONSULTEZ LE SITE DE L'ASSOCIATION : GIRCFRANCE.FR

**IL N'Y A PAS D'ARGENT MAGIQUE SANS OBÉRER NOTRE INDÉPENDANCE
NOUS NE SOMMES PAS DES ALCHEMISTES, NOUS NE TRANSFORMONS PAS LE PLOMB EN OR !!!
PENSEZ À RENOUELER VOTRE ADHÉSION POUR L'ANNÉE 2025**

Des adhérents distraits ne se sont pas acquittés des cotisations 2024 , 2023 voire 2022 ou 2021. Si votre situation a changé ou si vous rencontrez une difficulté particulière n'hésitez pas à demander une exonération. Notre commission permanente d'action sociale répondra favorablement à votre demande sans que vous ayez à vous justifier. Au-delà de l'aspect financier, le paiement d'une cotisation matérialise votre attachement à votre association et aux combats qu'elle diligente depuis 1987, pour l'égal accès pour tous à une santé de qualité notamment pour les malades insuffisants respiratoires chroniques parfois discriminés.

UN MALADE APPARTENANT AU GIRC EST PLUS OBSERVANT PARCE QUE MIEUX RENSEIGNÉ.

BULLETIN : D'ADHÉSION DE SOUTIEN DE RENOUELEMENT

Cotisation de base : 35€/an - 50€ pour un couple
Cotisation minorée (sur demande motivée) 25€/an 40€/an pour un couple

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse complète :

Tél. fixe : Portable : Email :

Si votre adresse, mail ou téléphone ont changé, pensez à mettre à jour votre fiche.

De quelle pathologie souffrez-vous ? (facultatif)

Souhaitez-vous recevoir l'ECHO du GIRC en format numérique ?

Souhaitez-vous entrer au conseil de l'association ? Date :

GIRC (Groupe national des Insuffisants Respiratoires Chroniques)

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901, déposée à la Préfecture du Val-de-Marne sous le n° 94.033.2879 le 26 octobre 1987.

Siège : M.C.V.A de Fontenay-sous-bois. **Association agréée par l'ARS IDF** - Arrêté N°21/2022 du 25.01.2022

Bureau, réunions et toutes correspondances : 62 rue Blanchard - 92260 Fontenay-aux-Roses

Tél. : 01 41 87 88 57 - **Urgences : 06 80 84 42 38** - Email : girc@girc.fr - site : www.gircfrance.fr

Stationnement automatisé : double peine pour les handi !



Les personnes handicapées, laissées pour compte de la décentralisation du stationnement payant ? C'est ce qu'affirme le Défenseur des droits (DDD) dans son rapport intitulé « La défaillance du forfait post-stationnement (FPS) : rétablir les droits des usagers » (en lien ci-dessous) qui consacre six pages aux problématiques spécifiques en cas de handicap (38 à 45). Depuis l'entrée en vigueur de la réforme, en janvier 2018, à Paris, sur les 111 800 FPS contestés 17 400 concernent les titulaires d'une carte européenne de stationnement (CES) ou d'une carte mobilité inclusion «stationnement» (CMI-S). Alors qu'ils peuvent se garer gratuitement, ils écotent de contravention et doivent, en plus, la payer avant de pouvoir faire un recours auprès de la Commission de contentieux du stationnement payant (CCSP). « Une double peine » qui a assez duré selon Sophie Cluzel, secrétaire d'Etat au Handicap.

Une méthode approximative : la loi est pourtant claire. L'article L 241-3-2 du code de l'action sociale et des familles indique que « la carte de stationnement pour personnes handicapées permet à son titulaire ou à la tierce personne l'accompagnant d'utiliser, à titre gratuit et sans limitation de durée, toutes les places ouvertes au public ». Bien décidé à la faire respecter, le DDD recommande qu'ils soient exonérés du paiement préalable du FPS ou du FPS majoré pour saisir la CCSP. Le hic ? Bien souvent, ces cartes ne sont pas prises en compte par les systèmes de lecture automatique des plaques d'immatriculation (LAPI). Surnommés « les sulfateuses », ces véhicules (voitures ou scooters) circulent dans les zones de stationnement payant et scannent automatiquement l'ensemble des plaques d'immatriculation puis comparent ces informations à la base de données du stationnement payant afin d'identifier les véhicules pour lesquels la redevance n'a pas été ou insuffisamment payée. Impossible alors de détecter si une carte handicap est apposée sur le pare-brise. « Il apparaît important que les collectivités et leurs prestataires soient sensibilisés à cette problématique et qu'ils n'aient pas exclusivement recours à la méthode LAPI pour constater les contraventions », préconise le rapport.

Hausse des fausses cartes : autre problématique pointée dans le rapport : depuis l'automatisation des contrôles, l'utilisation frauduleuse de ces cartes a connu « une augmentation sans équivalent ». Le DDD rappelle que cette infraction est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 1 500 €, portée à 3 000 € en cas

de récidive dans l'année. Une « pratique frauduleuse » qui porte préjudice, en premier lieu, aux personnes handicapées. En effet, le DDD a constaté que de nombreuses collectivités avaient pris le parti d'établir « systématiquement et sans discernement » un FPS même en présence d'une carte handicap, au motif que les agents avaient des doutes sur son authenticité. A ce titre, il émet deux recommandations : annuler l'amende lorsque le réclamant rapporte la preuve de la détention de la CES ou de la CMI-S et sécuriser le dispositif par le développement de la carte avec puce, pour les CMI, et de « fonctionnalités techniques qui permettent d'appliquer la tarification spécifique dont bénéficient les personnes en situation de handicap ». Face à la fraude, certains délégataires, notamment à Paris, ont décidé de faire suivre une formation à leurs agents de contrôle auprès de la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) pour effectuer un contrôle visuel d'authenticité des cartes. « Néanmoins, ils reconnaissent que les contrôleurs ont encore du mal à identifier celles qui sont fausses et n'excluent pas des erreurs et, par conséquent, l'envoi de FPS à des personnes réellement détentrices de l'une des deux cartes requises », explique le rapport. En parallèle, certaines collectivités ont créé des fichiers qui regroupent les titulaires d'une carte de stationnement pour personnes handicapées. Le cas Paris : APF France handicap souligne que nombre d'entre elles, à commencer par la ville de Paris, leur demandent de signaler leur numéro de plaque d'immatriculation. « Cela signifie que chaque titulaire devrait systématiquement se signaler en mairie dès qu'il se déplace dans une ville », regrette l'association. Selon elle, cette démarche est « irréalisable » pour les personnes handicapées. « Merci au DDD de dénoncer les défaillances des systèmes d'amendes de stationnement à Paris sur lesquelles j'ai interpellé plusieurs fois Anne Hidalgo, sans aucune réponse », exprime Sophie Cluzel sur Twitter. Nicolas Norman, adjoint à la maire de Paris en charge du handicap, riposte en précisant que « le dispositif d'enregistrement des plaques mis en œuvre par la ville de Paris constitue une réponse concertée avec les associations membres du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie de la ville de Paris ». **Selon lui, il a permis de diminuer significativement le nombre de verbalisations indues. Et d'ajouter : « Il appartient au Gouvernement, comme l'indique le rapport du Défenseur des Droits, de changer la loi pour exonérer les personnes handicapées de la redevance de stationnement ».**

LE CARDIF NOTRE PARTENAIRE DEPUIS 1987



Le CARDIF organise à l'attention de ses patients-clients atteints du syndrome d'apnées du sommeil et appareillés par PPC, des séances d'éducation thérapeutique régulières afin de sensibiliser ces malades chroniques sur la nécessité absolue d'être observant nonobstant les gênes occasionnées.

Le CTAR est un des rares établissements spécialisé dans la prise en charge des affections respiratoires lourdes par le déploiement d'une réhabilitation adaptée aux patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive. Le GIRC peut servir utilement de relais pour ses adhérents intéressés.

Les malades atteints de BPCO sont pris en charge lors de séances d'éducation thérapeutique.



Dr FAYSSAL EL HUSSEINI,
Pneumologue, médecin-chef du CTAR 92
Président de CARDIF-ASSISTANCE

Situé sur le site du CARDIF à Fontenay-aux-Roses.

Le Centre de traitement des affections respiratoires (CTAR 92), est ouvert.

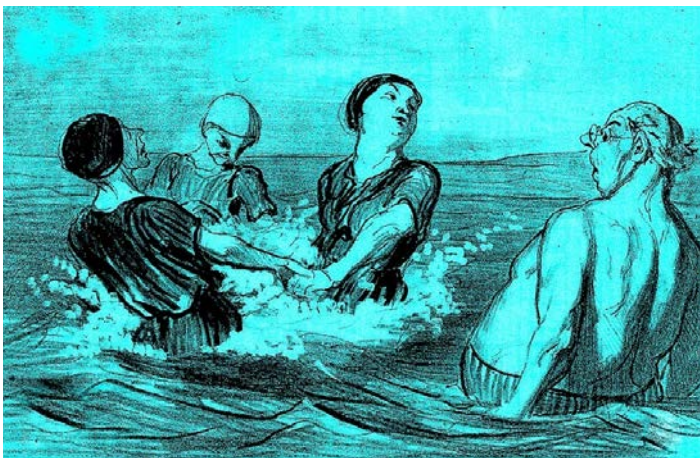
Il existe également 2 autres CTAR situés à :

- Paris 15^{ème} 18/24 rue Lecourbe et
- Paris 12^{ème} 106 rue de Charenton

**SI VOUS AVEZ DES PROBLÈMES RESPIRATOIRES OU DE GRANDE FATIGUE, PENSEZ À VOUS FAIRE DÉPISTER.
LE DÉPISTAGE PRÉCOCE ET LA PRÉVENTION GÈNÈRENT BIEN-ÊTRE ET ÉCONOMIES.
STATISQUEMENT PLUS D'UN MILLION DE NOS CONCITOYENS SONT APNÉIQUES NON DÉPISTÉS**

Pour les malades insuffisants respiratoires chroniques, les vacances ça se prépare avec soin

Pour choisir le meilleur endroit de vacances quand on souffre d'insuffisance respiratoire chronique, il est important de prendre en compte plusieurs facteurs qui peuvent influencer votre confort et votre santé. Voici quelques recommandations : les climats doux, ni trop chauds ni trop froids, sont souvent recommandés. Cela évite les extrêmes qui peuvent exacerber les symptômes. Recherchez des destinations avec peu de pollution atmosphérique. Les petites villes ou les zones rurales loin des grandes métropoles industrielles sont souvent de meilleurs choix. Les endroits en altitude élevée peuvent rendre la respiration plus difficile en raison de la diminution de l'oxygène disponible dans l'air. Il est généralement conseillé de choisir des destinations proches du niveau de la mer. Assurez-vous que la destination choisie dispose de bonnes infrastructures médicales, en particulier des services spécialisés dans le traitement des maladies respiratoires. Les endroits proches de la mer peuvent être bénéfiques grâce à l'air marin, qui est souvent plus pur et riche en iode.



Des exemples de destinations pourraient inclure des zones côtières comme la Bretagne ou la Normandie en France, ou d'autres régions côtières en Europe telles que la côte adriatique en Italie ou en Croatie.

Ces endroits offrent un climat modéré, un air de qualité, et sont souvent dotés de bonnes infrastructures de santé.

Prendre des vacances à la montagne quand on est atteint d'une insuffisance respiratoire chronique nécessite des précautions particulières pour garantir votre confort et

vos santé. Voici quelques conseils à suivre : avant de partir, consultez votre médecin traitant pour discuter de votre voyage. Il peut ajuster vos traitements ou vous donner des recommandations spécifiques en fonction de votre condition. Quand vous partez à la montagne, choisissez des altitudes modérées. L'air en haute altitude



contient moins d'oxygène, ce qui peut être un défi pour la respiration. Il est souvent recommandé de ne pas dépasser les 2000 mètres. Si vous montez en altitude, faites-le graduellement pour permettre à votre corps de s'acclimater à la baisse de l'oxygène disponible dans l'air. Restez bien hydraté. L'air en montagne est souvent sec, ce qui peut aggraver les symptômes de sécheresse des voies respiratoires. Les températures en montagne peuvent être basses, même en été. Le froid peut déclencher ou aggraver les symptômes respiratoires, alors habillez-vous en couches pour rester au chaud. Assurez-vous d'emporter suffisamment de médicaments pour toute la durée de votre séjour et un peu plus en cas d'urgence. Emportez également vos appareils de mesure de la fonction respiratoire si vous en utilisez. Connaître l'emplacement des hôpitaux et des pharmacies près de votre lieu de séjour à la montagne est crucial en cas d'urgence. Choisissez des activités adaptées à votre condition. Évitez les efforts physiques intenses et privilégiez des promenades ou des randonnées légères.

En prenant ces précautions, vous pouvez aider à assurer un séjour agréable et sécuritaire en montagne, même avec une insuffisance respiratoire chronique.

Le tabac tue 75.000 personnes par an... le tabac ruine et détruit les familles... le tabac met en peril notre protection sociale...

OUI, le tabac est considéré comme la cause principale et essentielle du cancer du poumon. Selon les données scientifiques, environ **80 à 90 % des cas de cancer du poumon** sont liés à l'exposition au tabac. Cependant, d'autres facteurs jouent également un rôle, même si leur contribution est moindre en comparaison.

Rôle du tabac :

1. Substances cancérigènes dans la fumée de tabac :

la fumée de tabac contient plus de 70 substances cancérigènes, comme les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) et les nitrosamines, qui endommagent l'ADN des cellules pulmonaires et favorisent la formation de tumeurs.

2. Facteurs de risque liés au tabac :

Quantité fumée : le risque de cancer augmente avec le nombre de cigarettes fumées quotidiennement.

Durée d'exposition : le risque est particulièrement élevé chez les fumeurs de longue date.

Fumée secondaire : les non-fumeurs exposés à la fumée passive courent également un risque accru.

3. Réduction du risque en arrêtant :

chez les anciens fumeurs, le risque diminue progressivement après l'arrêt, bien qu'il ne redevienne jamais totalement équivalent à celui des non-fumeurs.

Autres causes possibles : bien que le tabac soit la principale cause, environ 10 à 20 % des cancers du poumon surviennent chez des non-fumeurs. Parmi les autres facteurs de risque, on trouve :

1. Exposition à des substances toxiques :

Radon : un gaz radioactif naturel qui peut s'accumuler dans les habitations.

Amiante : particulièrement chez les travailleurs exposés professionnellement.

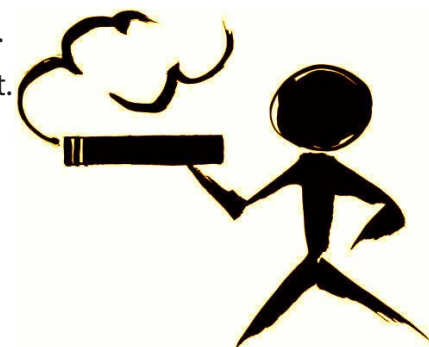
Pollution de l'air : la pollution extérieure (particules fines, diesel) et intérieure (fumées de cuisson ou de chauffage) augmente également le risque.

2. Facteurs génétiques : une prédisposition familiale ou des mutations génétiques spécifiques peuvent contribuer au développement du cancer du poumon.

3. Maladies chroniques : certaines pathologies pulmonaires comme la BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) augmentent également le risque.

4. Alcool et régime alimentaire : bien qu'ils aient un impact plus indirect, une consommation excessive d'alcool ou un régime déséquilibré peuvent influencer le risque global de cancers.

Conclusion : le tabac reste l'élément majeur et évitable du cancer du poumon. La lutte contre le tabagisme, via des campagnes de prévention, des taxes, et des aides au sevrage, reste donc une priorité de santé publique. Cependant, il est également important de prendre en compte d'autres facteurs de risque, notamment pour expliquer les cas chez les non-fumeurs.



Mariage du nucléaire et de la recherche médicale

Orano Med, filiale du groupe Orano spécialisée dans les alphathérapies ciblées en oncologie, a récemment initié la construction de l'usine ATEF (Advanced Thorium Extraction Facility) à Bessines-sur-Gartempe, en Haute-Vienne. Cette installation, unique au monde, sera dédiée à la production de thorium-228, précurseur du plomb-212, essentiel pour des



traitements innovants en radiothérapie interne vectorisée. L'alphathérapie ciblée au plomb-212 associe la capacité des molécules biologiques à cibler spécifiquement les cellules cancéreuses avec le potentiel destructeur des émissions alpha du plomb-212, permettant ainsi de détruire les tumeurs tout en préservant les tissus sains environnants. La mise en service de l'usine ATEF est prévue pour 2027. Elle permettra de multiplier par dix les capacités actuelles de production du laboratoire Maurice Tubiana, avec un investissement de l'ordre de 250 millions d'euros et la création de près de 70 emplois directs et 100 emplois indirects. À terme, cette plateforme industrielle vise une production annuelle de 100 000 doses de médicaments.

Par ailleurs, Orano Med a posé la première pierre de son laboratoire ATLab à Onnaing, dans le Nord, en février 2024. Ce laboratoire pharmaceutique sera consacré à la production de radiothérapies internes vectorisées au plomb-212, avec une capacité initiale de 10 000 doses par an dès 2025, et une ambition de multiplier cette production par dix d'ici la fin de la décennie. Ces initiatives s'inscrivent dans la stratégie d'Orano de valoriser les matières nucléaires pour des applications médicales, notamment dans la lutte contre le cancer, en développant des thérapies innovantes et en renforçant les capacités de production pour répondre aux besoins mondiaux des patients.

Sanofi investit dans la médecine nucléaire d'Orano. Le programme d'Orano Med et Sanofi autour des alphathérapies ciblées présente un intérêt majeur pour le traitement des cancers, en particulier ceux résistants aux traitements conventionnels. Voici les principaux points d'intérêt de cette initiative :

1. Thérapies de Nouvelle Génération (Alphathérapie Ciblée) :

l'alphathérapie repose sur l'utilisation du plomb-212, un émetteur de particules alpha, qui est associé à des molécules biologiques capables de cibler spécifiquement les cellules cancéreuses. Les particules alpha libérées lors de la désintégration radioactive ont une portée très courte (quelques microns), ce qui permet de détruire efficacement les cellules tumorales tout en préservant les tissus sains environnants. Ces thérapies sont particulièrement prometteuses pour les cancers métastatiques, les cancers rares et ceux résistants aux chimiothérapies classiques. Grâce à la spécificité du ciblage, ce traitement est moins toxique que d'autres formes de radiothérapie, réduisant ainsi les effets secondaires pour les patients. Orano construit actuellement l'usine ATEF à Bessines-sur-Gartempe, qui produira du thorium-228, précurseur du plomb-212. L'usine devrait permettre de produire jusqu'à **100 000 doses par an** dès 2027, répondant ainsi à la demande croissante mondiale pour ce type de traitement. Sanofi



apporte son expertise pharmaceutique, facilitant ainsi la distribution et l'intégration de ces traitements dans les parcours de soins hospitaliers. La collaboration entre Orano et Sanofi contribue à rendre ces thérapies innovantes accessibles à un plus grand nombre de patients, renforçant ainsi la lutte mondiale contre le cancer.

Orano utilise ses compétences en traitement des matières nucléaires pour des applications médicales, offrant ainsi une nouvelle voie d'utilisation bénéfique à la société. La recherche sur de nouvelles combinaisons de radiothérapies et d'agents biologiques continue d'ouvrir des perspectives pour d'autres types de cancers. Le partenariat Orano/Sanofi est un modèle de synergie entre l'industrie nucléaire et l'industrie pharmaceutique, visant



à développer des traitements innovants contre des cancers difficiles à traiter, avec des résultats prometteurs en termes d'efficacité et de sécurité. Les premiers résultats des essais cliniques menés par Orano Med et ses partenaires sur l'alphathérapie ciblée au plomb-212 sont prometteurs, notamment pour le traitement des tumeurs neuroendocrines gastro-entéro-pancréatiques (TNE-GEP). Cette alphathérapie ciblée associe un peptide visant le récepteur de la somatostatine au plomb-212. Les essais cliniques de phase I et II ont montré qu'AlphaMedix™ est bien toléré et qu'il réduit significativement la charge tumorale, avec un taux de réponse objective (ORR) de 62,5 % selon les critères RECIST 1.1. En reconnaissance de son potentiel, la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a accordé à AlphaMedix™ la désignation de «Breakthrough Therapy» pour le traitement des patients adultes atteints de TNE-GEP n'ayant pas reçu de radiothérapie interne vectorisée préalable. Les essais de phase II se poursuivent, impliquant l'administration d'AlphaMedix™ à 34 patients en plusieurs cycles, afin d'évaluer davantage sa sécurité et son efficacité.

Ces avancées suggèrent qu'AlphaMedix™ pourrait offrir une alternative thérapeutique efficace pour les patients atteints de tumeurs neuroendocrines, en particulier ceux pour lesquels les options actuelles sont limitées.

Les **tumeurs neuroendocrines (TNE)** sont des tumeurs rares qui se développent à partir des cellules du système neuroendocrinien. Ces cellules possèdent des caractéristiques à la fois des cellules nerveuses et des cellules endocrines (qui produisent des hormones). Elles peuvent apparaître dans n'importe quelle partie du corps, mais les plus fréquentes

se trouvent dans : **le tube digestif (estomac, intestin grêle, côlon, rectum), le pancréas, les poumons, d'autres organes comme la thyroïde ou les glandes surrénales.** Certaines TNE sont lentes et peu agressives, tandis que d'autres peuvent être plus rapides et métastatiques. Elles peuvent être fonctionnelles (produisant des hormones, ce qui provoque des symptômes spécifiques) ou **non fonctionnelles** (ne produisant pas d'hormones).

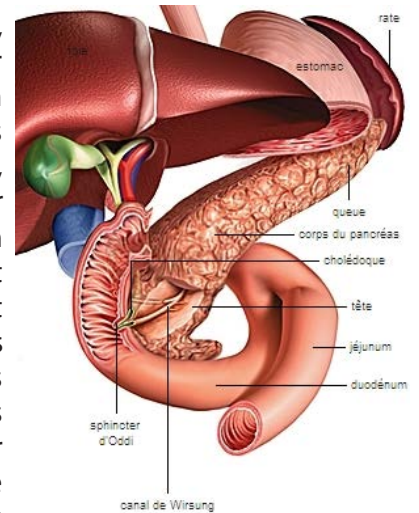
Les symptômes varient selon l'emplacement de la tumeur et la production d'hormones : Flushing (rougeur soudaine de la peau), diarrhées, hypoglycémie ou hyperglycémie, crises de palpitation ou hypotension. Symptômes tardifs dus à la croissance tumorale (douleur, occlusion intestinale, etc.) métastases détectées avant la tumeur primaire, antécédents familiaux (certaines TNE sont associées à des syndromes héréditaires comme le néoplasie endocrinien multiple), exposition à certains produits chimiques, conditions génétiques rares.

Diagnostic : imagerie médicale (scanner, IRM, TEP-scan), **analyses sanguines et urinaires** (pour détecter des hormones ou marqueurs spécifiques), biopsie (pour analyser la tumeur au microscope)

Traitements : chirurgie : si la tumeur est localisée et opérable, **radiothérapie interne vectorisée** : ciblage des cellules tumorales avec des agents radioactifs (comme le **plomb-212** dans les alphathérapies d'Orano Med), **médicaments** : analogues de la somatostatine, chimiothérapie ou thérapies ciblées. **Surveillance active** : pour les tumeurs à faible progression. **Les TNE à faible agressivité ont un bon pronostic**, avec des traitements permettant de contrôler la maladie pendant plusieurs années. **Les formes agressives nécessitent des traitements plus intensifs**, mais les nouvelles thérapies offrent des perspectives encourageantes. En résumé, les TNE sont complexes mais de nombreuses avancées, comme celles apportées par Orano et Sanofi, permettent d'améliorer leur prise en charge et d'offrir des traitements plus ciblés et efficaces.

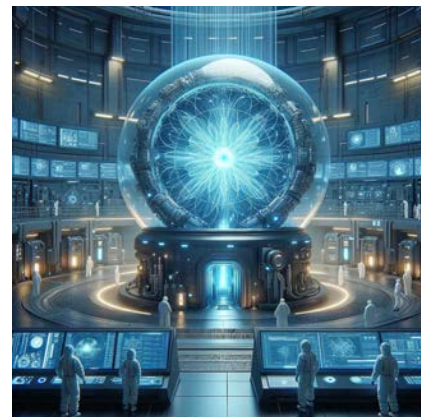
Augmentation des cancers du pancreas

La question des épidémies de cancer, comme celle du cancer du pancréas, est complexe et multifactorielle. Voici quelques éléments qui peuvent contribuer à l'explication de ce phénomène : certaines personnes peuvent avoir une prédisposition génétique au cancer du pancréas, ce qui peut expliquer des taux plus élevés dans certaines familles ou populations. L'exposition à certains produits chimiques, polluants ou autres agents carcinogènes peut augmenter le risque de développer un cancer du pancréas. Par exemple, le **tabagisme** est un facteur de risque bien établi. À mesure que la population vieillit, les cas de cancer du pancréas peuvent augmenter, simplement parce que le risque de cancer augmente généralement avec l'âge. Avec les progrès de la médecine et des technologies de diagnostic, des cancers qui auraient pu ne pas être détectés auparavant sont maintenant identifiés plus fréquemment et plus tôt dans leur développement. Les changements dans les habitudes alimentaires, **l'obésité et la sédentarité** peuvent également jouer un rôle dans l'augmentation des taux de certains types de cancer, y compris le cancer du pancréas. Il est également possible que des interactions complexes entre les gènes, l'environnement et le mode de vie contribuent à l'incidence du cancer du pancréas, rendant difficile l'identification d'une cause unique. Pour mieux comprendre les raisons spécifiques d'une augmentation des cas de cancer du pancréas dans une région ou une population donnée, des études épidémiologiques détaillées sont nécessaires, analysant tous ces facteurs et plus encore.



FUSION : un possible nucléaire sans déchets à vie longue

La fusion nucléaire, souvent citée comme l'avenir potentiel de la production d'énergie, est attrayante précisément parce qu'elle promet de produire une grande quantité d'énergie sans les déchets radioactifs à longue durée de vie qui sont caractéristiques de la fission nucléaire, le type de réaction utilisé dans les centrales nucléaires actuelles. La fusion nucléaire est le processus qui alimente le soleil et d'autres étoiles : lorsque des noyaux atomiques légers sont pressés ensemble à des températures et des pressions extrêmement élevées, ils fusionnent pour former un noyau plus lourd, libérant une quantité colossale d'énergie dans le processus. Pour la Terre, les isotopes de l'hydrogène, comme le deutérium et le tritium, sont généralement envisagés pour alimenter ces réactions. L'un des principaux avantages de la fusion est que ses sous-produits ne sont pas des déchets radioactifs de longue durée comparables à ceux générés par les réacteurs de fission. Les matériaux utilisés et les produits générés peuvent devenir radioactifs, mais la radioactivité de ces matériaux diminue généralement à des niveaux sûrs dans un laps de temps beaucoup plus court. Les défis restent néanmoins considérables. Atteindre et maintenir les conditions nécessaires pour la fusion est techniquement très exigeant. Les réactions de fusion requièrent des températures extrêmement élevées (plusieurs dizaines de millions de degrés), une densité suffisante de réactifs et un confinement efficace de la matière à ces températures, souvent atteint par confinement magnétique ou inertiel. Actuellement, aucun réacteur de fusion ne produit d'énergie de manière soutenue ou économiquement viable, mais des projets comme ITER en France et d'autres initiatives à travers le monde travaillent à surmonter ces obstacles. Si la fusion nucléaire devenait réalisable à grande échelle, elle pourrait potentiellement fournir une source d'énergie quasi illimitée, propre, sans les risques de catastrophe nucléaire liés à la fission et avec un impact environnemental minimal en termes de déchets radioactifs.





Le traitement du cancer du poumon a considérablement évolué au cours des dernières décennies, en particulier grâce aux avancées en immunothérapie, en thérapie ciblée et en détection précoce.

Voici un aperçu des progrès récents et des perspectives à court terme : l'immunothérapie est devenue l'un des piliers du traitement du cancer du poumon, en particulier pour le cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC). Des médicaments comme les inhibiteurs de PD-1 et PD-L1 (par exemple, pembrolizumab et nivolumab) aident le système immunitaire à reconnaître et attaquer les cellules cancéreuses. L'immunothérapie pourrait être combinée avec d'autres traitements pour améliorer les résultats et de nouvelles molécules sont en développement pour augmenter le nombre de patients répondant à ces traitements. Les thérapies ciblées agissent sur des mutations spécifiques des cellules cancéreuses. Par exemple, les inhibiteurs d'EGFR et d'ALK sont utilisés avec succès pour les patients ayant des mutations génétiques particulières. Les progrès en profilage génétique permettent de détecter de nouvelles mutations pour lesquelles des thérapies ciblées spécifiques peuvent être développées. Cela offre une approche plus personnalisée du traitement. La médecine de précision, basée sur le profilage génétique des tumeurs, permet d'identifier le traitement le plus adapté pour chaque patient. Les biomarqueurs sont de plus en plus utilisés pour déterminer la probabilité de réponse aux traitements. À court terme, des tests génétiques plus rapides et plus précis pourraient devenir courants, facilitant ainsi le choix de thérapies adaptées dès le diagnostic. Le dépistage par tomodensitométrie à faible dose (TDM) a montré qu'il pouvait réduire la mortalité chez les personnes à haut risque (comme les gros fumeurs). Cette

technologie aide à détecter le cancer à un stade plus précoce, où il est plus facile à traiter. L'élargissement du dépistage et l'amélioration de l'IA pour interpréter les résultats de façon plus précise sont des pistes prometteuses. Les tests sanguins pour détecter des marqueurs de cancer pourraient aussi jouer un rôle.

Thérapies combinées et avancées technologiques : la combinaison de chimiothérapie avec d'autres traitements, comme l'immunothérapie, a montré des résultats positifs en augmentant les taux de réponse. Des essais cliniques explorent des combinaisons de plusieurs immunothérapies, des traitements ciblés, et même des thérapies géniques. Les nouvelles technologies, telles que la radiothérapie de haute précision (protonthérapie), peuvent améliorer la qualité de vie des patients. **Les progrès dans le traitement du cancer du poumon offrent des perspectives prometteuses à court terme, particulièrement en termes de personnalisation des traitements et d'amélioration du dépistage précoce. L'innovation en immunothérapie et thérapies ciblées, combinée avec la médecine de précision, promet d'augmenter les chances de survie et de réduire les effets secondaires pour les patients.**

De plus, le développement de vaccins contre certains types de cancers est une avenue de recherche très active et prometteuse. Il existe actuellement deux types de vaccins dans le domaine de l'oncologie : ils visent à prévenir des infections virales liées au cancer, empêchant ainsi le développement de certaines formes de cancer. Le vaccin contre le HPV est un exemple important de vaccin préventif contre le cancer, utilisé pour prévenir les cancers du col de l'utérus, de la gorge, et d'autres cancers associés à ce virus. Le vaccin contre l'hépatite B, en réduisant les infections chroniques, contribue à réduire les cas de cancer du foie. Ils stimulent le système immunitaire pour reconnaître et détruire les cellules cancéreuses déjà présentes dans l'organisme. Plusieurs vaccins thérapeutiques

sont en développement, notamment pour le mélanome, le cancer du sein, et certains cancers du poumon. Le but est de générer une réponse immunitaire ciblée contre les cellules cancéreuses en utilisant des antigènes spécifiques à chaque tumeur. Les vaccins thérapeutiques personnalisés, conçus à partir de l'analyse génétique des tumeurs d'un patient, montrent un potentiel prometteur. Ces vaccins, basés sur les mutations spécifiques d'une tumeur, aident le système immunitaire à reconnaître et à cibler des cellules cancéreuses uniques à chaque patient. Grâce aux progrès en immunothérapie et en technologies de séquençage, les perspectives pour les vaccins contre le cancer se renforcent : plusieurs vaccins sont actuellement en phase d'essais cliniques, incluant des vaccins ARN messager (mRNA), similaires à ceux utilisés pour le COVID-19. Moderna et BioNTech, par exemple, travaillent activement sur des vaccins personnalisés contre le cancer basés sur la technologie mRNA. Des recherches explorent l'utilisation de vaccins en combinaison avec d'autres traitements, comme l'immunothérapie, pour améliorer les réponses du système immunitaire. Les vaccins contre le cancer doivent surmonter plusieurs défis, notamment en raison de la complexité et de la variabilité des cellules cancéreuses. Les cellules cancéreuses échappent souvent au système immunitaire, et développer des vaccins capables de cibler efficacement des tumeurs hétérogènes reste complexe.

À court et moyen terme, les vaccins thérapeutiques, en particulier les vaccins personnalisés, semblent offrir les perspectives les plus prometteuses pour certains types de cancers. Bien que les vaccins curatifs contre le cancer ne soient pas encore généralisés, les avancées rapides et les nombreux essais cliniques en cours offrent l'espoir que cette approche devienne un pilier important dans la lutte contre le cancer dans un avenir proche.

Manque de pneumologues

La France fait face à une pénurie de pneumologues, mais il est difficile de quantifier précisément le nombre de praticiens manquants à l'échelle nationale. En 2022, on recensait environ 3 200 pneumologues en France, avec une densité moyenne de 4,8 pneumologues pour 100 000 habitants. Cette pénurie est particulièrement marquée dans certaines régions. Par exemple, en Gironde, le nombre de pneumologues a diminué de 39 en 2020 à 27 en 2022, entraînant des délais de consultation pouvant atteindre 6 à 8 mois. Les causes de cette situation incluent le numerus clausus restrictif, le vieillissement de la population nécessitant davantage de soins spécialisés, et une répartition inégale des médecins sur le territoire. En l'absence de données précises sur le nombre exact de pneumologues manquants, il est toutefois évident que la demande dépasse l'offre actuelle, affectant l'accès aux soins pour de nombreux patients.

La pénurie de pneumologues a plusieurs conséquences importantes sur la prise en charge des patients souffrant de maladies respiratoires, qui sont particulièrement préoccupantes étant donné le nombre élevé de personnes affectées, estimé à 10 millions pour toutes pathologies confondues. Voici quelques-unes de ces conséquences :

1. Délais d'attente plus longs : avec moins de spécialistes disponibles, les délais pour obtenir un rendez-vous peuvent augmenter significativement. Cela peut retarder le diagnostic et le début des traitements nécessaires, ce qui peut aggraver les conditions des patients.

2. Accès inégal aux soins : la pénurie peut être plus sévère dans certaines régions, particulièrement dans les zones rurales ou moins urbanisées. Cela crée des inégalités dans l'accès aux soins spécialisés, avec des patients dans certaines régions qui peuvent ne pas recevoir le même niveau de soins que ceux dans des régions mieux pourvues en pneumologues.

3. Charge de travail accrue pour les médecins existants : les pneumologues en activité peuvent se retrouver avec une charge de travail excessive, ce qui peut réduire la qualité des soins fournis. La fatigue et le stress liés à cette surcharge peuvent également augmenter le risque d'erreur médicale.

4. Impact sur les soins de suivi et la gestion des maladies chroniques : les maladies respiratoires nécessitent souvent une surveillance régulière et un ajustement continu des traitements. Une pénurie de spécialistes peut compromettre la gestion efficace de ces maladies, entraînant des complications et des hospitalisations qui auraient pu être évitées.

TÉL. : 07 69 16 16 17
ADHÉREZ AU GIRC VIA NOTRE SITE
SITE : www.gircfrance.fr - Email : girc@girc.fr



La pénurie de pneumologues, c'est :

- Moins de dépistages précoces !
- Moins de prévention !
- Une prise en charge souvent trop tardive !
- Moins d'éducation thérapeutique !
- Moins de réhabilitation !
- Plus de soins lourds et de souffrances !

5. Conséquences économiques : les retards dans le traitement et la gestion inefficace des maladies respiratoires peuvent entraîner des coûts plus élevés pour le système de santé, du fait des traitements d'urgence, des hospitalisations prolongées et des traitements de complications avancées.

Face à cette pénurie, des mesures comme la formation de plus de spécialistes, l'incitation des médecins à pratiquer dans des régions sous-desservies, ou l'utilisation accrue de la télémédecine pourraient être envisagées pour améliorer l'accès aux soins pneumologiques.

ERRATUM

Une coquille s'est glissée dans notre écho d'hiver s'agissant du commentaire de notre repas de Noël: il faut lire : **NOUS AVONS ÉTÉ HONORÉS PAR LA PRÉSENCE D'AMIS DE NOTRE ASSOCIATION À LA PLACE «PRIS EN CHARGE PAR L'ASSOCIATION»**

Pénurie de places pour personnes handicapées

Des procédures de plus en plus illisibles au bon vouloir des administrations locales

La pénurie de places de stationnement pour les personnes en situation de handicap est un problème fréquent et plusieurs facteurs contribuent à cette situation : bien que la législation impose un quota minimal de places réservées pour les personnes handicapées (généralement 2 % des places dans les parkings publics et privés), ce nombre est souvent insuffisant, notamment dans les zones urbaines denses où la demande est forte. La densité des infrastructures urbaines et la priorité donnée à d'autres types de stationnements (zones commerciales, résidentielles, etc.) contribuent à cette pénurie. Avec une population vieillissante, le nombre de personnes nécessitant des places de stationnement réservées augmente. Les personnes âgées, souvent affectées par des problèmes de mobilité, sont plus nombreuses à utiliser des cartes de stationnement pour personnes handicapées, augmentant ainsi la demande sur des places qui n'ont pas été ajustées en fonction de cette évolution démographique. Dans certaines villes ou zones rurales, les infrastructures de stationnement ne sont pas toujours bien adaptées aux besoins des personnes handicapées. La croissance rapide des villes et l'augmentation du nombre de véhicules sur les routes créent une pression supplémentaire sur les espaces de stationnement en général. La pénurie de places de stationnement pour les personnes handicapées résulte d'un ensemble de facteurs structurels et comportementaux, incluant un manque de places adaptées, une utilisation inappropriée par d'autres automobilistes, et une demande croissante due à l'évolution démographique. Des solutions telles que des contrôles renforcés, une augmentation des quotas de places réservées et une meilleure prise en compte des besoins dans les aménagements urbains pourraient améliorer la situation. Le stationnement pour les personnes

en situation de handicap en France fait l'objet de règles spécifiques qui visent à leur faciliter l'accès à divers lieux publics. Toutefois, les procédures et les modalités d'application varient souvent d'une commune à l'autre, créant une complexité pour les usagers. Voici quelques raisons et points de clarification sur la situation : certaines villes appliquent des règles qui diffèrent concernant la gratuité, la durée de stationnement ou les zones où le stationnement est autorisé. Par exemple, dans certaines communes, le stationnement est entièrement gratuit pour les détenteurs de la carte européenne de stationnement pour personnes handicapées, tandis que dans d'autres, la gratuité n'est accordée que pour une durée limitée ou dans certaines zones spécifiques. Cela peut rendre les règles difficiles à comprendre, notamment pour les personnes qui se déplacent d'une ville à l'autre. **La carte européenne de stationnement, qui permet aux personnes handicapées de se garer dans des zones réservées, est généralement reconnue à l'échelle nationale et européenne. Cependant, certaines municipalités imposent des démarches supplémentaires, comme l'enregistrement préalable du véhicule pour bénéficier de la gratuité du stationnement.** Cela crée une complexité administrative qui peut être frustrante pour les usagers, surtout si les informations ne sont pas suffisamment claires ou accessibles. Dans certaines communes, la signalisation concernant les places réservées aux personnes handicapées peut être insuffisante ou mal placée, ce qui rend encore plus difficile l'application des règles. Les personnes handicapées doivent parfois chercher les informations elles-mêmes ou se retrouver en infraction par manque de clarté. De plus en plus de villes mettent en place des procédures dématérialisées, comme l'obligation de s'inscrire en ligne pour bénéficier



de la gratuité ou de la durée prolongée du stationnement. Si cela peut être un avantage pour certains, cela pose aussi des problèmes d'accessibilité pour les personnes moins à l'aise avec les technologies numériques. Les amendes pour mauvais stationnement, y compris sur des places réservées aux personnes handicapées, varient également d'une commune à l'autre. Certaines villes appliquent des sanctions lourdes pour dissuader les abus, tandis que d'autres sont plus laxistes. Cette variation dans les politiques peut également rendre les procédures difficiles à comprendre et à anticiper pour les usagers. La disparité des règles de stationnement pour les personnes handicapées entre les communes rend l'accès aux places réservées et la compréhension des droits de plus en plus complexes. Une harmonisation des pratiques au niveau national, avec des règles uniformes, améliorerait l'accessibilité et la lisibilité des droits pour les personnes en situation de handicap.

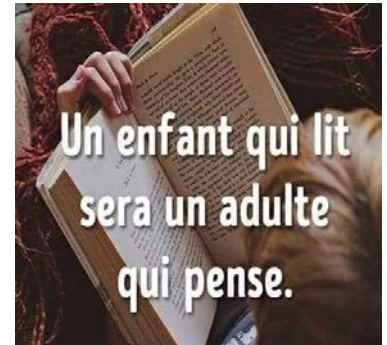
Il est matériellement impossible pour un handicapé qui se déplace de vérifier commune par commune les règles qui s'appliquent en fait sur des principes de financiarisation de l'espace public. **Équipé du système PAYBYPHONE, lors des derniers jours, j'ai été dans l'impossibilité de stationner réglementairement à PARIS, BAGNEUX et surtout VINCENNES ville ou un handicapé doit aller s'identifier obligatoirement en mairie et c'est une honte.**

L'écho du G.I.R.C



J'ai reçu le devis du garagiste pour changer mes plaquettes de frein. C'est décidé, je ne freine plus.

Vous vous plaignez de la cinquantaine qui s'approche, mais vous verrez, c'est pire quand elle s'éloigne.



Si on dit de toi que tu es perché, illuminé, complotiste, déconnecté, alors réjouis toi! Cela signifie que ton cerveau n'a pas été broyé par le rouleau compresseur de cette société malade !

**JE N'AIMERAI PAS ÊTRE UNE FEMME
Ça doit être chiant de tout savoir et d'avoir toujours raison**

Recommander aux pauvres d'être économes c'est chose à la fois grotesque et insultante. Cela revient à conseiller à un homme qui meurt de faim de manger moins.

Oscar Wilde, Pensées



La santé ne vient pas toujours de la médecine. La plupart du temps, elle vient de la tranquillité d'esprit, de la paix du coeur, de la paix de l'esprit. Elle vient du rire et de l'amour.



Médecins étrangers travaillant en France



Au 1^{er} janvier 2024, la France comptait 30 961 médecins en activité ayant obtenu leur diplôme à l'étranger, soit une augmentation de 101,7 % par rapport à 2010. Ces praticiens représentent désormais 13,1 % de l'ensemble des médecins en activité en France. Parmi ces médecins à diplôme étranger, 5,6 % ont obtenu leur diplôme au sein de l'Union européenne, tandis que 7,5 % l'ont obtenu hors de l'UE. Les principaux pays d'obtention des diplômes pour les médecins issus de l'UE sont la Roumanie, la Belgique et l'Italie. Pour ceux diplômés hors de l'UE, il s'agit principalement de l'Algérie, de la Tunisie et de la Syrie. La proportion de médecins à diplôme étranger varie selon les spécialités : médecine générale : 6,1 % des médecins en activité. Spécialités médicales : 17,4 %. Spécialités chirurgicales : 21 %. Ces médecins sont souvent plus présents dans les régions confrontées à une pénurie de professionnels de santé, contribuant ainsi à pallier les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins.

Le déploiement important de médecins étrangers en France s'explique par plusieurs facteurs : une grande partie des médecins français formés dans les années 1970-1980 partent à la retraite, entraînant un déficit de professionnels dans certaines régions. Pendant plusieurs décennies, le *numerus clausus* (quota limitant le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine) était très faible en France. Cette politique

a entraîné un manque de médecins formés localement. Certaines régions rurales ou zones périurbaines sont particulièrement touchées par un manque de médecins, rendant nécessaire le recours à des praticiens étrangers. Malgré l'assouplissement du *numerus clausus* (et sa suppression en 2021), il faut plusieurs années pour former un médecin. Dans l'intervalle, la France dépend des médecins diplômés à l'étranger pour combler ses besoins. Comparée à d'autres pays, la France offre des salaires et des infrastructures médicales attractives. La France a simplifié les processus permettant aux médecins formés à l'étranger d'exercer, bien que des procédures spécifiques demeurent pour les médecins extra-européens. Pour de nombreux médecins issus de pays francophones la maîtrise de la langue et les liens historiques ou culturels facilitent leur intégration en France. Face à l'urgence sanitaire, certains dispositifs ont été mis en place pour faciliter l'accès à des médecins diplômés à l'étranger. Par exemple, dans certaines régions où les déserts médicaux sont particulièrement marqués, des incitations financières et administratives encouragent les recrutements étrangers. Dans certains pays, les opportunités professionnelles pour les médecins sont limitées.

Conséquences positives : les médecins étrangers jouent un rôle essentiel dans le maintien du système de santé français, en particulier dans les régions touchées par la pénurie. Ils permettent de réduire les délais d'attente pour les patients

et d'améliorer l'accès aux soins. En résumé, ce déploiement est une réponse à la pénurie de médecins locaux, conjuguée à une attractivité forte de la France pour les professionnels de santé formés à l'étranger. En 2023, la France comptait 29 238 médecins généralistes étrangers, représentant 12,5 % de l'ensemble des généralistes. Parmi eux, 55 % étaient originaires de pays non membres de l'Union européenne, dont 37,4 % provenaient d'Algérie. Cela signifie qu'environ 6 000 médecins généralistes exerçant en France en 2023 étaient diplômés d'Algérie. Toutefois, ce chiffre ne reflète pas le nombre total de médecins algériens en France, car il n'inclut pas les spécialistes ni ceux exerçant sous des statuts spécifiques. Selon des données antérieures, en 2017, 4 404 médecins exerçant en France étaient diplômés des universités algériennes, représentant une hausse de 60 % en dix ans. En incluant ceux nés en Algérie et diplômés en France, le nombre atteignait 14 305 médecins. Bien que les chiffres exacts pour 2023 ne soient pas précisés, ces données indiquent une présence significative et croissante des médecins algériens dans le système de santé français. **Pour les représentants de malades respiratoires que nous sommes, l'origine des médecins ne nous importe peu, seule la compétence compte. Par contre le citoyen peut légitimement s'interroger sur cette invraisemblable et ancienne pénurie dont l'origine a un demi siècle.**

La pollution : un fléau pour notre santé

La pollution, qu'elle soit extérieure ou intérieure, a une influence significative sur l'appareil respiratoire. Elle peut causer ou aggraver de nombreuses maladies respiratoires, affectant la qualité de vie et la santé globale. Voici un aperçu des impacts de différentes formes de pollution sur l'appareil respiratoire :

Types de polluants et leurs effets :

- particules fines (PM10, PM2,5) :** ces particules très fines pénètrent profondément dans les voies respiratoires et les alvéoles pulmonaires. Elles peuvent provoquer : inflammations des voies respiratoires, exacerbation de l'asthme, augmentation du risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), déclin progressif de la fonction pulmonaire, cancer du poumon.
- Dioxyde d'azote (NO₂) :** principalement émis par les véhicules à moteur, il provoque : une irritation des muqueuses des voies respiratoires, une aggravation des maladies respiratoires existantes, comme l'asthme, une augmentation des infections respiratoires.
- Ozone (O₃) :** formé par réaction chimique entre la lumière du soleil et les polluants, il provoque : des irritations des voies respiratoires, une inflammation pulmonaire, des symptômes comme la toux, l'essoufflement, et une diminution des performances respiratoires.
- Soufre (SO₂) :** émis par les industries, il peut entraîner : des irritations des voies respiratoires supérieures, une toux chronique, une exacerbation des pathologies comme la BPCO et l'asthme.

Pollution intérieure, fumées domestiques provenant de la combustion de charbon,

bois ou biomasse, elles peuvent entraîner : maladies respiratoires obstructives chroniques, risques accrus de pneumonie, en particulier chez les enfants, asthme et infections respiratoires chroniques.

Fumée de tabac : principale cause évitable de maladies respiratoires graves, comme : cancer du poumon, emphysème, aggravation de l'asthme.

Produits chimiques et radon : les produits ménagers volatils (COV) et le radon augmentent le risque d'affections respiratoires et de cancers.

Conséquences sur la santé respiratoire :

- aiguës :** irritations des voies respiratoires : nez, gorge, trachée, et bronches.
- Infections respiratoires,** augmentation des cas de bronchites et pneumonies.
- Symptômes transitoires :** essoufflement, toux, sécrétions muqueuses.

Chroniques : asthme : les polluants (particules fines, ozone, fumée) aggravent les symptômes chez les asthmatiques et augmentent la fréquence des crises.

BPCO : la pollution peut initier ou aggraver cette maladie progressive caractérisée par un rétrécissement des voies respiratoires.

Cancer du poumon : surtout en lien avec les particules fines et certains polluants spécifiques (tabac, radon).

Déclin fonctionnel pulmonaire : une exposition prolongée à la pollution accélère le vieillissement pulmonaire.

Chez les populations sensibles : les enfants, les personnes âgées et les



Une autre célébrité en route pour me dire que je dois boire avec une paille en papier pour sauver la planète.

malades chroniques sont plus vulnérables :

- Chez les enfants :** impact sur le développement pulmonaire.
- Chez les seniors :** risque accru d'infections graves et de complications.
- Chez les personnes asthmatiques :** aggravation des crises et des hospitalisations.

Prévention et solutions :

- réduction de l'exposition personnelle :** éviter de sortir lors des pics de pollution, porter un masque antiparticules dans les zones à forte pollution, utiliser des purificateurs d'air à l'intérieur.
- Amélioration des politiques publiques :** réduction des émissions industrielles et des transports, transition vers des énergies renouvelables, renforcement des normes de qualité de l'air.
- Sensibilisation des populations :** informer sur les risques de la pollution, encourager les habitudes de vie saines, comme arrêter de fumer.

Conclusion : la pollution a des effets graves sur l'appareil respiratoire, surtout en cas d'exposition prolongée. Une action collective et individuelle est essentielle pour réduire ces impacts et protéger la santé pulmonaire.



L'histoire à réécrire ? Hier

Les archéologues ont longtemps soupçonné que certaines des «têtes» de l'île de Pâques avaient un corps enterré. En même temps, les «têtes géantes», hautes de plusieurs mètres, étaient considérées comme une exception. En effet, si ces têtes avaient eu un corps en dessous, il aurait fallu qu'elles soient de véritables géants de pierre, d'au moins 20 mètres de haut, pour que les proportions soient respectées. Des fouilles récentes ont montré que les «têtes géantes» de l'île de Pâques sont en fait des «géants de pierre» enterrés, dont les têtes ont émergé de la terre... Comment des statues de plusieurs tonnes ont-elles pu se retrouver à près de 20 mètres de profondeur ? S'ils l'ont fait exprès, comment ont-ils réussi à le faire sans les briser ? L'île de Pâques n'est guère plus qu'un îlot. Où ont-ils trouvé la main d'œuvre pour enterrer des dizaines et des dizaines de «géants de pierre» au milieu de l'océan ? Des questions sans réponse. Les Égyptiens étaient capables de faire des choses similaires, mais ils disposaient de la main-d'œuvre d'un empire. De quelle main-d'œuvre disposaient les habitants de la minuscule île de Pâques ? La même chose s'est produite à Nan Madol. Un peuple mystérieux a construit une métropole sur une petite île au milieu de l'océan. Bien sûr, c'est possible. Mais à condition d'avoir la main d'œuvre d'un empire. Mais de quelle main d'œuvre disposait-on sur une île totalement isolée au milieu de l'océan Pacifique ? La même chose s'est produite à la frontière entre la Turquie et la Syrie. Un complexe mégalithique entier a été complètement enterré, sans que l'on sache par qui et sans que l'on sache pourquoi. Ce site a été appelé «Göbekli Tepe», c'est-à-dire «la colline du ventre». Mais sous cette colline se cache l'un des plus grands mystères de l'humanité. Des études récentes menées à l'aide de géoradars ont révélé qu'il existe des dizaines de sites similaires à Göbekli Tepe «enterrés» à plusieurs mètres de profondeur. S'agit-il d'une civilisation inconnue qui a disparu à la suite d'un cataclysme naturel ? Ou d'un cataclysme naturel ? Plusieurs articles scientifiques parus dans la célèbre revue scientifique Nature nous apprennent qu'il y a plus de 10 000 ans, une série de comètes a traversé l'atmosphère terrestre, se brisant en milliers de morceaux. La Terre a subi un véritable bombardement de fragments qui ont frappé au moins quatre continents. Rien n'est plus jamais comme avant. La préhistoire a connu une véritable «apocalypse» qui a anéanti un nombre indéterminé d'«homo sapiens». Les ruines de l'île de Pâques correspondent-elles à celles de Göbekli Tepe ? **L'article se poursuit dans le livre : HOMO RELOADED - L'histoire cachée des 75 000 dernières années.**



Le miracle de l'énergie nucléaire. Aujourd'hui

Saviez-vous qu'en utilisant seulement 5 à 6 kilogrammes de combustible d'uranium enrichi, un sous-marin nucléaire peut fonctionner pendant 40 ans sans avoir besoin d'être ravitaillé ? L'énergie produite par un kilogramme d'uranium équivaut à la même quantité d'énergie produite en consommant 2 millions de kilogrammes de carburant diesel utilisé dans les sous-marins conventionnels (ou à la même quantité d'énergie produite en brûlant 2,5 millions de litres d'essence/essence, soit plus de 85 fois la quantité de carburant consommée par votre voiture sur toute sa durée de vie !) Cet énorme avantage permet aux sous-marins nucléaires d'effectuer des missions à long terme sans se soucier de l'approvisionnement en énergie. En effet, ils peuvent rester immergés plus longtemps que leur durée de vie entière et n'ont jamais besoin de remonter à la surface, sauf pour réapprovisionner l'équipage en ravitaillement nécessaire.



Réunion du bureau de l'association à Caen



Le bureau de l'association s'est réuni en session extraordinaire le 13 mars écoulé dans la ville de CAEN où vivent les fidèles membres de notre association MICHEL et ODETTE CAZOULAT. C'est autour de quelques agapes locales que nous avons évoqué le devenir de l'association et en particulier le remplacement de notre gouvernance dont la moyenne d'âge progresse plus vite que la liste des bénévoles désireux de s'investir pour la communauté des malades respiratoires. S'il n'y a pas encore de péril pour la gestion quotidienne de nos affaires courantes il en va différemment pour assurer une présence de l'association partout où notre présence serait de bonne pratique. L'année en cours sauf drame particulier ne devrait pas connaître des difficultés insurmontables. Pour l'avenir, l'optimisme béat serait irresponsable et pure spéculation nonobstant l'investissement sans limite des plus âgés d'entre nous à l'image de notre hôte du jour. En plus d'une pensée fraternelle et chaleureuse pour nos amis éloignés ou immobilisés par des contraintes sanitaires ou familiales, donc privés de respirer le bon air de Normandie, nous n'avons pas manqué de porter à leur intention un toast avec un verre d'excellent cidre normand.

Décès de notre ami : Michel Vicaire



Par une facétie du calendrier, notre ami MICHEL nous a quittés quasiment 10 ans jour pour jour après le Président ALAIN MUREZ dont il fut un des successeurs. Atteint lui aussi, par une maudite BPCO depuis de nombreuses années, MICHEL qui avait une haute idée du bénévolat et des responsabilités que cela impliquent est allé jusqu'au bout du bout de ses forces. Après avoir quitté la présidence de la FFAAIR sur injonction de ses médecins, il a poursuivi son travail au sein de son association AIRE qu'il avait fondée

avec moult difficultés, croyant qu'il était, en la nécessité d'avoir un maillage d'associations de proximité au plus près des malades. Il avait bien entendu raison mais son souhait ne s'est jamais réalisé.

Si MICHEL a pu tant d'années labourer l'hexagone et faire acte de présence toujours bénévolement dans les congrès colloques et autres grandes messes c'est bien sur grâce à l'aide, au courage et à l'abnégation de son épouse EDITH, sans laquelle rien n'eût été possible. Au moment de refermer la page et abandonner notre ami pour un long repos sur la ligne bleue des Vosges, je ne peux pas me résigner à ne pas rappeler ce que disait sa sinistre successeure parlant des malades atteints de BPCO : « IL N'AVAIENT QU'A PAS FUMER », tout est dit jusqu'à l'abjection !!!

Les dangers de l'utilisation du protoxyde d'azote pour l'appareil respiratoire

L'utilisation du protoxyde d'azote, souvent connu sous le nom de gaz hilarant, présente plusieurs dangers pour l'appareil respiratoire ainsi que pour la santé générale. Voici les principaux risques associés à son inhalation: l'inhalation de protoxyde d'azote peut déplacer l'oxygène dans les poumons et réduire significativement l'apport d'oxygène aux organes vitaux. Cela peut entraîner une hypoxie, une condition où les tissus ne reçoivent pas assez d'oxygène, ce qui peut causer des dommages cérébraux et d'autres complications graves. Une exposition répétée ou à haute dose peut irriter les voies respiratoires et les poumons, entraînant des inflammations, de la toux, ou même un œdème pulmonaire (accumulation de liquide dans les poumons). Bien que le protoxyde d'azote soit légal dans certains contextes (comme en médecine dentaire pour ses propriétés anesthésiantes), son potentiel d'abus existe. L'utilisation fréquente et non régulée peut mener à une dépendance et à des comportements à risque. L'utilisation régulière peut aussi causer des complications à long terme, telles que des déficiences en vitamine B12, qui est cruciale pour le fonctionnement nerveux et sanguin. Cela peut se manifester par de la fatigue, des engourdissements ou des problèmes neurologiques. Comme le protoxyde d'azote est souvent utilisé dans un cadre non médical et sans surveillance appropriée, il y a un risque accru d'accidents liés à l'incapacité de réagir rapidement en situation d'urgence, dû à l'altération de la conscience.



Il est crucial de prendre conscience de ces risques, surtout si l'utilisation se fait en dehors d'un cadre médical contrôlé.

Le cannabis : un médicament comme les autres???

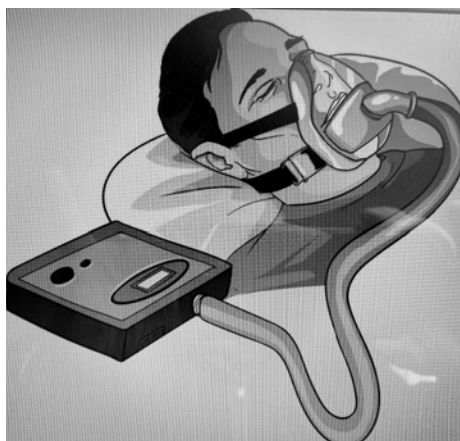
Le cannabis est considéré comme un médicament dans certains contextes, mais il présente des caractéristiques et des enjeux qui le distinguent des médicaments traditionnels. Le cannabis médical est prescrit pour traiter divers symptômes comme la douleur chronique, les spasmes musculaires liés à la sclérose en plaques, les nausées et les vomissements induits par la chimiothérapie, et l'épilepsie entre autres. Il contient des substances actives comme le THC (tétrahydrocannabinol) et le CBD (cannabidiol) qui interagissent avec le système endocannabinoïde du corps pour produire leurs effets. Contrairement à d'autres médicaments, le cannabis médical est soumis à des réglementations très strictes dans de nombreux pays. Les lois varient considérablement d'un pays à l'autre, allant de l'interdiction totale à l'usage médical autorisé sous



contrôle strict. Le cannabis médical peut aussi entraîner des effets secondaires, tels que des troubles de la concentration, de la mémoire, une augmentation du rythme cardiaque, et des interactions avec d'autres médicaments. L'utilisation à long terme peut poser des risques supplémentaires, notamment des troubles psychologiques. Il y a un débat continu sur l'ampleur des bénéfices médicaux du cannabis et sur ses risques potentiels. La recherche continue d'évoluer, et les opinions divergent souvent sur son statut comme médicament.

En résumé, bien que le cannabis puisse être utilisé à des fins médicales, il n'est pas un médicament «comme les autres» en raison de son statut juridique unique, de son potentiel d'abus, de la variabilité de ses effets entre les individus, et de la complexité de ses effets médicaux et sociaux.

Affaire des respirateurs philips Suite et fin ???



Philips a récemment mis à jour la situation concernant ses respirateurs, notamment les modèles BiPAP et Trilogy, après avoir été confronté à des problèmes liés à la mousse insonorisante qui pouvait se dégrader et émettre des particules ainsi que des composés organiques volatils. Cette situation avait soulevé des préoccupations sanitaires, notamment le risque potentiel d'effets cancérigènes. Toutefois, après des analyses approfondies effectuées avec l'aide de laboratoires indépendants, il a été déterminé que les niveaux de composés n'auraient pas d'effets à long terme sur la santé des patients. En réponse à ces problèmes, Philips a pris des mesures correctives, notamment la clarification des usages prévus pour ses appareils BiPAP, en soulignant qu'ils ne sont pas destinés à des applications de maintien des fonctions vitales, et en offrant des options de traitement pour les patients pouvant tolérer des interruptions.

Suite à la satisfaction du taux de remplacement des appareils défectueux, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a levé partiellement la décision qui suspendait la vente des appareils Philips en France, permettant ainsi leur remise sur le marché pour équiper de nouveaux patients Aux États-Unis,

Philips a été confronté à plusieurs sanctions et mesures réglementaires en réponse aux problèmes liés à ses appareils respiratoires. Voici un résumé des principales actions : Philips a signé un décret de consentement permanent avec le Department of Justice (DOJ) et la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis. Ce décret oblige Philips à cesser la fabrication et la distribution de la plupart de ses dispositifs de sommeil et de respiration dans trois de ses installations en Pennsylvanie jusqu'à ce que des mesures spécifiques soient prises pour assurer la sécurité de ses dispositifs et se conformer à la Federal Food, Drug, and Cosmetic Act. Philips a suspendu la vente de ses machines CPAP et d'autres appareils respiratoires aux États-Unis dans le cadre de ce décret. L'entreprise a également dû entreprendre des améliorations significatives dans ses installations américaines pour répondre aux exigences de la FDA avant de pouvoir reprendre la vente de nouveaux dispositifs. Philips a également été sanctionné pour avoir payé des pots-de-vin illégaux à des fournisseurs d'équipements médicaux durables, ce qui a conduit à des réclamations frauduleuses dans les programmes de santé fédéraux comme Medicare et Medicaid. L'entreprise a accepté de payer plus de 24 millions de dollars pour résoudre ces allégations sous la False Claims Act. En plus de ces sanctions réglementaires, Philips a réglé des réclamations liées à ses rappels d'appareils respiratoires en réservant 615 millions de dollars pour couvrir les coûts des réclamations. Cela comprend un règlement partiel de 479 millions de dollars pour résoudre un recours collectif concernant des personnes ayant développé des problèmes pulmonaires et des cancers après avoir utilisé des appareils contenant de la mousse toxique. Ces mesures reflètent les

efforts continus pour résoudre les problèmes de sécurité liés aux appareils de Philips et pour restaurer la confiance des utilisateurs et des régulateurs dans leurs produits. En France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a pris des mesures judiciaires contre Philips à propos de ses respirateurs potentiellement cancérigènes. Plus d'un an après une décision de police sanitaire exigeant le remplacement de ces appareils, de nombreux dispositifs sont toujours en circulation. Plus de 500 personnes, considérant que les appareils n'ont pas été correctement remplacés ni évalués pour leur dangerosité, ont engagé des actions en justice. La situation a conduit à une enquête préliminaire ouverte par le Pôle de santé publique pour examiner la conformité des appareils médicaux de Philips.

Nous rappelons que le GIRC a été banni de la procédure collective par la présidente de la FFAAIR. Vu les résultats calamiteux, je m'étonne que cette institution puisse mettre en doute les décisions de l'ANSM dans de la presse d'opinion nettement connotée. Sur les désagréments que nous avons eus à connaître dans le cadre strictement associatif, il va sans dire que l'emploi des mousses inappropriées pour du matériel médical a été assimilé à un drame similaire à l'amiante. Comme la FFAAIR est injoignable, nous avons eu à gérer d'innombrables questionnements au sujet des risques encourus dument documentés. Notre exclusion de la procédure a obéré notre connaissance du dossier et des informations disponibles.

Le dérapage surprise des dépenses de médicaments oblige l'exécutif à revoir sa copie

En France les hôpitaux publics pâtiraient d'un trop-plein de postes administratifs ? Cet énoncé a été récemment appuyé par de récents graphiques de l'OCDE, montrant que « dans les hôpitaux français, 405 600 personnes (ETP) œuvrent à des tâches autres que médicales, soit 54 % de plus qu'en Allemagne, dont la population est pourtant près de 25 % supérieure à celle de la France ». Y a-t-il vraiment trop de bureaucratie et de dépenses administratives dans les hôpitaux français ?

La santé publique manque-t-elle d'argent ? À première vue, ni la santé publique dans son ensemble, ni l'hôpital français ne semblent manquer d'argent : par rapport au PIB, la France est le pays d'Europe où les dépenses de santé sont les plus élevées (11,5 %, contre 11,1 % en Allemagne), alors qu'avec 20 % de sa population âgée de 65 ans et plus, contre 16,5 % seulement pour la France, l'Allemagne devrait dépenser plus. L'Allemagne avait cinq fois plus de lits en réanimation que la France avant la crise du coronavirus. Avec 500 000 lits, l'Allemagne affiche l'une des densités en lits les plus élevées de l'OCDE : 8,3 lits pour 1 000 habitants contre 6,4 seulement en France. Et la durée de séjour des patients à l'hôpital est nettement plus courte en France qu'en Allemagne : 5,6 jours en France, contre 9,7 jours outre-Rhin. Plus de 180 000 patients français en urgence ont passé une nuit dans un couloir faute de lit disponible en 2018, phénomène inouï outre-Rhin. Selon une étude de l'Institut Thomas More le Français dépense exactement 50 % de plus pour son hôpital que son voisin d'outre-Rhin (1229 euros par habitant en France, contre 819 euros en Allemagne). Sachant que l'hôpital français dépense moitié moins que



son voisin sur les équipements, et que les salaires des personnels soignants français sont inférieurs de 38,5 % à ceux d'outre-Rhin, la promesse d'un gain de 26 milliards sur les frais administratifs de l'hôpital français est-elle réaliste ?

Des coûts administratifs difficiles à calculer : un constat s'impose : il n'existe pas aujourd'hui de véritable étude micro-économique sur les frais administratifs des hôpitaux. La fameuse étude de l'OCDE sur les coûts administratifs fréquemment reprise dans la presse et citée plus haut est en fait une étude macro-économique portant sur les coûts d'administration globaux, hors les coûts administratifs des hôpitaux eux-mêmes, comme le précise une étude du NHS britannique. Si l'étude pointe des frais administratifs « très élevés » dans le système français (4,1 % du PIB, contre 1,5 % au Royaume-Uni), rien n'indique dans cette étude que les coûts administratifs des hôpitaux français soient réellement 280 % ceux de nos voisins. De même, il paraît pour le moins hasardeux de proposer comme benchmark une entreprise comme Ford, dont les frais administratifs, sont de 4 % – ni toute autre entreprise du secteur marchand, où le G&A tourne en général entre 3 et 5 %. La seule étude englobant l'ensemble des coûts administratifs du secteur de la Santé est à ce jour celle de David Himmelstein, Terry Campbell et Steffie Woolhandler (2017). Cette étude se base sur le continent nord-américain.

Elle recense des frais administratifs globaux, administration centrale et hôpitaux inclus, de 16,7 % pour le Canada. En comptabilité analytique selon l'IFRS pour le secteur privé et les International Public Sector Accounting Standard (IPSA), pour les hôpitaux publics, il est recommandé de recenser en frais généraux et administratifs, le coût des postes des fonctions générales et administratives, additionné du coût des tâches administratives performées par les personnels non administratifs. L'hôpital public français ne tenant pas de comptabilité analytique, il est extrêmement difficile d'estimer ses coûts administratifs. L'OCDE relève cependant que 35,22 % des emplois hospitaliers en France ne sont ni médicaux ni paramédicaux, contre 24,3 % en Allemagne. Dans le cadre d'un plan de transformation digitale, le CHRU de Nancy a par ailleurs estimé les tâches administratives des médecins à 30 % d'une journée de travail. Sachant qu'environ 20 % des personnels administratifs des hôpitaux français sont en fait des personnels soignants détachés à plein temps à des travaux administratifs, selon les recherches de l'auteur basées sur un échantillon d'une trentaine d'établissements hospitaliers – chose inconnue en Allemagne – les coûts généraux et administratifs de l'hôpital français représenteraient un peu plus de la moitié des services rendus. Il y a donc à la fois trop de postes administratifs, déclarés ou non en tant que tels et trop de tâches administratives déléguées au personnel soignant et coûtant trop cher. Alors que le personnel hospitalier multiplie les cris d'alarme et les mobilisations, ce chiffre devrait alerter. L'hôpital français souffre d'une sur-administration et l'absence d'outils de gestion modernes devrait interpellier.



ADHÉREZ À UNE ASSOCIATION, C'EST ÊTRE ACTEUR DE SA PRISE EN CHARGE

Le GIRC, la plus importante association française de malades respiratoires depuis 37 ans.

Le **GIRC** a été créé par des grands malades il y a 37 ans, ce qui lui confère une expertise particulière pour réunir, renseigner, rassurer, soutenir, aider et éclairer les patients souffrant des différentes déclinaisons des pathologies respiratoires, en leur permettant d'échanger leurs expériences, leurs vécus et toutes ces astuces qui améliorent le quotidien. Dans le marécage des prises en charge, vous vous devez d'être un patient instruit de vos Droits et Devoirs.

Le **GIRC** dispose d'un Conseil scientifique qui contribue à structurer ses réflexions et actions.

Le **GIRC** rassemble toutes les informations qui seraient demeurées éparses donc inexploitées, il permet ainsi à ses adhérents de rompre leur isolement face à la maladie nonobstant tout le suivi médical dont chacun peut bénéficier. Il vous évite de demeurer seul(e) face à des interrogations et parfois des angoisses. Le bulletin de liaison trimestriel déposé à la Bibliothèque Nationale contribue à tisser des liens.

Le **GIRC** membre fondateur de **l'UNAIR**, milite contre le démantèlement de la protection sociale, l'amélioration de la qualité de l'air et pour une prise en charge des maladies respiratoires respectant la dignité des malades.

Le **GIRC** propose des représentants des usagers dans les établissements de santé et auprès des prestataires de santé à domicile. Le **GIRC** est notamment Représentant des Usagers de **CARDIF ASSISTANCE**.

Le **GIRC** n'est ni une structure médicale ou paramédicale, mais une association de malades respiratoires et vous trouverez auprès de nous des apports qui relèvent d'échanges entre malades, de l'expérience ou de pratiques testées collectivement ou individuellement. La mémoire de ses adhérents constitue la bibliothèque de l'association.

Le **GIRC** rayonne dans la région francilienne et au plan national, organise des manifestations ludiques (repas et rencontres), organise des tables rondes **MALADES / PROFESSIONNELS DE SANTÉ**, assure des permanences hebdomadaires,

Si vous êtes atteint(e) d'une affection respiratoire, adhérez au GIRC. Si vous êtes sensible à l'action que nous menons, soutenez le GIRC par une adhésion solidaire et fraternelle et si vous disposez de temps libre, rejoignez le GIRC en participant activement à la vie quotidienne de l'association contribuant ainsi à l'édification d'un bel ouvrage sans fin. L'association est ouverte à toutes et à tous quelque soit votre pathologie respiratoire voire l'absence de toute pathologie.

>>> MERCI DE REMPLIR LE BULLETIN EN LETTRES MAJUSCULES <<<

BULLETIN : D'ADHÉSION DE SOUTIEN DE RENOUVELLEMENT

Cotisation de base : 35 €/an et 50 €/an pour un couple.

Cotisation minorée (sur demande motivée) 25€/an 40€/an pour un couple

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse complète :
.....
.....

Tél. fixe : Portable : Email :

De quelle pathologie souffrez-vous ? (facultatif)

Souhaitez-vous recevoir l'ECHO du GIRC en format numérique ?

Souhaitez-vous participer activement à la vie de l'association ?

GIRC (Groupe national des Insuffisants Respiratoires Chroniques)

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901, déposée à la Préfecture du Val-de-Marne sous le n° 94.033.2879 le 26 octobre 1987.

Siège : M.C.V.A de Fontenay-sous-bois. Association agréée par l'ARS IDF - Arrêté N°21/2022 du 25.01.2022

Bureau, réunions et toutes correspondances : 62 rue Blanchard - 92260 Fontenay-aux-Roses - Tél. : 01 41 87 88 57

Urgences : 06 80 84 42 38 - 07 69 16 16 17 - Email : girc@girc.fr - site : www.gircfrance.fr