

E.D. C.A.S.

Ensemble **D**éfendons le **C**itoyen et l'**A**venir pour la **S**anté



Association Régie par la Loi du 01 Juillet 1901 et par le Décret du 16 Août 1901
Date de la fondation : 26 Novembre 1996

**21 Rue Paul Cézanne
41100 NAVEIL**

Tél. et Fax. : 02.54.73.91.91

E-mail : edcas.41@edcas.org

Site Médical et Paramédical : www.edcas.org

Voici une nouvelle année !

Bien des personnes pensent que le monde bouge humainement parlant. Tout simplement parce que chacun de nous est en perpétuel mouvement : c'est la nature même !

Oui, nous pourrions, comme chacun a le plaisir de le faire, vous souhaiter une excellente nouvelle année autant santé que travail, mais cela reste un peu « surfait » !

Nous voulons que vous puissiez réussir dans tous vos actions et vos projets œuvrant positivement dans le domaine humain car seuls, ceux-ci, sont une vérité sociale.

Vos témoignages peuvent être diffusés et/ou si vous souhaitez voir développer des sujets spécifiques alors merci de vous faire connaître via notre site ou tout simplement par écrit.

Vous êtes membres du corps de santé et personnes intéressées par l'entraide médicale et paramédicale et **vous aimeriez que l'association soit le moyen de présenter un thème qui vous tient à cœur alors nous sommes à votre écoute.**

Le Président,

Docteur Pierre BULLE

Ma valeur humaine s'exprime et se puise dans la valeur d'autrui car chacun est la richesse de l'autre »

Rodolf-Karel CANOY



Bulletin Info

N° 53

Janvier 2013

Dans ce numéro :

Troubles du sommeil du sujet âgé | **2**

Incontinence fécale, sujet tabou | **6**

Les prochaines réunions | **9**

Les membres du bureau | **10**

Numéros disponibles et à paraître | **12**

Ils entraînent un risque accru et reconnu de morbi-mortalité, tant cardiovasculaire, que traumatique ou cognitive.

La prévalence des troubles du sommeil augmente avec l'âge. Elle varie selon les études de 18 à 75 % (du fait de l'hétérogénéité des profils étudiés).!

Sous-estimés ou sous-diagnostiqués, ils peuvent avoir des conséquences délétères et affectent souvent de façon significative la qualité de vie du patient ou de son aidant.

Modifications du sommeil avec l'âge :

Le sommeil est composé de 2 états physiologiques:

- ⇒ le REM (Rapid Eye Movement) ou sommeil paradoxal (rêve) ;
- ⇒ le NREM (Non Rapid Eye Movement) qui comporte 4 stades :
 - 1 et 2 : sommeil lent léger;
 - 3 et 4 : lent profond, récupérateur

Des cycles de 90 minutes se succèdent avec, en première partie de nuit, une prédominance de sommeil profond, et en seconde partie une augmentation du REM.

Le vieillissement altère l'architecture du sommeil, le fragilise et le fragmente. Avec l'âge, on constate une:

- ◇ diminution du temps total de sommeil
- ◇ diminution de son efficacité (capacité à rester endormi)
- ◇ augmentation du nombre et de la durée des éveils nocturnes
- ◇ redistribution sur 24 heures avec périodes de sommeil diurne
- ◇ diminution du sommeil profond et augmentation du sommeil léger
- ◇ avance de phase: tendance à s'endormir et à se réveiller plus tôt

Diagnostic :

Lors de la première visite, l'anamnèse, l'examen physique et cognitif (évalué par le Mini Mental State de Folstein, par exemple) permettent l'identification du trouble (insomnie, hypersomnie ou parasomnie). Lors de la seconde, un bref questionnaire, complété à domicile par le patient et/ou son entourage, oriente sur l'étiologie. Un agenda du sommeil renseigne sur les phases de sommeil et d'éveil dans la journée.

Interrogatoire, examen physique et questionnaire complété permettent le plus souvent un diagnostic étiologique.

Principales étiologies : Causes non spécifiques

Le sujet âgé est plus vulnérable à l'environnement. Le bruit, le froid, la chaleur, l'insuffisance d'exposition à la lumière, le manque d'activité physique, l'isolement social concourent à la survenue de troubles.

Des comorbidités peuvent avoir un impact significatif: affections psychiatriques, insuffisance cardiaque ou respiratoire, douleurs, troubles gastro-intestinaux, diabète ou AVC. La polymédication est souvent à l'origine d'une iatrogénie : bêtabloquants, bronchodilatateurs, corticoïdes, diurétiques, certains antidépresseurs et cætera.

Maladies neurodégénératives (Alzheimer, syndromes apparentés)

Le sommeil y est souvent perturbé (entre 33 et 70 % des cas). Les altérations de son architecture sont prononcées et potentiellement aggravées par d'autres pathologies (apnées du sommeil, syndrome des jambes sans repos [SJSR]). Les troubles de l'alternance veille-sommeil, le *sundowning* (agitation vespérale) sont vraisemblablement liés à des lésions neuronales au niveau de l'horloge biologique interne. Des modifications circadiennes des sécrétions hormonales de cortisol, de mélatonine, ou des changements de température

corporelle en résulteraient Certaines parasomnies ont été étroitement associées à la démence à corps de Lewy.

SJSR et mouvements périodiques du sommeil

Le SJSR, besoin pressant de bouger les membres inférieurs, s'accompagne de dysesthésies, plus ou moins désagréables. Il survient essentiellement au repos et a tendance à s'aggraver

« Notre durée de vie semble en même temps longue et courte.

Il est vrai que cela dépend fortement de nos centres d'intérêts mais il est encore davantage vrai que l'échange sans soumission quelconque est bien plus encore.

Si chacun s'octroie pour transmettre simplement à autrui juste pour le plaisir et non pas pour s'assouvir d'une supériorité basique, certes, humaine mais non indispensable là, mesdames et messieurs, nous pouvons prétendre à l'évolution sociale positive ! Permettez, tout de même, d'en douter ! »

Rodolf-Karel CANOY

Le diagnostic des mouvements périodiques nécessite un enregistrement polysomnographique (EEG, électro-oculogramme, électro-myogramme, fréquence cardiaque, saturation artérielle en oxygène et mouvements respiratoires).

Les mouvements involontaires des membres inférieurs habituellement non perçus par le patient sont décrits par le conjoint: extension du gros orteil, flexion du pied, du genou ou de la hanche.

Ils se reproduisent à intervalles réguliers la nuit, par séquence, et principalement pendant le sommeil lent-léger. Ils s'accompagnent de micro-éveils et d'une sensation de sommeil non réparateur. Ils s'associent souvent aux SJSR

Syndrome d'apnées du sommeil

Il est défini par la survenue de pauses respiratoires (apnées) ou diminution de l'amplitude respiratoire (hypopnées) pendant le sommeil, se reproduisant plus de 10 fois par heure. Le diagnostic est porté par enregistrement polysomnographique ou la polygraphie ventilatoire. Il peut s'accompagner de désaturations artérielles en oxygène et est associé à une morbi-mortalité cardiovasculaire accrue.

Troubles du comportement en sommeil paradoxal

Le REM *Sleep Behavior Disorder* est une parasomnie caractérisée par une activité motrice au cours du sommeil paradoxal, le patient peut parler, rire ou déambuler. n est rare chez le sujet âgé.

Traitements

La priorité est de traiter la ou les causes identifiées, plutôt que de corriger le trouble de façon purement symptomatique. Dans tous les cas, les règles d'hygiène du sommeil s'appliquent (encadré 3).

Si un traitement symptomatique est préconisé, il doit l'être sur un temps limité; la posologie et la durée doivent être précisées et négociées avec le patient.

Il est conseillé de privilégier les molécules telles que la zopiclone (Imovane), le zolpidem (Stilnox) ou des benzodiazépines à durée de vie courte ou intermédiaire afin de minimiser les effets résiduels dans la journée.

À ce titre, des molécules telles que la lormétazépan (Noctamide), le temazépan (Normison) ou l'oxazépan (Seresta) peuvent être proposées.

Les posologies recommandées sont de 3,75 mg pour la zopiclone, un comprimé au coucher ou 5 mg pour le zolpidem, soit un demi-comprimé au coucher.

Il est important de débiter les benzodiazépines par des doses faibles (diminuer de moitié les posologies préconisées chez l'adulte), car les personnes âgées sont plus sujettes aux effets secondaires. Ces médicaments peuvent être administrés pendant une semaine.

Ces troubles peuvent avoir des origines multiples et le diagnostic étiologique est parfois complexe.

L'éducation thérapeutique du patient comprenant une information sur les modifications du sommeil avec l'âge, les règles d'hygiène, les risques des prescriptions d'hypnotiques, la nécessité de renforcer les synchroniseurs externes, est une phase importante de la consultation.

Le recours aux spécialistes du sommeil

3 Règles d'hygiène du sommeil

- ↳ Éviter les siestes prolongées dans la journée.
- ↳ Proscrire les stimulants comme caféine, thé, nicotine et alcool en fin d'après-midi.
- ↳ Effectuer une activité physique en début de journée.
- ↳ Éviter les repas lourds le soir.
- ↳ S'exposer à la lumière du jour.
- ↳ Ne pas utiliser le lit pour des activités telles que la lecture, le repas ou la télévision.
- ↳ Optimiser les conditions environnementales du coucher (lit confortable, température entre 18 et 22 °C, absence de bruit ou de lumière vive).
- ↳ Pas de bains ou douches chaudes avant le coucher.
- ↳ Se lever du lit, et procéder à une activité relaxante si l'endormissement ne vient pas au bout de 20 minutes.

peut s'avérer nécessaire dans certains cas.

Si le traitement doit être un peu prolongé, il est préférable d'envisager une prise alternée (3 nuits par semaine par exemple). Il y a toujours un risque de dépendance même en cas de traitement court, c'est pourquoi des interruptions régulières sont recommandées.

Le sevrage est progressif pour éviter les phénomènes de rebond. Dans tous les cas, la surveillance d'éventuels effets indésirables (amnésie, sédation diurne, risque de chute) et le respect des contre-indications sont nécessaires.

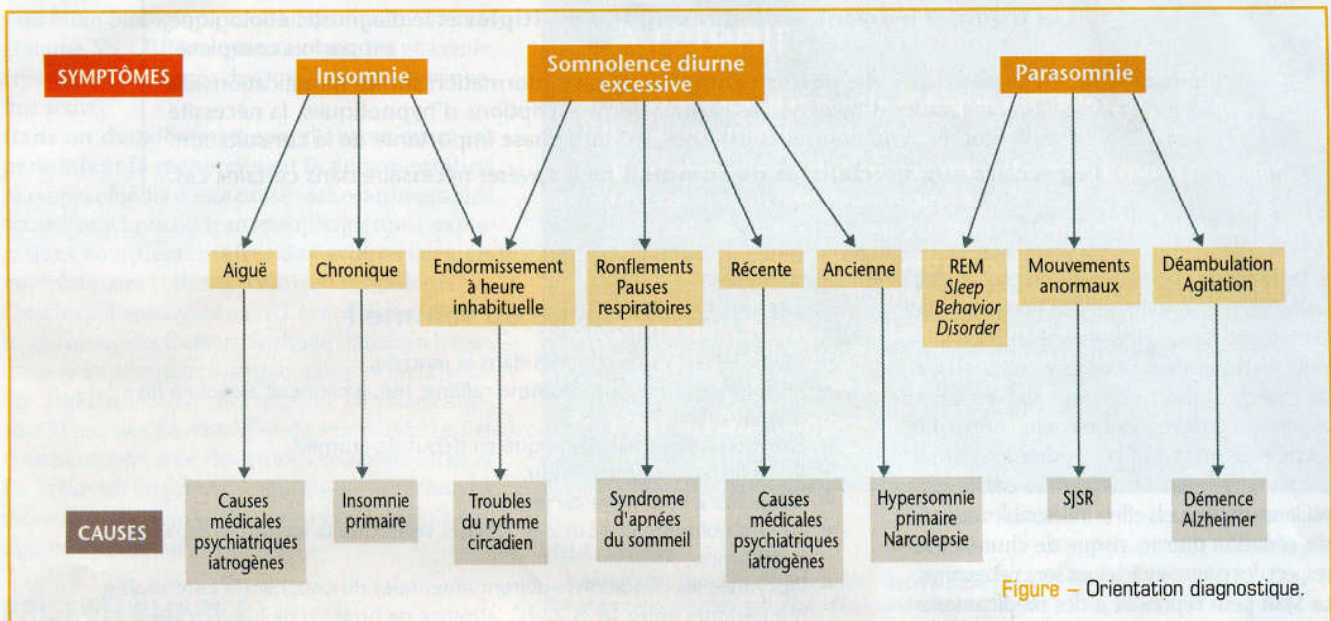


Figure -- Orientation diagnostique.

Le SJSR peut répondre à des médicaments à visée dopaminergique, le ropinirole (Requip) ou pramipexole (Sifrol).

Les benzodiazépines et certains antiépileptiques sont prescrits en seconde intention. Une surveillance de la tolérance de ces médicaments s'impose.

Dans les troubles du rythme circadien, le renforcement des synchroniseurs externes (lumière, activité) est préconisé. Il est conseillé d'adresser le patient à un spécialiste du sommeil s'il est constaté une avance de phase (endormissement tôt dans la journée) ou un retard (endormissement tardif).

En effet, les traitements relèvent alors d'une approche environnementale associée plus ou moins à une luminothérapie ou à la mélatonine.

L'éviction de l'alcool, des sédatifs et des opiacés est conseillée dans le syndrome d'apnées du sommeil. L'indication éventuelle d'une ventilation par pression positive continue est du ressort du spécialiste.

Les cas d'hypersomnies primaires, de narcolepsies sont aussi au mieux gérés dans les consultations du sommeil.

DÉFINIR LES TROUBLES

⇒L'insomnie, symptôme fréquent, peut être liée soit à un trouble de l'endormissement, soit à des réveils trop précoces ou à des éveils nocturnes, ou encore à une sensation de sommeil non réparateur.

Elle est qualifiée de primaire s'il n'y a pas de cause retrouvée, et secondaire, si liée à des comorbidités.

Elle est considérée comme aiguë si elle date de moins de 4 semaines et devient chronique si elle persiste plus d'un mois.

⇒L'hypersomnie fait surtout référence à une hypersomnolence diurne, l'endormissement peut saisir le patient à tout moment de la journée. L'entourage est souvent à l'origine de la plainte.

⇒Les parasomnies, ou troubles du comportement durant le sommeil, peuvent se manifester par une agitation, une déambulation ou des mouvements anormaux.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références :

Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M. Sleep and aging : Sleep disorders commonly found in older people. CMAJ 2007 ;176:1299-304.

Cochén V, Arbus C, Soto ME, et al. Sleep disorders and their impacts on healthy, dependant and frail older adults. J Nutr Health Aging 2009 ;13:322-9.

Arbus C, Cochén V. Les modifications du sommeil avec l'âge. Psychol Neuropsychiatr Vieil 2010 ; 8:7-14.

Bombois S, Derambure P, Pasquier F, Monaca C. Sleep disorders in aging and dementia. J Nutr Health Aging 2010 ;14:212-7.

Rechtschaffen A. Improving sleep management in the elderly. Ann Long Term Care ; Clin Care and Aging 2007 ; 15(suppl 1) :1-16.

La plupart des patients cachent ce handicap aussi bien à leurs proches qu'à leur médecin.

L'incontinence fécale, perte involontaire de selles liquides ou solides, a des conséquences terribles sur le confort à la fois physique et psychologique des patients concernés, le plus souvent des femmes. Passive (sans perception de la fuite), ou active - par impériosité (avec impossibilité de différer le besoin, alors qu'il est perçu) - elle est le plus souvent multifactorielle.

Sa prévalence en France a été récemment estimée à 11 % de la population de plus de 45 ans, environ 350 000 personnes en souffrent de façon au moins hebdomadaire. Ces chiffres, probablement inférieurs à la réalité, soulignent l'importance du problème et justifient l'élaboration de plans d'action nationaux à l'instar de ce qui est fait au Royaume-Uni et très bien décrit par le NICE.

Identifier et évaluer :

L'évaluation précise des symptômes et l'identification des mécanismes et causes sous-jacents sont indispensables.

Un interrogatoire empathique mais précis est essentiel : il recherche des facteurs de risque (encadré) et précise les caractères du trouble: type et fréquence des pertes, transit diarrhéique ou constipation, rectorragies ou émissions glaireuses, extériorisation de prolapsus hémorroïdaire ou rectal, association à une incontinence urinaire (fréquente), manifestations gynécologiques.

L'examen recherche une descente périnéale, une disparition des plis radiés de l'anus, une béance anale. On apprécie le tonus sphinctérien et les contractions volontaires, identifie un éventuel fécalome, cause fréquente d'incontinence chez le sujet âgé invalide, une procidence hémorroïdaire, un trouble de la statique rectale (rectocèle, prolapsus) ou encore une éventuelle tumeur accessible au doigt.

Le remplissage par le patient d'un calendrier des selles sur une période de 30 jours apporte une confirmation chiffrée. On y associe le calcul d'un score clinique: celui de la *Cleveland Clinic* (dit de Wexner) sur 20 points (de 0 : normal à 20 : incontinence totale) très utilisé, combine la fréquence et la nature des pertes, l'utilisation ou non de protections et le retentissement sur la vie sociale. L'impact sur la qualité de vie peut être également étudié par un questionnaire spécifique, validé en langue française.

Info :

Clinique de chirurgie digestive et endocrinienne,
Institut des maladies de l'appareil digestif,
CHU, 44093 Nantes Cedex 01.
paulantoine.lehur@chu-nantes.fr

Des examens complémentaires ?

On s'assure dans un premier temps de l'absence de cause organique en vérifiant le suivi gynécologique et en éliminant une pathologie tumorale ou inflammatoire par la coloscopie.

L'échographie endo-anale recherche une lésion du sphincter anal et notamment une rupture sphinctérienne : topographie, extension sur la circonférence anale, caractère complet ou non. Elle peut orienter la prise en charge chirurgicale.

La manométrie anorectale mesure les performances fonctionnelles du canal anal et la capacité du rectum à se distendre, elle permet de préciser la physiopathologie du trouble: incompétence sphinctérienne, microrectie, ou encore asynergie anorectale. Elle guide la rééducation

L'imagerie dynamique de l'évacuation rectale par déféco-IRM plutôt que défécographie standard, recherche un trouble de la statique pelvienne, qui peut provoquer une incontinence. La correction anatomique du prolapsus fait disparaître l'incontinence fécale dans plus de 50 % des cas.

Quels traitements et quand ?

Une prophylaxie est possible: prévention des accouchements traumatiques, rééducation du post-partum, lutte contre la constipation et ses efforts de poussée délétères, et prudence chirurgicale lors des gestes proctologiques à risque, hémorroïdectomie et cure de fistule anale.

Le traitement conservateur, médicamenteux et hygiénodietétique doit être systématiquement proposé en première intention : recherche et correction d'une diarrhée ou d'une constipation, avis d'une diététicienne, augmentation de la ration de fibres et bonne hydratation. Les antidiarrhéiques (loperamide) doivent être utilisés à petites doses pour éviter une alternance constipation/débâcle. La présentation en sirop avec doses progressivement croissantes est la plus adaptée. La prise de cholestyramine combat un excès de sels biliaires, facteur de diarrhée.

Suppositoires à dégagement gazeux et lavements évacuateurs, en assurant une bonne vidange du rectum, sont utiles dans les incontinenances à rectum plein, en cas notamment de pathologie neurologique ou malformative. Des systèmes d'irrigation colique modernes (sonde rectale à usage unique, poche d'eau et unité de contrôle réutilisable), permettent de réaliser facilement les lavements à domicile à raison de 2 à 3 par semaine. Ils peuvent être éventuellement complétés par des bouchons anaux expansibles (Obtal) qui, s'ils sont tolérés, aident les patients incontinentes. La rééducation périnéale, de réalisation malheureusement très hétérogène (type de sonde, contrôle électromyographique, électrostimulation, techniques comportementales dite de *biofeedback*), accompagne le traitement médical. Elle vise à améliorer la sensation de distension rectale et la commande sphinctérienne qui en résulte. Quinze à 20 séances sont à faire auprès d'un praticien spécifiquement formé à ces méthodes, à raison de 2 par semaine, suivies si succès (50 à 80 % des cas tout-venant) par des séances d'entretien tous les 3 à 6 mois.

L'essentiel :

- Pathologie fréquente, sous-estimée, altérant sévèrement la qualité de vie.
- Interrogatoire et examen clinique donnent une bonne orientation étiologique.
- Ne pas négliger une étiologie tumorale, à éliminer par une coloscopie.
- Prise en charge progressive, débutant par le traitement conservateur.
- Si échec, échographie endo-anale, manométrie anorectale, et déféco-IRM dynamique.
- Avis spécialisé très utile car des solutions existent.

Facteurs de risque

- Sujet âgé - Sexe féminin - Ménopause
- Multiparité - Traumatismes obstétricaux
- Obésité morbide - Diabète
- Maladies neurologiques (AVC, démence)
- Antécédent de chirurgie proctologique ++ ou de résection intestinale
- Irradiation pelvienne

Traitement des formes sévères :

En cas d'échec du traitement conservateur et au décours du bilan fonctionnel, l'option chirurgicale peut être proposée pour une incontinence de plus de 6 mois, survenant de façon au moins hebdomadaire. Le choix thérapeutique ne fait pas encore l'objet de recommandations solides. La recherche est active dans ce domaine, notamment pour des solutions peu invasives.

L'électrostimulation des racines sacrées est une des avancées récentes. Elle est réalisée au moyen d'une électrode placée dans un trou sacré au voisinage de S3 ou S4, reliée à un stimulateur implanté délivrant un courant continu de faible intensité.

Elle agit de manière globale sur les différents facteurs de la continence anale. Un test préalable identifiant les patients répondeurs est un des avantages de cette approche mini-invasive et efficace chez 40-50 % des patients. Elle est cependant coûteuse et nécessite un suivi exigeant. Pour des formes moins sévères, des essais de stimulation du nerf tibial postérieur à la cheville (pour ses connections avec le plexus sacré) sont en cours.

La correction chirurgicale d'une anomalie anatomique peut être de 2 types :

- ⇒ réparation d'une rupture sphinctérienne d'origine traumatique (obstétricale, chirurgicale ou accidentelle) par une sphinctéroplastie.
- ⇒ intervention sur un trouble authentifié de la statique pelvienne (prolapsus rectal, rectocèle).

Le remplacement sphinctérien est réservé aux formes les plus sévères après échec des options précédentes. La transposition du muscle gracile électrostimulée n'est plus utilisée de nos jours.

Différents types de sphincter anal artificiel, pneumatique ou (plus récent) magnétique, sont à l'étude, car d'utilisation plus simple.

Il y a cependant un risque d'infection, d'ulcération cutanée, et finalement d'explantation. Ils restent l'apanage de quelques centres experts. Des injections de tissu expansif dans le canal anal, de cultures de cellules, ou encore la mise au point de bandelettes synthétiques imitant la technique TVT urologique sont les voies de recherche les plus récentes.

La colostomie terminale ne doit pas être oubliée, car elle peut être une bonne solution si elle est acceptée, pour les patients en échec de tout autre traitement. Les conseils d'une infirmière stomathérapeute peuvent aider à prendre une décision.

Pour en savoir plus :

- ◇ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Clinical Guideline 49. Faecal incontinence: the management of faecal incontinence in adults. June 2007. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG49NICE-Guidance.pdf>
- ◇ Lehur PA, Leroi AM. Incontinence anale de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. *Gastroenterol Clin Biol* 2000 ; 24:299-314.
- ◇ Godeberge P. Incontinence anale. *Hepato-Gastro One Dig* 2010 ; 17:316-33.



Les prochaines réunions :

Les réunions ont lieu le troisième mercredi du mois
(sauf en Juillet et Août) à 20h30, Salle Sportive et Culturelle de Naveil,
Rue du Stade, Salle de Réunions des Associations, derrière la Mairie de Naveil.

**Si vous souhaitez participer à l'une des réunions, veuillez en faire la demande par le biais du menu "contact". Vous recevrez une confirmation par courrier électronique.
Par avance, Merci.**

Sous réserve de changements de dernières minutes.

(Impossibilité de vous joindre rapidement au dernier moment) Veuillez nous en excuser par avance

ANNEE 2013	
•Le 16 Janvier 2013	Eau Alcaline Kangen Elisabeth d'ARCANGUES
•Le 20 Février 2013	ONCO 41 Interrelations entre les professionnels de Santé Traitements palliatifs Docteur HIRSCH
•Le 20 Mars 2013	Cancer du Rein Docteur VARDI Adam
•Le 17 Avril 2013	Nutrition et Cancer Mme LUCAS-PEAN
•Le 15 Mai 2013	Traitements en Neurologie Monsieur Bernard RAGOT
Mercredi 26 Juin 2013 à 20h30 BLOIS (41) France	En cours d'ETUDE
•Le 18 Septembre 2013	Lymphœdème Traitements Mme POUDRAI-SASSIER Christèle
•Le 16 Octobre 2013	Addiction 41 Docteur BRIEUDE
•Le 20 Novembre 2013	OBESITE 41 Le point
•Le 18 Décembre 2013	Assemblée Générale (16 ^{ème} A.G)



PRÉSIDENT

Médecin Généraliste, Représentant National et International de l'association

Docteur Pierre BULLE
pierre.bulle@wanadoo.fr

RESPONSABLE DE LA COMMUNICATION

Expert Psychologue, Psychothérapeute et Psychologue du travail

Rodolf-Karel CANOY
canoy.expertpsy41@wanadoo.fr

CHIRURGIEN-DENTISTE

Docteur GIUMELLI
contact (Précisez la personne)

KINÉSITHÉRAPEUTES

Association pour le développement de l'hypnose

Jean-Michel de BUSSEROLLES
contact (Précisez la personne)

KINÉSITHÉRAPEUTE - OSTHEOPATHE

Frédéric VANPOULLE
frederic.vanpouille@wanadoo.fr

MICROKINESITHERAPEUTE

Éric DE RYCKE
contact (Précisez la personne)

CHIROPRACTEUR-IMMUNOTHERAPEUTE

Stéphane DEPONGE
stephane.deponge@wanadoo.fr

REFLEXOLOGIE - KINESIOLOGIE

David DAGET
reflexo37@tiscali.fr



YOGA - ENERGETIQUE - KINESIOLOGIE

Professeurs diplômés

Annie et Jean-François BREUIL

contact (Précisez la personne)

MAITRE DE REIKI

Membre de l'A.F.M.R

Élisabeth D'ARCANGUES

edarcangues@gmail.com

SOPHROLOGUE - SOMATOTHERAPEUTE

Michel CLEMENT

oscar37@club-internet.fr

OSTEOPATHE

Serge A. WHERLE

osteopathie-nature@wanadoo.fr

ACUPUNCTURE CHINOISE

Jean-Jacques BOBINEAU

bobineau.jean-jacques@wanadoo.fr

TRESORIERE GENERALE

Isabelle LONA

contact (Précisez la personne)

AUTRES MEMBRES

BESNIER Dominique - BOULAY Christine

BROSSILLON Pierre - CHEMINOT Sylvie

FAUCHEREAU Jean - GRIMAL Francine

LAINÉ Véronique - LEMELLE Mireille

METAIS Lydie - NERON Béatrice

OURY Bernadette - PITAUD Josiane

PONTET Annick - TOULEMONDE Luce

TRICOTET Yves

contact (Précisez la personne)



Numéros disponibles :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
17	Art thérapie et Monitoring	Juin 2001
18	Ondoline, Hydroxueur, Immunothérapie	Octobre 2001
19	Chakras et Dépression	Février 2002
20	Hypnose et Fibromyalgie	Mai 2002
21	Dépression et Suicide	Septembre 2002
22	Mort subite et Tentative de suicide	Décembre 2002
23	Nutribiothérapie, Cancer, Bio et Pollution chimique : Enfants victimes	Mars 2003
24	Dépression et Suicide	Juin 2003
25	Handicaps, Acouphènes, Toxoplasmose, Coups et Blessures, V.I.H., Eaux minérales, Fruits et légumes, Sel, Nutrition	Septembre 2003
26	Harcèlement moral, La dépression peut constituer un accident de travail, Les bienfaits de la « cohérence cardiaque, Ni Freud, ni prozac, L'univers compliqué du light, Schizophrénie, Épisode dépressif majeur, Nutrition	Janvier 2004
27	L'environnement influence nos gènes, Stress et trouble anxieux, Nutrition, Mort subite, Les acouphènes chroniques	Mars 2004
28	La nutrition : votre santé passe par elle !	Juin 2004
29	Stress et Dépression	Septembre 2004
30	Nos comportements Psychoaffectifs et ses inter-corrélations : Les sentiments	Décembre 2004
31	La dépression des personnes âgées Le stress au travail Le stress chronique épuise l'immunité Dépister les formes trompeuse de la dépression La famille du déprimé : de l'incompréhension à la culpabilité La vulnérabilité des patients déprimés	Mars 2005
32	Allergie alimentaire et Fausses allergies	Juin 2005
33	Stress, Anxiété et Fatigue	Septembre 2005
34	Votre enfant est-il hyperactif ? Narcissisme	Janvier 2006
36	Synthèse du colloque 2006 : la nutrition , une véritable médecine douce Mode d'emploi pour être sûr de soi Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent	Septembre 2006
37	Amoureux et Narcissiques Le père Noël entre rêve et réalité	Décembre 2006



Numéros disponibles suite :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
38	Enquêtes : * Surpoids : Mieux pour la tête que le cœur * La flore intestinale impliquée dans l'obésité * Besoins en eau. Cela ne coule pas de source * Les Européens et la sécurité alimentaire * Allergiques : attention aux baisers Les édulcorants ne stimulent pas la prise alimentaire Apprendre à goûter, apprendre à choisir Perte de poids : la chirurgie bariatrique Calcium et vitamine D	Mars 2007
39	La fibromyalgie en 2007 : où en sommes-nous ?	Juin 2007
40	Le prix moral des cadeaux au moment de Noël. Stress & dépression : la musique adoucit les mœurs	Septembre 2007
41	Couple : Au secours, il m'énerve ! La fibromyalgie en 2007 : académie de médecine Les thérapies comportementales et cognitives	Décembre 2007
42	La dyslexie	Mars 2008
43	L'Arthrose : Données récentes	Juin 2008
44	Fibromyalgie et Stress	Novembre 2008
45	Du stress au travail à l'épuisement psychologique Pas de plais bénignes pour la main Lombalgie chronique : Prévenir l'invalidité Les facteurs d'observance aux psychotropes Les dermocorticoïdes au secours du phimosis	Mars 2009
47	Spécial Nutrition (En cours d'étude)	Novembre 2009
48	L'enfant victime d'une agression sexuelle	Février 2010
49	Les Lombalgies : Mal de dos - Mal du siècle ! Professeur Bernard MAZIERES - C.H.U. TOULOUSE	Juillet 2010
50	Arthrose et obésité : pas question de poids Les troubles musculo-squelettiques Histoire de la goutte Du jogging au marathon : quels bénéfices ? Quels risques ?	Janvier 2011
51	Haltes aux idées reçues sur deux sujets d'intérêt Les peurs alimentaires, justifiées Allergies alimentaires rares, des cas cliniques instructifs En prévention de certaines maladies	Août 2011



Numéros disponibles suite et à paraître :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
52	Le cœur une bête Acides gras polyinsaturés et huiles vierges Les produits laitiers L'efficacité de l'huile d'onagre dans le SPM et en gynécologie	Mars 2012
53	Troubles du sommeil du sujet âgé Incontinence fécale, sujet tabou	Janvier 2013
54	En cours d'étude	Avril 2013
55		Octobre 2013

Si vous le souhaitez, vous pouvez adhérer à l'Association E.D. C.A.S

Coupon à couper ou à recopier puis à retourner, avec votre règlement, au : 21 Rue Paul Cézanne 41100 NAVEIL (France)

Nom et Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

E-Mail :

Ville :

Pays :

Adhésion 2013

Montant (minimum 50 € ou \$) : ,00 € ou \$ Par chèque En espèces Mandat-Lettre