



un nouveau cœur pour
une nouvelle vie

L'ECHO des transplantés cardiaques de Haute-Normandie

4ème année

décembre 2006

numéro 10

Bulletin trimestriel de liaison et d'informations

BONNES FETES

JOYEUX NOËL



Le Père Noël

se fait messager du don d'organes



MEILLEURS VOEUX 2007

CARDIO-GREFFES HAUTE-NORMANDIE

Siège social : Service chirurgie cardio-vasculaire
pavillon Derocque - C.H.U. ROUEN
76031 ROUEN

Téléphone-fax-répondeur : 02 35 62 14 75

Adresse postale :

C.G.H.N. chez M. Bosselin
Rés. Ernest Renan - 273 rue Léon Blum
76300 SOTTEVILLE LES ROUEN

Membre de la Fédération Française des
Associations de Greffés du Coeur et des Poumons

Ont participé à ce bulletin :

Arlette FONTAINE
Isabelle JEGOU
Jean-Claude FENYO

Rédaction - mise en page :

Joseite & Michel BOSSELIN

Directeur de la publication :

Docteur Daniel RIQUIER

Association régie par la Loi de 1901

Dépôt des statuts en Préfecture de Seine-Maritime
le 05 mai 2001

Parution au Journal Officiel le 02 juin 2001

Les articles signés sont sous la responsabilité de leurs auteurs.

SOMMAIRE DU N° 10

Couverture : Joyeuses fêtes

Présentation - sommaire

2

Editorial du Président

3

Les brèves

Voici Emma

4

Les Jeux Européens

5

Vous pouvez aussi bouger autrement

6

Site internet

7

Nous avons visité pour vous

8 à 11

La réhabilitation sociale

11-12

les capacités professionnelles

12

Transplantation et cœur artificiel

La resynchronisation cardiaque

13-14

La convention AERAS

15 à 17

Histoires vécues

18

25 décembre : menu de fête

19-20

QUIZ (jeu)

22



Cher amis transplantés adhérents ou non

Nous avons pensé que ceux qui possède un site INTERNET et souhaitent recevoir toutes nos informations ainsi que « L'ÉCHO », veuillent bien avoir l'amabilité de nous communiquer leur Email.

Merci d'avance



Edito du Président

Permettez-moi tout d'abord d'avoir une pensée pour tous nos amis greffés qui nous ont quittés cette année ; que leurs familles et leurs amis soient certains que nous ne les oubliions pas et qu'à nouveau, en mon nom personnel et au nom de tous les membres du bureau, nous leur adressons nos plus sincères condoléances.

Ensuite, en cette fin d'année, j'adresse à tous ceux qui nous lisent, nos souhaits de très bonnes fêtes de NOËL et nos vœux les meilleurs pour l'an 2007, sans oublier évidemment une bonne santé pour vous et toutes les familles des donneurs, inconnus, qui nous ont permis et nous permettent encore de « jouir » de cette bonne santé.

Cette année 2006 a été fertile en événements dont je retiendrai les 20 ans de la première transplantation cardiaque rouennaise, merci ROBERT (le Professeur SOYER) ainsi que les (5 ans de notre association qui vit ou mieux « survit » grâce au dévouement de quelques uns ; merci au Président délégué Michel BOSSELIN.

Mon dernier souhait sera que cette association continue malgré, hélas, le peu d'adhérents nouveaux. La reconnaissance est-elle encore un mot d'actualité ??

A nouveau, bonnes fêtes de fin d'année à TOLIS !

Docteur Daniel Riquier

Les brèves

Dans ce bulletin, vous ne trouverez pas notre rubrique « portrait d'une transplantée ».

La cause en est simple. La personne contactée était d'abord intéressée et d'accord ; puis elle a repoussé le rendez-vous concernant la préparation de l'article ; puis a annulé le second, pour ensuite déclarer qu'elle n'avait pas l'intention de participer à ce mini-reportage. Ceci trois jours avant la mise en page du bulletin, ce qui ne me laissait plus le temps de contacter une autre transplantée.

S'il y avait une greffée volontaire pour la prochaine rubrique « portrait », que cette personne veuille bien me contacter. Je l'en remercie à l'avance.

M. Bosselin

Dans le cadre de la solidarité entre transplantés et de nos œuvres sociales, nous avons décidé en réunion de bureau, d'aider financièrement une jeune transplantée à réaliser, en partie, une passion qu'elle caresse depuis longtemps.

Nous ne pourrons bien entendu intervenir qu'à condition que ses parents nous en donnent l'autorisation (car c'est une mineure).

Une transplantée cardiaque, Isabelle Jegou vient de mettre au monde une petite fille (voir page suivante).

Isabelle nous a gentiment fait savoir qu'elle se tenait à la disposition des jeunes femmes greffées qui souhaiteraient devenir maman, afin de leur faire part de sa propre expérience et éventuellement les conseiller. Vous pouvez la contacter au 06 63 79 20 95 ou sur son adresse Email lsajegou@aol.com.

Voici venue Emma née le 22 octobre 2006

Quand Monsieur Redonnet est venu me voir, en cardiologie, pour me proposer une greffe cardiaque, il me dit : « *après 2 ans de greffe, si tout va bien, vous pourrez envisager une grossesse* ». J'étais, à l'époque, tellement faible et fatiguée, que je n'imaginais pas une éventuelle grossesse, ce d'autant plus que j'avais fait ce deuil avec l'insuffisance cardiaque.

J'ai été greffée le 6 octobre 2003, puis miracle, tout va bien dans le meilleur des mondes. Je reprends une vie normale, pleine d'énergie, je pratique le sport, je travaille... Puis au bout de 2 ans, la phrase de Monsieur Redonnet revient, et pourquoi pas une grossesse... On en discute, il me dit pourquoi pas. Il réadapte le traitement (augmentation des corticoïdes et arrêt du Cellcept remplacé par un autre immunosuppresseur). Une visite chez le gynécologue (Pr Marpeau) à la mère et l'enfant, au CHU de Rouen, qui n'y voit pas d'inconvénient, au contraire : le cœur est sain et pas de contre-indication avec le traitement immunosuppresseur pour le bébé.

De plus, j'ai une malformation utérine (petit utérus) donc j'ai un risque d'accoucher prématurément.

Je suis enceinte, je consulte tous les mois, Madame Nafeh-Bizet, pour une échographie TDI et un bilan biologique. Sur le plan cardiaque, tout se passe très bien, aucune complication.

J'ai accouché prématurément, à 34 semaines d'aménorrhée, soit 7 mois et demi, dû à mon problème gynécologique. L'accouchement s'est très bien déroulé, par voie basse, avec une péridurale :

Emma est née le 22 octobre 2006 avec un poids de 2kg240. Elle est restée, 4 semaines, en néonatalogie car elle ne prenait pas ses biberons (immaturité sur le plan digestif). Depuis le 18 novembre, elle est à la maison, elle se porte à merveille, pour notre plus grand Bonheur !

Je suis suivie sur le plan cardiaque, tous les mois, les biopsies et l'échocardiographie, faites à 1 mois sont normales, car il y a un risque un peu plus élevé de faire un rejet après l'accouchement, mais en se faisant suivre régulièrement et en prenant bien son traitement on limite les risques.

Une femme transplantée, sans problème gynécologique, peut mener sa grossesse à terme et sans problème, pour elle et le bébé !

C'est super car vous n'êtes plus malade, plus transplantée, vous êtes une femme comme toutes les autres qui mène sa grossesse tout simplement : avec toutes les difficultés que j'ai endurées (comme vous autres) être enceinte, accoucher d'un petit bout'chou, c'est le plus beau cadeau, c'est merveilleux !

MERCI, MERCI et encore MERCI à toute l'équipe qui m'a aidée à mener cette grossesse et mettre EMMA au monde !

Isabelle Jegou



Les jeux européens des transplantés cardiaques et pulmonaires en France à Vichy en 2008

La Fédération Européenne des Transplantés Cardiaques et Pulmonaires qui regroupe 18 pays a approuvé la candidature soumise par la Fédération Française des Associations de Greffés du Coeur et des Poumons (F.F.A.G.C.P.) à laquelle Cardio-Greffes Haute-Normandie est affiliée, pour l'organisation en 2008 des 12^{me} Jeux Européens des Transplantés Cardiaques et Pulmonaires.

Le site de Vichy répondait parfaitement au cahier des charges établi par la F.F.A.G.C.P., tant du point de vue sportif qu'hôtelier.

Six cents personnes, athlètes et accompagnateurs, sont attendues pendant cinq jours fin juin 2008. Les Jeux devraient coïncider avec la Journée Nationale du don d'organes.

Ainsi, une large tribune pour le don sera médiatisée avec cette grande manifestation dans un site prestigieux et les greffés pourront montrer à travers la pratique du sport que la greffe, ça marche !

Tirant les leçons de Jeux récents, notamment en Irlande (Dublin 2004) et en Italie (Naples 2006), les organisateurs ont souhaité que les sites des compétitions soient rassemblés et accessibles en quelques minutes depuis les lieux d'hébergements, ce qui sera le cas en raison du potentiel sportif et hôtelier de Vichy.

Les épreuves sportives prévues sont : tennis, tennis de table, badminton, volley ball, golf, cyclisme, natation et athlétisme.

Certains sports nécessitent un entraînement préalable et l'autorisation de nos cardiologues, après parfois un test d'effort dans les quatre mois qui précédent (par exemple en cyclisme), mais d'autres qui ne sollicitent pas d'efforts trop intenses sont à la portée de tous (par exemple marche, lancer de halle...). Enfin, le capitaine de l'équipe de volley, seul sport d'équipe, accueillera avec grand plaisir les volontaires.

Les français ont toujours été présents aux Jeux, mais le nombre de participants a varié selon les destinations, et été toujours trop peu important par manque de moyens financiers : 40 en Irlande en 2004, 32 en Italie en 2006, avec peu de femmes et de jeunes et avec un seul membre de Cardio-Greffes pour ces deux derniers.

La fraternité et l'ambiance des Jeux croissent toujours de nouvelles amitiés. Une occasion unique nous est offerte cette fois :

TOUT LE MONDE PEUT PARTICIPER OU ÊTRE ACCOMPAGNATEUR.

Des compléments d'information vous seront apportés dès que le programme sera finalisé par le Comité d'organisation des Jeux dont fait partie Michel Bosselin. Je suis à la disposition de toutes et tous pour tout renseignement.

Il est temps de se préparer pour que la Haute-Normandie soit massivement et joyeusement représentée à Vichy 2008 au sein de l'équipe de France !

Jean-Claude Fenyo



Transmission du drapeau des Jeux au
Président Jean-Claude Boulmer



L'équipe de France à Naples 2006

Vous pouvez aussi bouger autrement !

Si vous n'avez pas envie de faire du sport, lutter contre la sédentarité n'est pas si compliqué. Il s'agit d'augmenter son activité physique naturelle et quotidienne et non de pratiquer un sport de manière intensive. C'est donc à la maison, au travail ou lors de vos trajets quotidiens que tout se joue.

L'exercice physique n'a que des vertus ; il lutte contre le diabète de type 2, les maladies cardio-vasculaires, l'emballement et l'ostéoporose. Il diminue de 40 à 50 % le risque de cancer du colon.

Une étude menée par l'INSERM vient de confirmer qu'il fait baisser de 30 à 40 % le risque de cancer du sein, ainsi que ses rechutes.

Marcher 3 Km par jour diminue cette probabilité de 50 %. Marcher c'est simple et sans contre-indication médicale.

La marche est un excellent exercice, naturel et praticable par tous. Elle fait travailler le cœur, renforce les articulations, les muscles des cuisses, des fesses et les abdominaux, entretient la capacité respiratoire.

Il suffit d'une demi-heure de marche rapide par jour pour se faire du bien. Prendre les escaliers plutôt que l'ascenseur, avoir certaines activités de jardinage, désherbage, tonte mécanique, le bêchage multiplie par 3 à 6 la dépense énergétique.

Faire ses courses à pied, même avec un caddie, aller chercher son pain ou son journal à 200 mètres chaque jour donne du tonus.

Accompagner ses enfants ou petits-enfants en forêt est bon.

Le ménage et faire les vitres verront une diminution des risques du cancer du sein. Disons que les hommes qui font le ménage tirent également de grands bienfaits.

La marche ou le vélo, c'est bon pour la santé, mais préférez la marche par ce qu'elle se pratique en tous lieux.

M. Bosselin



PAR UN COUP DE TÉLÉPHONE, UNE VISITE, UNE RENCONTRE PRITÉ PAR HASARD, UNE PETITE SURPRISE INATTENDUE, UN AMI MET UN PEU DE CONFITURE SUR VOTRE TARTINE DU JOUR.

J.R.C.

Site Internet de l'association

Notre association possède un site Internet accessible par le bas débit (56 kbps), mais de préférence par ADSL en raison de la durée de l'affichage des photos. Il est régulièrement mis à jour et reproduit notamment l'intégralité des derniers bulletins Echo et les compte-rendus des assemblées générales. Sont également rappelés les projets pour les mois qui viennent.

Adresse du site :

« <http://cghn.site.voila.fr> »

Ce site est bien entendu ouvert à tout adhérent qui souhaiterait y apporter sa contribution !

Ci-dessous une reproduction de la page d'accueil.



CARDIO-GREFFES

HAUTE-NORMANDIE

Cliquer avec la souris sur la rubrique que vous souhaitez atteindre



L'ASSOCIATION

1. Objectifs de l'association
2. Composition du bureau
3. Compte-rendu de l'assemblée générale du 28 mai 2005
4. Compte-rendu de l'assemblée générale du 10 juin 2006

ACTIVITES

1. Randonnée de la famille J.P. Fouache
2. Galette des rois 2006
3. Evénement le 21 avril 2006 : 20 ans de greffe cardiaque à Rouen - 5^e anniversaire de Cardio-Greffes Haute-Normandie
4. Album des cinq ans
5. Prochaines activités

DIVERS

1. Un nouveau cœur depuis treize ans
2. Mots flétrés du transplanté
3. Liens utiles

L'ÉCHO DES TRANSPLANTES

CARDIAQUES EURE ET SEINE-MARITIME

1. n°6 - avril 2005
2. n°7 - octobre 2005
3. n°8 - mai 2006
4. n°9 - septembre 2006

*Dernière mise à jour :
13 novembre 2006*

Association des greffés du cœur et des poumons de Haute-Normandie

Un nouveau cœur pour une nouvelle vie

L'Association

Cardio-Greffes Haute-Normandie, a été créée vers 1995, mais nous nous appelions alors « Cardio-Greffes Normandie ». Nous sommes restés en sommeil quelque temps par manque de bénévolat ; puis nous avons décidé de relancer l'association au 1er janvier 2001. Nous sommes devenus « Cardio-Greffes Haute-Normandie ». Après réflexion, il nous a semblé plus sage de réunir seulement deux départements au lieu de cinq précédemment ; la majeure partie des adhérents ont été transplantés au C.H.U. de Rouen.

Membre de la Fédération Française des Associations de Greffés du Coeur et des Poumons.

Nos Coordonnées

Association Cardio-Greffes Haute Normandie

Siège social : C.H.U Rouen - Pavillon Derocque - Chirurgie Cardio-vasculaire - ROUEN 76031

Tél/Fax : 02 35 62 14 75

tout renseignement : jcja@voila.fr

Jean-Claude Fenyo

Nous avons visité pour vous,

Le vendredi 03 novembre, la sucrerie de Fontaine-le-Dun et la linière de Saint-Pierre-le-Vigier. Dix-neuf personnes se sont retrouvés dans le restaurant « Le Saint Pierre », pour un repas convivial et joyeux. Malheureusement, quatre transplantés seulement ont participé à cette journée, dont le coût était modeste (15 euros par personne, repas et visites compris).

Dès 13h45, nous étions à la sucrerie. Un guide nous reçut, il nous projeta un film sur la production sucrière de la région puis nous commenta la visite.

C'est la betterave sucrière à chair blanche qui est utilisée. Elle se présente sous forme de racine de forme conique, presque entièrement enfouie dans le sol, dotée d'un collet plat surmonté d'un bouquet foliaire. Suyant la nature du sol, les feuilles sont plus ou moins développées.

La racine est la principale réserve de sucre, elle contient 15 à 21% de son poids en sucre.

La betterave est cultivée en terre sèche, profonde, fortement fumée et bien préparée, avec une préférence pour les sols argilo-calcaires. Lui convient un climat tempéré assez humide d'avril à septembre, avec des périodes ensoleillées et sèches juste avant la récolte.

La campagne betteravière commence fin septembre et dure de 60 à 90 jours. Toute la journée, des camions arrivent sur le site à la cadence d'un camion toutes les minutes. Dans chacun de ces camions, sont effectués trois prélèvements qui seront analysés afin de déterminer la qualité du produit livré. Chaque prélèvement est répertorié.

Le saviez-vous ? Plus de 2000 heures de lumière sont nécessaires pour obtenir une concentration de sucre satisfaisantes dans la racine. Un hectare de betteraves suffit à piéger 21,5 tonnes de gaz carbonique, soit près de quatre fois plus qu'un hectare de forêt.

La surface ensemencée représente 400 000 hectares, soit 2,5 % des terres labourables du pays.

Le centre, l'Ile de France, Champagne-Ardenne, le Nord-Picardie et la Normandie sont les principales régions de culture betteravière.

La production sucrière en France s'élève à 4 millions de tonnes dont 250 000 tonnes de sucre de canne.

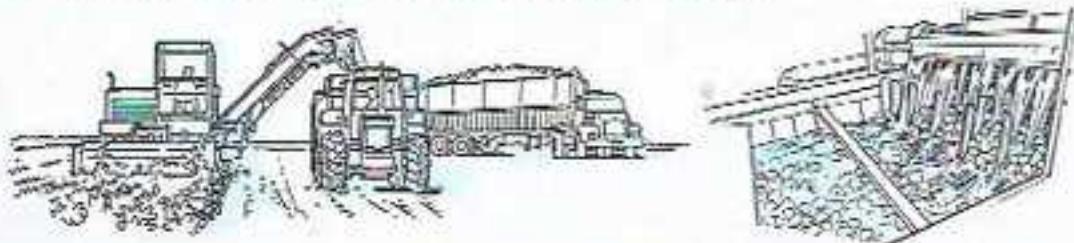
La consommation humaine de sucre dépasse 2 millions de tonnes par an, soit une moyenne constante, depuis les trente dernières années, de 36 Kg par an et par habitant (contre 2 Kg en 1826 et 12 Kg en 1900). Cette estimation prend en compte le sucre directement consommé et les quantités incorporées aux produits sucrés.

L'industrie sucrière française emploie environ 10 000 personnes, dont 7 000 collaborateurs permanents et 3 000 saisonniers mobiles pendant la campagne.

L'industrie sucrière est une véritable agro-industrie qui joue un rôle important dans le tissu économique et social.

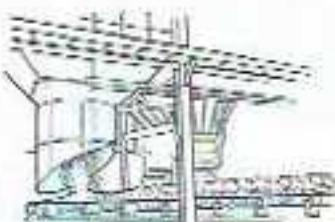
La visite commentée a été appréciée, toutes et de tous. Les gens sont ressortis enchantés.

De la betterave au cristal de sucre



1. Approvisionnements. La sucrerie est approvisionnée en betteraves par les cultures implantées dans un rayon d'environ 25 km. Le poids net des racines livrées (hors terre et pierres) et leur teneur en sucre sont évalués par prélèvement lors de la livraison. Le temps de stockage des betteraves est réduit afin de conserver leur richesse en sucre (36 heures maximum).

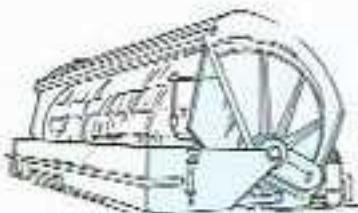
2. Lavage. Les betteraves sont acheminées dans un lavoir où elles circulent à contre-courant d'un flux d'eau propre qui les lave, et où elles sont brassées par des palets pour les séparer de la terre, de l'herbe et des pierres.



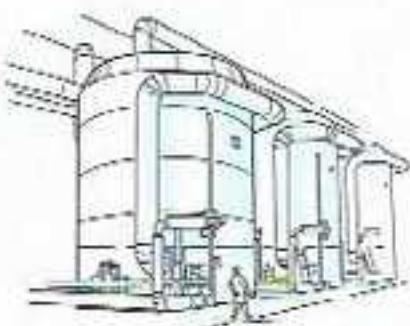
3. Découpage. Les betteraves propres sont envoyées dans des coupe-rotines qui les débloquent en lamelles appelées "cassettes".



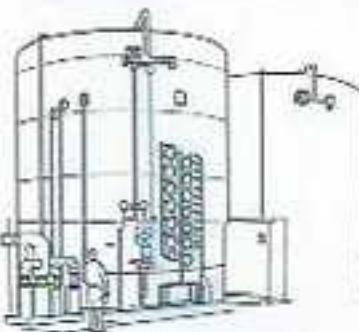
4. Extraction. Le jus sucré est extrait des cassettes par diffusion dans un long cylindre : les cassettes y pénètrent par une extrémité, et l'eau tiède qui y circule en sens inverse s'enrichit peu à peu de leur sucre. Le jus sucré est recueilli à une extrémité, tandis que les cassettes épuisées, appelées "pulpes", sont récupérées à l'autre bout (elles contribueront à une alimentation de qualité pour le bétail).



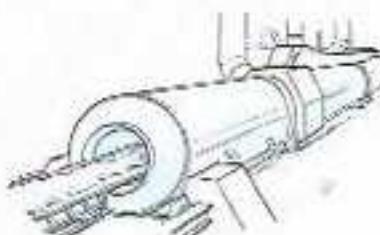
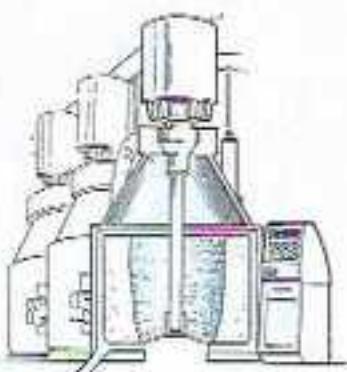
5. Purification. Le jus obtenu contient la totalité du sucre présent dans la betterave, mais également des impuretés qu'il faut éliminer (sels minéraux, composés organiques...). L'opération s'effectue par une adjonction successive de lait de chaux puis de gaz carbonique qui permet de former des sels insolubles et des précipités qui fixent les impuretés. Le mélange est alors envoyé dans des filtres qui retiennent les impuretés et libèrent le jus sucré clair.



6. Evaporation. À ce stade, le jus filtré contient environ 13 % de sucre et 87 % d'eau, dont une grande partie sera éliminée par évaporation. Pour ce faire, le jus traverse une série de chaudières (les "évaporateurs") où la température et la pression diminuent progressivement de l'une à l'autre. Au terme du circuit, le jus s'est transformé en sirop contenant 65 % à 70 % de saccharose.



7. Cristallisation. Le sirop atteint sa concentration dans des chaudières. Il est ainsi amené à un état propice au développement des cristaux. On introduit alors de très fins cristaux (sucré glace) qui vont enseigner le sirop. La cristallisation se généralise et l'on obtient la "masse cuite", formée de multiples petits cristaux en suspension dans un sirop coloré par les impuretés résiduelles.



8. Essorage. La masse cuite est envoyée dans des turbines, ou essoreuses rapides. Sous l'action de la force centrifuge, le sirop coloré est évacué tandis que le sucre blanc cristallisé se dépose sur les paniers. Il est ensuite lavé par pulvérisation d'eau et de vapeur avant d'être recueilli. (L'eau sera ensuite réintroduite dans le cycle d'extraction).

9. Séchage. Encore chaud et humide, le sucre cristallisé blanc est envoyé dans des appareils de séchage à air chaud, puis refroidi. Il est désormais prêt à la consommation.

10. Conditionnement. Après avoir été tamisé, classé, pesé, le sucre peut être entreposé en vrac dans de vastes silos, ensaché ou conditionné dans des ateliers spécialisés (morceaux, poudre, glace...), avant expédition.

Terre de Lin

Fibres et Semences
de Lin

Société Coopérative Agricole

76740 SAINT-PIERRE-LE-VIGER

Ce même jour, en sortant de la sucrerie, nous nous sommes rendus à « Terre de Lin », afin d'y visiter les installations et de se documenter sur la filière linière.

La Haute-Normandie est la première région linière de France avec 40 000 Ha (50% des surfaces françaises). Elle est la zone qui présente la plus forte concentration de parcelles de lin textile. Elle bénéficie de l'alliance d'un terroir et d'un climat unique et du savoir faire des liniculteurs. Ainsi, les lins de Haute-Normandie sont parmi les plus recherchés du monde.

L'Europe de l'ouest, de la Normandie au Pays Bas, est mondialement reconnu pour la finesse et la résistance de ses fibres de lin. Ses fibres seront utilisées pour la fabrication de fils de moyenne à haut de gamme.

France	75 000 Ha	95 000 tonnes de lins taillés (la moitié en Haute-Normandie).
Belgique	17 000 Ha	13 000 tonnes de lins taillés
Pays Bas	4 500 Ha	4 000 tonnes de lins taillés
La Russie, Biélorussie, Ukraine	160 000 Ha	47 000 tonnes de lins taillés
La Chine	30 000 Ha	15 000 tonnes de lins taillés (les fibres ont une finesse convenable, mais elles manquent généralement de résistance).

Aujourd'hui, Terre de Lin est la plus grande coopérative linière en Europe de l'Ouest :

Seine-Maritime et Eure : 10 600 Ha, soit 13% des surfaces françaises et 10% des surfaces européennes.

Terre de Lin, c'est aussi 650 agriculteurs, 250 salariés, 5 sites de production.

Les activités de la coopérative sont :

- ◊ La création variétale
- ◊ Le suivi cultural par nos techniciens
- ◊ Les travaux de récolte
- ◊ La transformation de pailles et des graines
- ◊ La commercialisation des fibres, graines et semences
- ◊ TERRE DE LIN, c'est un ensemble d'hommes et femmes réunis par la même passion du lin.

Le liniculteur choisit la variété de lin textile suivant les caractéristiques de chacune d'entre elles et les particularités de ses parcelles.

Terre de Lin a sa propre filiale de commercialisation : Tex Nord Sarl.

Les ventes se répartissent de la manière suivante :

- ◊ Chine 60%
- ◊ Europe 30%
- ◊ Autres 10%

Le lin taillé est destiné aux filatures chinoises et européennes, le lin peigné est commercialisé aux filatures européennes.

Le lin textile est principalement exploité pour sa fibre. Cependant les pailles et les graines trouvent d'autres débouchés.

Ainsi, avec un hectare de lin textile on peut produire :

- ◊ 500 jupes
- ◊ 200 costumes
- ◊ 50 draps
- ◊ 200 nappes
- ◊ 300 m² de tissu mural
- ◊ 1000 panneaux de portière

A partir des anas :

- ◊ 350 m² de paillage horticole ou 2 600 Kg de litière pour chevaux ou 370 m² de panneaux agglomérés

Lorsqu'elles ne sont pas utilisées comme semence, les graines fourniscent :

- ◊ 100 litres d'huiles de lin pour peintures ou vernis
- ◊ 200 Kg d'aliments du bétail.

La visite s'est terminée vers 18h30. Les participants à ces deux visites semblaient satisfaits de leur journée.

Nous essayerons l'an prochain, d'organiser d'autres visites. Il y aura toujours une possibilité de covoiturage pour les personnes intéressées.

Merci à toutes et à tous d'avoir participé.

M. Bosselin

La réhabilitation sociale du greffé : une exigence d'aujourd'hui

Il fut un temps, il y a trois à quatre décennies seulement, où l'objectif presque unique de la transplantation d'organes était de permettre à un malade de continuer de survivre. Personne ne savait très bien à l'époque de quelle durée pourrait être cette survie.

Le temps a changé, les malades greffés depuis cette période vivent, ils vivent bien et ont l'apparence de la guérison pour la très grande majorité d'entre eux, même si un traitement et des examens de laboratoire sont nécessaires à vie. Pour autant, nous ne pouvons pas nous satisfaire de ce résultat, aussi miraculeux qu'il puisse apparaître ; tout n'est pas résolu pour les conditions de vie des malades. Il nous reste à leur donner les moyens d'une vie correcte, normale, épanouissante. En général, cette deuxième vie est vécue positivement par le patient dans sa sphère privée. La réinsertion sociale est cependant beaucoup plus difficile que l'épanouissement familial.

Bien souvent, le patient a dû arrêter son travail lors de la maladie initiale, puis pendant l'attente trop prolongée du greffon, pendant la greffe et enfin dans ses suites. Il en résulte fréquemment une perte d'emploi et lorsque le patient retrouve tous ses moyens physiques et son dynamisme antérieur, il souhaite ardemment retrouver un travail.

C'est bien sûr le moyen d'assurer des revenus plus confortables qu'une seule pension d'invalidité, c'est aussi un moyen d'insertion sociale. C'est surtout perçu comme une condition au retour à une pleine dignité, à un sens de l'utilité humaine, en un mot, c'est le symbole de la guérison.

Malheureusement en un temps où l'emploi est rare, trouver un travail après avoir été malade est une gageure, un défi que trop peu de greffés parviennent à relever.

Par ailleurs, les contrats d'assurance, les possibilités de crédits pour un logement ou pour d'autres réalisations de la vie demeurent très difficiles pour le transplanté, malgré de petites améliorations récentes, encore insuffisantes.

Notre société se doit de corriger ces injustices. Les greffés ont maintenant une longévité qui s'approche de celle des sujets normaux. Ils doivent en avoir tous les droits et notamment un accès non restreint à l'emploi, au logement, aux crédits et aux assurances à coût normal, comme chacun d'entre nous.

Les associations travaillent inlassablement à cet objectif depuis plusieurs années. Grâce à elles, nous ne doutons pas que nous parviendrons à ces éléments de justice qui donneront enfin aux malades greffés toutes leurs capacités d'épanouissement dans la société des hommes et des femmes du XXI^e siècle.

Les capacités professionnelles des patients ayant bénéficié d'une greffe d'organe

Les personnes ayant bénéficié d'une greffe d'organe ont souvent, avant la greffe, eu une carrière professionnelle émaillée d'arrêts de travail dus à leur maladie et ont pu rencontrer des difficultés professionnelles de tous ordres. Leurs difficultés ne sont cependant pas différentes de celles des malades atteints d'une affection grave chronique.

Lorsqu'il s'agira de retourner dans le milieu du travail, leurs possibilités de reprise seront analysées, s'ils sont salariés, par le médecin du travail qui aura à donner son avis sur leur aptitude au travail. Cet avis d'aptitude qui s'impose à l'employeur est formulé au moment de l'embauche, lors des visites périodiques et après un arrêt de travail de trois semaines au moins. Le médecin du travail se base à la fois sur ce qu'il sait de l'état de santé du patient et sur les caractéristiques du poste de travail. Il peut proposer, comme conseiller de l'employeur et des salariés, des aménagements du travail. Les conséquences d'une inaptitude peuvent être lourdes puisque, en l'absence de possibilité de reclassement interne, de changement de poste ou d'aménagement du poste, un licenciement peut être prononcé.

Ainsi, il ne peut y avoir de règles prédefinies sur l'aptitude ou non à tel ou tel métier. L'état de santé actuel et l'évolution prévisible, les caractéristiques particulières du poste qu'il tient ou doit tenir, sont les seuls paramètres qui sont pris en compte.

L'aptitude dans les trois fonctions publiques est un peu différente. Il s'agit, à l'embauche, d'une aptitude aux fonctions et non au poste. Il s'agit d'estimer si l'état de santé actuel et futur du postulant lui permet et lui permettra de tenir ses fonctions, ceci dans les postes que ses perspectives de carrière dans l'administration peuvent lui ouvrir. Cet avis d'aptitude est formulé par un médecin agréé de l'administration et non pas par un médecin du travail. Cet examen médical et cet avis d'aptitude protègent non seulement l'administration mais aussi le patient contre le risque d'une inaptitude dans un avenir proche qui entraînerait une réforme, c'est-à-dire l'équivalent d'un licenciement, avec des droits sociaux réduits.

Dans la fonction publique d'état et la fonction publique territoriale, il n'existe ensuite pas d'avis d'aptitude au poste. Les possibilités de reprise du travail sont du ressort du comité médical départemental en cas de difficultés à tenir les fonctions au moment de la reprise.

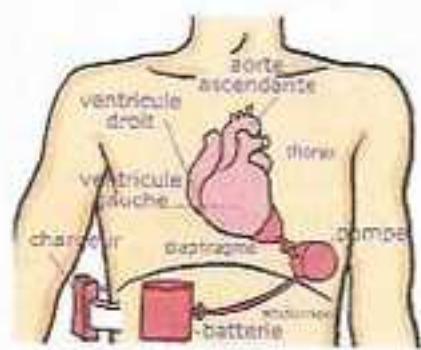
Il n'existe pas de procédure d'aptitude et de surveillance médicale du travail pour les artisans et professions libérales.

LA VIE N'EST QU'UN PASSAGE SUR TERRE. ESSAYONS DE LA VIVRE AU MEILLEUR ET D'EN PROFITER AU MAXIMUM.

Transplantation cardiaque et cœur artificiel. Evolutions et perspectives

Après la première transplantation cardiaque réalisée en 1967, les transplantations cardiaques ont été sporadiques au cours des années 1970. Au début des années 1980, la découverte de la ciclosporine stimule une croissance quasi exponentielle pour aboutir à environ 600 transplantations au début des années 1990 en France.

Ensuite, la décennie 90 sera l'objet d'une diminution importante des transplantations pour différentes raisons et en particulier par manque de donneurs, lui-même conséquence positive de la diminution des accidents de la route et des accidents vasculaires cérébraux. Fin 1990, le nombre des transplantations cardiaques était autour de 300/an.



La diminution s'est ensuite arrêtée et le chiffre de 300 greffes/an reste stable depuis 2000. Ce chiffre représente tout de même une diminution de 50% par rapport à la fin des années 80. Les assistances circulatoires ne se sont en fait réellement développées que lorsque la pénurie des greffons a stimulé la recherche. Dans notre institution, comme dans beaucoup d'autres centres de transplantations, l'activité d'assistance circulatoire a été régulièrement croissante au cours des années 1990. Initialement, les systèmes de « cœur artificiel » n'étaient que temporaires, permettant de pallier de quelques jours ou de quelques semaines une défaillance cardio-circulatoire majeure.

Aujourd'hui les systèmes sont suffisamment performants pour assister un patient complètement pendant plusieurs mois, voire quelques années. Les derniers systèmes miniaturisés autorisent même un retour à domicile des patients et dans certains cas une reprise d'activité physique et professionnelle. Les patients gèrent alors eux-mêmes le système d'assistance, en particulier les batteries qui autorisent une autonomie allant jusqu'à 8 heures.

Aujourd'hui, nous sommes dans une situation où l'alternative entre ces deux options thérapeutiques permet de gérer plus confortablement la liste d'attente. Il est en effet possible de diminuer le risque de décès sur liste d'attente en utilisant l'assistance mécanique pour permettre aux patients les plus graves d'attendre plus confortablement un greffon.

Pourtant, malgré les progrès, les systèmes d'assistance ne sont pas définitifs avec un relais quasi systématique vers la transplantation au bout de quelques semaines à quelques années. Il faut donc continuer d'encourager la promotion du don d'organes et ce d'autant qu'elle n'a jamais été aussi performante avec des résultats de plus en plus durables grâce à des drogues immunosuppressives de mieux en mieux tolérées. Dans de rares cas, les systèmes d'assistance définitive commencent d'être envisagés en particulier dans les tranches d'âge plus élevées chez qui l'accès à un greffon n'est pas aujourd'hui possible.

En conclusion, on peut aujourd'hui dire que l'assistance mécanique et la transplantation cardiaque sont au service l'une et l'autre, toutes deux doivent être encouragées pour optimiser la qualité de prise en charge de nos patients.

La resynchronisation cardiaque

La resynchronisation est une technique mise en œuvre depuis une douzaine d'années pour venir en aide à un cœur défaillant et désynchronisé (qui ne se contracte pas normalement), dans le cas d'une insuffisance cardiaque sévère. Elle n'est proposée qu'en cas d'échec du traitement médicamenteux et selon des critères précis. Moyennant quoi, non seulement elle améliore la qualité de vie, mais elle en augmente la durée.

En outre elle diminue le nombre d'hospitalisations et réduit la mortalité. En France, chaque année, quelque six mille patients en bénéficient.

Pour l'essentiel, c'est une invention européenne : elle a été développée simultanément par une équipe d'Utrecht aux Pays-Bas et par une équipe de Rennes et de Paris. Ce traitement a été conçu et mis au point il y a une quinzaine d'années. La première étude d'évaluation était une étude européenne avec une composante française importante. L'Amérique du Nord s'est ensuite intéressée de très près à ce traitement : elle lui a fait traverser l'Atlantique. Une étude récente de grande ampleur, l'étude CARE-HF (Cardiac Resynchronization in Heart Failure), et d'autres études à venir nous ont permis de reprendre, très récemment, une partie du leadership.

Quels sont les bénéfices apportés par ce traitement ?

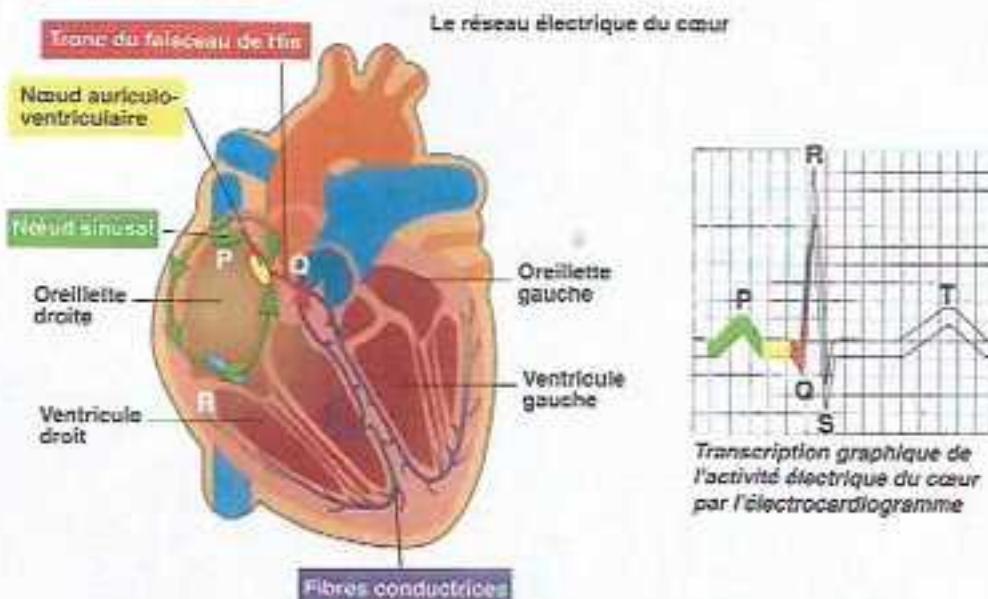
La resynchronisation est un traitement qui a été très bien évalué chez les patients en insuffisance cardiaque dite modérée à sévère sous traitement médical optimal. De très grandes études ont été menées, d'autres sont en cours. La resynchronisation est certainement l'un des traitements le plus évalués sur le plan scientifique au cours des dix dernières années dans le domaine de la cardiologie. Ces études mettent toutes en évidence trois catégories de bénéfices : une amélioration de la qualité de vie, une diminution du nombre d'hospitalisations, une réduction de la mortalité.

Concernant la qualité de vie, on enregistre une amélioration spectaculaire : réduction des symptômes, diminution de l'essoufflement et de la fatigue, amélioration de la tolérance à l'effort. La capacité d'effort est généralement évaluée à travers le test de marche de six minutes à la vitesse la plus élevée possible. Les études montrent que la resynchronisation apporte une augmentation de 25 à 30% du périmètre de marche. Les questionnaires usuels pour l'évaluation de la qualité de vie font état de bénéfices non seulement sur le plan du physique, mais également dans le domaine des capacités intellectuelles, des capacités de concentration.

En cas d'insuffisance cardiaque sévère, les épisodes de décompensation d'oedèmes conduisent par ailleurs à des hospitalisations fréquentes, qui nuisent naturellement à la qualité de vie. Ces hospitalisations représentent en outre un coût important : dans le domaine de l'insuffisance cardiaque décompensée ; ces dépenses sont particulièrement importantes, puisqu'elles auraient dépassé les deux milliards d'euros l'an passé. Or les études montrent que la resynchronisation réduit d'au moins 50 % le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque. Les bénéfices sont donc particulièrement intéressants en la matière : pour la santé du patient tout d'abord, pour le financement de la santé ensuite.

Et concernant la durée de vie ?

L'étude CARE-HF montre que la resynchronisation réduit la mortalité dans des proportions importantes de 36 % à dix-huit mois et de 40 % à trente-six mois. On est face à des niveaux de réduction de mortalité que l'on n'aurait pas enregistrés depuis l'introduction des bêtabloquants.



Convention AERAS pour assurer et emprunter avec un risque aggravé de la santé

Remplace la convention Béjartey de septembre 2001. Elle sera mise en application par décret le 1er janvier 2007. Elle a été signée par le ministère de la santé, le ministère des finances, les assurances, les banques et les associations de malades. Des comités de contrôle ont été créés, et dans chaque banque, il y aura un référent.

	Convention du 19 septembre 2001	Convention AERAS (stipulations remplaçant les stipulations existantes ou les complétant)
Information		
Pouvoirs publics	Aucune obligation	<ul style="list-style-type: none"> • création d'un site Internet • association des caisses d'assurance-maladie, des réseaux de soins, des professionnels (notaires, agents immobiliers) à la diffusion de l'information • mise en place de télevents dans chaque réseau bancaire • mention sur les simulations de prêt de l'existence de la convention et des coordonnées du référent bancaire • liens avec le site de la convention
Établissements de crédit		<ul style="list-style-type: none"> • liens avec le site de la convention • utilisation des divers supports de communication pour faire connaître la convention
Associations	Aucune obligation	
Champ d'application		
Prêts immobiliers et professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • montant maximum de l'emprunt : 250 000 euros • âge maximum : 60 ans à la souscription • durée maximale de remboursement : 15 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • montant maximum de l'emprunt : 300 000 euros • âge maximum : 70 ans à la fin de l'impôt • durée maximale de remboursement : aucune
Prêts à la consommation	<ul style="list-style-type: none"> • montant : 10 000 euros • âge maximum : 45 ans à la souscription • durée maximale de remboursement : 4 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • montant : 15 000 euros • âge maximum : 50 ans à la souscription • durée maximale de remboursement : 4 ans (sans changement)

Invalidité	N'entre pas dans le champ d'application de la convention	<ul style="list-style-type: none"> • l'invalidité entre dans le champ d'application et permet de bénéficier des garanties offertes (motivation, forfaits de mutualisation, médiation...) • couverture systématique de la perte totale et irréversible d'autonomie (RTIA) • couverture additionnelle permettant de couvrir la totalité des personnes relevant de la 3ème catégorie de la sécurité sociale et du tiers des personnes relevant de la 2ème catégorie [incapacité à exercer une activité professionnelle]
Prix en charge des surprises	Aucune	Création d'un mécanisme de solidarité prenant en charge, sous condition de ressources, les surprises excédant d'1,5% le taux effectif global
Délais pour se prononcer sur la demande de pét	Aucun	5 semaines
Traitements en amont des dossiers	Aucune stipulation	<ul style="list-style-type: none"> • engagement des assureurs à instruire les demandes d'assurance ayant même la signature du compromis de vente • validité pendant un délai de 4 mois d'une proposition d'assurance pour un emprunt d'un montant et d'une durée inférieurs ou égal à la précédente demande
Confidentialité	Code de bonne conduite principes applicables aux questionnaires de santé	<ul style="list-style-type: none"> • il est proposé au candidat à l'emprunt de remplir seul à son domicile le questionnaire • l'appui du chargé de clientèle pour remplir le questionnaire ne peut se faire qu'à la demande du candidat à l'emprunt et sous réserve que les règles relatives à la confidentialité lui soient rappelées
Motivation des refus	Aucune stipulation	Possibilité de prendre contact avec le médecin de l'assureur par courrier, directement ou par l'intermédiaire du médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales ayant conduit l'assureur à refuser l'assurance, à prononcer un ajournement ou une exclusion, à imposer une surprime

Délégations d'assurance	Dans le silence de la convention, l'établissement de crédit peut imposer au candidat à l'emprunt son contrat groupe	<ul style="list-style-type: none"> • l'établissement de crédit s'engage à ne pas imposer son contrat groupe dès lors que les alternatives à l'assurance de groupe offrent des garanties dont la valeur et la mise en jeu offrent la même sécurité
Garanties alternatives à l'assurance	Engagement à accepter les garanties alternatives apportant le même niveau de sécurité pour l'établissement de crédit	<p>Exemples de garanties alternatives pouvant être apportées : biens immobiliers, contrats d'assurance-vie, contrats de prévoyance, caution...</p> <ul style="list-style-type: none"> • commission de médiation • réalisée par une personne qualifiée • favorise le dialogue entre le spécialiste de la pathologie qui suit le candidat à l'emprunt et le médecin conseil de l'assureur
Instance de médiation	<ul style="list-style-type: none"> • section de médiation • prend toutes dispositions de nature à favoriser un règlement amiable et diligent des dossiers dont elle est saisie 	<ul style="list-style-type: none"> • commission des études et recherche • participation de l'Institut National de Veille Sanitaire et de l'INSEE • définition d'un programme de recherche, notamment sur l'invalidité associée aux principales pathologies, en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque • engagement des assureurs à prendre en considération les conclusions de ces études
Instance scientifique	<ul style="list-style-type: none"> • section scientifique • recueil et école des données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principes pathologiques, à partir desquelles sont déterminées les supaines pour risques aggravés ou fondés les refus de garantie 	<ul style="list-style-type: none"> • assemblage des données statistiques permettant le suivi de la mise en œuvre de la convention • possibilité de diligenter des enquêtes • mise en place d'un mécanisme de vérification permettant de s'assurer du respect de la convention
Commission de suivi de propositions	<ul style="list-style-type: none"> • veille à la bonne application de la convention • formule des recommandations pour améliorer le fonctionnement • remet tous les 2 ans un rapport sur son activité 	

Histoires vécues, tirée du livre « quarante-cinq ans de médecine ou « Histoires cocasses ou coquines » du Docteur Daniel Riguler

Des études : des examens.

Les examinateurs sont des gens... normaux ; il faut reconnaître, par contre, que certains sont des originaux !

Le corps de la femme.

L'une des matières que l'on apprend dès le début des études de médecine est l'anatomie : c'est l'étude descriptive des différents organes du corps humain et de leurs rapports en eux. Comme pour toute matière, elle est sanctionnée par un examen écrit ou oral. L'un des examinateurs, Professeur agrégé et Patron d'un grand service, nous faisait passer l'oral de cette matière qu'est l'anatomie ; en outre, il n'était pas renommé pour sa mansuétude. A la candidate qui me précédait, il lui posa la question suivante : le vagin et ses rapports anatomiques. Cette dernière, intimidée et perdant toutes ses facultés « bredouilla » quelques banalités. Elle s'entendit reprocher à très forte voix : alors, mademoiselle, vous ne savez même pas comment vous êtes... « foutue ». Naturellement, elle ne fut pas reçue et priée de se représenter à la session suivante. Moi, qui passais juste après, je n'étais pas à l'aise ! Mais le Maître avait repris son calme doctoral et tout se passa bien.



Des études : à l'hôpital.

Un kyste de l'ovaire (KO)

A cette époque, la virginité était encore une qualité. Est-ce un bien ou un mal ? Je vous laisse seul juge...

A la consultation de chirurgie, des parents amenèrent leur fille qui avait « fauté ». C'était des bons cauchois au regard fuyant et qui, pleins de reproches, nous avouèrent que leur fille était enceinte et nous demandèrent d'interrompre la grossesse, ce qui à l'époque était légalement interdit. Un peu surpris, le Patron ne dit rien et dans un grand silence, il examina la jeune paysanne et conclut à un kyste de l'ovaire. Devant le scepticisme des « vieux », il leur proposa de venir le jour de l'opération, en leur précisant qu'il ouvrirait ce kyste en leur présence. Ce qui fut dit, fut fait. Mais ce qui n'était pas prévisible, c'est que cette tumeur bénigne était un kyste plus ou moins informe et recouvert de nombreux... poils. Les parents tétus et peu habitués à ce genre de vision prirent les poils pour des cheveux et dirent en choeur : « Voyez-vous, Docteur, notre fille était bien enceinte, mais on vous remercie quand même de l'avoir avortée. Il y eut un grand silence, puis l'orage éclata. Ils entendirent un sermon peu amène où toutes les foudres du Seigneur allaient leur tomber dessus, sermon qui se termina ainsi : « vous n'êtes que des paysans pecnauds et bornés ; vous êtes tellement bêtes que vous ne comprendrez rien, sortez ! »

De fait, ils ne comprirent rien et ne demandèrent pas leur reste ; ils partirent toujours convaincus que leur fille avait « fauté ».



*ELLE M'AIME TELLEMENT QU'ELLE EN PERD LA RAISON. C'EST D'AILLEURS POUR
ÇA QU'ELLE M'AIME - MARX BROTHERS*

25 décembre... Joyeux Noël !

Les transplantés peuvent aussi de temps à autre faire un petit excès, à condition de reprendre le régime après les fêtes.



MENU DE FÊTE

- Amuse bouche
- Coquilles Saint Jacques au gratin
- Chapon rôti, pommes farcies au boudin noir
- Plateau de fromage
- Bûche traditionnelle ou glacée

Vin blanc de Bourgogne - Hermitage blanc - Saint-Estèphe - Champagne

N'ABUSONS PAS TROP DE L'ALCOOL !...



Coquilles saint-jacques au gratin

Ingrédients pour 4 personnes

Cuisson 25 mn

- 8 belles coquilles saint-jacques
- 250 gr de champignons
- 1 échalotte
- 1 verre de Bourgogne blanc
- 60 gr de beurre
- 1 verre de lait
- 4 tranches de pain de mie
- 100 gr de chapelure
- un demi citron
- 1 branche de persil
- sel, poivre

1. Ouvrez les coquilles saint-jacques
2. Lavez soigneusement les noix à l'eau froide, égouttez-les, et coupez-les en deux
3. Coupez le pied terne des champignons, lavez-les à l'eau courante, détaillez-les en minces lamelles
4. Epluchez les échalotes, hachez-les finement
5. Dans une casserole, versez le verre de vin blanc, ajoutez l'échalote, salez légèrement, poivrez et laissez réduire sur feu doux un quart d'heure, puis ajoutez le beurre en petits morceaux en remuant rapidement pour obtenir un beurre blanc
6. Retirez du feu et ajoutez les champignons, le persil haché, la mie de pain que vous aurez, au préalable, fait tremper dans le lait, puis essorée
7. Replacez les mollusques dans leur coquille, entre deux couches de cette préparation. Parsemez de chapelure et placez sur chaque coquille, une noisette de beurre
8. Placez les coquilles sur la grille du four, mettez à four très chaud et laissez griller une dizaine de minutes.

Boisson d'accompagnement : un vin blanc de Bourgogne.

Notre truc : pour la réalisation du beurre blanc, n'hésitez pas à battre le mélange vin-beurre au fouet. La préparation ne sera que meilleure si le beurre devient mousseux et blanc.

Chapon rôti, pommes farcies au boudin noir

Ingédients pour 6 personnes
Préparation : 30 mn - cuisson : 2h30

- 1 chapon fermier de 3 kg avec ses abattis
- 4 l de bouillon de volaille (5 cubes)
- 6 pommes reinettes
- 300 g de boudin noir
- 1 oignon
- 4 cuil. à soupe de confiture d'oignons rouges
- le jus d'1 citron
- 80 g de beurre
- sel, poivre

Plus tendre : on laisse reposer le chapon 15 mn sur le bréchet, à l'entrée du four éteint, sous deux couches d'alu pour garder la chaleur.

Le vin : hermitage blanc à 10°C

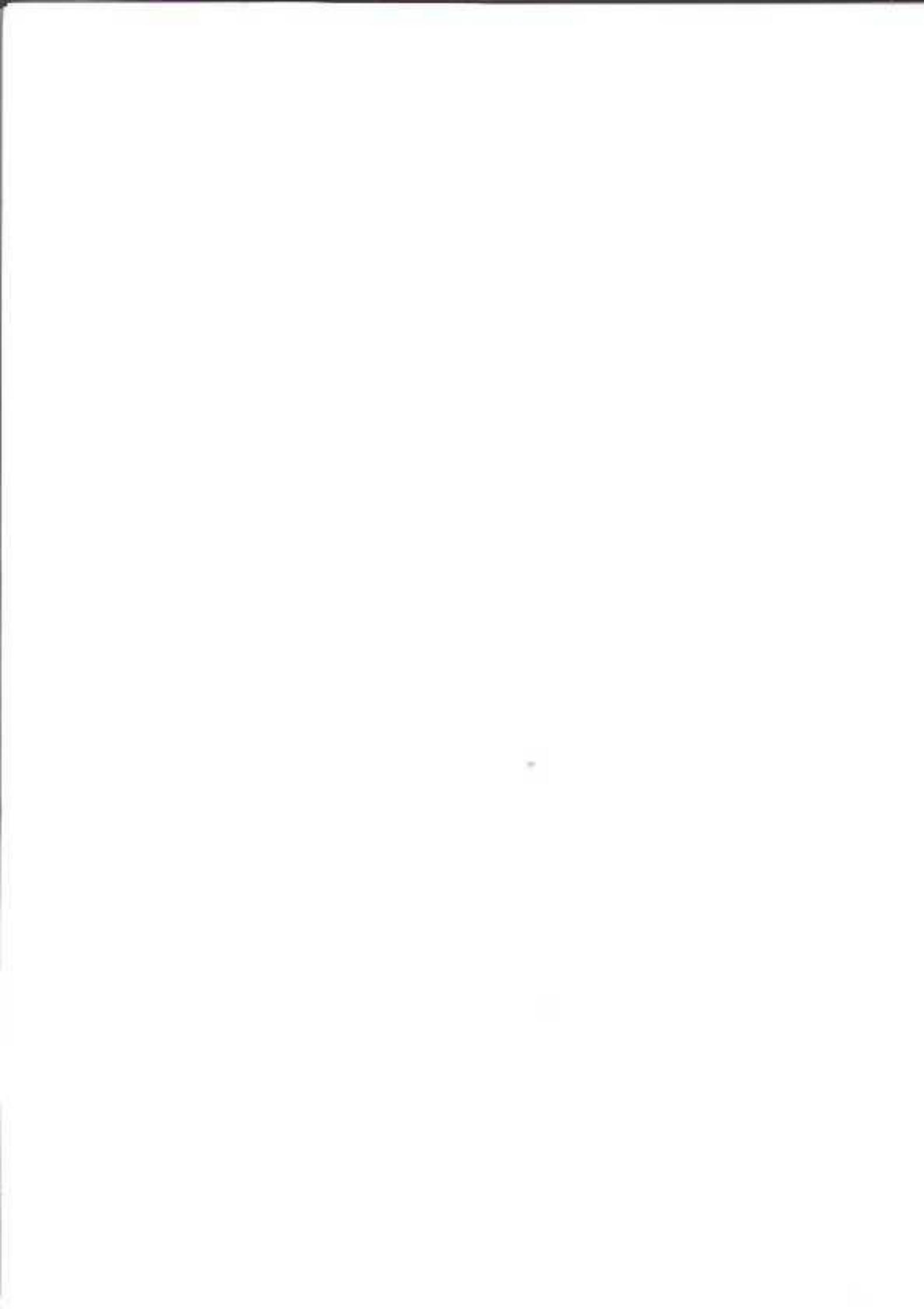
- Porter le bouillon à petit frémissements. Plongez-y le chapon 30 mn. Gardez 30 cl de bouillon, dégraissez-le
- Allumer le four à th. 8 (240°C). Egouttez et séchez le chapon.
- Enduissez-le de 40 g de beurre dans un plat, ajoutez les abattis. Entourez. Après 30 mn, baissez le th. à 5 (150°C) et laissez cuire encore 1h30, en l'arrosant souvent de son jus.
- Coupez un chapeau aux pommes, évitez-les sans percer le fond, creusez légèrement l'intérieur, hachez la chair. Citronnez et poivrez l'intérieur des pommes. Glissez-y une noisette de beurre. Remettez les chapeaux. Ranger les pommes autour du chapon. Faites-les cuire 20 mn, en les arrosant souvent.
- Faites revenir 5 mn l'oignon ciselé avec la chair des pommes dans 10 g de beurre. Ajoutez le boudin sans la peau. Laissez cuire pendant 5 mn.
- Retirez le chapon du four, laissez-le reposer au chaud. Farcissez les pommes de boudin dans un autre plat. Posez les chapeaux, couvrez de papier sulfurisé, remettez-les 10 mn au four. Faites bouillir le bouillon 5 mn.
- Dégraissez le jus de cuisson. Ajoutez le bouillon réduit. Faites réduire encore 5 mn, filtrez.
- Mixez la confiture. Délaiyez-la avec un peu de jus. Nappez-en les pommes, servez-les avec le chapon, et le jus en saucière.

Personnalisez vos tables de fêtes



Fantaisie en rouge et vert

Avec quelques rubans et bouts de carton, un peu d'imagination et des doigts agiles, créez la table de Noël inoubliable...



Quiz (jeu étudié et présenté par Arlette Fontaine)



iez et gagnez un bon d'achat FNAC de 15 euros, valable aussi dans les magasins Le Printemps, la Redoute, Conforama.

La première personne ayant adressé toutes les bonnes réponses, à Mme Arlette Fontaine - Résidence Descrozilles - 56 route de Darnetal 76000 Rouen, recevra le bon d'achat FNAC.

COUPON-REONSES

1 - Dans quelle région fabrique-t-on l'Epoisses ? 4 - Comment s'appelle la maison d'enfance de Rabelais ?

- En Périgord
- En Normandie
- En Bourgogne

- La Devinette
- La Divine
- Le Devinière

2 - Qui a écrit la Peste ?

- Malraux
- Camus
- Troyat

5 - Qui a composé « La Traviatta » ?

- Verdi
- Rossini
- Puccini

3 - Dans quelle région élève-t-on le Juranson

- La Bigorre
- Le Béarn
- Le Pays Basque

6 - Qui a peint « Le Bassin aux Nymphéas » ?

- Manet
- Pissaro
- Monet

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____



Les réponses seront communiquées dans le prochain bulletin, ainsi que le nom du ou de la gagnante.