



BULLETIN DE LIAISON N° 47

LA VIE DE L'ADETEC EN 2019

Pour la recherche
contre les maladies
cardio-vasculaires



www.adetec-cœur.fr

COMITÉ DE DIRECTION

Administrateurs de l'ADETEC
Conseillers du Président et Experts

BUREAU

Président d'Honneur : Pr Daniel GUILMET
Président : Docteur Jean BACHET
Secrétaire Général : Georges MALGOIRE
Secrétaire Général adjoint : Daniel GREVOUL

Comité scientifique

Dr Hakim BENAMER
Dr Nicolas BORENSTEIN
Dr Mathieu DEBAUCHEZ
Dr Claude DUBOIS
Dr Gabriel GHORAYEB
Dr Bertrand GOUDOT
Dr Emmanuel LANSAC
Dr Philippe de LENTDECKER
Pr Jean-Philippe VERHOYE

Relations publiques

Mme Christiane PROVOST
M. Jean-Philippe FOURLON
Mme Laurence WATINE

Comité juridique

M^o Georges GUIGNAND
Mme Annie-France LOGEZ

Secrétariat de l'association

Mme Marie-Loïc PENET (01.45.06.63.56)

SOMMAIRE

Le mot du Président

Dr Jean BACHET

Chirurgie valvulaire aortique chez les patients non âgés : Perspectives tirées de l'expérience AVIATOR

Dr Emmanuel LANSAC

BOURSES 2019

Thèmes des recherches des 6 boursiers 2019

LES ASSOCIATIONS EN FRANCE

Cf : revue JURIS ASSOCIATIONS

La situation financière à fin août 2019

Georges MALGOIRE

Chers Adhérents, Chers Amis,



Voici donc que l'automne s'installe.

J'ose espérer que tous ou, en tout cas, la plupart d'entre vous, ont pu profiter comme il se doit du temps de repos de l'été et de l'admirable climat que l'on a connu pendant cette période.

Mais voici que nous entrons dans une nouvelle année de travail et d'activité.

C'est évidemment le cas pour l'ADETEC qui a réuni son premier Conseil d'Administration le 23 septembre dernier.

Ce conseil a été, comme c'est très généralement le cas dans notre association, serein et productif. Outre l'approbation du compte-rendu du précédent conseil (ce qui n'a guère posé de problème) nous avons renouvelé le mandat de trois administrateurs : les Docteurs Mathieu Debauchez, Chef de service de Chirurgie cardiaque à l'Institut Mutualiste Montsouris, Hakim Benamer, Chef du service de Cardiologie de l'Hôpital Foch et Gabriel Ghorayeb, Chirurgien Cardio-vasculaire à l'Hôpital privé de Parly II.

Surtout nous avons pu constater une fois de plus, que l'ADETEC, se porte bien. Comme le détaille notre Secrétaire Général, Monsieur Malgoire, plus loin dans ce bulletin, le nombre de nouveaux adhérents s'est élevé depuis le début de l'année, donc en 8 mois, à 242 ce qui représente une augmentation de 78% par rapport au nombre de nouveaux adhérents de l'an dernier. Certes, du fait des non renouvellements de cotisation, des décès, des retards, ceci ne correspond pas à une augmentation équivalente des rentrées d'argent mais le bilan financier reste excellent et en excédent par rapport à l'année dernière.

En revanche, pour ce qui est de l'action première et essentielle de l'ADETEC, à savoir le financement de travaux de recherche dans le domaine de la cardiologie et de la chirurgie cardio-vasculaire, cette année se révèle en recul par rapport aux années passées. En effet, seules 6 bourses ont été sollicitées et attribuées à fin août. Elles concernent essentiellement la pathologie vasculaire qu'il s'agisse de recherches sur l'activité cellulaire ou sur l'amélioration de nouvelles techniques thérapeutiques.

Il n'est cependant pas impossible que dans ce 4^o trimestre qui s'ouvre d'autres demandes nous soient adressées.

Espérons que ces travaux aboutiront, comme beaucoup d'autres par le passé, à des progrès incontestables dans la meilleure compréhension de phénomènes physiopathologiques et à leur possible traitement.

De ce point de vue l'action de l'ADETEC s'est vue récemment pleinement justifiée par l'acceptation pour publication dans le « Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery », (une des revues les plus importantes dans le domaine qui nous concerne) d'un important article du Docteur Emmanuel Lansac et de ses co-auteurs rapportant les résultats du « **registre international et multicentrique AVIATOR** » sur les différentes méthodes de traitement de

l'insuffisance valvulaire et des anomalies de la racine aortique, registre au financement duquel elle a largement participé depuis plusieurs années.

Enfin il nous faut constater cette année encore que, si l'on excepte le service de Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire de l'Université de Rennes, le recrutement des adhérents est le fruit du travail de quelques rares centres de la région parisienne.

Une fois encore, comme je l'écrivais déjà dans un bulletin précédent, il va nous falloir prendre notre bâton de

pèlerin et aller à la rencontre des responsables d'autres centres de notre pays pour augmenter le rayonnement, l'activité, la raison d'être de l'ADETEC.

Je ne saurais évidemment terminer ce mot du Président sans remercier tous ceux, administrateurs, conseillers et surtout vous tous Chers Adhérents et Amis, pour votre activité, votre soutien, votre fidélité. En tout cas soyez assurés de ma reconnaissance.

Le Président, Jean BACHET.

Chirurgie valvulaire aortique chez les patients non âgés : Perspectives tirées de l'expérience AVIATOR

Par le docteur Emmanuel LANSAC

L'article ci-dessous résume la position des leaders internationaux du groupe AVIATOR sur la chirurgie aortique qui a été publiée récemment dans un important journal américain de chirurgie cardiaque. En effet le traitement de la pathologie valvulaire aortique chez le sujet jeune demeure controversé. Les résultats à long terme des valves mécaniques et des bioprothèses montrent une réduction de l'espérance de vie, avec de nouvelles preuves favorisant la réparation de la valve aortique lorsqu'elle est possible, l'intervention de Ross (remplacement de la valve aortique par la valve pulmonaire du patient) chez l'enfant et l'adolescent ou d'autres techniques en devenir. Ces patients jeunes représentent, en effet, une population difficile à prendre en charge. Leur haut niveau d'activité physique impose des contraintes hémodynamiques importantes sur la valve.

Leur qualité de vie post-opératoire est extrêmement importante et doit être compatible avec leur vie professionnelle et personnelle. Plus le patient est jeune au moment de l'intervention sur la valve aortique, plus son espérance de vie sera longue, ce qui signifie également un risque d'exposition plus longue à des complications telles que la dégénérescence, la nécessité d'une réopération, le risque de saignements et d'accidents thromboemboliques. Plus de 50 % des cas d'IA (insuffisance aortique) surviennent chez des patients de moins de 50 ans, et la survie de ces patients atteints d'IA est réduite comparativement à celle de ceux qui souffrent d'une sténose (rétrécissement) aortique.

Bien que les dernières lignes directrices internationales recommandent la réparation de la valve aortique chez les patients atteints d'insuffisance aortique il apparaît, qu'en réalité la grande majorité de ces valvules aortiques sont remplacées. Les causes sont multiples : d'une part il existe une tendance à promouvoir l'abaissement de l'âge d'implantation des valves bioprothétiques et, d'autre part, peu d'investissements sont faits pour le développement des techniques de réparation de la valve aortique.

L'attention des médias s'est récemment tournée vers l'insuffisante évaluation des implants médicaux à l'échelle mondiale. C'est pourquoi la communauté chirurgicale et interventionnelle doit plus que jamais assumer sa responsabilité et évaluer les résultats sur le long terme des interventions et des dispositifs implantés.

Pour mieux cerner ces problèmes et donc mieux traiter les patients, Il est nécessaire de réunir des données probantes provenant de nombreux centres dans le monde - Telle est le but et la raison d'être du registre AVIATOR.

L'établissement de ce registre et la compilation des données sont rendus possibles grâce au financement de l'ADETEC.

Réparation de la valve aortique

La réparation de la valve aortique (AV) est maintenant reconnue comme une bonne alternative au remplacement prothétique de la valve chez des patients atteints d'insuffisance aortique (IA) et/ou de dilatation significative de la racine aortique. Plusieurs études pionnières monocentriques (menées au sein d'un seul établissement) ont obtenu des résultats à long terme montrant d'excellents résultats : 96 % d'absence de réopération, faibles taux d'événements liés aux valves, meilleure qualité de vie, qu'après remplacement de la valve avec une survie similaire à celle de la population générale.

Une analyse comparant la réparation et le remplacement de la valve aortique a montré une amélioration de la survie à 9 ans de 87 % pour la réparation de la valve aortique contre 60 % pour le remplacement de la valve aortique. L'essai multicentrique CA-VIAAR financé en grande partie par l'ADETEC a montré, à 4 ans, une réduction significative de la mortalité et des complications liées à la valve après « remplacement de la racine aortique avec réparation de la valve » par opposition au « remplacement de la racine aortique associée à une valve mécanique (opération dite de Bentall) ».

Les dernières directives (2017) de l'Association Européenne de Chirurgie Cardio-Thoracique (EACTS) et de la Société Européenne de Cardiologie (ESC) recommandent la réparation valvulaire comme alternative possible au remplacement. La part des réparations valvulaires augmente grâce à la normalisation des techniques. De plus, certains centres de réparation valvulaire aortique ont combiné leurs expériences par la création d'une réunion scientifique annuelle dédiée (Aortic Valve Repair Summit) et d'une base de données commune (registre AVIATOR (<http://heartvalvesociety.org/AVIATOR>)) pour permettre une évaluation globale au plan international et favoriser la dissémination de la

pratique. Là encore, la majorité du financement de cette base a été rendue possible grâce au don de l'ADETEC.

Toutefois plusieurs obstacles ont limité l'utilisation de la réparation valvulaire aortique :

- la croyance relativement répandue selon laquelle le remplacement mécanique de la valve est une opération à vie, sans risque de réopération ;
- l'absence d'intérêt et, donc, de développement des techniques de réparation valvulaire aortique de la part de l'industrie ;
- surtout, le manque de grandes comparaisons multicentriques à long terme entre la réparation et le remplacement.

Remplacement de la valve aortique : valve mécanique ou bioprothèse ?

Bien que le remplacement de la valve aortique soit une opération courte, le remplacement prothétique aortique s'est révélé être une cause potentielle de perte d'espérance de vie. Ces résultats ont récemment été publiés dans une importante cohorte de 9 942 patients de l'État de Californie, dont le taux de mortalité à 15 ans était de 30,6 % (pour les bioprothèses) contre 26,4 % (pour les valves mécaniques) dans le groupe des 45-54 ans.

Valves mécaniques (RVA mécanique)

Une méta-analyse des remplacements valvulaires mécaniques (5,728 patients, avec un suivi moyen de 5.7 ans) chez des patients âgés de moins de 55 ans a montré une mortalité précoce de 3,1%, et une mortalité tardive de 1,5% par an, soit une survie à 10 ans de 84,5%. Pour une personne de 45 ans subissant un RVA mécanique, l'espérance de vie estimée était de 19 ans (survie jusqu'à 64 ans), comparativement à une espérance de vie de 34 ans (survie jusqu'à 79 ans) pour la population générale. Cela équivaut à une baisse de près de 50 % de l'espérance de vie postopératoire. Une méta-analyse de 46 études portant sur 7 629 patients d'un âge moyen de 50 ans a révélé une mortalité précoce regroupée de 6 %. Avec un suivi moyen de 6 ans, la mortalité tardive annuelle était de 2,0 % par an, soit une survie de 80 % à 10 ans. Le taux de réopération de la racine aortique était de 0,5 % par an, soit 5 % à 10 ans, ce qui est plus élevé que ce à quoi on pourrait s'attendre pour une valve mécanique.

Bioprothèses

Bien que pour les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen, plusieurs études randomisées ou observationnelles aient démontré les résultats supérieurs de l'utilisation de valves mécaniques par rapport aux valves bioprothétiques, on observe depuis environ deux décennies, une augmentation de l'utilisation de bioprothèses pour le remplacement valvulaire aortique dans cette population. Il s'agit principalement d'éviter l'anticoagulation à long terme nécessaire lors de l'implantation d'une valve mécanique et son risque hémorragique et neurologique inhérent, et d'améliorer la qualité de vie.

Le développement depuis bientôt deux décennies, et la publication récente de résultats favorables chez le sujet jeune, des techniques de remplacement valvulaire par cathétérisme intra-aortique (TAVI) accentuent cette tendance à l'implantation de valves bioprothétiques.

Cependant, une étude de Mihaljevic et al. portant sur 3049 patients opérés de RVA bioprothétiques, a montré que les patients âgés avaient un taux de survie comparable à celui de leurs groupes d'âge, de sexe et de race appariés, tandis que les patients plus jeunes avaient un taux de survie moindre. Des études comparables ont montré que la survie des patients âgés de 60 ans ayant eu une bioprothèse aortique était inférieure à celle de la population générale appariée selon le sexe et l'âge (48 % à 20 ans comparativement à 80 % pour la population générale).

Autogreffe pulmonaire :

L'opération dite de Ross consiste à remplacer la valve aortique du patient par sa valve pulmonaire et à remplacer cette dernière par une bioprothèse. C'est une intervention complexe qui nécessite la réimplantation des artères coronaires et, donc, comporte un risque opératoire plus élevé, quoique bénéfique à long terme. Cependant, dans les centres experts, ce risque opératoire ne se traduit pas par une mortalité opératoire plus élevée. Cette intervention est réservée dans la très grande majorité de cas aux enfants, adolescents ou adultes très jeunes.

L'autogreffe pulmonaire est le seul substitut vivant disponible pour le remplacement de la valve aortique. Contrairement au remplacement par valve bioprothétique standard qui entraîne une surmortalité chez les patients de moins de 60 ans, l'intervention de Ross constitue le seul remplacement valvulaire ayant démontré une survie à long terme égale à celle de la population générale. Il est clair maintenant que certains des taux élevés de réintervention initialement déclarés à la suite de cette opération ne correspondent pas à ceux des centres experts et sont probablement liés à des erreurs techniques. Un essai contrôlé randomisé comparant l'intervention de Ross au remplacement de la racine aortique par une homogreffe conservée appuie cette preuve en montrant une survie à 10 ans de 97 % dans le groupe de Ross contre 83 % dans le groupe de l'homogreffe. Une méta-analyse portant sur 13129 patients (adultes et enfants) a révélé une survie à 15 ans de 91 %. Une importante étude à long terme portant sur une large cohorte de patients âgés en moyenne de 34, 9 ans a montré, entre 15 et 20 ans, un taux de survie de 93,6 % semblable à celui de la population générale. De plus, une seconde analyse montre un taux de survie à 20 ans supérieur pour l'opération de Ross (94 %) à celui du RVA mécanique.

Un conflit d'intérêt industriel.

Cependant, le développement et l'innovation des techniques de réparation de la valve aortique sont limités par le manque d'intérêt de l'industrie bio-médicale. La réparation valvulaire aortique représente potentiellement 20 % de la chirurgie valvulaire aortique et encore plus chez les moins de 50 ans en raison de l'incidence plus élevée de l'IA chez les adultes jeunes. Une explication de ce phénomène pourrait être le potentiel conflit d'intérêt de l'industrie en faveur du remplacement de la valve par des implants mécaniques et bioprothétiques. Depuis l'introduction des techniques de remplacement valvulaire par des techniques interventionnelles et non plus chirurgicales (TAVI) ce conflit d'intérêts est devenu plus apparent. Plus l'âge de l'implantation d'une valve bioprothétique est bas, plus grande est la probabilité que le patient subisse une deuxième intervention avec un remplacement de la valve défaillante par une

valve mise par voie trans-artérielle (Valve in Valve Replacement), avec des coûts toujours plus élevés. Depuis 2016, le nombre d'interventions par voie trans-artérielle (TAVI) a dépassé le nombre de remplacement chirurgical aux États-Unis. Le marché américain des dispositifs cardiaques structuraux est estimé à plus de 1,2 milliard de \$ US pour les dispositifs de remplacement de la valve aortique (c.-à-d. chirurgie valvulaire aortique prothétique et TAVI).

Bien que les techniques de remplacement transcathéter soient une innovation très importante pour la population âgée, l'un des effets secondaires de leur développement a été le ralentissement de la recherche et du développement d'un véritable implant vivant pour les jeunes patients. Outre la réparation de la valve aortique, un implant vivant serait la véritable alternative aux valves prothétiques actuelles et à l'opération de Ross afin d'assurer une espérance de vie post opératoire similaire à celle de la population générale

Une responsabilité scientifique et sociale

L'analyse des résultats à long terme demeure difficile en raison de l'hétérogénéité et/ou de la description inadéquate des populations étudiées, avec un suivi limité qui dépasse rarement 5 à 10 ans. Par conséquent, les patients sont traités conformément aux lignes directrices de bases de données plus ou moins anciennes. Pour réaliser une véritable percée dans le traitement de l'IA, une collaboration conjointe de cardiologues et de chirurgiens est nécessaire afin d'inclure la période complète de l'IA, du diagnostic à l'intervention et jusqu'au décès. Cette analyse longitudinale est essentielle pour étudier les questions épidémiologiques clés. C'est ici que s'inscrit l'initiative Aortic Valve repair InternATIOnal Registry (AVIATOR) de la société internationale des maladies valvulaires.

L'initiative AVIATOR, rendue possible grâce au financement de l'ADETEC, est une étude d'observation longitudinale portant sur des patients atteints d'anévrisme de l'aorte ascendante, de la racine aortique et/ou d'IA. Ce registre est ouvert à tout centre désireux d'y participer (<http://heartvalvesociety.org/AVIATOR/>). Le registre contient deux entités distinctes : (1) Le registre médical AVIATOR pour évaluer l'histoire naturelle des patients non opérés ; (2) Le registre chirurgical AVIATOR pour évaluer les résultats à long terme du traitement chirurgical (réparation ou remplacement). Les deux registres sont prévus pour contenir une base « adulte » et une base « pédiatrique » (AVIATOR-kids) . La base de données concernant les interventions chez l'adulte est développée actuellement dans 58 centres qui inscrivent les patients dans le registre, et contient 4896 patients au total. L'âge moyen est de 52,6 ans. Les centres européens fournissent 89,5% des patients et les centres nord-américains 9,3%. Les opérations de réparation valvulaire (89 %) et de remplacement valvulaire (11 %) sont toutes deux déclarées dans le registre. Dans le groupe de réparation, 28 % sont des réparations valvulaires isolées, 22 % sont des remplacements partiels de racines ou des remplacements tubulaires de l'aorte ascendante avec réparation valvulaire, et 49 % sont des remplacements de la racine aortique. La mortalité précoce est de 0,5 % pour la réparation d'une valvule aortique isolée, comparativement à 1,0 % pour le RVA. Le remplacement de la racine aortique avec réimplantation des coronaires et conservation de la valve a une mortalité précoce de 1.2% alors que lorsque la valve est

remplacée (intervention de Bentall) celle-ci est de 2,0 % .

Les défis pour les années à venir sont évidents et il est de la responsabilité scientifique et sociale du monde médical d'améliorer le niveau des preuves concernant les traitements actuels. Il faut mettre l'accent sur l'exhaustivité et la qualité des données. Il faut établir des normes internationales pour évaluer le degré de sténose et d'insuffisance aortique ainsi que les techniques chirurgicales et trans-artérielles sur une même plate-forme de base de données. L'évaluation de la réparation valvulaire aortique est en cours avec la base de données AVIATOR.

En combinant l'expérience chirurgicale de plusieurs centres et en appliquant des définitions uniformes pour les paramètres échocardiographiques, thérapeutiques et les paramètres de résultats, il devrait être possible de fournir une base de données probantes, solide, pour clarifier et normaliser l'objet et le type de réparation par rapport au remplacement afin de pouvoir offrir un traitement adapté à chaque patient.

Conclusions

Le traitement de l'insuffisance valvulaire aortique chez les personnes relativement jeunes demeure un défi pour la chirurgie. Idéalement, la discussion de l'équipe cardiaque devrait d'abord évaluer la possibilité de réparation de la valve. Si la valve n'est pas réparable, un processus de prise de décision partagée devrait être mené avec le patient afin de l'aider à choisir le substitut valvulaire le plus approprié. Il semble évident que le devoir de chaque équipe est de s'adapter aux besoins du patient, et non à une pratique chirurgicale donnée ou à ses intérêts.

Il n'existe pas encore de solution parfaite pour ces patients. La préservation des fonctions complexes de la valve (ainsi d'ailleurs que le contexte pathologique général) détermine les résultats après l'intervention : survie, complications liées à la valve, qualité de vie. Ces facteurs expliquent pourquoi les résultats à long terme des interventions de référence, peuvent être mis en cause. Ce sont ces mêmes facteurs qui ouvrent la voie au développement de techniques de réparation valvulaire et d'alternatives aux bioprothèses ou aux valves mécaniques qui doivent être soutenues par les grandes industries.

Nous sommes à une époque où le modèle de la chirurgie valvulaire aortique doit changer pour le mieux. Pour y parvenir, il faut rechercher des preuves concrètes de haute qualité provenant de sources multiples.

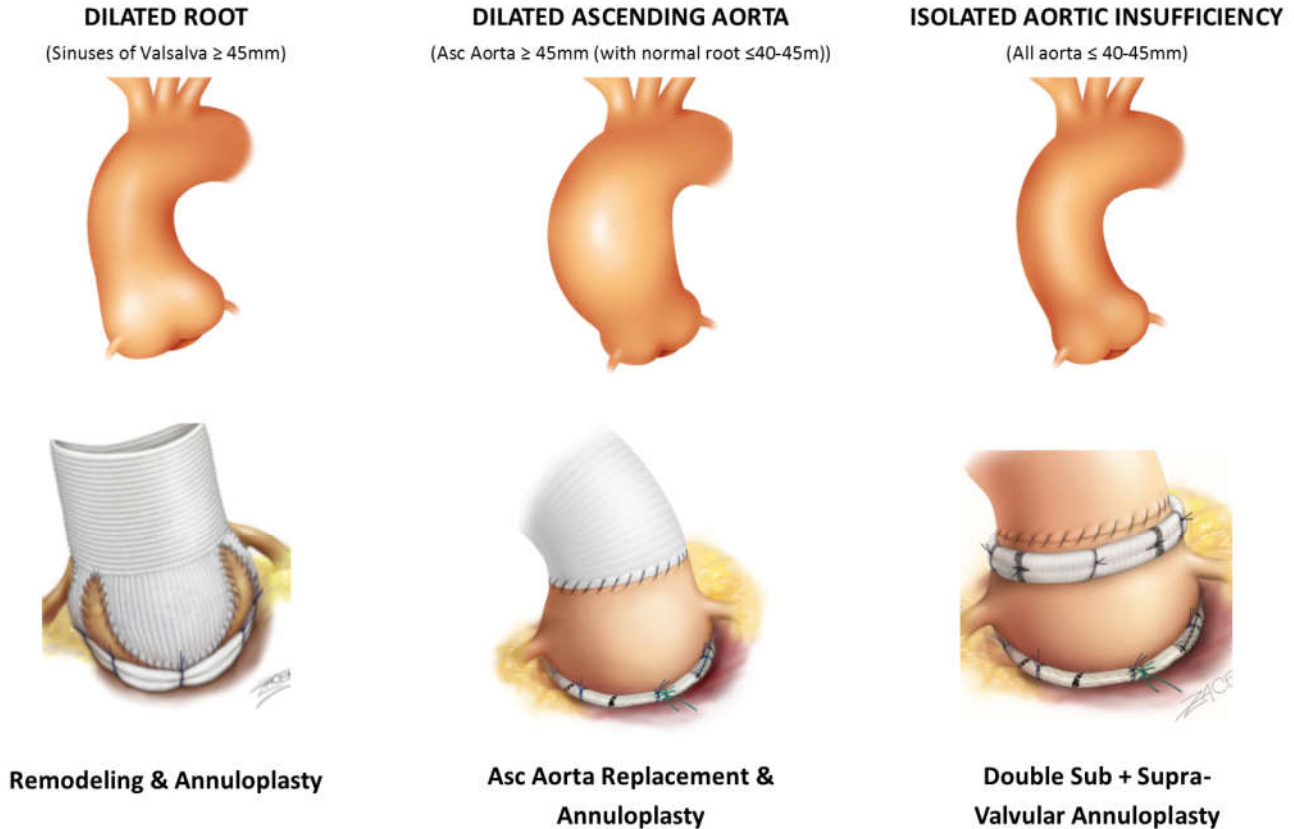
Telle est la vision du registre AVIATOR et notre responsabilité commune.

Un grand merci à l'ADETEC sans laquelle cet effort d'évaluation scientifique n'aurait jamais été possible.

Docteur Emmanuel Lansac



AORTIC VALVE REPAIR ACCORDING TO AORTA PHENOTYPE



BOURSES ADETEC 2019

Au cours de la période courant du 1er janvier à fin août 2019, six nouvelles bourses ont été attribuées à de jeunes médecins qui se destinent à la chirurgie cardio-vasculaire.

Voici les thèmes de recherches envisagées.

Le docteur Anne-Sophie PIHAN

Le docteur Anne-Sophie PIHAN, interne en 5^e semestre dans le service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire du CHU de Reims, dirigé par le Professeur V.G. RUGGIERI, est inscrite en master II en biologie-santé à l'Université de Reims-Champagne-Ardennes.

Son projet de recherche porte sur l'étude du rôle du récepteur à la Sphingosine-1 Phosphate 1 dans l'inflammation et la perméabilité vasculaire, projet placé sous l'autorité du Professeur Andreoletti et de Mme Berri, chercheuse-chef de l'Unité qui animent une étude sur « les mécanismes viraux moléculaires ainsi qu'inflammatoires impliqués dans les myocardites induites par coxsackie virus B3 dans un modèle murin ».

Le docteur Karl BOUNADER

Le docteur Karl BOUNADER, Interne en 5^{ème} année de chirurgie cardiaque et thoracique au CHU de Rennes, sous couvert du Professeur Jean-Philippe VERHOYE (chef de service du Département de chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire) envisage d'effectuer une année

de formation et de recherche au Département de chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire du centre hospitalier de Hanovre (Allemagne), dans le service du Professeur Axel Haverich, reconnu pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque terminale et pour la chirurgie d'assistance circulatoire de courte et longue durée en lien avec la transplantation cardiaque.

Son stage en Allemagne a pour but de renforcer ses connaissances et compétences dans le domaine de l'assistance mécanique circulatoire (on implante en Allemagne 3 fois plus de cœurs artificiels totaux ou partiels par an qu'en France). L'équipe du Professeur Haverich est également reconnue pour ses techniques d'implantations mini invasives et pour son laboratoire de recherche dédié à l'insuffisance cardiaque.

La participation du docteur Karl BOUNADER à la prise en charge de ces patients lui permettra de renforcer des connaissances approfondies transversales : médicales (les indications, l'échographie cardiaque, la réanimation), chirurgicales (la technique) et technologiques du fait de l'utilisation d'un arsenal d'outils innovateurs à commencer par les machines d'assistances disponibles.

Le docteur Jennifer CANONGE

Interne DES 7^{ème} année à l'Institut mutualiste Montsouris, service du Dr BOURA, chirurgie vasculaire, envisage de s'engager dans une carrière hospitalo-universitaire.

Son sujet de recherche porte sur « l'étude des propriétés mécaniques des endoprothèses fenêtrées et en particulier sur leur façonnement et leur juste adaptation per-opératoire ». Ce travail serait encadré par les Professeurs COCHENNEC et COSCAS et le Docteur JAYET (chirurgiens vasculaire à Paris) conjointement au Pr HEIM, directeur scientifique du GEPROVAS (Groupe Européen de Recherche sur les Prothèses appliquée à la Chirurgie Vasculaire).

Le docteur Sébastien MULTON

Le docteur Sébastien MULTON, Interne DES 4ème année en chirurgie vasculaire Université Versailles-Saint Quentin en Yvelines souhaite effectuer une année de recherche médicale au sein de l'Institut Mondor de Recherche Biomédicale, sous couvert du Dr Frédéric Relaix, Directeur de l'équipe " Biologie du système neuromusculaire (Equipe 10 INSERM U-955) et des Dr Marianne GERVAIS-TAUREL - Dr Joseph TOUMA.

Son sujet de recherche porte sur la « régénération musculaire dans l'ischémie critique des membres inférieurs, stade évolué (III et IV) de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, problème majeur de santé publique avec plus de 200 millions de personnes atteintes dans le monde (dont près de 1 million de personnes en France) ».

Le docteur Thomas LE HOUÉROU

Interne en 5ème année de DES en chirurgie générale au Centre Chirurgical Marie Lannelongue, service du Pr Stéphane HAULON, Chef de Service de Chirurgie Aortique et Vasculaire.

Le thème de ses recherches porte sur la « Modélisation d'une solution informatique d'aide au recueil, à l'exploitation des données et à la prise de décision en chirurgie aortique, utilisant la technologie du big data et de l'intelligence artificielle».

Ce travail sera encadré par le Professeur Olaf MERCIER, en partenariat avec l'équipe de chirurgie vasculaire du centre de l'Aorte.

Le docteur Joseph TOUMA

Le docteur TOUMA Joseph, Chef de Clinique Assistant depuis novembre 2017 au sein du Service de Chirurgie Vasculaire de l'hôpital Henri Mondor, réalise au sein de l'unité Inserm U955, dans l'équipe 10 du Pr Frédéric Relaix, et sous la direction scientifique du Dr Marianne Gervais-Taurel, Chargée de Recherche CNRS, sa Thèse des Universités intitulée « Analyse in vivo de la niche vasculaire des cellules souches du muscle chez les patients atteints d'ischémie aiguë ou chronique des membres inférieurs (MyostemIschemia) ».

Le docteur Joseph TOUMA envisage de prendre un an de disponibilité, non rémunéré. Il souhaite, sur avis du doyen de la faculté de médecine, effectuer une année de mobilité scientifique dédiée exclusivement à son programme de recherche. Il est actuellement en 2ème année de thèse et envisage de poursuivre ses travaux de recherche à Lyon pendant 1 an, à partir de novembre 2019, dans l'unité Inserm UMR CNRS 5310 - Inserm U1217 - Université Claude Bernard Lyon 1, dirigée par Dr Bénédicte Chazaud.

Son projet de recherche s'inscrit dans une thèse de science et porte sur « l'étude du statut du muscle squelettique périphérique dans l'ischémie critique et aiguë des membres inférieurs, et notamment l'étude des cellules souches musculaires ». Le but ultime mais non immédiat étant de promouvoir la régénération musculaire et vasculaire à partir de thérapie cellulaire ou génique ciblée, en complément des revascularisations et notamment en cas d'impasse thérapeutique vasculaire, dans l'AOMI sévère ou dans les suites immédiates d'ischémie aiguë.

D'autres conventions de recherches devraient pouvoir être signées d'ici au 31 décembre 2019. Il vous en sera rendu compte ultérieurement.

LES ASSOCIATIONS EN FRANCE

Extraits du Bulletin n° 596 du 1er avril 2019, de la revue «JURIS ASSOCIATIONS »

L'ADETEC est une association créée en 1971 qui se fonde dans le milieu associatif français.

Mais quel est le poids des associations en France ? C'est à cette question que répond cette intéressante étude de la revue « Juris Associations » d'avril 2019 dont nous reprenons quelques éléments de bilan intéressants.

« La liberté d'association est un droit dont jouissent massivement les Français.

*Avec **22 millions de bénévoles**, **1,7 million de salariés** et **1,5 million d'associations**, le tissu associatif est l'expression d'une citoyenneté active et contribue concrètement à la qualité du lien*

social, à la création de valeur et à la vitalité de la démocratie ».

« A la lecture des travaux de Viviane Tchernog et de Lionel Prouteau, il y a des raisons de rester optimiste : 70 000 nouvelles associations créées chaque année, une prépondérance des associations liées au vivre ensemble, 159 000 structures créant de l'emploi salarié qui représente à lui seul 10 % de l'emploi privé en France, et un budget cumulé de plus de 113 milliards d'€ ».

Nils Pedersen

Elles se répartissent ainsi par secteurs d'activité :

RÉPARTITION PAR SECTEURS D'ACTIVITÉ		
SECTEURS	NOMBRE	%
Humanitaire, Social, Santé	211 500	14,1
Défense des droits et des causes	172 300	11,5
Education, Formation, Insertion	48 300	3,2
Sports	363 700	24,2
Culture	344 300	23,0
Loisir et vie sociale	320 300	21,4
Gestion des services économiques et Développement local	39 600	2,6
TOTAL	1 500 000	100,0

- ⇒ 61 % des associations ont une relation financière avec au moins une collectivité publique (ADETEC = logée par la mairie de Suresnes)
- ⇒ Elles contribuent à 3,3 % du PIB de la France
- ⇒ L'emploi salarié des associations, mesuré en « équivalent temps plein » représente 7,6 % de l'emploi total public et privé (soit 10 % de l'emploi privé).

POIDS ÉCONOMIQUE EN TERME DE BUDGET D'EMPLOI SALARIÉ ET DE TRAVAIL BÉNÉVOLE	
Nombre d'associations	1 500 000
Budget cumulé (Mds €)	113 283
Nombre d'emplois salariés	1 850 000
Volume de travail en ETP*	1 568 000
Nombre de participations bénévoles	31 272 000
Volume de travail bénévole en ETP*	1 425 000
Nombre de bénévoles	22 000 000

* ETP = Équivalent Temps Plein

Ce budget total est très concentré dans les associations du secteur humanitaire, social et de santé qui représentent 14 % du nombre total d'associations et 51 % du budget cumulé total.

Le nombre moyen annuel d'heures de bénévolat dans le secteur de l'humanitaire, de la santé et du social est le plus élevé et atteint 2 980 heures par an et par association.

Parmi les difficultés rencontrées, la plus importante est de trouver ou renouveler les bénévoles nécessaires.

L'animation des associations se répartit à 60/40 entre hommes et femmes.

La présidence est assurée en moyenne par des cadres de niveau BAC+2 dans 60 % des cas et dans 1/3 des cas par des BAC+4 et au-delà.

Les ressources budgétaires des associations se répartissent ainsi :

STRUCTURE DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES		
	En Milliards €	%
Cotisations	10 554	9,3
Dons et mécénat	5 195	4,6
Recettes d'activités	74 643	65,9
Subventions publiques	22 891	20,2
TOTAL	113 283	100,0

LEGS ET DONATIONS

Étant une association reconnue d'utilité publique, ce que vous transmettriez à l'ADETEC serait totalement exonéré de droits de succession. Vous avez ainsi la garantie que l'intégralité des sommes transmises serait utilisée à la formation de jeunes chirurgiens et à l'amélioration des techniques de dépistage et de traitement des maladies cardio-vasculaires.

Afin de répartir, à votre décès, vos biens selon votre volonté, vous disposez de plusieurs formules : le legs, la donation, l'assurance-vie, chacune en plusieurs variantes. L'aide d'un notaire ou d'un juriste vous sera le plus souvent utile mais non indispensable. Vous pouvez consulter également, et en toute discrétion, l'un des animateurs de l'ADETEC (Tél : 01 45 06 63 56).

Bien évidemment, le legs ne prend effet qu'au décès et peut donc être modifié par vous à tout instant. Vous pouvez désigner l'ADETEC comme bénéficiaire d'un **contrat d'assurance-vie**. C'est le mode le plus pratique et le plus rapide de transmission et de liquidation de la fraction du patrimoine concerné.

SITUATION FINANCIÈRE EN 2019

Par Georges MALGOIRE (Secrétaire Général)



Chers amis de l'ADETEC,
Ainsi que vous l'a souligné le Président de l'ADETEC, les premiers éléments économiques concernant l'année en cours sont encourageants.

D'une part, le nombre de nouveaux adhérents est en augmentation par rapport à l'année précédente, puisque près de 250 opérés sont venus se joindre à nous à fin août.

Ce chiffre est significatif, puisqu'en moyenne, nous comptons environ 150 départs d'adhérents par an. Leur renouvellement sera donc bien assuré en 2019.

De ce fait, le total des cotisations versées par nos adhérents à fin août est en augmentation de près de 12 % par rapport à la même période 2018 (soit environ 75.000 €). Nous espérons que ce rythme sera maintenu en fin d'année.

Bien évidemment, nous sommes toujours friands d'économies courantes de gestion. Cette année, il semble que le rythme des dépenses restera cohérent avec celui de l'an passé.

Parmi nos dépenses courantes, les « frais de correspondance » (la Poste) en représentent près de la moitié. Ce qui est significatif !

Pourtant ces dépenses pourraient être réduites si nous pouvions le plus souvent possible, correspondre avec nos adhérents via internet.

Or, à ce jour, un tiers seulement parmi vous nous a communiqué son adresse mail, pourtant désormais indispensable ... pour le règlement de l'impôt sur les revenus.

Merci donc à tous ceux qui, par exemple lors du règlement annuel des cotisations, voudront bien nous communiquer leur adresse mail.

Il me reste, avec mes amicales pensées, à vous souhaiter de joyeuses fêtes de fin d'année.

Georges MALGOIRE

AIDE MÉMOIRE

C'est grâce à vous, à vos cotisations, vos dons (ce supplément que vous rajoutez volontairement à vos cotisations) et vos donations sous forme de legs ou d'assurance-vie que l'ADETEC peut assurer tout d'abord le financement de ses diverses activités (bourses d'études, subventions destinées au financement de la recherche dans le domaine de la chirurgie cardio-vasculaire ou à des associations entrant dans le cadre de notre objet social, ...), ainsi que son fonctionnement et votre information.

Nous joignons systématiquement le bulletin de versement ci-dessous destiné à ceux à qui cet aide-mémoire peut être utile. Bien évidemment, s'il ne vous concerne pas car vous avez déjà acquitté votre cotisation 2019, merci de ne pas nous en tenir rigueur.

COTISATION ou DON 2019

M. / Mme Prénom

Adresse :

..... Tél :

Code Postal : Commune :

Courriel :

Je soutiens l'action de l'ADETEC

renouvelle ma cotisation ou fait un don supplémentaire au titre de l'année 2019 (dont 66% sont fiscalement déductibles de l'Impôt sur le Revenu)

et fais parvenir le chèque joint de €

en qualité de membre actif (50 € recommandés)

ou de membre bienfaiteur (200 € et +)

Envoyer chèque et bulletin à l'adresse suivante : (on peut

Utiliser l'enveloppe T) : ADETEC

1 place Marcel Legras 92150 SURESNES

Tél : 01 45 06 63 56 Mail : assocadetec@laposte.net