



Démocratie sanitaire: **aux** **actes citoyens!**

Certains d'entre vous ont peut-être entendu parler de « Démocratie Sanitaire ». Cette notion récente reste encore bien floue dans l'esprit du public et pourtant elle nous intéresse tous, patients, familles, citoyens. Je souhaite donc vous informer de ce qui vous concerne.

La démocratie sanitaire est une démarche qui consiste à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration de la politique générale de santé, professionnels de la santé, chercheurs, patients, proches des patients, administratifs.

A l'occasion de la présentation du 3ème Plan Cancer 2014/2019, en février 2014, le sujet de la démocratie sanitaire a été

mis en avant en réaffirmant l'implication indispensable des patients et usagers à la mise en œuvre de la lutte contre les cancers, tant au niveau de la recherche que dans les instances de pilotage et de coordination des soins de tous les établissements de santé de France.

J'avais déjà abordé cette question dans le LIEN 2013 à travers mon implication à l'INCa (Institut National du Cancer). Cette année, l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM) l'a mise en application au bénéfice de tous les patients hospitalisés en créant des Comités des Usagers au sein de chaque entité hospitalière. Ils rassemblent des médecins, des soignants, des usagers et des administratifs pour analyser les problématiques, améliorer la qualité au sein de l'hôpital et construire ensemble un parcours de soins qui tienne compte des remontées des patients, de leurs réels besoins et de leurs attentes.

J'ai le plaisir de représenter les patients dans le Comité Des Usagers Timone

Adulte.

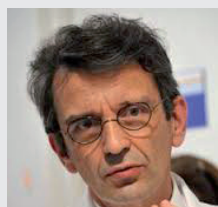
Si vous avez des remarques, des suggestions, des propositions à apporter, si vous constatez des dysfonctionnements, vous pouvez directement nous contacter, soit par courrier (CDU Timone Adulte – CHU Timone - 264 rue St Pierre – 13005 Marseille) soit par mail (comiteusagers.timoneadulte@ap-hm.fr).

Cette participation à la vie d'un hôpital ne nous fait pas oublier l'engagement premier de l'ARTC Sud pour le soutien à la recherche. Vous lirez dans ces pages toutes les avancées des chercheurs que nous soutenons grâce à votre générosité et votre fidélité. Nous vous en sommes toujours très reconnaissants et vous remercions infiniment.

Dominique DAVID
Présidente
de l'ARTC Sud



Pour mieux vous soigner



Notre mission visant à prendre en charge les malades atteints d'une tumeur cérébrale nous engage à prendre en compte les

Impacts multiples de cette tumeur pour le malade et ses proches, mais aussi les profonds changements induits par l'évolution accélérée de nos connaissances et les attentes légitimes des malades.

Mieux connaître l'impact de la maladie pour les malades et leurs proches suppose une plus grande disponibilité

des équipes soignantes, une meilleure personnalisation de la prise en charge. C'est pour ces raisons que je suis heureux de voir se renforcer l'équipe médicale du Service de Neuro-Oncologie avec l'arrivée fin 2013 du Docteur Gregorio Petrirena, neurologue d'origine cubaine ayant complété sa formation ces dernières années à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, et en juin 2014 du Docteur Chantal Campello, neurologue ayant porté la Neuro-Oncologie à Nîmes pendant de nombreuses années. Avec le Docteur Maryline Barrié et moi-même, notre nouvelle équipe ainsi renforcée pourra mieux répondre à la majoration quantitative (+25% depuis 2009) et qualitative de l'activité médicale.

Afin de mieux connaître l'impact de la maladie sur les malades et leurs proches, nous avons mis en place en 2014 un recueil de cet impact sur la qualité de vie au quotidien, à l'aide de questionnaires standardisés, qui sont remis tous les deux mois aux malades et à l'aidant choisi par lui. L'implication de tous est précieuse pour que ce travail soit utile pour les malades dans les années à venir. Ce projet illustre aussi la dynamique induite par la participation de la Neuro-Oncologie au Site de Recherche Intégré en Cancérologie de Marseille (SIRIC) labélisé avec 7 autres sites en France par l'Institut National du Cancer, avec pour objectif d'améliorer la prise en charge des malades à

travers une dynamique de recherche fondamentale et appliquée.

Les tumeurs cérébrales touchent environ 5 000 nouveaux malades par an en France. Ce chiffre inclut des formes complexes et rares dont le diagnostic et le traitement sont très spécifiques. Afin que l'évolution des connaissances et des traitements puisse être diffusée le plus largement possible auprès des professionnels et pour les malades, l'Institut National du Cancer a favorisé et soutenu le développement de réseaux nationaux dédiés à la prise en charge des cancers rares. Notre participation aux deux réseaux, POLA pour les oligodendrogliomes anaplasiques, et LOC pour les lymphomes primitifs cérébraux, vous est ainsi présentée dans ce numéro du Lien. Ces réseaux constituent des outils déterminants pour améliorer les soins d'aujourd'hui et de demain de ces tumeurs rares.

Après des années marquées par l'absence de réelles avancées thérapeutiques, ces deux dernières années ont permis d'identifier des progrès réels: dans le traitement des oligodendrogliomes anaplasiques, la place majeure de la chimiothérapie est mieux précisée ; dans les glioblastomes

une étude importante, conduite par le laboratoire Roche, a analysé les bénéfices et les risques de l'adjonction d'un anti-angiogénique au traitement post-opératoire par radiochimiothérapie, cette étude permettant par ailleurs de distinguer notre équipe, leader de cette étude internationale*. Le développement de nouveaux traitements est, de fait, plus actif que par le passé pour les tumeurs cérébrales, nous permettant de proposer, dans certains cas, l'accès à des médicaments innovants dont l'évaluation permet aussi de préparer les progrès de demain. Beaucoup reste encore à faire (et nous y contribuons grâce à vos dons) pour que ces nouveaux traitements soient le plus adaptés possible à chaque malade.

Je voudrais, au nom de toutes les équipes qui travaillent à l'hôpital ou dans les laboratoires, exprimer notre profonde reconnaissance à l'ARTC Sud et à l'ensemble de ses membres occasionnels ou fidèles, qui, depuis près de 10 ans, travaillent à nos côtés pour contribuer, à leur manière, à l'amélioration de la vie quotidienne des malades, et au soutien déterminant des travaux de recherche qui préparent les soins de demain.

Pr. Olivier Chinot

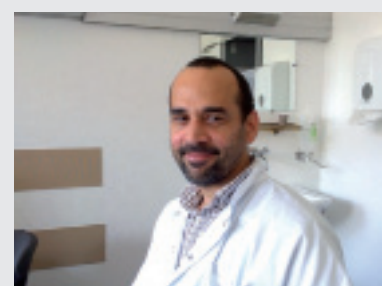
*O.Chinot est consultant pour Roche



Dr Maryline Barrié



Dr Chantal Campello



Dr Gregorio Petreina

Une aide pour les patients et accompagnants : l'assistant social

En théorie

L'annonce d'un cancer rend nécessaire un certain nombre de démarches auprès de différentes administrations.

La maladie peut, en effet, modifier vos liens familiaux et sociaux, perturber votre activité professionnelle, voir poser des problèmes financiers, remettre en cause vos projets de vie en cours et à venir.

Or, il n'est pas toujours simple de se repérer parmi les multiples dispositifs.

L'assistant social a pour objectif de vous aider, vous et vos proches à faire valoir vos droits sociaux et à vous orienter dans vos démarches pendant et après la maladie.

En pratique

Que vous soyez salarié, indépendant, en recherche d'emploi, ou retraité... l'assistant social a pour missions :

- L'accès aux droits (prise en charge des soins, liens avec la sécurité sociale, MSA, RSI ou régime spéciaux)
- Le maintien ou la préparation du retour au domicile par la recherche et la mise

en place d'aides humaines et techniques

- La protection des personnes vulnérables (demande de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice)

- L'orientation en service de soins de suite et de réadaptation, rééducation, maison de repos...

- La prise en compte des enfants et de leurs besoins

L'assistant social travaille avec :

- Les régimes de protection sociale (arrêt maladie, indemnités journalières, pension d'invalidité, transports, reconnaissance de la pathologie, demande d'aide au domicile pour les moins de 60 ans..)

- Les maisons départementales des Personnes Handicapées (Demande d'allocation, de carte d'invalidité, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, reclassement professionnel...)

- Les caisses d'allocations Familiales : quand il y a des enfants, possibilités de solliciter une technicienne d'intervention sociale et familiale.

- Les CCAS, le Conseil Général et les caisses de retraites : demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour les personnes âgées, à domicile ou en établissement, demande d'aide à domicile suite à une hospitalisation, portage de repas, mise en place d'un système d'alarme, aménagement du domicile...

- La ligue contre le cancer : demande d'aide financière, orientation vers des ateliers spécifiques.

Chaque situation étant unique, la liste ci-dessus n'est pas exhaustive. Cependant, dans tous les cas, l'assistant social intervient à votre demande ou celle d'un tiers, avec votre accord. Il exerce sa profession dans le respect de la personne malade et de ses choix de vie sans discrimination. Il est tenu au secret professionnel.

**Charlotte SANTIAGO Assistante sociale
Service Neuro-Oncologie du Pr CHINOT ;
Site de la Timone
Secrétariat : 04.91.38.75.25
Ligne directe : 04.91.38.97.70
Fax : 04.91.38.47.94**

Le réseau Lymphomes Oculo-Cérébraux (LOC)

Qu'est-ce qu'un lymphome cérébral ?

Les lymphomes sont des maladies des globules blancs qui se multiplient de façon anormale dans un organe ou des ganglions. Les lymphomes cérébraux sont des maladies rares où ces globules blancs prolifèrent uniquement au niveau cérébral.

En tant que maladie rare, l'INCA subventionne un réseau spécifique à cette maladie : le réseau Lymphomes Oculo-Cérébraux (LOC)

Comment est organisé ce réseau ?

Le réseau LOC est constitué d'un centre national de référence à Paris et de 20 centres experts régionaux, dont Marseille.

Les référents nationaux de ce réseau sont le Pr Khê Hoang-Xuan et les Dr Caroline

Houiller et Carole Soussain.

Quels sont les objectifs de ce réseau ?

1- Coordonner les soins des patients

Le premier objectif du réseau est d'harmoniser la prise en charge des patients atteints de LOC sur l'ensemble du territoire français (et donc d'améliorer leurs chances de rémission).

Pour cela, des référentiels sont instaurés ainsi que des réunions régionales et nationales par téléconférences. L'ensemble des décisions concernant le patient est ensuite transmis à son médecin traitant afin qu'il puisse participer à la continuité des soins.

2 – La formation

Le réseau LOC a aussi une mission de formation à différentes échelles : il forme directement les praticiens

lors de cours, de réunions régionales et de congrès nationaux. Il élabore un référentiel national de bonnes pratiques. Un site internet est en cours de création (www.reseauloc.fr).

Les différents acteurs du réseau interviennent également auprès des associations de patients afin de leur expliquer quelle est cette maladie et le rôle du réseau LOC (comme lors de notre assemblée générale annuelle). Enfin, un livret d'information spécialement élaboré pour les patients est en cours d'écriture.

3 – La recherche

Le réseau LOC est très investi dans la recherche. D'un point de vue épidémiologique, ce réseau recense l'ensemble des nouveaux

cas de LOC ainsi que leurs caractéristiques, ce qui permet de mieux comprendre cette maladie rare et donc à terme, de mieux appréhender les approches thérapeutiques. Le réseau est aussi directement impliqué dans la recherche clinique puisqu'il intervient dans une dizaine d'essais cliniques dont un à l'échelle nationale qui vient récemment d'être accepté et financé par l'état. Ces essais permettent d'améliorer les traitements de ces maladies rares en rassemblant l'ensemble des patients à l'échelle nationale. Enfin, des recherches plus fondamentales sont également développées, en relation avec des laboratoires INSERM.

Emeline Tabouret
Service de Neuro-Oncologie
Hôpital de la Timone
Marseille

Changement d'identité des cellules souches des glioblastomes en cellules musculaires par activation de Notch et création d'un modèle in vitro des gliomes de bas grade

Le groupe de recherche "cellules souches neurales" conduit par JP Hugnot à l'institut des neurosciences de Montpellier (INSERM 1051) s'est consacré à deux grands objectifs ces derniers mois.

Le premier concerne les glioblastomes, la forme très maligne des tumeurs cérébrales gliales. Ces tumeurs sont très hétérogènes et renferment plusieurs types de cellules tumorales et parmi celles-ci, les cellules souches tumorales sont d'un intérêt particulier car elles sont très résistantes au traitement et seraient responsables de la récurrence. Les cellules souches

sont des cellules "plastiques" qui peuvent adopter plusieurs identités cellulaires.

L'objectif de notre groupe est de mettre en évidence ces différentes identités et de comprendre les mécanismes moléculaires par lesquels les cellules souches choisissent de prendre une identité particulière. Les cellules souches présentent des caractéristiques d'immaturité et lors de nos précédents travaux, nous avons montré que l'on pouvait éliminer leur caractère cancéreux par l'action d'une protéine (la neurogénine 2) qui provoque un changement d'identité

cellulaire en neurones (travaux publiés dans la revue *Glia*, 2013).

Cette année, contre toute attente, nous avons observé que les cellules souches de glioblastome pouvaient adopter une identité de cellules de vaisseaux sanguins. Les vaisseaux sont composés de cellules musculaires, qui assurent la contraction, et de cellules dites endothéliales qui bordent les parois.

Nous avons montré que les cellules souches pouvaient acquérir des caractéristiques des cellules musculaires des vaisseaux en particulier lorsque qu'une voie d'activation

particulière est mise en action, la voie Notch (figure 1).

Cette conversion des cellules tumorales en cellules musculaires indique que la tumeur produit elle-même des vaisseaux pour se nourrir. Nous avons montré en parallèle que la conversion en cellules musculaires s'accompagne d'un ralentissement de la prolifération et de la migration. La voie Notch agit donc comme un commutateur, réversible, pouvant faire entrer les cellules souches en dormance en s'associant aux vaisseaux. Ces travaux ont été publiés au printemps 2014 (Guichet et al, *Stem cells*, 2014).

Ils ouvrent un nouveau champs de recherche sur lequel nous travaillons pour éradiquer les cellules souches de glioblastome quelque soit l'identité cellulaire qu'elles ont adoptée.

Le second objectif que s'est fixé l'équipe est de mettre au point un modèle d'étude fiable des tumeurs cérébrales de bas grade, en particulier concernant les oligodendrogliomes. Alors que les glioblastomes sont abondamment étudiés, les tumeurs de bas grade le sont beaucoup moins sur le plan de la recherche fondamentale. Ceci est en particulier du

à l'absence de modèles in vitro et in vivo pertinents sur lesquels baser des recherches thérapeutiques innovantes. Les modèles animaux se rapprochant le plus des gliomes de bas grade ne possèdent pas les altérations génétiques typiques des tumeurs des patients, limitant de fait leur relevance biologique pour la mise au point d'un traitement. La fréquence d'opération de ces tumeurs par le Pr H Duffau, directeur de l'équipe, alliée à la situation de notre labo ratoire sur le site de l'hôpital de Montpellier, offre la possibilité rare d'étudier ces tumeurs directement

à partir des exérèses des patients. Ces derniers mois, nous avons mis au point des conditions d'isolement et de culture permettant la survie des cellules tumorales in vitro pendant plus d'un mois (figure 2 gauche) et nous avons montré que ces cellules portaient bien la mutation caractéristique des tumeurs (protéine IDH1 R132H) (figure 2 droite). Ces cultures sont utilisées actuellement par le groupe pour comprendre les mécanismes moléculaires précis qu'utilisent les cellules tumorales pour leur migration et leur prolifération. De part sa

qualité biologique, l'utilisation des cultures de patients représente un excellent moyen pour mettre au point de nouvelles thérapies contre les tumeurs de bas grade.

Ces travaux sur les cellules souches de glioblastome et la culture des tumeurs de patients sont onéreux et ne seraient pas réalisables sans l'aide de l'ARTC SUD que nous remercions chaleureusement pour son soutien à nos recherches.

Jean Philippe Hugnot

Figure 1: *gauche*: photos montrant le changement morphologique des cellules souches de glioblastome lors de l'activation de la voie Notch. *droite*: schéma récapitulatif du changement d'identité des cellules souches et leur association aux vaisseaux sans l'effet de l'activation de Notch.

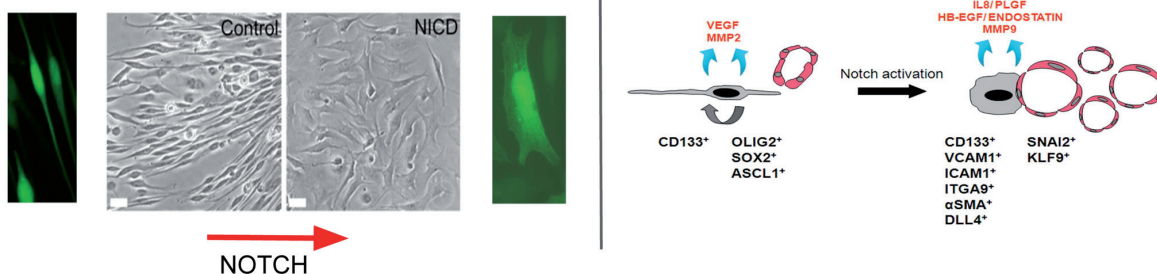
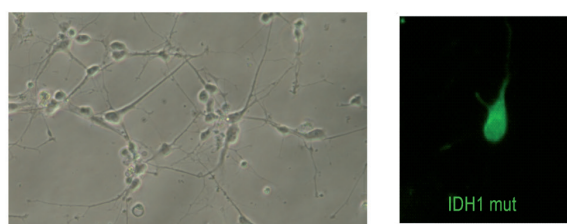


Figure 2: *gauche*: cellules tumorales en culture issues d'un oligodendrogliome de bas grade. *droite*: présence de la forme mutée d'IDH1 (vert) dans les cellules en culture.



Anomalie Moléculaire et localisation tumorale dans les glioblastomes

Contexte scientifique :

Les glioblastomes sont des tumeurs agressives localisées au niveau cérébral. Malgré les avancées de la recherche, l'origine de ces tumeurs reste inexpliquée. En effet,

les glioblastomes forment un groupe de tumeurs très hétérogène. D'un point de vue biologique, on peut retrouver des anomalies moléculaires (= à l'échelle de la cellule) très différentes d'un patient à un autre. Ces

tumeurs sont aussi très variables en ce qui concerne leur localisation au niveau cérébral, si certaines sont très superficielles, d'autres sont profondes, ce qui rend plus difficile voire interdit tout geste opératoire. A l'heure

actuelle, on ne connaît pas la raison de ce développement géographique aussi varié et aucun lien n'a pu être mis en évidence entre la localisation de la tumeur et des anomalies moléculaires spécifiques.

Nous avons commencé par analyser les IRM afin de classer chaque tumeur par localisation et nous avons extrait les ARN des cellules tumorales pour étudier des marqueurs moléculaires spécifiques. Pour finir, nous avons analysé la répartition de ces marqueurs selon les localisations tumorales.

Résultats : Dans un premier temps nous avons séparé les tumeurs en deux localisations: Corticale (tumeurs superficielles) sur figure 1 : étoiles bleues. Péricavitaire (tumeurs profondes) sur figure 1 étoiles jaunes.

Puis, nous avons précisé ces localisations en 5 sous groupes : les tumeurs superficielles ont été séparées en 2 sous groupes (les Frontopariétaux Corticaux (FP-C) et les Temporaux Corticaux (T-C)) tandis que les tumeurs

profondes ont été séparées en 3 sous groupes (les Frontopariétaux Péricavitaires (FP-PV), les Temporaux Péricavitaires (T-PV) et les Occipitaux Péricavitaires (O-PV)) (figure 2).

Nous avons poursuivi en analysant 10 marqueurs (VEGFC, VEGFR3, MET, HGF, CHI3L1, CD133, NOTCH1, BCAN, PDGFRA et DLL3). Ces marqueurs sont impliqués dans la mise en place d'une nouvelle vascularisation tumorale permettant l'apport en énergie à la tumeur, dans l'invasion des cellules tumorales et dans la survie des cellules de glioblastome. Nous avons pu mettre en évidence que certains marqueurs étaient spécifiquement rattachés à certaines localisations, comme le VEGFC, CD133 et NOTCH1.

Conclusion : Dans cette étude nous avons identifié 5 localisations tumorales

différentes et nous avons mis en évidence des marqueurs spécifiquement associés à ces localisations. Ces résultats suggèrent des modes de développement différents selon la localisation de départ de ces tumeurs. Enfin, la mise en évidence de marqueurs spécifiques aux localisations initiales pourrait déboucher sur des recherches concernant le ciblage de ces marqueurs et à terme des traitements adaptés, patient par patient, dépendant de la localisation initiale.

Emilie Denicolaï est boursière de L'ARTC Sud qui a pris en charge ses années de doctorat.

Emilie Denicolaï¹,
Emeline Tabouret^{1,2,4}, Olivier Chinot^{1,2}, Isabelle Nanni⁵, Philippe Metellus^{1,3} et Dominique Figarella-Branger^{1,4}
¹Aix-Marseille Univ, CRO2 UMR 911, ²Service de Neuro-Oncologie, ³Service de Neurochirurgie et ⁴Service d'Anatomie Pathologique et de Neuropathologie, Hôpital de la Timone, APHM, Marseille. ⁵Laboratoire de transfert d'Oncologie Biologique, Faculté de médecine Nord, Marseille.

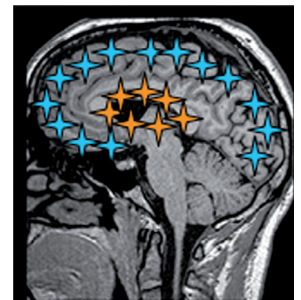


Figure 1

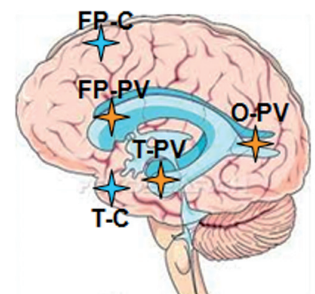


Figure 2

Identification des mécanismes de résistance du glioblastome au bevacizumab (AVASTIN)

Contexte scientifique

Le glioblastome (GBM) est la tumeur cérébrale la plus répandue chez l'adulte et malheureusement il reste encore incurable aujourd'hui malgré l'introduction, il y a quelques années, d'un nouveau médicament : le bevacizumab.

Ce médicament, qui cible la formation des vaisseaux sanguins de la tumeur, a récemment fait l'objet d'un grand essai clinique, dirigé par le Pr. Chinot, afin d'évaluer son efficacité thérapeutique. Les résultats de cet essai ont clairement démontré un potentiel important du bevacizumab de par son action à deux niveaux :

- 1) Stabilisation temporaire de la croissance tumorale.
- 2) Amélioration de la qualité de vie des patients par diminution de l'altération de leurs fonctions psychomotrices.

Malgré ces résultats encourageants, le bénéfice apporté au patient par le bevacizumab reste transitoire démontrant que les GBM, en s'adaptant aux changements micro-environnementaux induits par le bevacizumab, résistent à ce type de traitement. En clinique, au moins deux comportements tumoraux (ou phénotypes) de résistance ont pu être identifiés. Alors que la plupart des patients développent des récurrences tumorales

locales capables de former de nouveaux vaisseaux sanguins (résistance pro-vasculaire), 30% environ des patients présentent une réponse faible au bevacizumab caractérisée par une progression tumorale plus diffuse et infiltrante, avec absence de revascularisation (résistance pro-invasive). Au sein du laboratoire du Dr Bergers à l'Université de Californie à San Francisco (UCSF), où je réalise actuellement mon post-doctorat, nous nous intéressons à l'identification de ces mécanismes de résistance en étudiant le rôle essentiel joué par la communication inter-cellulaires entre les différents types de cellules

composant la tumeur (cellules cancéreuses, cellules souches cancéreuses, cellules immunitaires, cellules vasculaires). Une première étude réalisée au sein de ce laboratoire a permis de mettre en évidence le rôle important de l'activation du récepteur Met, exprimé par les cellules tumorales, dans l'activation du phénotype de résistance « pro-invasive ».

C'est dans ce contexte que nous poursuivons aujourd'hui l'objectif d'identifier de nouveaux mécanismes de résistance du GBM à la thérapie anti-angiogénique (bevacizumab), afin de pouvoir proposer des thérapies

combinatoires, pouvant améliorer l'effet thérapeutique initial du bevacizumab.

Descriptif du projet

Pour cette nouvelle étude, nous avons tout d'abord développé des modèles de tumeurs chez la souris immunocompétente (possédant un système immunitaire fonctionnel) mimant les différents phénotypes de résistance au

bevacizumab (Fig1).

A partir de ces modèles, nous avons ensuite développé une stratégie dite de « criblage de gènes par shRNA ». Cette technologie nous permet de tester, lors du développement tumoral chez la souris, le rôle fonctionnel d'un grand nombre de gènes (de 300 à 1000) dans leur capacité à promouvoir ou à stopper la mise en place des

phénotypes de résistance lors du traitement au bevacizumab. En d'autres termes, l'idée de cette technologie est d'identifier les gènes ou voies de signalisation capables de conférer un avantage aux cellules tumorales lorsque les vaisseaux sanguins de la tumeur sont attaqués par le bevacizumab (Fig2).

Ainsi, un nombre important de « gènes candidats » peut être évalué dans leur qualité à induire la résistance au bevacizumab. Le but ultime est de proposer des thérapies combinatoires alliant le bevacizumab et de nouvelles molécules ciblant ces gènes afin d'améliorer la survie des patients.

Figure 1 – Principaux phénotypes de résistance au bevacizumab observés chez les patients et reproduits chez la souris.

Le traitement au bevacizumab des souris portant la tumeur GBM1 conduit à une résistance « pro-invasive » de la tumeur avec l'apparition de groupes de cellules tumorales envahissant le tissu cérébral sain (flèches). Au contraire, le traitement au bevacizumab des souris ayant la tumeur GBM2 n'augmente pas son caractère infiltrant. Il remodèle le réseau vasculaire de la tumeur avec l'apparition de vaisseaux élargis et hyperplasiques, c'est la résistance « pro-vasculaire ».

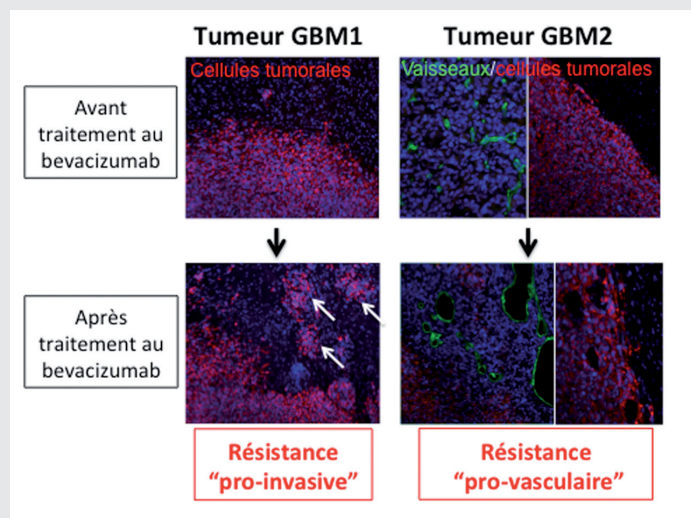


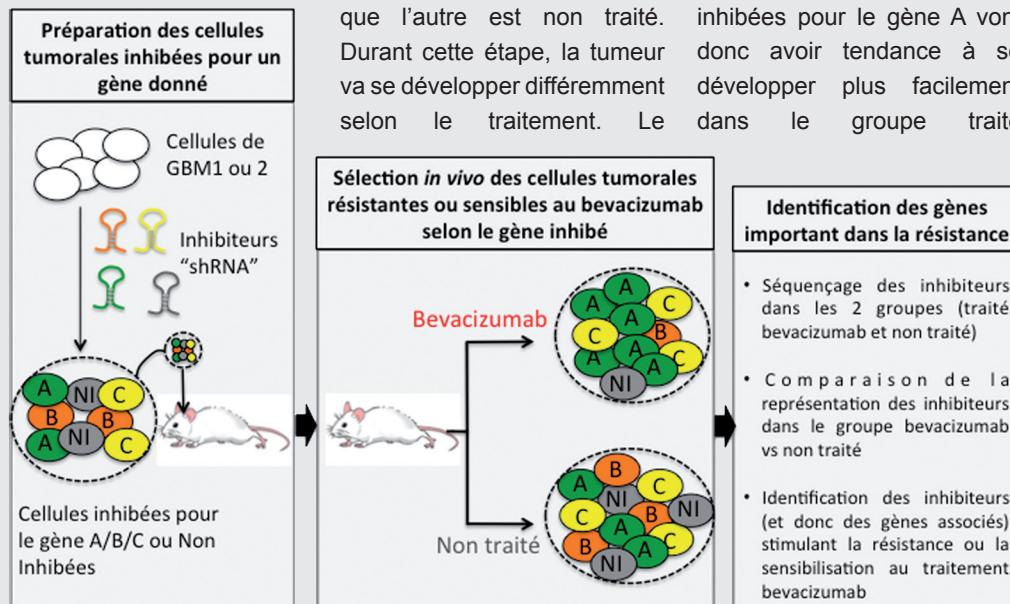
Figure 2 – Principe de la technologie de « criblage de gènes par shRNA » adaptée à la question de la résistance tumorale au bevacizumab.

Durant la première étape, les inhibiteurs « shRNA » sont introduits dans les cellules tumorales à raison de 1

inhibiteur par cellule. Chaque cellule tumorale est donc inhibée spécifiquement pour un gène distinct. Les cellules sont ensuite implantées en intracérébral chez la souris. Dans la deuxième étape, les souris implantées subissent 2 protocoles de traitement différent, un groupe va être traité au bevacizumab tandis que l'autre est non traité. Durant cette étape, la tumeur va se développer différemment selon le traitement. Le

bevacizumab induit une pression de sélection sur les cellules tumorales qui n'est pas présente dans le groupe non traité. Par exemple, l'inhibition du gène A va être favorable aux cellules pour proliférer dans un environnement où le bevacizumab agit alors que l'inhibition du gène B aura l'effet inverse. Les cellules inhibées pour le gène A vont donc avoir tendance à se développer plus facilement dans le groupe traité

bevacizumab en comparaison au groupe non traité où il n'y a pas de pression de sélection basée sur le bevacizumab. Enfin, la dernière étape permet par séquençage haut débit des inhibiteurs dans les 2 conditions de traitement, de repérer quels inhibiteurs de gènes ont été « avantagés » pour permettre aux cellules tumorales de se développer en présence de bevacizumab.



Arnaud Jabouille, PhD.
Bergers Lab, UCSF.

L'ARTC SUD a généreusement soutenu le départ en post-doctorat de ce jeune chercheur sur ce projet innovant, qu'il réalise actuellement au sein du laboratoire du Dr. Gabriele Bergers à l'Université de Californie, San Francisco.

Le réseau POLA : bilan de 5 ans de fonctionnement

Le réseau « POLA » (Prise en charge des Oligodendrogliomes Anaplasiques) (<http://www.reseau-pola.org>) a été créé en 2008 sous l'égide de l'Institut National du Cancer (INCa), avec le soutien de l'ANOCEF (Association des Neuro-OnCologues d'Expression Française) et de la Ligue Nationale contre le Cancer.

L'objectif du réseau POLA était d'harmoniser sur le territoire national le diagnostic et la prise en charge de ces tumeurs complexes en proposant 1/ une relecture histologique centralisée et 2/ une étude moléculaire systématique faite en urgence (notamment la recherche de mutations des gènes IDH et de la codélétion 1p/19q), pour aboutir à une prise en charge des patients basée sur l'analyse histomoléculaire de ces tumeurs. Les données cliniques, histologiques et moléculaires de l'ensemble des patients inclus dans ce projet sont incrémentées au sein d'une base informatique clinico-biologique par l'intermédiaire d'un dossier électronique « e-CRF ».

Initialement dédié aux oligodendrogliomes anaplasiques, le réseau POLA a été rapidement étendu à l'étude des autres gliomes malins avec composante oligodendrogliale (les gliomes mixtes et les glioblastomes à composante oligodendrogliale).

Quatre ans après sa création, les 39 centres du réseau (CHU, CLCC, CHG, HIA) ont évalué plus de 1000 tumeurs oligodendrogliales de haut grade présumées qui ont été relues histologiquement et caractérisées sur le plan moléculaire.

Les premières analyses de cette large cohorte, suivie de façon prospective, ont confirmé l'intérêt de la relecture histologique centralisée puisque, dans 25% des cas, le diagnostic posé localement a été modifié, aboutissant à une prise en charge différente des patients.

De plus, l'analyse des données histologiques, confrontée aux données moléculaires, a permis de confirmer que la codélétion 1p/19q était l'apanage des oligodendrogliomes anaplasiques classiques, que la mutation isolée des gènes IDH était caractéristique des gliomes mixtes anaplasiques et que les glioblastomes à composante oligodendrogliale (grade IV de l'OMS 2007) formaient un groupe hétérogène d'un point de vue histomoléculaire et pronostique (Figarella-Branger et al., soumis à Brain Pathology). De plus, l'analyse histologique a montré que même un groupe en apparence homogène, comme le groupe des oligodendrogliomes anaplasiques codélétés 1p/19q, restait hétérogène avec là encore des altérations moléculaires associées aux différentes formes histologiques (Figarella-Branger et al., Neuro-Oncology, 2014). L'identification de tels sous-groupes est cruciale pour pouvoir, à terme, proposer des traitements plus ciblés à des groupes de patients homogènes.

Par ailleurs, grâce à une relecture centralisée des imageries, l'analyse de la cohorte POLA a permis d'affiner les corrélations radio-moléculaires en montrant que les oligodendrogliomes anaplasiques codélétés 1p/19q étaient le plus

souvent de topographie frontale et s'accompagnaient exceptionnellement d'une prise de contraste en anneau à l'IRM (Reyes Botero et al., Neuro-Oncology, 2014).

Le réseau POLA constitue donc un outil unique pour la prise en charge des patients mais également pour la recherche clinique et translationnelle. Il se prête aussi à une recherche plus fondamentale visant à l'identification de nouveaux gènes et de nouvelles voies métaboliques qui pourraient constituer des cibles thérapeutiques potentielles, et ouvre à des collaborations avec des équipes de recherche internationales.

Le réseau POLA permet également une intégration rapide des progrès thérapeutiques. Ainsi, après 20 ans d'effort, les publications récentes des grands essais cliniques de l'EORTC (van den Bent et al., J Clin Oncol, 2013) et du RTOG (Cairncross et al., J Clin Oncol, 2013) ont montré que les traitements par radio-chimiothérapie (radiothérapie + PCV) améliore considérablement le contrôle tumoral et l'évolution à long terme des malades s'accompagnaient d'un doublement de la survie des patients, en comparaison avec la radiothérapie seule, chez ceux présentant une tumeur oligodendrogliale de haut grade avec codélétion 1p/19q (et probablement aussi chez ceux ayant une mutation isolée des gènes IDH). Ces travaux ont permis de définir un nouveau standard de soins qui a été immédiatement appliqué au sein du réseau POLA.

Ces travaux de longue haleine soulignent la nécessité de la base clinico-biologique qui doit être incrémentée de façon

rigoureuse et permanente pendant de longues années pour permettre, à l'instar de ces travaux princeps, de dégager de nouveaux facteurs histomoléculaires de pronostic. De plus, elle pourra servir de socle à des essais thérapeutiques nécessitant un suivi à très long terme chez ces patients (essai POLCA, par exemple qui débutera fin 2014).

Enfin, du fait de son intérêt dans la prise en charge des patients, la recherche clinique, translationnelle et fondamentale qui en découlent, le réseau POLA représente une formidable « preuve de concept » démontrant l'efficacité de la mobilisation des forces pluridisciplinaires autour d'une même pathologie.

Ainsi, le réseau TUCERA, plus récemment financé par l'INCa et dédié aux Tumeurs Cérébrales Rares de l'Adulte, pourra bénéficier de l'expérience réussie du réseau POLA en mobilisant les mêmes acteurs dans l'intérêt des patients.

D. Figarella-Branger¹, C. Dehais², C. Carpentier², S. Duclos¹, C. Colin¹ et JY. Delattre² pour le réseau POLA
¹ AP-HM, Hôpital de la Timone, service d'Anatomie Pathologique et de Neuropathologie, Aix-Marseille Université, Inserm, CRO2 UMR911, Marseille
² AP-HP Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, service de neurologie 2 – Mazarin, Paris
Université Pierre et Marie Curie – Paris 6e, Centre de Recherche de l'Institut du Cerveau et de la moelle épinière (CRICM), UMRs 975, Paris

Je m'appelle Elisabeth, une femme ordinaire sans vraiment avoir des histoires extraordinaires. Jamais malade, même avec les épidémies de grippe.... J'aimais mon travail, J'aimais le changement dans ma vie....

En fait, j'étais dans un long fleuve tranquille. Et pourtant.... Le chemin de la maladie « Cancer » et la peur se sont présentés à moi et en moi.

Cancer du sein en 2006

Lors d'un examen habituel de mammographie, on m'apprend qu'il y a un nodule suspect, examen complémentaire le résultat fatal cancer.....

Ce mot a eu un effet catastrophique sur mon corps. Il a agi sur tout mon corps, j'ai **tremblé de peur**. Ce n'était qu'une expression pour moi plutôt mon mental. Non, mon corps avait réagi à ce mot. J'avais très peur. Peur de mourir, d'avoir « cancer » dans mon corps.

Pourtant tout mon entourage me disait «Cela se guérit bien».

Je n'entendais pas. Ce mot avait un pouvoir sur moi, j'étais dans un état second, avec ce leitmotiv « mourir ».

J'avais fait appel à des magnétiseurs pour m'aider à sortir de ma peur. Ma peur s'est dissipée après avoir vu le chirurgien pour l'opération. Comme si je voulais que le mal soit extirpé le plus vite possible.

Me voilà repartir pour une

nouvelle vie. J'ai cru que ma vie devait prendre un nouveau tournant. J'ai pratiqué des arts martiaux, le gi gong, le shiatsu. Je suis curieuse de tout, une sorte de « wikipédia » spirituel. Après cette épreuve « cancer du sein » je me suis dit, là haut on t'a donné des signes : maintenant à toi de t'ouvrir vers ton âme. S'ouvrir à quoi ? L'Acceptation de la maladie n'était pas complètement intégrée en moi. Je n'avais pas encore tout saisi. Pourtant je suis allée voir des thérapeutes. On m'a donné des indications, on m'a fait entendre des phrases, des mots très spirituels. Intellectuellement, je les comprenais. Mes cellules n'avaient pas vraiment intégrés.

L'entracte de la Tumeur au cerveau.

Fin décembre 2006, je reviens de mon travail et j'ai eu un accident sans gravité pour moi, mais pour ma voiture c'était grave.

Début janvier 2007, après les fêtes, des maux de tête, des nausées, des problèmes de paroles. Impossible de bouger, heureusement une collègue est venue me voir, j'avais réussi à ouvrir ma porte, quand elle a vu mon état elle m'a emmenée à l'hôpital. Diagnostic : tumeur au cerveau !!! Branle bas de combat, pour mon entourage, surtout mes enfants qui étaient à Paris et à Strasbourg, mes frères à Paris.

Cette fois-ci, la peur n'était pas

au rendez vous, j'étais dans un état inconscient. Mon corps a bien réagi, il s'est mis dans un état second pour éviter de « trembler de peur ».

L'épisode de ma vie qui a réveillé mes « sens »

27 janvier 2007, opération d'une tumeur au cerveau nommée « glioblastome ». Une tumeur très grave n'ayant pas de rémission. Pour l'opération, risque de handicap et /ou risque de mourir etc... Tableau très noir.

L'opération s'est bien passée, à mon réveil, tout était dans un brouillard.

Mon cerveau était Vide. Quand je fermais les yeux, je voyais comme une sorte de caverne creuse complètement Vide, silencieuse. Rien. Ce Rien me remplissait dans une sorte de paix. C'était une sensation bizarre.

Je dis « c'était » car le quotidien a repris le dessus, et mon cerveau a repris un rythme adapté à l'environnement où je vis. Le Vide n'est plus toujours présent. De temps en temps, il m'arrive d'avoir ce Vide quelque part qui me remplit.

Après l'opération, le cancérologue m'annonce le traitement à durée indéterminée radiothérapie, chimio etc.... A durée indéterminée. Le mot indéterminée me faisait peur. Comme quoi les mots ont une résonnance pouvant impacter sur nos émotions.

J'ai accepté le traitement. Au bout d'1 an et demi, mon corps

a dit « arrête le traitement ». C'est ma petite voix qui me parle. J'étais tiraillée entre cette « petite voix » et mon mental. Surtout l'avis du spécialiste qui avait un pouvoir sur moi. Mon entourage ne pouvait m'aider dans le choix, c'était normal. Qui peut décider à notre place, sauf soi-même.

Choix terriblement difficile. Entre un mental qui dit « écoute le médecin », et l'autre petite Voix qui me dit « Il est temps d'arrêter ».

Je suis allée demander l'avis d'un autre spécialiste à l'hôpital de la Timone (Marseille) et aussi à Paris. J'ai bien fait. L'avis des 2 spécialistes sont identiques « si les IRM ne montrent pas de contrastes, vous pouvez arrêter le traitement ».

Comme toujours, pour bien faire mon choix, j'avais besoin d'entendre d'autres voix. Au fond de moi, je savais que l'avis de ces spécialistes confirmait ce que mon corps demandait.

J'ai arrêté mon traitement fin 2008, et repris mon travail en septembre 2009. Heureuse de retrouver ma vie active, les collègues, le distributeur de café et tous les commerces. La vie quoi ! Il était prévu un déménagement à Marseille pour mon travail.

Tout était parfait.....

En mai 2010, un examen de contrôle. Diagnostic : petits contrastes à l'endroit post

opérateur.

Le radiologue n'était pas très convaincu de l'image de l'IRM, il allait soumettre son diagnostic au staff de l'hôpital. 15 jours après l'IRM, le neurochirurgien m'appelle à mon travail pour me voir très rapidement. C'est très grave, une récurrence.

J'avais l'impression de recevoir une bombe. Que se passe-t-il ? Pourquoi dans ma tête, il y a une sorte de bombe à retardement. **La peur revient.** Les mots « récurrence, urgent, agressif » m'agressaient complètement. Et là, la petite voix s'est mise à se faire entendre. D'un seul coup, mon corps, plutôt mon cerveau, me dit « as-tu les mêmes symptômes qu'au début ? Comment te sens-tu aujourd'hui ? » Pas de signes indiquant que mon cerveau est « agressé ». Aucun signe d'une tumeur qui se réveille.

J'ai décidé de ne pas vouloir me faire opérer. Avant de prendre cette décision, je me suis rendue à Paris pour avoir un autre avis. L'avis du professeur confirmait ce que je ressentais. Contrastes trop « petits » pour s'avérer que ce soit une récurrence. Avant l'intervention, un dernier contrôle IRM dit les contrastes sont stables. De ce dernier diagnostic, d'une façon très calme et claire, je dis au neurochirurgien que je refuse l'opération et je pars faire de la méditation.

C'est le début de l'Intégration des pratiques que j'avais dans ma « trousse à outil »

Avant d'être dans la maladie, je pratiquais de la méditation, du shiatsu, les arts martiaux et le Reiki. J'étais dans une sorte de spiritualité virtuelle. J'avais mis de côté toutes ces pratiques sans vraiment attacher d'importance. Comme quoi, la maladie réveille notre instinct de survie.

Il a fallu, la re-manifestation de mon cerveau, pour que je reprenne ces pratiques d'une façon active et concrète. Je suis partie pendant 4 jours faire de la méditation avec l'aide d'un enseignant. Les deux premiers jours ont été difficiles, j'avais des douleurs dans le dos, et surtout des pleurs....

C'est au 3ème jour, que j'ai rêvé de cette « petite boule » qui commençait à diminuer. Drôle de rêve.... Me voilà repartie, je me sentais bien, légère, sans regrets.

Puis en janvier 2011, l'IRM de contrôle montre que les contrastes ont disparu.

Mon rêve s'est réalisé ! Mon corps a réparé. Selon moi, mon cerveau s'est mis dans un état de réparation et surtout il m'a donné le « message » de ne pas avoir peur et accepter son propre choix. Oser dire non. Voilà mon témoignage, mon corps s'est animé d'une énergie et surtout j'ai écouté « la petite Voix » et je constate que les pensées sont créatrices.

J'ai appris à **Accepter ma maladie, mes erreurs, mes choix...**

J'ai appris à **Intégrer vraiment ce qu'est le « lâcher prise »**. Une perception pas toujours évidente. Nos émotions ont tellement de « prises » sur nous. Pour s'en défaire, cela demande beaucoup de prise de conscience et de recul.

J'ai appris à chasser les pensées négatives, la peur (pas toujours facile).

J'ai appris à être en communion avec mon corps pour l'entendre.

Ce témoignage c'est pour dire qu'il existe quelque part une « Voie » qui nous aide à nous retrouver. Moi j'ai trouvé et entendu la « Voie(x) » qui me permet de recentrer, de donner à ma « tumeur » une vraie « Demeure bénite » (ces mots sont les premiers que j'ai prononcés en me réveillant après l'intervention en 2007). En parlant de Voie(x), j'ai trouvé ma Voix car j'ai appris à chanter et à dessiner. Ces disciplines étaient pour moi inaccessibles. C'est après l'opération en 2007 que j'ai voulu chanter (la tumeur m'empêchait de parler) et aussi j'ai dessiné, surtout des visages.

Aujourd'hui, mon cerveau fonctionne plus dans la créativité.

Juste le dernier parcours de mon cerveau, en janvier 2013 j'ai été ré-opérée pour un contraste un peu plus prononcé. Cette fois-ci, j'ai

Accepté l'intervention dans la paix, sans Peur. Pourtant, ma Petite Voix me disait « pas de récurrence », j'ai voulu tester mon ressenti. Plutôt, ce que dit mon cerveau. Ce n'était pas une récurrence mais une nécrose due à la radiothérapie.

En résumé j'ai appris à **Accepter** (lâcher prise). Face à une force, il vaut mieux lâcher prise et trouver une stratégie pour « contourner » cette force.

J'ai appris à **Agir**, soit en pratiquant dans la joie quelque chose qui me plaît, soit en frappant aux portes des praticiens **qui font chanter**, qui enseignent des **pratiques pour donner à notre corps et à notre esprit la force de combattre la maladie**. Il faut faire des Actions pour nous assainir.

Et puis... j'ai appris, qu'il faut de **l'Amour**, oui avec un grand « A ». D'abord, apprendre à s'aimer. Etre entouré d'amour par ses proches ou un réseau, cela permet d'apaiser nos peurs, nos souffrances et c'est le chemin de la Paix et aussi de la guérison (même si le mot est rémission). C'est l'instant présent qui est important.

Les 3 A que je découvre, ce n'est pas une cotation économique, mais le chemin pour: **Accepter, Agir dans l'Amour**. Une Vraie Arme de Combat. Selon mon expérience, pratiquer les arts martiaux et/ou la méditation c'est une des voies pour atteindre les 3 A.

Délégation des Alpes

L'année 2014 a été riche en manifestations diverses et originales. La première manifestation du mois de mars a rassemblé les élèves en communication de l'IUT de Digne Les Bains qui ont organisé des activités en plein air dont des séances de maquillage pour les enfants avec l'aimable participation d'Augustin le Clown. Bravo à tous, cette journée fut un succès.

Au mois d'Avril Mr Bertrand TAILLADE me fait don d'un maillot du RCT (Rugby Club Toulonnais) signé par tous les joueurs ainsi qu'un ballon. De même que Mr Philippe GARRA qui me remet un maillot du Rugby Club de Toulouse signé aussi par tous les joueurs. Mr BRUSONE et DIDIER nous ont également remis un deuxième maillot du RCT qui nous a permis d'organiser une tombola en partenariat avec la délégation du Vaucluse.

Maintenant place au Foot, Mr KELIF et Mr DURAND nous ont offert un maillot de l'OM ainsi qu'un ballon dédié par Mr David GINOLA ancien joueur de l'équipe de France. Un grand merci à tous ces donateurs. Au mois de Mai grâce à une idée originale de Cathy coiffeuse à Digne Les Bains accompagnée de nombreux partenaires mobilisés à ses côtés nous avons organisé la première soirée relooking « LADY FIRST ».



Une centaine de participants ont apporté leur soutien à l'ARTC Sud sans oublier Mr Alain SERA propriétaire du night club Les 12 Chênes qui a offert l'entrée à tous les participants. Nous remercions tous les acteurs de cette manifestation sans oublier Nérick pour son dévouement exemplaire, il est à mes côtés pendant des heures depuis plusieurs années pour, en outre, la mise en page des affiches.

Autre sport, la boxe, avec un combat de championnat du monde IBO international des Coq le jeudi 6 novembre à Digne les bains. Karim GUERFI et l'équipe organisatrice versent 1€ par billets vendus à l'association ARTC Sud. Un grand nombre de personnes se mobilise autour de l'ARTC Sud à travers cette manifestation d'envergure nous les remercions chaleureusement.

Un immense merci à tous les acteurs ainsi qu'à tous les participants, sans oublier les personnes qui par leurs dons témoignent de leur soutien à la recherche dont les avancées intéressantes nous pousse à aller plus loin encore. Sachez que votre présence est essentielle et efficace.

ARTC Sud
Centre Desmichels
1 Boulevard Martin Bret
04000 Digne Les Bains
Mme Zanetti : 06 36 00 38 88
Mme Huppert : 06 87 25 81 19
artcsud.alpes@orange.fr

Délégation du var

Telle une araignée ...
la délégation varoise tisse sa
toile !...

Sa déléguée, Ursula Pigache, entourée de ses amis : Brigitte Fron, Danièle Lombard, Claude Junique et Jean -Pierre Le Jollif, continue à faire « décoller » cette délégation dans l'agglomération Fréjus-Saint-Raphaël.

Le dynamisme des 5 complices a permis de créer plusieurs manifestations :

- Le concert vocal franco-danois avec les chorales Esterelenc et Holte Kammerkor, Organisé en la basilique saint -Raphaël a enchanté les mélomanes de la région le 7 juin.

- La troupe ARIA de « l'école de chant variété » a interprété « les années 60-70 » dans la salle Félix Martin de Saint-Raphaël, au plus grand bonheur des auditeurs qui revivaient leur jeunesse

- le réveillon de la saint sylvestre sera fêté dans la salle du Togo d'Agay,

dans une ambiance très festive et au son de rythmes endiablés du « roi de la fête » Yves Peltier.

L'aube de 2015 laisse entrevoir un possible projet de brunch ou pique-nique Technique dans un grand lieu public....si possible les arènes de Fréjus, avec la collaboration de son maire. Le fils de Jean-Pierre Le Jollif organise ce genre de grande manifestation à Barcelone.



Ursula Pigache tient à remercier tout spécialement Daniel Aggery pour le spectacle ARIA, Jean-Claude Allouis fidèle donateur à l'ARTC sud et les membres de son équipe. Beaucoup de bonheur et d'espoir à tous.

Ursula Pigache
« la rose d'azur »
962, boulevard de l'Esterel
Anthéor - 83530- AGAY
06.11.95 .83.04
Ursula.pigache@sfr.fr

Délégation Languedoc Roussillon

Pour une fois, grosse déception cette année pour la délégation du Languedoc-Roussillon ! Plusieurs mois de travail avaient été nécessaires à notre équipe de bénévoles pour préparer notre soirée médiévale, mais triste surprise à l'arrivée: un nombre insuffisant de réservations, (300 et non 400). Impossible donc de couvrir les frais.

Fort heureusement, nous ne sommes pas défaitistes. 2015 approche.... et déjà de nouveaux témoignages et d'autres encouragements pour nous convaincre d'avancer ; et c'est ce que nous ferons dès début 2015 avec notre spectacle "Les amis de Brassens ". Ce sera le 9 mai 2015, toujours à la salle du Nautilus à Palavas les Flots. Nous remercions Monsieur le Maire, Christian Jeanjean

qui une nouvelle fois nous prouve son amitié en nous prêtant gracieusement la salle de spectacle. N'est-ce pas un geste qui a son importance au moment où nous pourrions douter de notre projet ?

Nous tenons à remercier également la famille Chapellier de Saint Genès de Malgoire qui, pour la troisième année a organisé le challenge bouliste « Serge Chapellier » avec l'aide des bénévoles du village. Merci encore pour leur fidélité dans leur engagement. Plus généralement, nous remercions chaleureusement l'ensemble des bénévoles qui ont aidé la délégation : nous ne pouvons pas tous les citer mais le cœur y est !

N'oublions pas les adhérents et sympathisants qui grâce à leur générosité sans faille contribuent à l'avancée de la recherche.

A bientôt donc et au plaisir de vous revoir et de féliciter alors personnellement chacun de vous. Nous prendrons tout le temps de le faire, de le dire. Oui, de petits et grands

merci par milliers pour votre persévérance.

Chantal Mène

Tél : 06 08 54 34 99
chantal.mene@yahoo.fr



Délégation Vaucluse

« SEMPER FIDELIS »

Des bénévoles toujours fidèles, dynamiques et impliqués.

Que ce soit pour les vide- greniers ou les tombolas, c'est toujours avec le sourire que notre équipe de bénévoles occupe le terrain.



Le tirage de la loterie autour du maillot de rugby du R.C.T.Toulon a eu lieu le 15 juin 2014 et a rapporté 720 euros. La main innocente de Juliette 8 ans a désigné le gagnant : Le Bar des Sports à Sault. Notre prochaine manifestation sera la tombola lors du loto des pom-

piers de Sault.

Chaque année les saltésiennes et saltésiens nous manifestent leur soutien en participant à l'achat de billets...

La chaîne de solidarité au profit de la recherche est belle et bien présente.

D'autre part, lors d'une soirée fort sympathique, le Rotary-club d'Apt-Cavaillon en Lubéron, a remis un chèque à la délégation du Vaucluse ; Les fonds provenaient d'un très beau récital de piano donné en septembre 2013 à Apt. Au cours de cette soirée, nous avons pu présenter l'association et les avancées prometteuses de la recherche.



Christiane Sampieri
La Ventouresco
Ancien chemin d'Aurel
84390 Sault
Artc-sudvaucluse@orange.fr
06 08 82 27 86

Ils donnent de leur temps et de leur énergie

Challenge Didier Almayrac

Nos remerciements vont aussi au club de foot de Lauris, qui pour la deuxième année consécutive a organisé un tournoi de foot « à la mêlée », en hommage à Didier Almayrac emporté par une tumeur cérébrale à l'âge de 31 ans.



Ce tournoi a réuni de nombreux volontaires de l'âge de 6 ans jusqu'à... dans une ambiance du chaleureuse.

Un grand merci à eux ainsi qu'à Eric Galizzi, aux membres du club de foot de Lauris, et à tous les présents c'est grâce à eux que la recherche avance.

Des musiciens se mobilisent pour la Recherche

Les professeurs de l'Ecole de Musique de Simiane Collongue et leurs amis musiciens ont organisé, sous l'impulsion dynamique de Sylvie Laforge, un concert exceptionnel le 29 Mars 2014.

La recette de ce concert de grande qualité a été offerte à l'ARTC Sud.

Nous les remercions tous très chaleureusement pour cette belle soirée et pour leur implication dans la recherche. Nous adressons également des remerciements à la Mairie de Simiane qui a gracieusement mis à disposition la salle de spectacle de la ville.

"Fidèle parmi les fidèles"

Une nouvelle fois Nelly Olivier et ses amis ont tenu un stand ARTC Sud lors de la journée des associations à La Farléde.

Grace à cette action Nelly a pu envoyer à L'ARTC Sud un généreux chèque de soutien à la recherche.

Un grand merci à Philippe Danti pour ce tableau qui se trouve dans la salle d'attente du service



de neurooncologie au rez-de-chaussée à la Timone. Il est fort apprécié et fait le bonheur de tous ceux qui peuvent l'admirer : les patients, les accompagnants et bien sûr le professeur Chinot et son équipe.

Nos remerciements vont aussi à Fatia, infirmière, qui est à l'initiative de ce projet et à Monsieur Jean Luc Jaillette qui a eu la peine du transport.

<http://www.philippedanti.com> .

Atelier du passage

23, passage du Docteur Léon Perrin

13003 Marseille

06 03 57 96 34

Pour vous informer ou aider l'association

Un site internet entièrement refait contenant des informations sur notre association mais aussi des liens vers un grand nombre d'organismes impliqués dans la recherche sur le cancer, des vidéos informatives

Un dépliant sur toutes les formes d'aides financières possibles pour supporter notre association et les avantages fiscaux liés à ces aides.



**Consultez
le site internet
www.artcsud.fr**

Le mot du trésorier: **Restons mobilisés !**

Désolé, mais c'est mon rôle, je vais vous parler argent ! Cela peut paraître saugrenu dans un journal associatif à caractère scientifique et tourné vers des malades, mais c'est le vecteur qui supporte tout le reste.

De l'argent, pas pour l'association, nos frais de gestion sont quasiment négligeables, mais pour la recherche et le mieux être des malades.

Ce sont près de 500 donateurs et donatrices qui l'année dernière ont apporté environ 130.000 € permettant les réalisations qui vous sont présentées. A ceci s'ajoutent des fonds récoltés lors de manifestations organisées par des membres de l'association mais aussi pour la première fois par un legs représentant quasiment un an de fonctionnement et pour être tout à fait complet quelques subventions homéopathiques...

On peut penser que c'est pas mal mais on ne peut pas s'en satisfaire ! Reprenons les points présentés ci-dessus.

Les donateurs et donatrices, qui sont-ils ? Majoritairement les familles touchées par la maladie et leurs amis et connaissances.

Nous avons très peu de dons provenant d'entreprises ou de personnes sans liens avec

la maladie. Les manifestations demandent un investissement très important pour un rendu souvent faible. Les legs, naturellement, ne se développent pas spontanément. Quant aux subventions, déjà faibles, elles ont une forte tendance à la baisse.....

Alors que faire ? Des campagnes marketing ?

De la retape tout azimuth ? Du prosélytisme envahissant ? Non ! Nous pensons que notre développement passe par chacun d'entre nous. Nous devons tous nous sentir ambassadeur de l'ARTC Sud et communiquer, sans outrance, avec notre environnement personnel en faisant connaître nos actions, nos objectifs, nos besoins.

Chacun peut avoir une idée pour accélérer notre développement, n'hésitez pas à nous en faire part, tout comme n'hésitez pas à nous contacter si vous avez besoin de plus de renseignements pour mieux informer votre environnement. Nous pensons là particulièrement aux legs pour lesquels un dépliant est à votre disposition pour appuyer vos contacts avec vos connaissances sans héritiers directs et avec vos notaires.

Merci de votre investissement et gardez présent à l'esprit que les dons n'admettent pas d'adjectifs.

Ils ne sont ni petits ni grands, ils sont DON.

Michel FUGIER

Cotisation : 30 € ☐

Don: 60 € ☐ 100 € ☐ 150 € ☐ autre.....€

Nom.....

Prénom.....

Adresse

.....

.....

E-mail

Patient: ☐ **Famille de patient:** ☐ **Ami:** ☐

Professionnel: ☐ **Autre:** ☐

Bulletin de soutien

**Bulletin à renvoyer accompagné de votre chèque
à l'ordre de ARTC Sud**

ARTC SUD - Service de neuro-oncologie
Hôpital de la Timone - 264 rue Saint Pierre
13385 Marseille cedex 5

Pour tout versement, un reçu fiscal vous sera adressé.
Il vous permet d'obtenir une réduction d'impôts.

Particulier : 66 % du montant du don dans la limite de
20 % du revenu imposable.

Entreprise : 60 % du montant du don dans la limite de
5 pour mille du chiffre d'affaires.