



CONSEIL DÉPARTEMENTAL  
DE L'ORDRE DES MÉDECINS  
DE LA HAUTE-VIENNE

# BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS

n° 18

Conseil départemental de la Haute-Vienne

DÉCEMBRE 2014

## ÉLECTIONS

# *Le Conseil Départemental a besoin de vous*



**OUI  
JE ME  
PRÉSENTE**

## DOSSIER

### *Information ou publicité*

Article 19 (article R4127-19 du code de la santé publique)

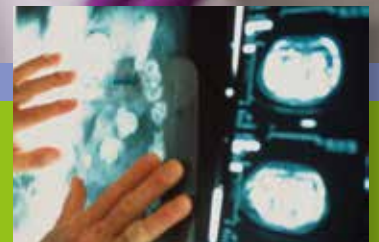
La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale. *p. 11*



### **Élections au Conseil départemental**

Pourquoi pas vous ?

*Témoignages p. 8*



### **Guide du bon usage des examens de l'imagerie médicale**

Une aide précieuse  
à retrouver en ligne *p. 10*



## sommaire

■ <b>Édito</b>	p. 2
■ <b>Exercice professionnel</b>	
• Nécrologie	p. 3
• Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès	p. 4 à 6
• Comité relations ville-hôpital	p. 7
• Élections du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins	
<i>Témoignages</i>	p. 8-9
■ <b>Dossier</b>	
• Information et publicité	p. 11 à 14
■ <b>Informations pratiques</b>	
• Guide de bon usage des examens d'imagerie médicale	p. 10
• Certificat de non contre-indication à la pratique du sport	p. 15
• Dépistage et surveillance des femmes porteuses d'un facteur génétique de prédisposition au cancer du sein	p. 16-17
• Le service de soins de suite et de réadaptation en addictologie en Limousin	p. 18
• Brèves	p. 19
■ <b>L'agenda</b>	p. 20

Publication du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne  
 Drs Pierre Bourras, Christophe Descazeaud,  
 Joël Malgouyart, Patrick Mounier, Vincent Pacaud,  
 François Touraine, Anne-Marie Trarieux,  
 Philippe Garnier, Éric Rouchaud, Vincent Sauget  
 19, rue Cruveilhier 87000 Limoges  
 Tél. 05 55 77 17 82

E-mail : haute-vienne@87.medecin.fr

Conception et réalisation :

Graphik-Studio - Tél. 05 55 32 06 32

Crédits photographiques :

Page 1 : ©Fotolia/ lenets\_tan - ©Goodshoot

Page 16 : ©DJImage - ©Fotolia/Oleg Mityukhin

Page 18 : ©Fotolia/bourbon numérique

Page 19 : ©Goodshoot

## édito



Dr François ARCHAMBEAUD

### Le CD 87 a besoin de vous

*Au moment de quitter la présidence du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la HAUTE-VIENNE, je tiens à remercier tous ceux qui, en toute indépendance, avec ténacité, constance et compétence, m'ont aidé à faire vivre notre conseil.*

*Bien sur rien n'est parfait, bien des choses peuvent être améliorées, mais je ne suis pas juge.*

*Cependant, nous nous sommes efforcés de toujours rester au service des patients et à l'écoute des médecins, afin d'accomplir au mieux cette mission de service public que vous nous avez confiée pendant de nombreuses années.*

*D'autres seront désormais à même de réfléchir et d'agir.*

*Une page se tourne, une autre apparaît, et pour que ce nouveau chapitre soit de qualité, il faut que tous s'engagent et que vous en soyez les acteurs.*

*Les élections renouvelant le Conseil départemental par moitié auront lieu le 8 février 2015.*

*Le CD 87 a besoin de vous, de vos opinions personnelles, de vos expériences professionnelles, de vos modes d'exercice variés, d'une amélioration de la représentation féminine, quand on sait que 50% de nos jeunes inscrits sont maintenant des femmes.*

*Devenez des membres actifs et efficaces, présentez-vous aux élections.*

*Que vous soyez nombreux à vous lancer dans l'aventure et que vous votiez tous. Voilà un beau motif de satisfaction pour l'équipe sortante, d'autant qu'il ne reste qu'un petit effort, puisque nous sommes déjà dans le peloton de tête du taux de participation lors des dernières élections.*

*C'est à travers vous tous que le Conseil départemental continuera à vivre et à exercer ses missions,*

*alors, choisissez vos représentants parce que*

**le Conseil départemental  
c'est vous.**

## NÉCROLOGIE



**Le Professeur Pierre Cubertafond** nous a quittés le 12 novembre 2014. Il était âgé de 76 ans. Limousin d'origine, il était resté fidèle à ses racines et avait effectué toute sa carrière de chirurgien hospitalo-universitaire à Limoges. Il était né à Coussac Bonneval le 21 avril 1938. Étudiant à l'École nationale de plein exercice de médecine et de Pharmacie de Limoges, il avait été nommé aux concours de l'externat des Hôpitaux de Limoges en 1960, puis de l'internat des Hôpitaux de Limoges en 1964. Il a soutenu sa thèse de plein exercice en 1965. Ses fonctions universitaires avaient débuté à la Faculté de Médecine de Limoges en 1969 par sa nomination en tant qu'Assistant en anatomie, puis en 1971 de Chef de travaux dans la discipline Anatomie et Organogenèse. Il a été nommé Maître de conférence Agrégé dans cette discipline en 1974, puis en 1978, Maître de conférences agrégé en Chirurgie Générale. Par la suite, il a été nommé Professeur des Universités - Praticien hospitalier dans la discipline Chirurgie Digestive en 1985

lors de l'identification de cette discipline. Il a alors été titulaire de la chaire de clinique de Chirurgie Digestive jusqu'à la suppression des chaires.

Dans le même temps, il a exercé ses fonctions hospitalières au Centre Hospitalier de Limoges devenu Universitaire en 1968. Dans un premier temps Assistant, dans le service de chirurgie du Professeur Michel Caix, il a, le 1<sup>er</sup> octobre 1978, succédé au Professeur Henri Filhoulaud à la tête du service de Chirurgie Générale A. Il en est resté le Chef de service jusqu'à son départ à la retraite en 2003. Son action a été marquée par le développement de la chirurgie thyroïdienne et parathyroïdienne, et de la chirurgie digestive moderne. Il a plus particulièrement participé à l'avènement de la viscérosynthèse, technique de suture permettant d'augmenter la sécurité du geste opératoire, et a su développer la chirurgie laparoscopique dès la fin des années 80. Il a été membre fondateur de l'Association ILCO Limousin qui apporte informations et soutien aux patients porteurs d'une stomie digestive ou urinaire. Les pathologies des voies biliaires, le cancer de la vésicule biliaire, les pathologies colo-rectales, la pathologie endocrinienne, les réparations pariétales, ont été les thèmes privilégiés de ses publications scientifiques. Il a en outre été membre de nombreuses Sociétés savantes nationales et internationales. Il a également assuré des fonctions administratives en tant que membre du Conseil d'administration du CHU et membre de la Commission Médicale d'établissement. Il a été membre du bureau départemental du Conseil de l'Ordre des Médecins en 1977. Au plan national, il a été membre du Conseil National des Universités de 1983 à 1989. Reconnu par ses pairs, il a été promu Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques en 1986, puis officier en 1997. Il a été élu membre associé de l'Académie de Chirurgie en 1985 et membre titulaire en 1998.

Il laisse à ses nombreux élèves le souvenir d'un chirurgien minutieux, au geste efficace mais toujours doux, et mesuré, respectant les tissus et les viscères, qui leur a inculqué la précision gestuelle. Homme courtois et soucieux des autres, il a cependant su diriger son service avec autorité et rigueur, en plaçant toujours le patient au centre de ses préoccupations.

Cavalier passionné et marcheur de haute-montagne, il est parti trop tôt vers des sommets inconnus où peut-être il retrouvera ses collègues disparus les plus proches, les Professeurs Robert Claude, Michel Caix, Jean Moreau...

À son épouse Jacqueline qui l'a accompagné tout au long de sa maladie avec amour et courage et à ses proches, nous adressons nos condoléances les plus sincères.

Professeur Alain Gainant

## TABLEAU Du 14 mai 2014 au 5 novembre 2014

### INSCRIPTIONS

#### En médecine générale

**Dr APPERT-DECLÉ Alexandra**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

**Dr AUFRÈRE Pierre**  
Hôpital Jean Rebeyrol - 05/11/2014

**Dr BARRIER Delphine**  
remplaçante - 03/09/2014

**Dr BUE-BRIDOUX Hélène**  
CH Esquirol - 08/10/2014

**Dr DARTHOU-POUCHARD Lucile**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

**Dr DA SILVA Patricia**  
CH Saint-Yrieix - 05/11/2014

**Dr DOLY Jean-Simon**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

**Dr GAYAUDON France**  
remplaçante - 05/11/2014

**Dr GUERIN Sophie**  
salariée - 03/09/2014

**Dr HAZIZA Gaëlle,**  
CHU Dupuytren - 14/05/2014

**Dr HOELLINGER Céline**  
remplaçante - 02/07/2014

**Dr DE SOUZA Delphine**  
Centre La Chênaie - 05/11/2014

**Dr LACOURT Marion**  
CHU Dupuytren et CH de Brive  
05/11/2014

**Dr LAFON Thomas**  
CH Dupuytren - 05/11/2014

**Dr MAILLET Hélène**  
médecin conseil - 14/05/2014

**Dr MALFATTI Sandra**  
médecin conseil à la CPAM 87  
05/11/2014

**Dr MARIAUD Fabienne**  
MDPH 87 - 03/09/2014

**Dr PARKER Claire**  
remplaçante - 14/05/2014

**Dr PHAM DANG Anne Nhu Mai**  
CHU Dupuytren - 14/05/2014

**Dr RABY-REYNAUD Annabelle**  
remplaçante - 14/05/2014

**Dr RUDELLE Karen**  
collaboratrice libérale - 14/05/2014

**Dr SARDIN Sophie**  
salariée - 14/05/2014

**Dr STAMBACH Frédéric**  
remplaçant - 04/06/2014

**Dr THOMAS Amélie**  
CHU Dupuytren et CH de Tulle  
05/11/2014

#### En anatomie et cytologie pathologiques

**Dr BELLE MBOU Valère**  
CHU Dupuytren - 03/09/2014

#### En anesthésie-réanimation

**Dr DAIX Thomas**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

**Dr DONISANU Roxana**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

**Dr DUVOID Tiffany**  
CHU Dupuytren - 14/05/2014

**Dr MANCIA Claire**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

**Dr SERENA Claire**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

**Dr VINCENT Jean-Louis**  
remplaçant - 04/06/2014

#### En chirurgie générale

**Dr DIJOUX Pierrick**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

**Dr EVENO Claire**  
CHU Dupuytren - 14/05/2014

**Dr GARDIC Solène**  
CHU Dupuytren et CH Saint-Junien  
05/11/2014

#### En chirurgie infantile

**Dr CLERMIDI Pauline**  
HME - 05/11/2014

#### En chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**Dr ROUGEOT Amélie**  
CHU Dupuytren - 04/06/2014

#### En dermatologie-vénérologie

**Dr MATEI Ioana**  
CHU Dupuytren - 03/09/2014

#### En endocrinologie

**Dr GSCHWIND Marion**  
Hôpital du Cluzeau - 05/11/2014

#### En gynécologie obstétrique

**Dr LACORRE Aymeline**  
HME - 05/11/2014

**Dr POROZHANOVA-ANGELOVA Kalina**  
libérale - 14/05/2014

#### En hépato-gastro-entérologie

**Dr MERLINI-LHÉRITIER Alexandre**  
CHU Dupuytren et CH de Guéret  
05/11/2014

#### En médecine interne

**Dr TSVETKOV Milen Ivanov**  
Hôpital Chastaing - 14/05/2014

#### En médecine nucléaire

**Dr BLANC Philippe**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

#### En médecine du travail

**Dr QUENEUILLE Jean-Philippe**  
AIST 87 - 05/11/2014

#### En néphrologie

**Dr ENSERGUEIX Gaël**  
CHU Dupuytren - 02/07/2014

#### En neurologie

**Dr MARCON Claire**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

**Dr MONTCUQUET Alexis**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

#### En ophtalmologie

**Dr ALI BENALI Abdelkader**  
CH Saint-Yrieix - 05/11/2014

**Dr DOST Laura**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

**Dr LECLERC Olivia**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

#### En pathologie cardio-vasculaire

**Dr SALERNO Baptiste**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

#### En pédiatrie

**Dr BABAKHANYAN Anahit**  
libérale - 02/07/2014

**Dr RIGAUD Charlotte**  
CHU Dupuytren - 14/05/2014

**Dr TRIGOLET Marine**  
HME - 05/11/2014

#### En pneumologie

**Dr BALLOUHEY Julia**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

**Dr LE COUSTUMIER Ève-Marie**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

# TABLEAU Du 14 mai 2014 au 5 novembre 2014

## En psychiatrie

- Dr CIOBANU Cristina**  
CH Esquirol - 03/09/2014
- Dr FOURQUET Claire**  
CH Esquirol - 02/07/2014
- Dr HAMDAN-DUMONT Mirvat**  
CH Esquirol - 05/11/2014
- Dr LEGROS Émilie**  
CH Esquirol - 05/11/2014
- Dr LEMONNIER Éric**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014
- Dr MOULIERAS Aurela**  
CH Esquirol et CH de Guéret  
05/11/2014
- Dr RICHARD François-Alexis**  
05/11/2014
- Dr ROUME Agnès**  
CH Esquirol - 14/05/2014

## En radiodiagnostic et imagerie médicale

- Dr MARTIN Sylvain**  
CHU Dupuytren - 05/11/2014

## Retraité

- Dr DELFORGE Bruno**  
médecin en santé publique - 03/09/2014

## En rhumatologie

- Dr ARDOUIN Élodie**  
CHU Dupuytren et CH Saint-Yrieix  
05/11/2014

## QUALIFICATIONS

### Spécialistes en médecine générale

- Dr EDOUX de LAFONT Isabelle**
- Dr LHOMME Christine**
- Dr ROMERA Anne**
- Dr VALADE Caroline**
- Dr VALADE Hélène**
- Dr VILLENEUVE Christine**

### Spécialiste en psychiatrie

- Dr VERCOUSTRE Nathalie**

### Spécialiste en réanimation

- Dr BEGOT Emmanuelle**
- Dr VIGNON Philippe**

### Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie

- Dr VERGNENEGRE Guillaume**
- Dr MATHIEU Pierre-Alain**

## DÉPARTS

- Dr ADAM Gaëlle**, à la Réunion
- Dr AHMED Mohamed**, dans le Loiret
- Dr AMOUGOU Jean-Félix**, en Gironde
- Dr AYOUB SALLOUM Nidal**, dans le Loiret
- Dr BARREAU Germain**, dans les Pyrénées-Atlantiques
- Dr BEDIN Bertrand**, en Corrèze
- Dr BILAND Guillaume**, à la Réunion
- Dr BOURINAT Claude**, dans le Puy-de-Dôme
- Dr BOUYGUES Antoine**, dans le Tarn
- Dr BRACHANET François-Xavier**, en Dordogne
- Dr CHEDAILLE Alexandre**, en Corrèze
- Dr CIEZAREK Martin**, dans les Pyrénées-Atlantiques
- Dr COEFFETEAU Cécile**, en Corrèze
- Dr COLOMBEAU Pierre**, dans la Creuse
- Dr DANJON-THOMAS Céline**, dans le Cher
- Dr DUMAS Célia**, en Haute-Garonne
- Dr ETOUBLEAU Cécile**, en Vendée
- Dr FUNALOT Benoît**, dans le Val-de-Marne
- Dr GONNET-PINTON Caroline** dans les Hauts-de-Seine
- Dr GRASSI Michelangelo**, en Gironde
- Dr HARRIKARAN-BILAND Shelley**, à la Réunion
- Dr JACQUES Eyméric**, en Dordogne
- Dr LEMOINE Bruno** dans le Val-d'Oise
- Dr MAMELI Arez**, en Seine-Saint-Denis
- Dr MARTEL Clothilde**, dans le Tarn
- Dr PIAZZA Umberto**, dans le Loiret
- Dr PHILIPPE Grégory**, dans les Pyrénées-Atlantiques
- Dr POROZHANOVA- ANGELOVA Kalina** dans la Creuse
- Dr QIU Hao**, dans le Loir-et-Cher
- Dr RIGAUD Charlotte**, dans le Val-de-Marne
- Dr STROESCU Constantin**, dans l'Hérault
- Dr TOURON-MAY Christine**, en Dordogne
- Dr VIEBAN François**, en Corrèze

## TABLEAU Du 14 mai 2014 au 5 novembre 2014

### RETRAITÉS

*Font valoir leurs droits à la retraite et conservent une activité*

**Dr BARRET Thierry**, le 01/10/2014  
**Dr BESSEDE Jean-Pierre**, le 01/10/2014  
**Dr BOIS Michèle**, le 01/09/2014  
**Dr BUISSON Jean-Gabriel**, le 01/07/2014  
**Dr CHAPUT Anne-Marie**, le 01/10/2014  
**Dr DELAUAUD Jean-Michel**, le 01/05/2014  
**Dr DELAVEAU Marie-Christine**, le 01/10/2014  
**Dr DUMAS Jean-Jacques**, le 01/10/2014  
**Dr DUMAS Jean-Philippe**, le 01/10/2014  
**Dr DUTEILE Jean**, le 01/10/2014  
**Dr GAINANT Alain**, le 01/07/2014  
**Dr GAUDY Jacques**, le 01/10/2014  
**Dr LEVY Daniel**, le 01/10/2014  
**Dr MACE Geneviève**, le 01/07/2014  
**Dr MAGNIN Bernard**, le 26/09/2014  
 (continue en EHPAD)  
**Dr PAILLER Jean-Pierre**, le 01/04/2014  
**Dr ROCHETTE Jean-Luc**, le 01/07/2014  
**Dr ROUFFAUD Jacques**, le 01/10/2014  
 (continue au CH Saint-Yrieix)  
**Dr SELLAMI Mohamed**, le 01/06/2014  
**Dr STRUK Philippe**, le 01/07/2014

*Font valoir leurs droits à la retraite et ne conservent pas d'activité*

**Dr BEX Claire**, le 01/10/2014  
**Dr COUTURIER Marie-Claude**, le 01/07/2014  
**Dr DZIRI-SCHOOFHS Hildegard**, le 01/10/2014  
**Dr GROUILLE Martine**, le 01/10/2014  
**Dr LAJOUX Jean-Louis**, le 01/09/2014  
**Dr MARTIAL Jean-Paul**, le 01/10/2014  
**Dr MENUSIER Maurice**, le 01/10/2014  
**Dr MEZIANE Djamel**, le 01/11/2014  
**Dr SERVOLE Jean-Paul**, le 01/07/2014  
**Dr VIDAL Elizabeth**, le 01/09/2013  
**Dr VIDAL Jacky**, le 20/04/2014

### RADIATION POUR CONVENANCE PERSONNELLE

**Dr VALLAT Marguerite**, le 04/06/2014

### DÉCÈS

**Dr CHAPUT Albert**, le 01/06/2014  
**Dr CUBERTAFOND Pierre**, le 12/11/2014  
**Dr GRANGER Pierre**, le 25/05/2014  
**Dr LAROQUE Raymond**, le 23/09/2014  
**Dr MERLE Albert**, le 22/08/2014  
**Dr VARNOUX Louis**, le 09/06/2014

## Comité Relations Ville-Hôpital

Dr Pierre Bourras

«Le malade au centre du parcours de soins». Cette évidence que ne cessent de répéter, relayée par les médias, les responsables du système de santé, apparaît malheureusement aux yeux des «médecins de soins» dans leur pratique courante, un idéal qui ne cesse de s'éloigner.

Un des «dégâts parallèles» de la lourdeur administrative imposée aux médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes libéraux ou hospitaliers, est effectivement la perte de la capacité de gérer au mieux de l'intérêt de leur patient, le parcours

de soins du généraliste au spécialiste, du domicile à l'hospitalisation, de l'hospitalisation au retour à domicile ou dans des structures de soins de suite.

Ce constat a interpellé en même temps le Professeur Dominique Mouliès (Cf. enquête «Information du CHU à la médecine de ville») et le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne (Cf. article dans le bulletin n° 16 du CDOM 87) et a abouti, en novembre 2013, à la création d'un Comité Relations Ville-Hôpital dont l'objectif est de mettre en place des actions concrètes pour fluidifier les relations entre les médecins intervenant auprès du malade.

Depuis, en quatre réunions, des réflexions ont déjà abouti à des effets concrets répondant en partie aux problèmes énoncés dans les deux enquêtes ci-dessus.

Parallèlement, au sein des URPS, les représentants des différents ordres des professions de santé (médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes et infirmiers) étudient les pistes d'amélioration de leur collaboration avec les médecins.

Sujets abordés	Sujets à l'étude	Sujets en cours de résolution
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Poste d'« infirmier de sortie »</li> <li>■ Accessibilité informatique des dossiers</li> <li>■ Formation des étudiants : stages</li> <li>■ Formation des étudiants à la synthèse clinique (compte rendu d'hospitalisation)</li> <li>■ Appel téléphonique au médecin traitant la veille ou le jour de sortie d'hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Courriers de sortie</li> <li>■ Disponibilité téléphonique des médecins hospitaliers</li> <li>■ Secrétariat</li> <li>■ Urgences</li> <li>■ Bons de transport</li> <li>■ Transmission d'images</li> <li>■ Orientation des patients</li> <li>■ Annonce de l'arrivée de nouveaux spécialistes</li> <li>■ Décès d'un patient à l'hôpital</li> <li>■ Retour à domicile après 22h par ambulance</li> <li>■ Hospitalisation d'un conjoint dépendant (lit d'hébergement, problème social)</li> <li>■ Lits de soins de suite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Courriers de sortie</li> <li>■ Disponibilité téléphonique des médecins hospitaliers</li> </ul>



### Composition du comité Ville-Hôpital

Pr Dominique Mouliès  
 Dr Dominique Grouille  
 Dr Christine Vallejo  
 Dr Kim Ly  
 M. Philippe Frugier  
 (Directeur de la communication  
 du CHU Dupuytren)

Dr François Archambeaud  
 Dr Antoine Bariaud  
 Dr Pierre Bourras  
 Dr Éric Rouchaud  
 Dr Christian Lafleur  
 (Représentant des URPS)

## Élections du Conseil départemental de l'Ordre des médecins

## Témoignages

C'est une aventure passionnante que nous venons de vivre : une révolution silencieuse. En effet, le CNOM a su sans heurts passer en quelques années d'une organisation traditionnelle à une gestion de service public sous le contrôle du Conseil d'État. Il se trouve ainsi confronté dans ses missions, ses moyens et ses méthodes pour défendre l'éthique de notre métier dans l'intérêt des patients.

Dr François Archambeaud



Mon expérience au sein du Conseil de l'Ordre fut très enrichissante sur le plan professionnel, relationnel et personnel. Nous avons besoin d'un Conseil de l'Ordre solide, qui défende notre profession et les malades en cette période de crise sociétale et économique. J'encourage les jeunes médecins à s'investir afin de faire respecter le Code de déontologie.

Dr Antoine Bariaud



Commission de conciliation : passage douloureux pour tout médecin faisant l'objet d'une plainte ordinaire de la part d'un confrère ou d'un patient... Être conciliateur au nom du Conseil départemental c'est partager un peu de la difficulté du confrère tout en ouvrant un espace de dialogue qui n'avait pas pu avoir lieu auparavant... Travail passionnant et qui fait grandir notre profession.

Dr Philippe Bleyne



Conseiller départemental depuis 1990, j'ai apprécié l'évolution dans la manière de travailler au sein du Conseil. Beaucoup plus qu'autrefois chacun peut s'exprimer aussi bien en Assemblée plénière que dans les Commissions, les grandes décisions sont prises par un vote à bulletin secret. La vie du conseil départemental, à travers les échanges, les débats et la manière dont sont prises les décisions honore la profession médicale.

Dr Philippe Bleyne

La représentation de tous les modes d'exercice de la médecine au sein du Conseil départemental de l'ordre permet des débats ouverts et constructifs sur la manière d'exercer notre passionnante profession. C'est une belle école d'objectivité, d'écoute, d'humilité et de travail collectif.

Dr Pierre Bourras



L'Ordre est une institution qui permet de ne pas oublier le sens commun de notre engagement médical envers les patients, quelque soit notre mode d'exercice.

Dr Stéphane Bouvier





Depuis quelques années ayant l'honneur d'avoir été choisi pour siéger en tant que suppléant au C.D.O.M. de la Haute-Vienne, j'en découvre tous les rôles et les attraits. Les réunions mensuelles me donnent l'impression d'une grande convivialité, comme une « grande famille », ce que je ne soupçonnais pas du tout avant d'y siéger. Chaque conseiller, titulaire ou suppléant, est invité à donner son point de vue sur les questions abordées et les échanges parfois nourris permettent toujours de trouver un consensus dans le respect des textes. J'ai ainsi découvert que le C.D.O.M. n'était pas qu'une institution ayant un rôle administratif (inscriptions, qualifications, autorisations de remplacement, permanence des soins...) ni une chambre disciplinaire (rôle dévolu au Conseil Régional), mais qu'il était vraiment au service de tous les médecins pour les accompagner dans leur installation, leur exercice, la prévention et la gestion des conflits, sans oublier l'aide à ceux qui sont en grave difficulté.

Dr Christophe Descazeaud



J'avais sans doute le profil mais je n'avais pas envisagé de me présenter aux élections du Conseil départemental. Cédant à de bienveillantes pressions, j'ai finalement présenté ma candidature et j'ai eu la chance d'être titulaire. C'était le début d'une expérience très enrichissante que j'invite le plus grand nombre de médecins à partager.

Dr Joël Malgouyard



Pourquoi je me suis présenté en 2012.

- 1) Pour faire passer des messages en réunion plénière, en commissions et sur le site en reconstruction.
- 2) Les sujets actuels sont complexes et méritent des idées neuves. La démographie, l'avenir de la pds, la politique du médicament, les conflits d'intérêts, les messageries, les contrats, les réponses aux courriers des patients, etc.
- 3) La diversité et le renouvellement des candidatures est indispensable pour la démocratie.
- 4) Nous avons le pouvoir d'agir sur notre profession en nous portant candidat.
- 5) Profitons de ce droit.

Philippe Garnier suppléant depuis 2012.

Dr Philippe Garnier



1986 : Le Conseil de l'Ordre ? Pourquoi pas, je me présente !  
2015 : L'intérêt de la fonction par son rôle moral, administratif, juridictionnel, consultatif, ainsi que les relations humaines, m'ont retenu ici pendant 29 ans, mais maintenant l'âge est là...

Dr Jean-Jacques Texier



CDOM : qu'est-ce-que c'est ou devrait être ?

- Espace de réflexion, de dialogue et de médiation.
- Garant d'éthique et déontologie.
- Capable d'évolution : contrats, mode d'exercice.
- Capable d'anticipation (démographie).
- Capable de concret : PDS.
- Un peu d'huile dans des rouages administratifs un peu rouillés.
- Courroie de transmission, pare-choc et amortisseur entre médecins, patients, autorités de tutelle

Et avoir un peu de temps et de disponibilités !!!!

Dr Éric Rouchaud



Un engagement ordinal, pourquoi ? Pourquoi, mais aussi pourquoi pas ? Un regard en arrière est toujours intéressant surtout lorsque l'on poursuit cet engagement. Quelles sont alors les raisons qui poussent à franchir le pas ? La première réponse qui me vient à l'esprit pour mon intérêt ancien pour les questions déontologiques, éthiques mais pourrait-il en être autrement en ayant fait le choix d'une carrière médicale ? ...

...  
En fait, cela me ramène à mon métier, porteur de ces valeurs et à la difficulté de les mettre en œuvre parfois sur le « terrain ». Seuls souvent, au moment de la décision, face à nous-mêmes, nous sommes forts de nos convictions mais il m'est apparu à un moment, intéressant, puis nécessaire de participer à des échanges avec mes pairs pour mieux comprendre et mieux mettre en œuvre, du moins je l'espère, ces valeurs dont nous nous réclamons.

Dr Anne-Marie Trarieux



Il est important pour un médecin hospitalier de sortir de son cocon et de participer aux discussions concernant son activité de tous les jours.

Dr François Touraine



## Guide de bon usage des examens d'imagerie médicale, la V2 en ligne

Dr Évelyne Milor, *réfèrent Imagerie médicale à l'ARS*  
 Dr Marie-Paule Boncœur, *radiologue au CHU*  
 Dr Jean-Charles Bourras, *radiologue libéral*

La qualité et sécurité des soins sont parmi les objectifs prioritaires du SROS du Limousin et de nous tous.

En ce qui concerne l'Imagerie médicale, la promotion de la dimension clinique de la radiologie passe notamment par « **le bien prescrire dans un dialogue entre médecins** ».

À ce titre, le recours au « **Guide de bon usage des examens d'imagerie médicale** » est précieux.

Ce référentiel a été rédigé en 2005 par les Sociétés Françaises de Radiologie, et de Médecine Nucléaire, en collaboration avec la Haute Autorité de Santé et l'Autorité de Sûreté Nucléaire. Une seconde édition actualisée est disponible depuis fin 2012.

**Vous pouvez trouver ce Guide à l'adresse internet suivante: [gbu.radiologie.fr](http://gbu.radiologie.fr).**

Ce document peut :

- vous aider dans le choix de la meilleure technique d'imagerie pour vos patients;
- vous permettre de répondre à vos patients quant à la pertinence (ou non) d'une prescription d'imagerie;
- vous aider à limiter l'exposition de vos patients aux rayonnements ionisants (radiographies conventionnelles et scanners);
- optimiser l'utilisation des ressources en imagerie de votre région;
- améliorer la qualité des soins;
- promouvoir l'interdisciplinarité.



N'hésitez pas à consulter le site [gbu.radiologie.fr](http://gbu.radiologie.fr)

Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale

Menu

### L'accès au guide

- Disponible en mode **connecté** ou **déconnecté**
- Accessible depuis votre **ordinateur**, **Smartphone** et **tablette**



© France TV info

## INFORMATION & PUBLICITÉ

Monsieur Philippe Frugier  
 Directeur de la communication  
 du CHU Dupuytren  
 Docteur Pierre Bourras

**D'**un côté, l'information relative aux établissements de santé est devenue indispensable à tous : patients, professionnels... De l'autre, les réformes successives du financement des établissements de santé et du régime des autorisations sanitaires ont exacerbé la concurrence entre établissements publics de santé et établissements privés. Dans ce contexte, la communication des acteurs s'est intensifiée, créant parfois des différends entre établissements ou équipes prenant la parole. Les uns dénonçant des actions publicitaires, les autres réaffirmant le droit à l'information des patients. Alors : information ou publicité ?

La publicité peut, sur la base des différents articles du code de la santé publique et du droit européen, revêtir deux qualifications selon sa finalité. Soit l'information du consommateur est le but ultime de la publicité qui sera alors qualifiée de publicité informative, soit la publicité ne porte des informations à la connaissance du public que dans le but plus lointain de réaliser la promotion d'un produit ou service, et il s'agira alors de publicité commerciale.

Cette distinction entre publicité commerciale et publicité informative est d'importance puisque les publicités réglementées ne s'entendent que de la publicité commerciale et non de la publicité informative. Ce n'est donc que cas par cas qu'il est possible de déterminer d'une part, si l'on est ou non en présence d'une publicité ou d'une simple information, d'autre part, si l'on est ou non en présence d'une publicité réglementée, voire interdite, ou même répréhensible.

## L'absence d'interdiction expresse de publicité en matière d'établissements de santé

S'il existe plusieurs restrictions en matière de publicité, restrictions qui vont jusqu'à l'interdiction pure et simple, aucune ne concerne expressément et directement les établissements de santé, en dehors des établissements qui pratiquent la chirurgie esthétique. Pour autant, l'article R4127-19 du code de la santé publique dispose que : «La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale».

Les obligations déontologiques des médecins peuvent néanmoins guider les bonnes pratiques en matière d'information, tant pour un médecin libéral que pour un praticien hospitalier. On relèvera que l'article R4127-20 du code de la santé publique dispose également que : «Le médecin doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations. Il ne doit pas tolérer que les organismes, publics ou privés, où il exerce ou auxquels il prête son concours utilisent à des fins publicitaires son nom ou son activité professionnelle».

**« La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. »**

Il existe en effet des cas où le médecin est susceptible de bénéficier – plus ou moins consciemment – de la publicité de l'établissement, par exemple lors d'inaugurations, de portes ouvertes, de diffusion de supports des établissements qui citent le nom des médecins (ce qui constitue une simple information), de publication de revues éditées par l'établissement... Dans ces situations, l'appréciation du caractère publicitaire prohibé prendra en compte deux données : la volonté publicitaire utilisant l'information comme prétexte, et la notion de proportionnalité, lorsque dans le message transmis l'impact publicitaire submerge manifestement l'information elle-même. Ces dispositions sont donc de nature à conditionner le contenu des messages pouvant être diffusés par des établissements publics de santé.

## Un cadre juridique insatisfaisant

Le régime de publicité des établissements de santé, tel qu'il ressort des textes et de la jurisprudence, est extrêmement incertain. Ainsi, si le recours à la publicité caractérise bel et bien un comportement lucratif, il n'y a aucune définition juridique unique de la publicité pas plus qu'il n'y a d'interdiction explicite de la publicité pour les établissements de santé.

Le cadre juridique actuel n'est donc pas satisfaisant puisqu'il ne permet pas de connaître avec certitude les limites de l'information hospitalière qui se distingue pourtant nettement de la seule information médicale. L'intervention du législateur, pour l'ensemble des établissements de santé, paraît donc aujourd'hui indispensable pour disposer de règles communes et éviter abus ou incompréhensions entre acteurs de la santé.



## « HOMO POTES QUANTUM SCIT »

### Le pouvoir de l'homme est égal à son savoir.

Longtemps la médecine a « bénéficié » de ce pouvoir, l'homme avait une confiance absolue dans la parole du médecin qui avait un rôle protecteur vis-à-vis de son patient.

L'élargissement de la connaissance a amené à un partage des décisions avec une interaction et une réversibilité: tout détenteur de connaissances est aujourd'hui contraint de s'orienter vers la vulgarisation pour atteindre le stade de l'information, il s'adresse à un public récepteur dont il doit tenir compte (voir même avec une certaine démagogie).

#### ■ Information, formation, éducation ou publicité

La spécificité de l'information médicale réside dans la tolérance plus grande du public récepteur car elle touche aux questions de vie ou de mort. Néanmoins, le « récepteur » est de mieux en mieux informé (sites internet, « docteur Google »): il en vient à questionner l'autorité que représente le médecin.

Cette notion de « public récepteur » peut entraîner une dérive commerciale: il appartient aux médecins de distinguer ce qui relève de la technique commerciale et ce qui s'avère être une véritable avancée médicale.

L'éthique de l'information avait déjà été évoquée en 1995 par l'Institut National de l'Audiovisuel pour faire face aux manipulations des images et des informations. Toutes les grandes avancées médicales (greffe du visage, greffe de la main, débat sur l'euthanasie, campagne de vaccinations) ont été, bien au-delà de la qualité du travail et de la communication scientifique, soumises à la pression médiatique et à l'affût du sensationnel. Mais rares sont les journalistes capables de relayer une information scientifique de qualité entraînant un risque de désinformation grave comme dans le cas des rapports entre les affections démyélinisantes et la vaccination.



#### ■ Comment l'information médicale peut-elle conserver ses valeurs propres, c'est-à-dire celles contenues dans le code de déontologie ?

- D'une part par la validation: demain les médias vont devoir valider ce qui se trouve sur la toile et discriminer certaines informations comme certifiées par la communauté journalistique, il en ira de même pour l'information médicale,
- D'autre part par l'application de Code de Déontologie existant.

#### ■ Que dit le code de déontologie :

■ **Article 19 (article R4127-19 du code de la Santé Publique):** « La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale ».

• Toute « réclame » est interdite, qu'elle émane du médecin lui-même ou des organismes auxquels il est lié directement ou indirectement ou pour lesquels il travaille (établissement de santé « centre », « institut », etc.). Sa participation à l'information du public doit être mesurée et la personnalité du médecin qui peut valoriser le message éducatif doit s'effacer au profit de ce message sans s'accompagner de précisions sur son exercice.

• Le médecin doit également se garder de toute attitude publicitaire lorsqu'il présente son activité sur un site internet: ainsi un site internet qui met en avant le profil personnel du praticien, des réalisations opérées sur des patients, les soins qu'il prodigue et les spécialités dont il se recommande et excèdent de simples informations objectives constitue une présentation publicitaire du cabinet constitutive d'un manquement au devoir déontologique.

■ **Article 13 (article R4127-13 du code de la Santé Publique):** « Lorsque le médecin participe à une action d'information du public de caractère éducatif ou sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il ne doit faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il doit se garder à cette occasion de toute attitude publicitaire, soit personnelle, soit en faveur des organismes où il exerce ou auxquels il prête son concours, soit en faveur d'une cause qui ne soit pas d'intérêt général. »

**I) L'information :**

Vis-à-vis du public, il est tout à fait souhaitable, pour des raisons d'authentification, de présentation et d'utilisation que le médecin participe à une information de portée et de diffusion générale sur les nouvelles maladies, les nouvelles techniques ou thérapeutiques.

**II) La prudence :**

Elle doit constituer une règle permanente aussi bien sur le fond (données scientifiques confirmées par le milieu scientifique et non pas hypothèses plus ou moins personnelles sur lesquelles l'accent serait mis en soulignant un rôle individuel) que dans la forme. Il est essentiel de veiller avec un soin particulier et constant aux répercussions de ses propos auprès du public : l'âge moyen, la catégorie sociale, l'importance numérique de l'auditoire, le lieu, l'heure et surtout les médias utilisés peuvent donner un retentissement très différent à un message apparemment uniforme.

Le médecin doit avoir présent à l'esprit que les métiers de la communication imposent une formation et doit se garder d'un excès de confiance dans ses facultés personnelles.

Il n'est pas réaliste de demander systématiquement l'anonymat et encore moins de le souhaiter à propos de manifestations d'information ou d'éducation au public sur les grands problèmes de santé. Au contraire, la notoriété du médecin peut donner davantage de poids aux messages éducatifs à condition de tenir compte des remarques ci-dessus.

**III) – L'attitude publicitaire** peut s'observer lorsque le médecin développe anormalement les conditions dans lesquelles il exerce (établissement hospitalier, centre « médical ») ou bien s'étend sur la composition et le fonctionnement des organismes auxquels il participe (associations dont il n'est pas facile pour le public de distinguer l'intérêt d'ordre général, voire humanitaire, d'autres facteurs).

**■ Article 20 (article R4127-20 du Code de la Santé Publique)**

« Le médecin doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations. Il ne doit pas tolérer que les organismes publics ou privés où il exerce et auxquels il prête son concours utilisent à des fins publicitaires son nom ou son activité professionnelle ».

**I) Information individuelle – publicitaire ou mensongère :**

- L'information peut être exacte (cartons informant individuellement des généralistes de l'installation d'un spécialiste), mais être étendue (au public, à des associations) sans justification.

- L'information peut être exacte mais excessive en prenant une connotation publicitaire dans la forme (plaques publicitaires, libellé des ordonnances avec utilisation de titre non autorisé car favorisant la confusion entre des diplômes faciles à acquérir et sa qualification réelle ou se rapportant à des aspects parcellaires de l'activité).

- L'information peut être mensongère soit en elle-même (qualitativement ou quantitativement) soit parce qu'elle pérennise une situation ou des données qui se sont modifiées ou qui n'ont pas été corrigées. Elle peut l'être également, le plus souvent de façon indirecte, par la présentation (document destiné à la clientèle, journal local, brochure municipale), par la globalisation à un groupe (association professionnelle ou non, société d'exercices) d'une donnée normalement limitée à un ou quelques membres.

**II) Organismes, établissements de soins et publicité :**

L'article de Philippe Frugier ci-joint aborde très largement ce problème et relève les limites « incertaines » entre publicité et information, il suffit de rajouter que le médecin faisant l'objet d'une plainte ne peut se borner à faire remarquer que la publicité émane de l'organisme (établissement de santé, centre de santé ou « institut » de remise en forme ou de médecine esthétique) et non de lui.

Au total, et pour résumer, l'appréciation du caractère publicitaire va prendre en compte deux données :

- 1 - La volonté publicitaire utilisée dans la formation comme prétexte,
- 2 - La notion de proportionnalité, lorsque dans le message transmis, l'objectif publicitaire dépasse manifestement l'information elle-même.

Nous ne saurions recommander assez au médecin de prendre contact avec le Conseil de l'Ordre dans tous les cas où il lui semble difficile de faire la part entre ce qui peut être apprécié comme une publicité par les patients ou certains de ses confrères et la réelle information du grand public. ■

“ **Le médecin doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations.** ”

## Certificat de non contre-indication à la pratique du sport

Docteur René Cahen  
Médecin conseiller  
DRJSCS Limousin

Le certificat de non contre-indication à la pratique du sport est actuellement le sujet de nombreuses discussions portant sur plusieurs points :

- son utilité,
- son contenu,
- sa fréquence,
- son financement.

### Utilité

Son utilité peut paraître discutable dans certains sports nécessitant de faibles dépenses énergétiques (pétanque, yoga,...), toutefois il existe toujours un double intérêt :

- administratif,
- médical.

Sur le plan administratif et légal, toutes les licences délivrées par les fédérations sportives affiliées sont des licences assurances qui ne peuvent s'exercer sans avis médical initial attestant la conformité du candidat.

Sur le plan médical, outre l'intérêt d'une consultation bénéficiant à des personnes souvent éloignées de la médecine compte tenu de leur supposé bon état de santé, le rôle central de cet acte est la prévention de la mort subite due au sport.

Cet accident dramatique est sous-estimé mais il est responsable de 1 200 décès par an dans notre pays qui sont essentiellement provoqués par des pathologies cardiaques de 2 origines :

- Les maladies cardiaques congénitales décelables par un simple ECG de repos dans 60% des cas.
- Les pathologies ischémiques (infarctus et lésions coronariennes diverses) souvent diagnostiquées par un ECG d'effort (épreuve d'effort sur bicyclette ergométrique).

Quatre notions importantes doivent être prises en considération :

- Schématiquement, la frontière entre les 2 étiologies est fixée à 35 ans.
- Il existe un caractère familial des pathologies congénitales.

- 60% des sujets victimes de mort subite avaient ressenti et décrit précédemment des symptômes d'alerte cardiaque.
- Les morts subites surviennent essentiellement lors des activités physiques intenses.

### Contenu

Le déroulement de cette consultation doit donc être basé sur les données préalablement décrites.

■ Le premier temps est celui de l'interrogatoire :

- Quel sport, combien de séances hebdomadaires, durée des séances, quelle intensité, quels objectifs, compétition ou pas.
- Antécédents familiaux cardiaques, notion de décès brutal dans la famille lors des activités physiques ou en dehors.
- Recherche de signes d'alerte cardiaque : douleur thoracique, palpitations, malaises, étouffement.

■ Le deuxième temps consiste en un examen clinique :

- Cardiaque : souffle, hypertension artérielle, arythmie cardiaque.
- Ostéo articulaire.

■ Dans un troisième temps, le collège des cardiologues du sport français et la société européenne de cardiologie conseille pour tous les sportifs de compétition la réalisation d'un ECG de repos tous les 2 à 3 ans entre 12 et 21 ans puis tous les 5 ans jusqu'à 35 ans.

Pour les sujets de plus de 35 ans, ayant des antécédents cardiaques familiaux ou fumeurs ou, en cas de reprise du sport, une épreuve d'effort est souhaitable.

Bien entendu, la découverte d'une anomalie, tant lors de l'interrogatoire que de l'examen clinique ou de l'ECG de repos, doit déclencher les examens complémentaires adéquats et la rédaction d'un certificat de contre-indication temporaire à la pratique du sport dans l'attente des résultats définitifs.

### Fréquence et financement

### Actuellement

Le certificat est délivré annuellement et son financement est à la charge des patients même si, dans les faits, il donne souvent lieu à remboursement par accord tacite entre les malades, les médecins et les caisses.

### Projet

Madame Valérie Fourneyron, ministre des sports avait initié un projet de réforme qui est maintenant suivi par son successeur.

L'examen de non contre-indication devrait de dérouler tous les 2 ans entre 12 et 21 ans puis tous les 5 ans jusqu'à 35 ans, durer 30 minutes et donner lieu à remboursement.

Cette fréquence, comparable à celle recommandée pour les ECG de repos, suggère que cet examen pourrait être inclus dans la consultation de non contre-indication mais ceci reste une hypothèse car aucune communication dans ce sens n'a été faite par le ministère.

Dans l'intervalle entre 2 consultations, des questionnaires sur les antécédents et les signes d'alerte cardiaques éventuels devraient être remplis par les sportifs.

Certains sports particuliers (plongée sous-marine, boxe,...) seraient soumis à des dispositions particulières tant dans le contenu de la consultation que de sa fréquence.

### Conclusion

Le certificat de non contre-indication à la pratique du sport n'est pas modifié actuellement.

Chaque médecin reste libre du contenu de sa consultation même si les évolutions des connaissances en matière de mort subite due au sport doivent faire évoluer les pratiques.

Des évolutions de réglementation sont probables mais celles-ci ne sont pas encore formalisées. ■

## Dépistage et Surveillance des femmes porteuses d'un facteur génétique de prédisposition au cancer du sein

Dr Christophe Descazeaud

### 1 Données épidémiologiques du cancer du sein

En 2012 on estime en France le nombre de nouveaux cas de cancer du sein à 48 800.

En France une femme sur huit sera confrontée au cours de sa vie au cancer du sein.

11 900 femmes en sont décédées. C'est la première cause de mortalité par cancer chez la femme.

Le taux de cancer du sein est faible avant 30 ans, puis croît jusqu'à 60-69 ans (320 pour 100 000 femmes par an), et décroît après 85 ans (245 pour 100 000 femmes par an).

Détecté à un stade précoce le cancer du sein peut être guéri dans plus de 90% des cas. C'est pourquoi un programme de dépistage organisé, généralisé depuis 2004, a été mis en place par les pouvoirs publics pour les femmes de 50 à 74 ans.

Certains cancers présentent des formes héréditaires responsables d'une faible fraction des cas mais pour lesquelles les risques sont élevés. C'est le cas des mutations constitutionnelles des gènes BRCA1 et BRCA2 qui prédisposent aux cancers du sein et de l'ovaire.

D'autres gènes que BRCA1 et BRCA2 ont été identifiés (TP53, STK11, ATM) et plus de 1 000 mutations différentes des gènes BRCA1 / 2 ont été rapportées. Mais l'altération des gènes BRCA1 et BRCA2 est de loin la plus fréquente (transmission autosomique dominante).

Le risque de cancer du sein associé aux mutations de ces gènes est de 60 à 80% pour BRCA1 et 40 à 60% pour BRCA2. Le risque de cancer de l'ovaire est lui aussi augmenté dans ces mutations (> 40% pour BRCA1, et 5 à 40% pour BRCA2).

### 2 Quand demander une consultation d'oncogénétique

Environ 15% des femmes atteintes de cancer du sein présentent une indication de test génétique.

• Critères recommandés par l'expertise collective de 1998 encore largement utilisés :

- au moins deux cas de cancer du sein chez les femmes, dont un au moins diagnostiqué avant 40 ans, apparentées au 1<sup>er</sup> degré ou au 2<sup>e</sup> degré *via* un homme.

- au moins un cas de cancer du sein ou de l'ovaire chez une femme et un cas de cancer du sein chez l'homme, chez des apparentés au 1<sup>er</sup> degré ou au 2<sup>e</sup> degré *via* un homme.

- au moins trois cas de cancer du sein ou de l'ovaire chez des apparentés au 1<sup>er</sup> degré ou 2<sup>e</sup> degré appartenant à la même branche parentale.

*Défaut majeur de ces critères : considérer un ensemble de configurations familiales types (critères tout-ou-rien).*





- Système de score d'Eisinger: c'est un score prenant en compte l'ensemble des antécédents familiaux (voir tableau ci-dessous).

Antécédents familiaux	Cotation
Mutation BRCA1 ou 2 identifiée dans la famille	5
Cancer du sein chez une femme < 30 ans	4
Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans	3
Cancer du sein chez une femme entre 40 et 49 ans	2
Cancer du sein chez une femme entre 50 et 70 ans	1
Cancer du sein chez un homme	4
Cancer de l'ovaire	3

#### Résultats :

Les cotations doivent être additionnées pour chaque cas de la même branche parentale (maternelle ou paternelle)

#### Interprétation :

- Score = 5 ou plus : excellente indication de consultation d'oncogénétique
- Score = 3 ou 4 : indication possible
- Score = 1 ou 2 : utilité médicale faible.

*Défaut du système de score type Eisinger : ne pas tenir compte du degré de parenté entre individus atteints ni des individus indemnes qui peuvent diminuer la probabilité de mutation.*

### 3 Quel type de dépistage pour les femmes à risque génétique

En plus d'un examen clinique tous les 6 mois à partir de 20 ans, on pratiquera :

a) une IRM annuelle à partir de 30 ans ou 5 ans avant l'âge du 1<sup>er</sup> cancer du sein familial (parente au 1<sup>er</sup> degré ou nièce par un frère).

b) à partir de 35 ans, on rajoute 1 cliché de mammographie par sein tous les ans +/- échographie en cas de seins denses,

c) à partir de 40 ans, on rajoute à l'IRM une mammographie classique annuelle.

La réalisation de ces examens doit s'étendre sur une période de deux mois maximum.

#### Remarques :

- En cas de mutation du gène BRCA1 ou BRCA2 identifiée dans une famille mais non retrouvée chez une femme ayant accepté de réaliser un test familial ciblé pour connaître son statut mutationnel, aucune surveillance spécifique n'est recommandée. La femme doit être incitée à participer au programme de dépistage organisé.

- Il existe d'autres situations, non liées à une mutation génétique, qui nécessitent une surveillance spécifique : antécédent personnel de cancer du sein invasif ou de carcinome canalaire *in situ*, antécédent d'hyperplasie canalaire ou lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire *in situ*, antécédent d'irradiation thoracique.

### 4 En Conclusion

En plus du cas de la femme chez qui une mutation génétique BRCA1 ou BRCA2 est connue, les situations justifiant d'un dépistage spécifique sont selon l'HAS :

- La notion d'antécédents familiaux de cancer du sein avec score d'indication à la consultation d'oncogénétique  $\geq 3$  selon le score d'Eisinger en l'absence de mutation génétique identifiée dans la famille.

- Un antécédent personnel de cancer du sein invasif ou de carcinome canalaire *in situ*.

- Un antécédent d'hyperplasie canalaire atypique, d'hyperplasie lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire *in situ*.

- Un antécédent de radiothérapie thoracique (irradiation thoracique médicale à haute dose pour maladie de Hodgkin). ■

#### Bibliographie

- H.A.S., Dépistage du Cancer du Sein en France, Service Évaluation Économique et Santé Publique, mars 2014.
- Stoppa-Lyonnet D., Médecin Radiologue, n°366, février 2014.
- Thibault F., DU IRM appliquée Corps Entier, 2013/2014.
- Cohen-Haguenauer O., Espie M., Réalités en Gynécologie-Obstétrique, n°141, novembre / décembre 2009.
- Bonaïti B. et coll., Nouveau système de score pour le diagnostic des prédispositions aux cancers du sein et de l'ovaire associées à BRCA1/2, Bulletin du Cancer 2011, vol. 98, n°7.

## Le service de soins de suite et de réadaptation en addictologie en Limousin

Cette unité de soins complète le dispositif de soins pour patient addict, accueille des patients originaires de la région Limousin.

Elle a une capacité de 20 places, après sevrage et a pour mission la mise en place d'un projet de soins individualisés après évaluation des sphères psychologique, sociale et cognitive.

Les soins s'articulent autour d'activités groupales et individuelles en hospitalisation complète.

Ce programme a pour but de promouvoir une réadaptation psychosociale, accompagner un changement du comportement addictif, réduire les conséquences fonctionnelles physiques, psychologiques ou sociales des troubles addictifs en renforçant l'autonomie. ■



**SSRAddictologie  
en Limousin**

CH Esquirol  
15 rue du Dr Marcland  
87025 Limoges Cedex  
Dr Véronique Rouyer



## Brèves

Dr Joël Malgouyard

### Questionnaire « burn-out »

À l'initiative de l'Ordre des médecins, la conférence régionale de la santé et de l'Autonomie a décidé de lancer une grande enquête sur la souffrance au travail des médecins.

Quel que soit notre mode d'exercice (hospitaliers, salariés, libéraux), nous sommes tous concernés par ce travail qui est financé par l'ARS et le CROM.

Pour respecter la confidentialité, l'anonymat est strictement respecté.

En conséquence, ne pouvant savoir qui a répondu, l'ORS renverra systématiquement début 2015 le même questionnaire à chaque médecin.

Nous vous encourageons à répondre à ce questionnaire. ■



## RAPPEL

### Le Conseil départemental est guichet unique

**Le médecin doit prendre impérativement contact avec son Conseil départemental pour tout changement dans son activité:** changement d'activité professionnelle, nouvelle adresse, activité secondaire, départ à la retraite,...

La transmission de ces informations *via* le Conseil départemental est indispensable. Le Conseil départemental informe la Caisse primaire. Ces informations modifient les données des cartes CPS. Sans ces mises à jour, le patient ne pourrait obtenir le remboursement de ses actes médicaux. Tous les jours, nous recevons des appels de médecins qui ne comprennent pas que leur carte CPS n'est pas à jour, ou que leur cotisation ne correspond pas à leur activité.

Chaque médecin est lui-même responsable de la communication au CDOM des informations concernant son activité. ■



### Insertion dans les annuaires

Le Conseil National recommande une fois encore aux médecins de se méfier des propositions d'insertion dans un annuaire dont ils ne connaissent pas formellement l'origine, et dans lequel les inscriptions seraient payantes<sup>1</sup>.

Pour tout autre développement consulter :

[http://www.economie.gouv.fr/files/files/directions\\_services/dgccrf/documentation/fiches\\_pratiques/2014/annuaires\\_professionnels.pdf](http://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/dgccrf/documentation/fiches_pratiques/2014/annuaires_professionnels.pdf)

<sup>1</sup> Cette pratique pourrait d'ailleurs être qualifiée de publicitaire. Un document de « doctrine » du CNOM sur Information et Publicité sera publié prochainement.

Dr Anne-Marie Trarieux

Les **certificats de SDRE** devraient être en théorie dactylographiés.

Ou du moins extrêmement lisibles et porter la mention « *je suis dans l'impossibilité matérielle de faire un certificat dactylographié* ». ■

### Qualification Spécialiste en médecine générale

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2014, le dossier de demande de qualification de spécialiste en médecine générale est désormais traité par la Commission des qualifications du Conseil National.

Le dossier d'inscription doit être complété par le médecin, accompagné d'un chèque de 200€ et adressé au Conseil départemental qui transmet le dossier au Conseil National. ■

## AGENDA

### SAISIES DE DOSSIERS

- **25 juin 2014**  
Le Docteur François Archambeaud  
au CHU Dupuytren.
- **25 juillet 2014**  
Le Docteur François Archambeaud  
au CH Esquirol.
- **26 août 2014**  
Le Docteur Jean-Jacques Texier  
au CHU Dupuytren.
- **19 septembre 2014**  
Le Docteur Jean-Jacques Texier  
à l'HME.

### RÉUNIONS AU CONSEIL NATIONAL

- **14 juin 2014**  
Formation des conseillers ordinaires  
au Conseil National, en présence  
du Docteur François Archambeaud.
- **1<sup>er</sup> juillet 2014**  
Réunion des Présidents et Secrétaires  
généraux des conseils départementaux  
du Limousin au Conseil Régional  
de l'Ordre des Médecins du Limousin.
- **Les 16, 17 et 18 octobre 2014**  
Congrès du Conseil National de l'Ordre  
des Médecins.
- **25 novembre 2014**  
Réunion des Présidents et Secrétaires  
généraux des conseils départementaux  
du Limousin au Conseil Régional  
de l'Ordre des Médecins du Limousin.

### PDSA

- 3 réunions ont été organisées dans  
le cadre de la fin du dispositif  
expérimental de la Permanence  
des Soins :  
- Chateauponsac, le 16 septembre 2014  
- Nexon, le 30 septembre 2014  
- Limoges, le 7 octobre 2014.
- **21 octobre 2014**  
Réunion Secteur 4 Limoges au Conseil  
départemental, en présence des  
Docteurs François Archambeaud,  
Philippe Bleyne, Michel Jacquet  
et Éric Rouchaud.

### AUTRES RÉUNIONS

- **1<sup>er</sup> avril 2014**  
Réunion UROLIM en présence  
du Docteur Jean-Jacques Texier.
- **15 mai 2014**  
Réunion du Comité Ville Hôpital  
au CHU Dupuytren, en présence  
du Professeur Dominique Mouliès.
- **26 mai 2014**  
Séminaire de Médecine Générale à la  
Faculté de Médecine sur l'installation  
et le remplacement en présence  
du Docteur François Archambeaud et  
du Docteur Philippe Bleyne.
- **3 juin 2014**  
Le Docteur Michel Mazet a représenté  
le Conseil départemental à la CAL  
du CHU.
- **17 juin 2014**  
Réunion du Registre AVC en présence  
du Docteur Jean-Jacques Texier.

- **30 juin 2014**  
Réunion du Comité de suivi  
du Registre des Cancers. Le Conseil  
départemental était représenté  
par le Docteur Stéphane Bouvier.
- **8 octobre 2014**  
Dernière réunion de la Commission  
départementale de Qualification  
spécialiste en Médecine Générale,  
présidée par le Docteur Marcel Carrier.
- **30 octobre 2014**  
Réunion du Comité Ville Hôpital  
au siège du Conseil départemental  
en coopération avec  
le Professeur Dominique Mouliès.
- **4 novembre 2014**  
Réunion EBOLA à la Faculté de  
Médecine de Limoges, en présence  
du Docteur Philippe Bleyne.
- **16 novembre 2014**  
Le Docteur Bernard Papel a représenté  
le Conseil départemental lors d'une  
réunion de la CRUQPEC au CH Esquirol.
- **19 novembre 2014**  
Les 40 ans de la faculté de Médecine.
- **24 novembre 2014**  
Réunion RSI en présence  
du Docteur Jean-Jacques Texier.
- **24 novembre 2014**  
Réunion ADDC en présence  
du Docteur Pierre Bourras.
- **25 novembre 2014**  
Assemblée générale des Présidents  
et Secrétaires généraux du Limousin  
du Conseil régional de l'Ordre des  
Médecins.