



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

BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Conseil départemental de la Haute-Vienne

n° 28

JANVIER 2022



DOSSIER DIABÈTE & ACTIVITÉ PHYSIQUE

- Constat
- Recommandations
- Prescriptions

p. 8



Assurances :
questionnaires
de santé
et certificats

p. 16



Organisation
des dépistages
des cancers

p. 22



sommaire



NOUVEAU SITE !

Retrouvez toutes les informations et publications sur le site internet du Conseil départemental de la Haute-Vienne de l'Ordre des médecins en vous connectant sur :

<https://conseil87.ordre.medecin.fr/>

ou en flashant le QRcode ci-dessous



Publication du Conseil départemental de la Haute-Vienne de l'Ordre des médecins

Directeur de la publication :

Dr Pierre Bourras, Président du CDOM 87.

Rédacteur en chef :

Dr Dominique Moreau.

Commission Bulletin & Communication :

Drs François Bertin, Eric Denes, Marie Duclos, Yves Feyfant, Dominique Moreau, Patrick Mounier, Martine Prevost.

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 :

Pages 1-5-7-8-11-14-16-17-19-22-26-28-29-30-31-32-34 : © Shutterstock

■ **Édito** p. 3

■ Exercice professionnel

- Inscriptions, transferts, qualifications, retraites, décès p. 4-5
- Nécrologie p. 6-7

■ Dossiers

- **DIABÈTE ET ACTIVITÉ PHYSIQUE** p. 8-14
- Activité physique et sédentarité
- Particularités de l'AP chez le diabétique de type 2 (DT2)
- Patients diabétiques de type 1 sportifs
- **ASSURANCES** p. 16-20
- Cas clinique
- **ORGANISATION DES DÉPISTAGES DES CANCERS** p. 22-27
- Organisation territoriale
- Cancer du sein
- Cancer colo-rectal
- Cancer du col de l'utérus
- Recherche et innovation
- Envoi kit de dépistage aux médecins

■ Infos pratiques

- L'empathie est-elle naturelle au cours d'une consultation ? p. 28-29
- Certificat médical : un cas d'école p. 30-32
- Certificats de virginité p. 33
- Assurances et prévoyance des médecins p. 34-36
- Les maladies à déclarer par le médecin p. 37

■ **Rubrique juridique** p. 38

- Code de déontologie : Article 76

■ **L'agenda** p. 40



édito

Dr Pierre BOURRAS

Président du Conseil départemental
de la Haute-Vienne de l'Ordre des médecins

Chère Consœur, Cher Confrère,

La fin de l'année 2021 a ressemblé à son début, mêmes interrogations et inquiétudes de la population et une fois de plus un appel pressant du DG de l'ARS NA à tous les médecins publics et libéraux.

OUI, il rappelle l'article R4127-77 du code de la santé publique « il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent... »

MAIS, c'est ce que font la plus grande partie des médecins depuis toujours et les 2 années qui viennent de s'écouler auraient dû porter nos dirigeants à soutenir matériellement et moralement notre profession dont ils ne semblent découvrir l'importance que dans la nécessité.

COVID

La pandémie mondiale en 2020-2021 du COVID 19 a été et est encore une expérience que nos générations protégées depuis des décennies « des épidémies de la Guerre et des famines » n'avaient pas envisagé.

Les réactions de peur, la déferlante de l'information pseudo-scientifiques, les attitudes irraisonnées, les dénonciateurs de complots sont les mêmes que dans le passé et il suffit de relire des passages entiers du « Hussard sur le Toit » de Jean Giono pour retrouver ces réactions devant le choléra du XIX^e siècle.

OUI MAIS, nous n'aurions jamais pensé en 2019 que des vaccins arriveraient en moins d'un an, nous n'aurions pas osé espérer que 90% de la population éligible en HAUTE-VIENNE serait vaccinée et que seuls 4 médecins en HAUTE-VIENNE ne le sont pas.

Et quelle force, les professionnels de santé, publics, privés, médecins, infirmiers, pharmaciens, administratifs, informaticiens, pompiers, secrétaires, etc..., ont déployé pendant ces deux années pour arriver à ces résultats.

CONTRATS

Le CNOM a élaboré des contrats types pour encadrer et protéger l'activité professionnelle des médecins. Ces contrats définissent les droits et obligations réciproques des cocontractants et précisent les moyens mis en œuvre pour que soit assuré le respect des règles déontologiques, notamment en ce qui concerne l'indépendance professionnelle des médecins et le secret médical.

OUI MAIS, bien entendu, la liste de ces contrats n'est pas exhaustive et la Commission des Contrats a régulièrement à se

prononcer sur des contrats extrêmement complexes impliquant des sociétés financières pour lesquels l'aide des juristes du CNOM est indispensable, d'abord afin d'attirer l'attention des médecins sur les risques ultérieurs, ensuite de les protéger contre d'éventuelles situations conflictuelles professionnelles, voire financières. Les demandes de modification des contrats n'ont qu'un seul but : aider les médecins. Il ne faut pas négliger que certains contrats devront évoluer pour s'adapter à des modes d'exercice et les questionnements aux juristes du CNOM aident à cette évolution.

Vous savez que la Commission des Contrats du Conseil départemental est là pour guider les médecins avant de conclure les contrats.

PERMANENCE DES SOINS

Depuis 2005, les gardes de PDSA sont basées sur le volontariat et progressivement, le nombre des médecins généralistes volontaires a diminué jusqu'à 39 % au niveau national et à 48% en Haute-Vienne.

Une fois ce constat posé, toutes les instances ont proposé des solutions qui vont de :

Pour certains syndicats de médecins, l'arrêt des gardes de nuit profonde au profit des services d'urgences hospitaliers publics et privés (nécessitant des moyens de transports déclenchés par les régulateurs), l'ARS n'étant pas contre

Pour certains députés, des délégations de ces tâches sur des infirmiers de pratiques avancées (ou pas) à de la téléconsultation et pour d'autres à l'obligation de participation de gardes

Votre Conseil de l'Ordre est en train d'établir une liste de médecins remplaçants, sur le principe du volontariat, de participer aux services de gardes, travaillant en leur nom propre ou étant remplaçant d'un médecin titulaire

Le Conseil de l'Ordre, appuyé par le Chef de service du SAMU 87 et les URPS ont réclamé la poursuite de la défiscalisation des gardes et la reprise d'une majoration de l'indemnité de garde des jours fériés

Le recours systématique à des médecins salariés

Malgré tous ces engagements, la Préfecture et l'ARS font planer des risques de réquisitions

Nous soulignons l'investissement important de SOS Médecins, en collaboration avec l'Association Urgences Médecins, sans lesquels, la permanence des soins qui reste fragile et qui, sans leur implication majeure, aurait déjà pu disparaître.

OUI MAIS, ne nous faisons pas d'illusion, si la profession ne trouve pas de solutions par elle-même, les décisions seront politiques et financières !

Au nom de l'ensemble des médecins que le CDOM représente, nous remercions ceux d'entre-vous qui auront passé les fêtes à soigner.

Bon courage et tous mes vœux personnels et professionnels pour 2022.

TABLEAU Du 11 mars 2021 au 1^{er} décembre 2021

PRIMO-INSCRIPTIONS

En médecine générale

Dr BORDERIE Baptiste, le 3 novembre 2021
 Dr BOURGAIN Clément, le 20 septembre 2021
 Dr BOUSQUET Pierre-Olivier, le 29 avril 2021
 Dr CHABOUH Nasreddine, le 1^{er} décembre 2021
 Dr FONTENAY Emilie, le 18 novembre 2021
 Dr GALTIE Julien, le 8 novembre 2021
 Dr GRIMOIN Marjolaine, le 1^{er} décembre 2021
 Dr JARDEL Martial, le 6 octobre 2021
 Dr LEPRAT Benjamin, le 6 octobre 2021
 Dr MEYNARD Caroline, le 3 novembre 2021
 Dr PICOU Loïc, le 8 septembre 2021
 Dr TAGHI Sophie, le 18 novembre 2021
 Dr TEXIER Pénélope, le 3 novembre 2021
 Dr VAN DEN HOVE Anne-Claire, le 2 juin 2021
 Dr WOJTYNA-GUILLOT Hélène, le 26 octobre 2021

En anesthésie réanimation

Dr DE VAULX Laury, le 1^{er} novembre 2021
 Dr MONTMAGNON Noëlie, le 1^{er} novembre 2021
 Dr PLATEKER Olivier, le 3 novembre 2021
 Dr SOLLET-LOPEZ Luis Mario, le 6 octobre 2021

En cardiologie et maladies vasculaires

Dr DUPIRE Nicolas, le 30 avril 2021

En chirurgie générale

Dr ALAIN Armand, le 3 novembre 2021
 Dr BEAUJOUAN Florent, le 3 novembre 2021
 Dr CHROSIANY Sacha, le 3 novembre 2021
 Dr GIOVARA Robin, le 2 novembre 2021

En endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Dr REBIERE François, le 1^{er} novembre 2021

En gériatrie

Dr FESTOU Benjamin, le 2 novembre 2021
 Dr REBIERE Marion, le 1^{er} novembre 2021

En gynécologie obstétrique

Dr BAUDRY Manon, le 1^{er} novembre 2021
 Dr MOHAND O'AMAR-DARI Nadia, le 2 novembre 2021

En hématologie

Dr BUSQUET Clémence, le 3 novembre 2021

En médecine d'urgence

Dr DUROUX Sarah, le 2 novembre 2021
 Dr PIRAS Rafaela, le 2 novembre 2021

En médecine interne

Dr RATTI Nina, le 1^{er} novembre 2021

En ophtalmologie

Dr CURUMTHAULLEE Muhammad Faiz, le 3 novembre 2021
 Dr ROCHER Maxime, le 3 novembre 2021
 Dr VAN RUYSEVELT Laurence, le 1^{er} décembre 2021

En ORL et chirurgie cervico-faciale

Dr LAGOUEYTE Benoit, le 1^{er} novembre 2021
 Dr SALANEUVE Kévin, le 1^{er} novembre 2021

En psychiatrie

Dr BONILLA Anthony, le 3 novembre 2021
 Dr THEVENOT Bertrand, le 3 novembre 2021

En radiodiagnostic et imagerie médicale

Dr GENDRIN Paul, le 1^{er} novembre 2021

En radiologie et imagerie médicale

Dr BOGEY Clément, le 3 novembre 2021

En rhumatologie

Dr BECK Arthur, le 2 novembre 2021

INSCRIPTIONS DR JUNIOR

En oncologie option radiothérapie

Mme ALATI Aurélie, le 7 juillet 2021

En rhumatologie

Mme NOLLET Chloé, le 8 septembre 2021

RÉINSCRIPTIONS

(arrivent d'un autre département)

En médecine générale

Dr BARBOU DES COURIÈRES Cécile, le 7 avril 2021
 Dr BOSSHARDT Fabienne, le 8 septembre 2021

Dr CROUZIL Olivia, le 1^{er} décembre 2021
 Dr EBERHARD Maxime, le 7 avril 2021

Dr LAVERSANNE Jean-Christian, le 1^{er} décembre 2021

Dr MARCHANDON Mehdi, le 8 septembre 2021

Dr MARCHE Anne-Sophie, le 7 avril 2021
 Dr SIMONNET Sarah, le 8 septembre 2021
 Dr VAN ARKEL Florence, le 2 juin 2021
 Dr VARGAS Alix, le 3 novembre 2021

En cardiologie et maladies vasculaires

Dr PUJE Paul, le 3 novembre 2021

En chirurgie plastique reconstructrice et esthétique

Dr ISOLA Nicolas, le 6 octobre 2021

En chirurgie viscérale et digestive

Dr RIVAILLE Thibaud

En dermatologie et vénéréologie

Dr BERNARD Philippe, le 7 avril 2021
 Dr LAVAUD Justine, le 1^{er} décembre 2021

En endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Dr TAILLEFER Sandrine, le 7 juillet 2021

En pédiatrie

Dr BOURAS Mourad, le 7 avril 2021

En psychiatrie

Dr PAUILLAC Pascale, le 5 mai 2021

En rhumatologie

Dr PUGIBET Marine, le 7 juillet 2021

Retraités

Dr BIOGEAU Frédéric, le 1^{er} décembre 2021

QUALIFICATIONS

(Commission nationale de 1^{ère} Instance)

En gynécologie médicale

Dr CRISTOU-GUILHEM Anne-Sophie, le 8 septembre 2021

En médecine et santé au travail

Dr AUCLAIR Carole, le 7 juillet 2021

En médecine vasculaire

Dr DELOTTE Anne, 2 juin 2021
 Dr REIGNIEZ Christel, le 5 mai 2021
 Dr THIOLON Jonathan, le 5 mai 2021

DESC GROUPE 2 QUALIFIANT

En chirurgie orthopédique et traumatologique

Dr BOSCHER Julien, le 1^{er} décembre 2021
 Dr CUENCA Céline, le 7 juillet 2021

En chirurgie viscérale et digestive

Dr TAIBI Abdelkader, le 3 novembre 2021

En médecine légale et expertises médicales

Dr PARRAIN Charline, le 3 novembre 2021

TRANSFERTS DE DOSSIERS

Dr AUDOT Géraldine, Partie le 9 août 2021 dans l'Aveyron
 Dr BAUDONNET Romain, Parti le 21 septembre 2021 en Gironde
 Dr BEEHARRY Adil, Parti le 16 novembre 2021 à la Réunion
 Dr BOULARD Amandine, Partie le 2 septembre 2021 dans la Loire
 Dr BRUNO Frédéric, Parti le 31 mars 2021 en Charente
 Dr BUGEAUD Ophélie, Partie le 5 août 2021 en Corrèze
 Dr CAUMES Samuel, Parti le 1^{er} décembre 2021 à la Réunion
 Dr COLLINS Claire, Partie le 12 juillet 2021 en Charente-Maritime
 Dr DE SOUSA Virginie, Partie le 3 septembre 2021 en Corse du Sud
 Dr DEVILLEGER Judith, Partie le 11 novembre 2021 en Haute-Garonne
 Dr DEVO Novissi, Parti le 17 juin 2021 à Paris
 Dr DUFAURET-LOMBARD Carine, Partie le 26 juin 2021 dans les Hautes-Pyrénées
 Dr ECHAHIDI Mohammed-Najmeddine, Parti le 23 mai 2021 à l'étranger
 Dr FLAHOU Philippe, Parti le 12 octobre 2021 dans le Jura
 Dr GASNE-FRADET Aurélie, Partie le 19 novembre 2021 dans l'Indre
 Dr GHANEM Khaled, Parti le 19 mars 2021 en Seine et Marne
 Dr JAUBERTIE Fabien, Parti le 6 septembre 2021 en Gironde
 Dr LALANDE Stéphanie, Partie le 5 juin 2021 en Charente
 Dr MARTI Aurélie,

TABLEAU Du 11 mars 2021 au 1^{er} décembre 2021

Partie le 31 octobre 2021 à l'étranger
Dr MERLE Jean-Christophe,
 Parti le 6 septembre 2021 en Corrèze
Dr MEUNIER Amélie,
 Parti le 1^{er} novembre 2021 dans le Haut-Rhin
Dr MOHTY Dania,
 Partie le 23 mai 2021 à l'étranger
Dr MONTCUQUET Alexis,
 Parti le 25 novembre 2021 en Gironde
Dr MUNIER Clément,
 Parti le 18 août 2021 en Creuse
Dr PEGOT Benjamin,
 Parti le 1^{er} septembre 2021 en Charente
Dr SANSON Amandine,
 Partie le 5 novembre 2021 dans la Manche
Dr TAHRAOUI Lhassan,
 Parti le 4 avril 2021 dans l'Indre
Dr VERLEY Jean-Baptiste,
 Parti le 1^{er} novembre 2021 en Charente
Dr VIDAL Thomas,
 Parti le 31 août 2021 dans l'Aveyron

RETRAITE

Font valoir leurs droits à la retraite et conservent une activité

Dr BEYRAND-DUZOU Brigitte,
 le 1^{er} octobre 2021
Dr BOELY Eric, le 1^{er} avril 2021
Dr CAVIGNEAUX Rémi, le 1^{er} avril 2021
Dr CIOBANU Anatol, le 1^{er} avril 2021
Dr COLIN-BUGEAUD Catherine,
 le 1^{er} juillet 2021
Dr CORVAISIER Jean-Michel,
 le 1^{er} octobre 2021
Dr HIVERT Katherine, le 1^{er} avril 2021
Dr LEGARCON Patrice, le 1^{er} mai 2021
Dr LHOMME-CARRON Christine,
 le 1^{er} octobre 2021
Dr MA Pei Koang, le 1^{er} juillet 2021
Pr MABIT Christian, le 1^{er} avril 2021
Dr MORAND-TOURAIN Pascale,
 le 1^{er} avril 2021
Dr OBRY Anne-Francoise, le 1^{er} juillet 2021
Dr TOURAILLE Francois-Xavier,
 le 1^{er} juillet 2021

Font valoir leurs droits à la retraite sans conserver d'activité

Dr BAZANAN Véronique, le 1^{er} avril 2021
Dr BONNEL-MOREAU Florence,
 le 1^{er} octobre 2021
Pr CHARISSOUX Jean-Louis,
 le 30 novembre 2021
Dr CHASSAGNAC Franck, le 1^{er} novembre 2021
Dr CHAUVOIS Christian, le 1^{er} avril 2021
Dr DELPEYROUX Christian,
 le 1^{er} octobre 2021
Dr GAY-BELLILE Véronique, le 1^{er} juillet 2021
Dr JAMILLOUX Dominique, le 1^{er} juillet 2021

Dr JARDEL Philippe, le 1^{er} juillet 2021
Dr LAGARDE Mireille, le 1^{er} juillet 2021
Dr MERCIER Vincent, le 1^{er} avril 2021
Dr NOUAILLE Nadine, le 1^{er} août 2021
Dr TARAYRE Christine, le 1^{er} juillet 2021
Dr VERGNES Jean-Pierre, le 1^{er} novembre 2021

RADIATION

Pour convenance personnelle

Dr CASTAING Frédéric
Dr PHAN THAN QUAN Angéline

DÉCÈS

Dr ALLOT Vincent, le 11 août 2021
Dr BALLET Marthe, le 17 septembre 2021
Dr BANQUEY Jean-Louis, le 3 juin 2021
Dr BENSARD Julien, le 26 avril 2021
Dr COURAT Bernard, le 27 mars 2021
Dr JARDINIER Pierre, le 30 mai 2021
Dr LACORRE-COUSSY Jean, le 18 avril 2021
Dr MAILLASSON Philippe, le 19 juin 2021
Dr MENIER Robert, le 24 septembre 2021
Dr OUDART Jean-Maurice, le 23 avril 2021
Dr PANSIER Philippe, le 17 avril 2021
Dr VAST Claude, le 19 août 2021



NÉCROLOGIE

Docteur Vincent Allot



Le décès prématuré de Vincent Allot, néphrologue au CHU de Limoges depuis près de 27 ans laisse un vide immense au sein du service de néphrologie et de dialyse, dans la communauté hospitalière et auprès de ses patients. Beaucoup de ceux qui ont eu la chance de le croiser ont exprimé le manque et la grande peine causés par son départ, à travers de touchants hommages qui ont nourri ce texte.

Vincent naît en 1970 en Dordogne. Il y grandit et rencontre ses meilleurs amis au Lycée à Périgueux, constituant un petit noyau soudé qui poursuit ses études en septembre 1988 en faculté de Médecine à Limoges. Admiré au sein de son groupe pour ses capacités et son flegme, il réussit haut la main son concours de 1^{ère} année, malgré les heures soustraites à ses révisions pour se consacrer aux échecs, grande passion de sa vie, avec la médecine.

Poursuivant ses études brillamment, il réussit le concours de l'internat en juin 1994, dès sa première tentative, puis débute en médecine interne à l'hôpital de Saint-Junien. D'abord un peu réservé et timide, il s'affermirait avec l'exercice médical dans lequel il s'épanouit. Sa vie s'éclaire avec la rencontre d'Aurore, son externe qui deviendra son épouse et restera toujours son plus solide refuge. Il poursuit son internat en néphrologie au CHU de Limoges. Cette spécialité où, comme aux échecs, il faut toujours avoir plusieurs coups d'avance, le séduit. Il trouve là sa place, sa « 2^e maison » et y restera fidèle. Par la suite, ses passages aux soins continus de Médecine Interne et en réanimation marquent ses collègues de l'époque et lui permettent de commencer à tisser un solide réseau amical et professionnel au sein du CHU. Chef de clinique dans le service de néphrologie du Pr Leroux-Robert en novembre 1998 puis praticien hospitalier, il exerce dans l'unité d'hémodialyse à partir de 2004 et en devient progressivement le véritable pivot puis le responsable officiel en janvier 2017. Médecin attentif à ce que la vie en hémodialyse, pour les patients comme pour les professionnels soit la plus sereine possible, il œuvre pour améliorer la qualité des soins et l'accueil.

Tout au long de sa carrière, Vincent est un médecin et un néphrologue reconnu aux qualités professionnelles unanimement louées. Ses compétences et connaissances, actualisées en

permanence, sa rigueur, son discernement et sa grande acuité de raisonnement clinique, font de lui une référence pour ses collègues et correspondants médicaux. Son sérieux, sa fiabilité, son intégrité et son engagement professionnel quotidien lui permettent de devenir une pierre angulaire du service de néphrologie sur laquelle chacun sait pouvoir s'appuyer. Maîtrisant la pression inhérente à la pratique clinique, il sait prendre son temps, résoudre les difficultés avec sang-froid et apporter son aide et ses précieux conseils. Son sérieux et son calme s'allient à un grand sens de l'humour. Il anime le quotidien par ses canulars pince sans rire, ses remarques pleines d'à-propos, et ses photos montages irrésistibles. Ses expressions inventives contribuent à forger le langage commun et l'esprit du service. Au quotidien, Vincent est comme son écriture minuscule de gaucher : discret et humble. Sa bienveillance inaltérable, sa simplicité souriante, sa courtoisie et son écoute attentive et respectueuse en font un homme d'une gentillesse remarquable, apprécié de tous.

Pour ses patients de consultation, greffés et dialysés, il est le Docteur Allot, médecin d'expérience, œuvrant quotidiennement au service de leur santé avec disponibilité et menant pour eux les batailles contre la maladie avec ténacité et humanité. Il sait aussi les accompagner jusqu'au bout quand le combat contre la maladie est perdu.

Au cours de sa dernière année, c'est lui qui combat la maladie avec lucidité, dignité et courage. Les professionnels qui l'ont côtoyé pendant cette épreuve décrivent bien sa personnalité hors du commun, son intelligence, et sa force apaisante. Avec une grande élégance morale, il affronte tous les épisodes qu'il a parfaitement anticipés, pour rester avant tout et jusqu'au bout attentif à ses proches : sa maman, son épouse Aurore et son petit garçon Théophile, qu'il a regardé grandir pendant presque onze ans avec bonheur et fierté et qui, à travers tous les témoignages rassemblés ici, réalisera peut-être encore mieux, à quel point il peut être, à son tour, fier de son papa...

Dr Frédérique Bocquentin
Praticien hospitalier.
Service Néphrologie,
dialyse et transplantations.

Professeur Julien Bensaïd



Le Professeur Julien BENSAÏD s'est éteint à 87 ans. Après des études médicales à Alger, il a été formé à la cardiologie dans l'équipe réputée du Professeur Jean LENEGRE, à l'hôpital BOUCICAUT de Paris.

Il a été nommé Professeur de cardiologie, à Limoges, en 1972. Il a dirigé ce service de 1984, au départ du Professeur Guy BLANC, jusqu'en 1998.

Très grand clinicien, il avait acquis une reconnaissance nationale pour ses travaux sur les pathologies valvulaires. Il était très attaché à l'enseignement et à la formation des cardiologues.

Il a été très apprécié par ses patients et toute son équipe, pour sa proximité et ses compétences.

Ses anciens élèves et tout le service de cardiologie du CHU de Limoges lui rendent un hommage respectueux

*Pr Victor ABOYANS,
Pr Patrice VIROT
Service cardiologie*



INFORMATION IMPORTANTE

Suite à la réunion du Comité de liaison entre les médecins traitants et les médecins correspondants organisée en partenariat par le Conseil de l'ordre des médecins de la Haute Vienne et des représentants du CHU de Limoges, le 18 novembre 2021 :

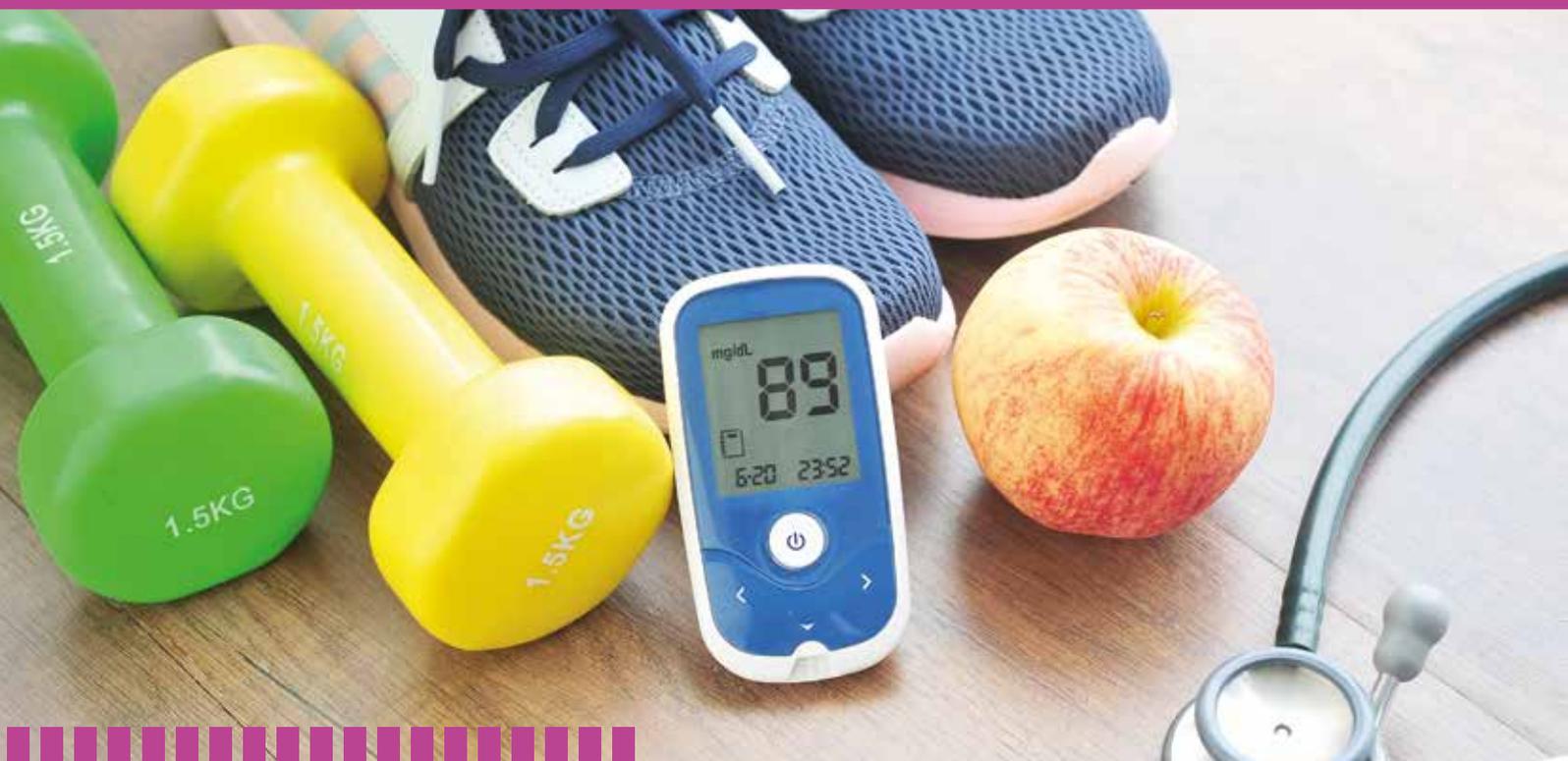
« Le CHU, dans le but d'améliorer la communication vers les médecins hors CHU, met à disposition une adresse mail pour que vous puissiez préciser quel moyen de communication vous préférez pour l'envoi des documents tels que les courriers des patients ou les comptes-rendus de radiologie ».



ADRESSE MISE À DISPOSITION :

messageriesecurisee@chu-limoges.fr

Dans votre mail, vous indiquez si vous souhaitez recevoir les informations par voie électronique (en précisant votre adresse mail sécurisée (apicrypt ou mssanté)) et/ou en format papier.



DIABÈTE & ACTIVITÉ PHYSIQUE*

L'évolution de la société et la révolution industrielle ont conduit à ce que l'activité physique ne cesse de diminuer depuis le XIXe siècle : En un peu plus d'un siècle la moyenne de temps d'activité quotidienne est passée de 8 heures à un peu moins d'une 1 heure ⁽¹⁾.

Dr Sophie Fourcade

Médecin diabétologue, Médecin coordinatrice de DIABLIM

I . ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SÉDENTARITÉ

Avant d'aborder quelques particularités de l'activité physique chez le diabétique de type 2 et du sport chez le diabétique de type 1, rappelons quelques définitions.

L'activité physique (AP) :

Elle correspond à tout mouvement corporel produit par la contraction musculaire des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique par rapport à la dépense énergétique de repos^[2].

Elle comprend :

- l'AP de la vie quotidienne et professionnelle
- les transports (vélo, marche)
- les loisirs (danse, jardinage ...)
- ... et le sport.

Le sport :

Le sport correspond à une activité physique exercée dans le sens du jeu et de l'effort, et dont la pratique suppose un entraînement méthodique et le respect de règles. Le sport correspond à tout un ensemble d'exercices physiques et peut aussi être une pratique orientée vers la compétition. Bien que la capacité physique (l'endurance/la résistance) soit l'élément-clé pour le résultat final de la pratique sportive, d'autres facteurs sont également décisifs, comme l'adresse mentale ou la coordination. Malgré la tendance à confondre les concepts de sport et d'activité physique, ils ne sont pas synonymes.

*Retrouvez toutes les références en fin d'article page 20.

L'activité physique est une « simple pratique » alors que le sport est majoritairement orienté vers un résultat.

Comment quantifier l'AP ?

On utilise comme unité le « MET ». L'équivalent métabolique (Metabolic Equivalent of Task, MET) est une méthode permettant de mesurer l'intensité d'une AP et la dépense énergétique. On définit le MET par le rapport de l'activité sur la demande du métabolisme de base. L'échelle d'équivalence métabolique va de 1 MET (sommeil) à 18 MET (course à 17,5 km/h). Plus l'intensité de l'activité est élevée, plus le nombre de Met est élevé.

TABLEAU D'ÉQUIVALENCES POUR DES ACTIVITÉS DE LOISIRS COURANTES^[3]

TYPE D'ACTIVITÉ DE LOISIRS	METS (METABOLIC EQUIVALENT TASK)
Marche :	
• A allure modérée	3
• Rapide (4,6 à 6,2 km/h)	4
• Très rapide (>6,4 km/h)	4,5-5
• Jogging (<10 km/h)	7-10
• Jogging (>10 km/h)	12
Vélo	7
Tennis, squash, jeux de raquette en simple	7
Gymnastique, step ou autres exercices aérobies	6
Yoga	4
Tondre la pelouse	6

Quel est le niveau d'AP recommandé pour la santé ?

Chez l'adulte, sont recommandées des activités physiques^[2] :

- d'endurance d'intensité modérée (4 METs) à raison de 150 minutes (2h30) à 300 minutes (5h00) d'AP/semaine
- ou d'endurance de forte intensité (7 METs) à raison de 75 minutes (1h15) à 150 minutes (2h30) minutes d'AP/semaine
- et de renforcement musculaire : au moins 2 fois par semaine.

Et l'inactivité physique ?

A contrario, l'inactivité physique est le fait d'avoir un niveau d'AP inférieur au niveau d'AP recommandé pour la santé.

Depuis 2012, l'inactivité physique est devenue la 1ère cause de mortalité évitable dans le monde avec 5,3 millions de décès attribuables par an^[4].

Un adulte est inactif physiquement s'il effectue < 150 minutes d'AP modérée/semaine.

Et la sédentarité ?

C'est une notion clé.

Elle se définit par le temps cumulé assis ou allongé, pendant la période d'éveil, au cours duquel la dépense énergétique est égale à la dépense énergétique de repos^[2].

Exemples :

- regarder la télévision,
- travailler derrière un ordinateur,
- conduire sa voiture....



SÉDENTAIRE =
temps passé assis ou allongé
> 7 heures/jour en situation d'éveil
(1 à 1,5 MET).

Elle possède ses propres effets sur la santé. En effet, il existe un lien net entre ce temps et la mortalité toutes causes confondues ainsi que la mortalité par cancer. « Trop de télévision tue ! »^[5].

IL EST DÉMONTRÉ L'INTÉRÊT DE « CASSER LA POSITION ASSISE » :
se lever 1 minute/h ou 10 minutes/1h30
diminue la mortalité de 20%.

Afin d'évaluer le niveau d'AP et de sédentarité, il existe des moyens très simples tels que des questionnaires d'auto-évaluation. Le questionnaire de Ricci et Gagnan, par exemple, permet de déterminer son profil : inactif, actif, très actif.

Il est important de souligner que les relations entre l'activité physique et la sédentarité sont complexes. Pour agir sur l'état de santé, il faut agir sur les deux, à la fois augmenter le niveau de l'activité physique et limiter la sédentarité^[6].

.../...

■ II. PARTICULARITÉS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LE DIABÉTIQUE DE TYPE 2 (DT2) :

Les recommandations d'AP en prévention du DT2 :

Selon une expertise collective de l'Inserm, la pratique régulière d'une activité physique, même d'intensité modérée, est un facteur majeur de prévention des principales pathologies chroniques telles que le cancer, les maladies cardio-vasculaires et le diabète^[7].

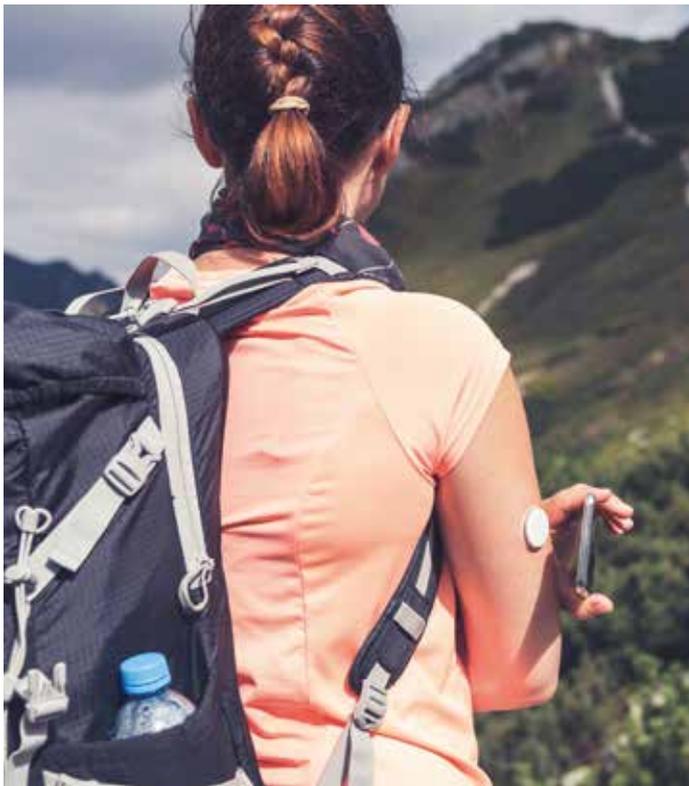
Les recommandations d'AP en prévention du DT2 sont les mêmes que dans la population générale :

- Lutter contre la sédentarité : en diminuant le temps total passé assis (<7h/jour). En effectuant des « breaks » d'au moins 1 mn toutes les heures.

En effet, il est démontré que chaque tranche de 2h/jour devant la télévision augmente le risque de DT2 de 14%.

Alors qu'à l'inverse, chaque tranche de 2h d'AP du quotidien de faible intensité diminue le risque de DT2 de 12%.

- Augmenter l'AP de la vie quotidienne,
- Favoriser la pratique d'AP structurées telles que des activités :
 - D'endurance (vélo, marche, natation...) d'intensité modérée ou forte
 - De renforcement musculaire,
 - De façon raisonnée, régulière, raisonnable,
 - Au mieux encadrées au début.



Les recommandations d'AP chez le patient DT2 :

Toujours d'après l'Inserm, la reprise d'une activité physique régulière adaptée est un élément majeur du traitement des principales pathologies chroniques telles que les cardiopathies ischémiques, les bronchopathies chroniques obstructives, les maladies neurologiques, rhumatismales et dégénératives, l'obésité et le diabète de type 2^[7].

Les nouvelles dispositions de la loi concernant la modernisation de notre système de santé reconnaissent donc que l'activité physique constitue un moyen thérapeutique non médicamenteux qui vient en complément des traitements traditionnels.

En effet, l'activité physique et sportive régulière, au mieux encadrée, de par son action hypoglycémiante, psychologique (plaisir, réappropriation de son corps, lutte contre l'isolement, effet antidépresseur, estime de soi), sociale, globale sur la santé (diminution du risque cardio-vasculaire, des chiffres tensionnels, amélioration du bilan lipidique, amélioration des capacités respiratoires...) est une thérapeutique très puissante et indispensable reconnue et validée scientifiquement dans la prise en charge du diabète de type 2^[8].

30 minutes d'AP par jour entraînent une diminution de 30 % des risques d'accidents cardio-vasculaires^[9].

L'activité physique, tout comme l'alimentation « équilibrée » sont donc des traitements à part entière dans les pathologies chroniques telles que le diabète.

Comment amener une personne à bouger plus ?

Le médecin a un rôle clé pour accompagner le diabétique dans la pratique d'une activité physique.

Avant la reprise d'une AP, il va rassurer le patient en réalisant un bilan adapté si besoin ; rechercher une cardiopathie éventuelle, une rétinopathie, une néphropathie, vérifier l'état des pieds à la recherche d'un mal perforant plantaire en particulier^[10].

En effet, selon l'Inserm, les risques pour la santé de la pratique d'une activité physique sont minimisés par le respect de précautions élémentaires, un suivi médical adapté et un encadrement compétent^[11].

Après avoir évalué le niveau d'AP et de sédentarité du patient, et lui en faire prendre conscience, le médecin va essayer d'identifier les freins et les motivations à la pratique d'une AP.

Toute la difficulté réside dans l'évaluation du stade de motivation au changement (Boucle de Prochaska et Di Clemente : « Pas prêt à changer », « Pense à changer », « Incertain », « Plutôt prêt », « Totalemment prêt ») et dans l'exploration de l'ambivalence (« vouloir » et « ne pas vouloir ») et de sa résolution [12].

En effet, l'ambivalence est naturelle : changer de comportement revient à renoncer à une source de satisfaction immédiate pour un hypothétique mieux-être futur...

Il convient d'éviter le « réflexe correcteur » du soignant qui entraîne le plus souvent un renforcement de la résistance du patient au changement.

L'objectif est d'essayer de donner des informations permettant de « semer le doute », de créer une alliance thérapeutique, en réalisant un entretien motivationnel qui explorera l'ambivalence, tout en renforçant le sentiment de liberté et d'efficacité, l'objectif étant d'accompagner le patient vers la résolution de l'ambivalence ; évoquer le sujet sans jugement ni interprétation en utilisant des questions ouvertes, en faisant reformuler le patient, en valorisant l'existant.

Il convient de « désacraliser » l'AP, d'éviter de mettre trop de pression, de prendre le temps nécessaire... a fortiori si le patient n'a pas de culture du mouvement. La problématique est identique concernant l'alimentation.

Le changement sera d'autant plus durable s'il est fait pour des raisons en lien avec des valeurs du patient (motivation intrinsèque) et si le projet est réaliste, accessible et progressif.

Il est intéressant de travailler sur les bénéfices immédiats :

- émotion d'être en groupe,
- émotion d'être fier de soi,
- émotion de n'être ni à la maison, ni au travail,
- avec un temps pour soi.

En effet, travailler sur le ressenti n'est pas la même chose que de travailler sur sa santé.

Cet accompagnement au changement peut se faire dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP). L'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur maladie chronique et être autonomes dans leur quotidien.

L'association ETAP DIABLIM en Limousin, (<https://diablim.fr/>), peut aider dans l'accompagnement au changement. Elle est spécialisée dans l'accompagnement des personnes porteuses d'une maladie chronique telle que le diabète dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient. Des programmes d'ETP sont proposés en ambulatoire et ont pour objectifs :

- De reprendre progressivement une activité physique en graduant son effort,
- D'identifier les précautions à prendre selon la pathologie, la situation et l'état de santé,

- De partager des séances collectives dans la convivialité,
- D'évaluer l'impact de l'AP sur sa santé et son bien-être,
- D'identifier les bienfaits de pratiquer une AP régulière,
- De poursuivre en autonomie ou dans des structures de sport santé.

Prescription d'AP chez le DT2 :

Le médecin va donc tenter de motiver le patient à changer son mode de vie et de le guider dans ses choix de pratique d'AP.

Selon les nouvelles dispositions de la loi concernant la modernisation de notre système de santé, il est prévu d'accroître le recours aux activités physiques comme thérapeutique non médicamenteuse, de développer la prescription de l'activité physique. Celle-ci doit être adaptée à la pathologie éventuelle, aux capacités physiques et fonctionnelles, aux risques médicaux du patient en ALD et aux bénéfices attendus. Pour prescrire une activité physique, le médecin traitant doit utiliser un formulaire spécifique [13].

Téléchargeable ici : <https://tinyurl.com/wx5ux3yb>

Il est différent et complémentaire du certificat de non contre-indication à la pratique sportive (*Voir Bulletin n°23 de juillet 2018 du Conseil de l'Ordre de la Haute-Vienne*).

La prise en charge du patient sera personnalisée et progressive en termes de forme, d'intensité et de durée de l'exercice [14].



Quel que soit le type d'AP envisagée, il convient de donner des repères simples à savoir :

• Recommander une reprise d'AP progressive :

- En se laissant guider par ses sensations : être capable de parler en marchant, ressentir l'effort comme un peu difficile,
- En contrôlant son pouls, se baser sur :
 - La fréquence cardiaque maximale : $FMC = 220 - \text{âge}$
 - La fréquence cardiaque d'entraînement : $FCE = FCR + 0,6 (FCM - FCR)$, $FCR = \text{fréquence cardiaque de repos}$

- **Proposer une AP d'endurance :** idéalement, se donner 2h30 d'AP par semaine d'intensité modérée (3 à 6 MET), c'est-à-dire à 50-70% de la fréquence cardiaque maximale, .../...

- Mais aussi y associer une activité contre résistance (renforcement musculaire) : 2 à 3 séances par semaine

Il est à noter que ni la prescription, ni la dispensation d'une AP ne font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie, mais une éventuelle prise en charge par certaines mutuelles se développe pour les affections longues durée (ALD).

L'association Limousin Sport Santé (LSS) (<https://www.limousin-sport-sante.fr/>) créée en 2015, a développé des « passerelles sport-santé », en Limousin, entre les médecins et de nombreuses associations sportives destinées en particulier aux diabétiques.

Les éducateurs sportifs de LSS pourront proposer à un patient diabétique la pratique d'une activité physique adaptée pendant un temps donné. Ils tiendront compte des capacités physiques du patient et de ses préférences. Le patient devra être adressé par son médecin traitant et présenter un certificat médical.

■ III. ET POUR NOS PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 1 SPORTIFS :

D'une façon générale, nos patients nous apprennent beaucoup. Le sport leur permet le plus souvent de réguler favorablement leurs glycémies même si cela n'est pas une science exacte. La meilleure façon d'anticiper l'avenir est de bien comprendre le présent.

En pratique, il est très difficile d'anticiper une glycémie à l'effort qui dépend de la concentration d'insuline, de la glycémie au départ, de l'alimentation, de l'état psychologique, de la masse musculaire, du type d'effort...

Le patient apprendra à la fois à gérer ses bolus (ou injections d'insuline rapide), ses débits de base (ou injection d'insuline lente), la composition de ses repas avant/ après effort, son hydratation et son alimentation pendant l'effort ...

S'il y a un consensus, ce serait : « ce n'est pas si facile que ça... ».

Quelques points qui peuvent aider nos patients :

Avoir en tête les effets de l'entraînement chez la personne diabétique^[15] :

- Augmentation de la sensibilité des récepteurs à insuline (30 à 40 %)
- Augmentation de la captation du glucose (5 x plus)
- Augmentation de la masse musculaire (capacité totale à utiliser le glucose)
- Diminution de la production hépatique du glucose
- Augmentation de la proportion de fibres oxydatives de type 1

Avoir une idée du profil glycémique selon le type d'activité physique effectuée ?

Tous les types d'AP ne vont pas entraîner le même profil glycémique pendant l'effort^[16-17].

- Il existe des activités physiques hyperglycémiantes :
 - Les AP de très hautes intensités avec des efforts explosifs tels que l'haltérophilie, le sprint sont des activités effectuées en anaérobique qui vont entraîner une forte augmentation de la glycémie.
 - Les AP de hautes intensités (travail en résistance intermittente) telles que les sports collectifs, le judo ... vont également entraîner une hyperglycémie à l'effort mais moindre.
- A l'inverse, les AP d'endurance vont engendrer des hypoglycémies à l'effort, liées en particulier à une amélioration de la sensibilité à l'insuline qu'elles entraînent. La course à pied de haute intensité correspond à l'activité la plus hypoglycémiante.

Il en découlera des recommandations quant à la glycémie « idéale » au départ de l'AP qui vont dépendre^[18] :

- Du choix du patient,
- De la durée de l'effort d'endurance,
- De l'intensité de l'effort de résistance ou explosif.

Exemples :

- pour un effort d'endurance > 1h, la glycémie de départ idéale sera aux alentours de 1,3 à 1,8 g/l.
- pour un effort explosif, la glycémie de départ idéale sera aux alentours de 0,9 à 1,3 g/l.

Ne pas oublier le risque d'hypoglycémie lors de la récupération ?

L'hypoglycémie lors de la récupération est particulièrement problématique.

Elle est principalement liée au fait que les récepteurs à l'insuline fonctionnent mieux et que le stock du glycogène musculaire se refait à partir du glucose circulant.

Il conviendra d'en tenir compte afin d'adapter en particulier le bolus d'insuline après l'effort et de bien s'alimenter après l'effort.

Quant aux recommandations concernant l'hyperglycémie ?^[16,19]

Théoriquement, il convient de ne pas démarrer une AP si la glycémie de départ excède 2,7 g/l. En pratique, il convient alors de vérifier l'absence d'acétone.

En effet, un défaut d'insuline peut entraîner rapidement une débâcle d'acides gras et une décompensation acido-cétosique. De plus, le patient ne sera pas performant si son hyperglycémie est causée par une hypoinsulinémie.

S'il existe une acétonurie/acétonémie : ne pas démarrer l'AP !

Par ailleurs, il convient à tout prix d'éviter la pratique d'exercices explosifs et/ou de résistance en présence de rétinopathie non stabilisée et/ou de néphropathie de par la forte augmentation de la pression artérielle engendrée par ce type d'effort pouvant être à l'origine d'une aggravation de la rétinopathie et/ou de la néphropathie.

L'hydratation pour nos patients diabétiques sportifs^[20] :

La conséquence d'une déshydratation est une diminution des performances et ce dès 2% de déshydratation.

On retiendra plus précisément en cas de déshydratation :

• Une augmentation :

- Du risque de crampes à l'effort
- Du risque de blessure à l'effort (contracture)
- Du risque de troubles digestifs (vomissements, nausées)
- De la sensation de fatigue générale
- De la température corporelle (risque de « coup de chaud »)
- Du débit cardiaque
- Du temps de récupération post effort
- Du risque d'apparition de tendinopathie

• Une diminution :

- Des capacités d'assimilation digestive

Quels sont les besoins ?

Si le temps de pratique < 1h : eau avec un volume de ½ besoins estimés soit environ 250 ml par exemple.

Si temps de pratique > 1h30 : eau et sel avec un volume au plus près des besoins estimés soit 400 à 500 ml.

L'hydratation sera au mieux fractionnée et régulière : 150 à 200 ml (1 gorgée = 50 ml) toutes les 15 min (tenant compte de la capacité d'absorption intestinale qui est égale à environ 600 à 800 ml/h et du fait que la vidange gastrique est altérée à l'effort).

L'hydratation post effort : il convient d'effectuer une compensation hydrique post effort équivalente à 1,5 x volume d'eau perdu.

Ex : si perte de 0,5 kg sur la séance, $0,5 \times 1,5 = 0,75$ l

Les ravitaillements pour nos diabétiques sportifs :

De façon générale, il convient de fractionner les apports et de s'alimenter régulièrement.

• **Si pratique d'une activité physique < 1h30**, on ne se préoccupe que de la glycémie, les réserves en glycogène sont suffisantes.

• **Si pratique d'une activité physique de 1h30 à 5h**, il risque d'y avoir à la fois une altération des stocks en glycogène et une diminution des capacités physiques.

• **Si pratique d'une activité physique > 5h**, il y a une altération des stocks en glycogène et une diminution des capacités physiques peut apparaître. Si l'intensité de l'activité est moins importante, l'utilisation des acides gras est majorée. Il peut y avoir une dégradation des tissus musculaires.



..... EN PRATIQUE



Effort < 1h30

hydratation avec eau seulement, alimentation non indispensable, adaptation insuline (bolus/débit temporaire à la baisse)



Effort de 1h30-5h

hydratation eau + sel, alimentation avec 40 à 80 g glucides/h et adaptation insuline (bolus/débit temporaire à la baisse)



Effort > 5h

hydratation eau + sel, alimentation 20 à 40 g glucides/h et 10 à 15 g protides/3h et adaptation insuline (bolus/débit temporaire/insuline lente)



CONCLUSION

Malgré la tendance à confondre les concepts de sport et d'activité physique, ils ne sont pas synonymes ; le sport fait partie intégrante de l'activité physique.

Les relations entre l'activité physique et la sédentarité sont complexes. Pour agir sur l'état de santé, il faut agir sur les deux, à la fois augmenter le niveau de l'activité physique et limiter la sédentarité.

L'activité physique est reconnue comme étant un élément majeur de la prévention et de la prise en charge du diabète.

Le médecin a un rôle clé pour accompagner le diabétique de type 2 dans la pratique d'une activité physique. Il doit souvent lever des freins ; il s'agit de rassurer et de motiver le patient à changer son mode de vie. Cet accompagnement au changement peut se faire dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique.

Il peut prescrire une activité chez le diabétique en utilisant un formulaire adapté. La prise en charge sera personnalisée et progressive, tant en termes de forme, d'intensité et de durée de l'exercice.

Chez le patient diabétique de type 1, le sport lui permet de réguler favorablement ses glycémies même si ce n'est pas une science exacte.

Il convient que le patient ait une bonne gestion de ses besoins en insuline, de ses apports alimentaires et hydriques autour d'un effort donné.



RÉFÉRENCES

- Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport
- Activité physique, sédentarité, et pathologies non transmissibles. Evaluation des risques sanitaires. X. Bigard. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 203 (7) 603 (2019)
- Compendium of physical activities : un update of activity codes and MET intensities. *Med. Sci. Sports Exerc.*, Vol. 32, N°9, Suppl., pp. S498-S516, 2000
- Chi Pang Wen, *Stressing harms of physical activity to promote exercise*, *Lancet* 2012, 380 : 192-93
- Wijndaele K et al. *Int J Epidemiol* 2011;40:150-9.
- ANSES. Actualisation des repères du PNNS – Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Février 2016.
- Activité physique, prévention et traitement des maladies chroniques – Une expertise collective de l'Inserm.
- Umpierre et al. *JAMA* 2011; 305:1790-1799
- Wing et Al. Long-term effects of lifestyle intervention on weight and cardiovascular risks factors and individuals with type 2 diabetes mellitus: four-year results of the Look AHEAD trial. *Arch Intern Med* 170, 1566-1575
- Reach G. Activité sportive et complications chroniques du diabète. *Médecine des maladies métaboliques* 2010 ;4 :138-142
- Inserm- Expertise collective « Activité physique » (2008) et Anses – Avis et rapport relatifs à l'« Actualisation des repères du PNNS : Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité », 2016.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. *Applications to addictive behaviors. Am Psychol.* 1992 Sep ; 47(9) :1102-14.
- Selon L'article 144 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé à l'article L.1172-1 du code de la santé publique et le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 qui précise les modalités d'application de la loi
- Article D.1172-4 du code de la santé publique
- ANSES. Actualisation des repères du PNNS – Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Février 2016. *Activité physique et diabète de type 2*. M. Ducloux et al. *Médecine des maladies métaboliques* février 2012 vol 6 n°1
- ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018 : *Exercice in children and adolescents with diabetes*.
- Adolfsson P, Riddell MC, Taplin CE, Davis EA, Fournier PA, Annan F, Scaramuzza AE, Hasnani D, Hofer SE. *Pediatr Diabetes*. 2018 Oct ;19 Suppl 27 :205-226
- Riddell MC, Gallew IW, Smart CE, et al. *Exercice management in type 1 diabetes : a consensus statement. Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017 ; 5(5) : 377-390
- Prise de position de la SFD sur l'activité physique chez les patients avec un diabète de type 1. *Médecine des maladies métaboliques* Oct 2019 Vol 13 n°6
- Exercice management in type 1 diabetes : A consensus statement canadien 2017

L'ENTRAIDE de l'ordre des médecins de la Haute-Vienne

L'ENTRAIDE DE L'ORDRE DES MÉDECINS 87 existe pour apporter son aide à tous les médecins du département de la Haute-vienne et leur famille.



ASSISTER ET AIDER NOS CONFRÈRES

L'entraide s'adresse à tous les médecins ou internes inscrits au tableau de l'Ordre qui rencontrent des difficultés, qu'elles soient ponctuelles ou durables.



RECOURIR À L'ENTRAIDE ORDINALE

Pour bénéficier du service d'entraide, le médecin (ou sa famille) s'adresse en priorité au référent entraide du conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Haute-Vienne.



DES ASSOCIATIONS D'ENTRAIDE DE PROXIMITÉ

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a également signé une charte de coopération avec un réseau d'associations de proximité pour venir en aide aux médecins, au plus près de leurs besoins :



QUI SOMMES NOUS ?

Devenir médecin est une vocation. Votre mission est d'accompagner et de soigner les gens. Mais qui est là pour vous aider ?

L'ENTRAIDE DE L'ORDRE DES MÉDECINS 87, c'est la garantie d'une prise en charge totalement anonyme quelque soit le problème. Nous vous proposons une écoute bienveillante.

CE QUE NOUS FAISONS POUR VOUS

L'ENTRAIDE DE L'ORDRE DES MÉDECINS 87, c'est un service qui apporte un soutien confraternel aux médecins en difficulté ou à leur famille.

- ✓ ÉPUISEMENT
- ✓ DÉPRESSION
- ✓ ADDICTION
- ✓ ADMINISTRATIF
- ✓ FINANCE
- ✓ JURIDIQUE



OSEZ DEMANDER DE L'AIDE

À vos conseillers ordinaires de L'ENTRAIDE 87 (CDDOM)

DR A. LE FLAHEC DR M. PELAUDEX
DR J.M. ROUSSIE DR S. LAGRUE
DR V. BAZANAN

En contactant notre plateforme nationale
C'est un numéro vert gratuit et anonyme
qui respecte la confidentialité et le secret médical.

 05 55 77 17 82

 0800 288 038



ASSURANCES : Questionnaires de santé & certificats



Dr Dominique Moreau
Conseillère départementale

Une patiente que vous connaissez souhaite un prêt pour s'acheter une maison.

Sa banque lui demande de souscrire une assurance.

Lors de la consultation, elle vous demande de l'aide pour remplir le questionnaire de santé.

Les questions que doit se poser le médecin :

- **Que puis-je communiquer à un assureur sans dévoiler le secret médical ?**
- **Je ne suis pas un expert.**
- **Comment bien expliquer au patient les limites d'un questionnaire de ce type ?**

Il est important pour le médecin traitant de prendre en charge ce type de demande du patient pour lui simplifier les démarches, tout en lui expliquant les limites des documents remis par l'assureur en matière de secret médical et les risques encourus pour le médecin et pour le patient à sa divulgation.

Il doit prévoir d'y consacrer du temps.



L'Ordre des médecins, très attaché au secret médical, recommande aux praticiens la prudence, laissant aux patients la libre transmission des éléments dont ils disposent.

Le médecin peut conseiller le patient en lui indiquant les éléments médicaux qui répondent aux demandes de l'assurance, l'éclairer sur les conséquences de la divulgation d'informations médicales en se gardant absolument de se rendre complice de fraude ou de dissimulation quelle qu'elle soit.

CAS CLINIQUE

1. CETTE PATIENTE DE 40 ANS LUI PRÉSENTE LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ (à remplir par le candidat à l'assurance).

Ce formulaire comprend une série de questions (entre 10 et 15) demandant au candidat à l'assurance de déclarer les affections, traitements, interventions chirurgicales, hospitalisations... dont il a fait l'objet.

L'assureur ne peut pas exiger que ce soit le médecin traitant du candidat à l'assurance qui remplisse ce questionnaire de santé simplifié, mais il est normal d'aider le patient pour renseigner ce questionnaire. Le candidat à l'assurance signe le questionnaire de santé simplifié et prend la responsabilité des réponses apportées.

Le médecin traitant n'a pas à remplir, signer, apposer son cachet ou contre signer un questionnaire de santé simplifié.

Assurance et Banque

QUESTIONNAIRE SIMPLIFIÉ

N° proposition : _____ Nom du produit : _____

Réseau AXA Espagne et Proximité Réseau Agence Générale

1. IDENTIFICATION

M. Mme. Noms : _____ Prénoms : _____

Numéro de naissance : _____ Ville de naissance : _____ Code postal : _____

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Union libre Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Profession actuelle : _____ Profession précédente : _____

Est-ce que votre profession actuelle comporte des risques particuliers ? Oui Non. Lesquels ? _____

2. QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

1. En fonction de votre taille, votre poids est-il compris dans les tranches ci-dessous ? Oui Non

Taille : 130-134 135-139 140-144 145-149 150-154 155-159 160-164 165-169 170-174 175-179 180-184 185-189 190-194 195-199 200-204

Poids : 31-40 34-51 37-57 39-52 42-66 45-70 48-75 50-80 53-85 57-90 60-95 63-100 66-106 70-112 73-117

2. Au cours des 10 dernières années, avez-vous :

- suivi un traitement pour maux de tête (migraines, maux de tête vertigineux, lombalgie, lombalgie ou sciatique) ? Oui Non
- suivi un traitement, eu des consultations médicales, pour troubles nerveux, affection neuro-psychique, dépression, anxiété ou stress ? Oui Non
- suivi un traitement pour troubles cardiovasculaires (hypertension artérielle) ? Oui Non
- suivi un traitement par rayons, cobalt, chimiothérapie ou immunothérapie ? Oui Non
- suivi d'autres traitements d'une durée continue supérieure à 1 mois, hormis pour raison contraceptive ou pour traitement d'une allergie saisonnière ou allergie ? Oui Non

3. Avez-vous dans les 9 dernières années, subi une opération ou séjourné plus de 10 jours dans un établissement de santé (soins pour : hernies, appendicite, végétations, amygdales, varicelle) ? Oui Non

4. Avez-vous été atteint dans les 10 dernières années d'une maladie ou d'un accident ayant nécessité plus de 15 jours de soins (traitements ou à l'hôpital) ? Oui Non

5. Avez-vous subi des examens spécialisés au cours des 12 derniers mois pour raison de santé ? Oui Non

6. Êtes-vous pris en charge à 100% par la Sécurité sociale ou un régime assimilé en raison d'une maladie ou d'un accident ? Oui Non

7. Votre état physique vous empêche-t-il d'exercer vos activités habituelles ou totalement, ou êtes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une affection nécessitant un traitement régulier (chimiothérapie, traitement) ? Oui Non

8. A votre connaissance, avez-vous été hospitalisé, opéré ou autre un bébé ? Oui Non

Elle doit répondre OUI à la question n°2 : Avez-vous suivi un traitement par rayon, cobalt, chimiothérapie ou immunothérapie ?

Elle doit le signaler..

Ce questionnaire sera remis au médecin de la compagnie d'assurance dans une enveloppe spéciale pour sauvegarder le secret médical et jamais directement à l'assureur.

2. LA PATIENTE REVIENT AVEC LE RAPPORT MÉDICAL (questionnaire détaillé par pathologie ou par appareil).

• Ce rapport peut être rédigé par un médecin désigné par la compagnie d'assurance ou par le médecin désigné par le candidat à l'assurance.

Antécédents de santé (suite)	Oui	Non	Précisions
13. Affections tumorales ou cancéreuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Avez-vous fait l'objet d'un traitement par radiothérapie, chimiothérapie ou hormonothérapie ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <u>2015</u> Pour quelle raison ? <u>Cancer du sein</u> <u>Chimio</u> <u>Chimio</u> <u>Radio</u> <u>Radiothérapie</u> <u>Radiothérapie</u>
15. Avez-vous eu un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Lesquels ? _____
16. Faites-vous actuellement usage de médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel motif ? _____ Depuis quand ? _____
17. Avez-vous fait l'objet d'examens complémentaires (tests sanguins ou urinaires, radiographies, échographies, scanner, ultrasons, électrocardiogramme) dont les résultats n'auraient pas été jugés normaux ? (spécifier la copie des comptes rendus de ces examens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Lesquels ? _____ Résultats ? _____
18. Avez-vous fait l'objet d'examens tels que : angiographie, électroencéphalogramme, angiocoronar, coronarographie ou autres investigations non citées précédemment (spécifier la copie des comptes rendus de ces examens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Lesquels ? _____ Résultats ? _____
19. Avez-vous bénéficié ou formulé une demande en vue de bénéficier de prestations servies au titre de l'invalidité ou de l'incapacité du ticket modérateur ? (spécifier la maladie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel motif ? _____ Lesquels ? _____ Depuis quand ? _____ Taux d'invalidité reçu(e) ? _____

Dans ce questionnaire, on demande au médecin de répondre à la question n°14 : Avez-vous fait l'objet d'un traitement par radiothérapie, chimiothérapie ou immunothérapie ? Quand ? Pour quelle raison ?

Elle a eu un cancer du sein il y a 7 ans.

Le choix du médecin

• Le médecin peut communiquer à son patient les éléments de son dossier médical nécessaires à la constitution du dossier d'assurance. Le médecin rappellera au patient que les éléments médicaux ne peuvent être communiqués qu'à un médecin conseil nommé désigné de l'assurance et jamais directement à l'assureur.

• Il peut rédiger un certificat à la main en précisant bien que celui-ci est remis en main propre pour faire valoir ce que de droit et que Madame ... est prévenue des conséquences éventuelles liées à la divulgation de ces informations.

• Le médecin peut remettre en main propre ce rapport médical au candidat à l'assurance qui l'adressera exclusivement au médecin conseil nommé désigné par l'assurance.



.../... Cas clinique (suite)

Ce rapport, le dossier du patient, ou le certificat médical sont destinés à éclairer le médecin conseil de la compagnie avant que ce dernier ne donne à l'assurance une conclusion strictement administrative.

Le médecin n'a jamais à se prononcer sur l'évaluation du risque : ce n'est pas un rapport d'expertise.

Le médecin ne doit jamais communiquer avec le médecin conseil de la compagnie d'assurance ou l'assureur, ni par écrit, ni oralement.

En outre

- Le médecin conseil de la compagnie d'assurance peut demander au candidat à l'assurance si les réponses au questionnaire ou si le montant du capital justifie un examen médical spécialisé et/ou des examens complémentaires (cardiologie..., analyses biologiques)

Mais,

- Le médecin conseil de la compagnie d'assurance ne peut demander de renseignements au médecin traitant.

et

- Les résultats des examens complémentaires sont remis au candidat à l'assurance qui les transmettra exclusivement au médecin conseil de la compagnie d'assurance

Il faut rappeler que les honoraires relatifs à ces examens ne relèvent pas d'une prise en charge par l'assurance maladie. C'est à la compagnie d'assurance ou au candidat à l'assurance de les prendre en charge. Une note d'honoraires sera établie par le médecin examinateur ou le biologiste (les compagnies proposent aux médecins examinateurs jusqu'à 5C).

3. LE CLIENT À L'ASSURANCE A DÉCLARÉ UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ : UN CANCER DU SEIN

Ce risque est couvert par la Convention AERAS.

La convention AERAS signée par les pouvoirs publics, les professions de la banque et de l'assurance, les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées, la Convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) a pour objet de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème grave de santé (articles L. 1141-2 à L. 1141-3 du code de la santé publique).

Deux situations dans ce cadre peuvent se présenter :

- Le risque aggravé de santé
- Le droit à l'oubli

LE RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ :

La patiente a eu un cancer du sein il y a 7ans.

Sa pathologie ne relève pas du « droit à l'oubli » et elle doit donc la déclarer.

- La Convention AERAS prévoit une grille de référence qui liste les pathologies et les critères permettant l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation sans surprime ni exclusion de garanties ou à des conditions se rapprochant des conditions standard.

- Ces dispositions s'appliquent lorsque certaines conditions – relatives à la nature de prêt, au montant assuré et à l'âge en fin de contrat d'assurance – sont satisfaites et sous réserve de remplir certains critères spécifiques à la pathologie (type histologique, stade de référence, conduite de traitement et de suivi, critères biologiques, conditions de diagnostic, délais d'accès à de telles assurances...).

Il y a 2 parties :

• PARTIE I :

Pathologies à déclarer à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé sous peine de sanction (conformément aux Codes des assurances ou de la mutualité) et qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation sans surprime ni exclusion si elles répondent aux critères ci-dessous.

Type de pathologie	Types histologiques et stades de référence - stades pré-thérapeutiques retenus par la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)	Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute
Cancers du sein infiltrants	<ul style="list-style-type: none"> Carcinome lobulaire ou canalaire infiltrant Stade I* [pT1N0M0] <ul style="list-style-type: none"> - Plus grand diamètre tumoral ≤ 20 mm - Absence d'envahissement ganglionnaire ou seule présence de cellules isolées ≤ 0,2 mm - Absence de métastases à distance Grade SBR I et II 	7 ans

DONC SA PATHOLOGIE RELÈVE DE CETTE PARTIE I

Mais si son cancer datait de moins de 3 ans, au niveau de la grille, sa pathologie entrerait dans la deuxième partie de la grille.



• PARTIE II :

Pathologies à déclarer à l'assureur lors du remplissage du questionnaire de santé sous peine de sanction (conformément aux Codes des assurances et de la mutualité) et qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation se rapprochant des conditions standard (avec une surprime plafonnée, applicable par les assureurs) si elles répondent aux critères énoncés.

Mais,

- Faisant l'objet d'actualisations régulières, la grille de référence repousse sans cesse les limites de l'assurabilité aux bénéficiaires des malades et anciens malades.

- Elle devient de plus en plus précise dans ses critères d'éligibilité. **Dans ce cadre, la Commission de Suivi et de Propositions de la Convention AERAS recommande aux candidats à l'assurance de se rapprocher du médecin ayant été en charge des soins pour la pathologie concernée, afin de leur fournir les informations médicales nécessaires à la vérification des critères de la grille de référence.**

Lorsqu'un candidat a déclaré sa pathologie à l'assurance, il peut demander à son médecin de compléter un questionnaire ciblé, reprenant les critères énumérés par la grille de référence. Le médecin remet ce questionnaire en main propre au patient qui le transmettra au médecin conseil de l'assurance.

LE « DROIT À L'OUBLI ».

La patiente n'en fait pas partie.

La Convention AERAS prévoit un dispositif de « droit à l'oubli » qui concerne actuellement les personnes souhaitant assurer un prêt et qui ont été atteintes d'un cancer :

- Diagnostiqué avant l'âge de 18 ans, pour lequel le protocole thérapeutique est terminé depuis 5 ans et aucune rechute n'a été constatée ;

- Diagnostiqué après l'âge de 18 ans, pour lequel le protocole thérapeutique est terminé depuis 10 ans et aucune rechute n'a été constatée.

Sous réserve de satisfaire à certaines conditions en termes de nature de prêt et d'âge en fin de contrat d'assurance, le « droit à l'oubli » permet à ces personnes de ne pas déclarer leur ancien cancer à l'assureur lors de la souscription d'un contrat d'assurance emprunteur, et donc de ne se voir appliquer ni surprime ni exclusion de garanties du fait de ce cancer. Si ce dernier est déclaré – alors qu'il est couvert par le « droit à l'oubli » – l'assureur n'en tient pas compte.

.../...



RECOMMANDATIONS

Le médecin doit aider son patient dans le remplissage d'un questionnaire de santé et doit lui remettre, à sa demande, copie des informations figurant dans son dossier médical.

Il doit lui rappeler que ses déclarations doivent être complètes et sincères.

En donnant des informations précises à leurs patients lors de la constitution de leur dossier d'assurance (notamment lorsqu'il s'agit de répondre à des questionnaires de santé ciblés ou de décrire des pathologies complexes), les médecins ont un rôle essentiel de conseil – auprès de ces patients – qui fait pleinement partie de leurs missions.

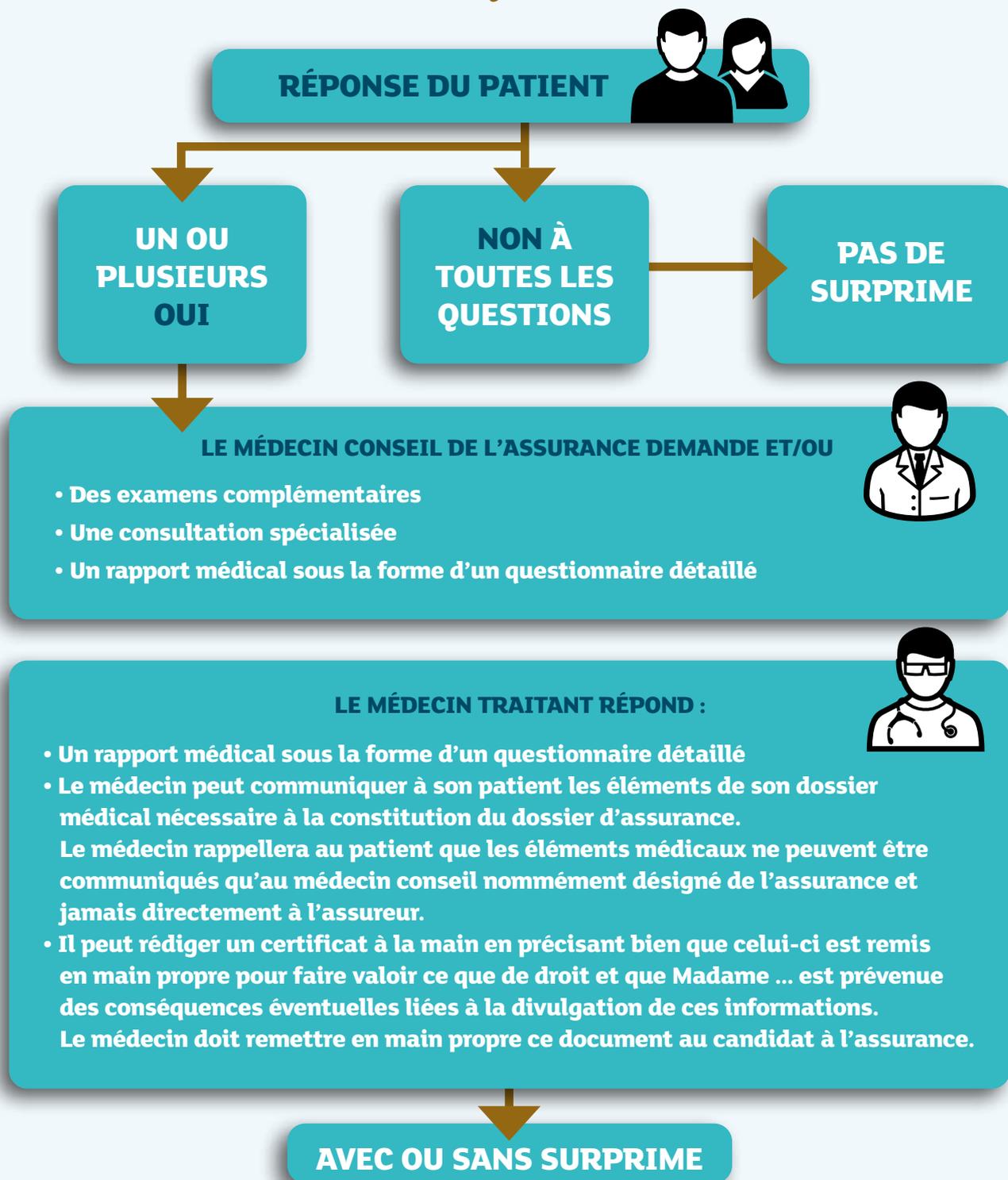
L'utilisation d'un modèle type établi par l'assureur n'est pas opposable au médecin.

Établis par la convention AERAS, les questionnaires sont très techniques et complets (classification TNM, grille pour "droit à l'oubli"...). Ils ont été validés par le Ministère, les associations et les assurances, permettant ainsi au médecin conseil de voir si les conditions de la Loi sont bien remplies et de respecter le principe et les limites du droit à l'oubli.

La participation du médecin à cette démarche permet d'accélérer une procédure compliquée par la situation médicale du patient.

En cas de difficulté, le patient peut saisir la Commission de médiation AERAS.

■ **LE PATIENT PRÉSENTE À SON MÉDECIN UN QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ ENTRE 10 ET 15 QUESTIONS**



Sources : Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins d'avril 2015/MAJ décembre 2019

Retrouvez la Grille de référence et les conditions d'accès à une assurance sur :
<https://www.aeras-infos.fr/>

Communiqué

QUELLE PLACE POUR LES ÉCRANS DANS LA FAMILLE ?

" Que ce soit le téléphone, la tablette, la télévision, l'ordinateur ou la console de jeu, les écrans font partie du quotidien de la plupart des familles. Et, en général, les enfants les aiment beaucoup. Les écrans devraient toutefois être utilisés avec modération afin de diminuer les risques qui y sont associés tout en profitant de leurs bons côtés.

Les parents ne sont pas encore suffisamment informés des dangers sur leur enfant. Pour eux, c'est pratique pour occuper l'enfant, le calmer, leur permettre de faire les tâches domestiques ou des activités personnelles. Et, pour une grande majorité, c'est éducatif : plus l'enfant se servira de ces outils, mieux il sera préparé au monde de demain.

Si les écrans font partie intégrante du quotidien, ils peuvent être néfastes pour le développement s'ils prennent trop de place dans la vie d'un enfant. Les interactions qu'un enfant a avec son environnement et son entourage sont la meilleure source de stimulation pour lui. De plus, une grande utilisation des écrans réduit souvent le temps accordé aux activités physiques et au jeu libre. Il est donc important d'apprendre aux enfants à les utiliser de façon responsable le plus tôt possible, car les bonnes habitudes sont plus faciles à prendre en bas âge. De plus, il est plus facile de donner des limites à un jeune enfant que d'enlever du temps d'écran à un enfant plus âgé.

Les professionnels de santé de première ligne ont un rôle primordial pour échanger et alerter les parents.

*A chaque âge sa pratique ! Pour aider les parents à y voir plus clair, Serge Tisseron a proposé une règle facile à retenir et qui donne des repères : **la règle des "3-6-9-12"**.*

Le Conseil départemental a lancé une campagne d'affichage reprenant cette règle



"Vous êtes invités à participer à cette action de prévention en apposant dans vos salles d'attente l'affiche A3 jointe à ce bulletin".

pour informer et sensibiliser les parents à la surexposition aux écrans des enfants dès le plus jeune âge.

Mes remerciements au Conseil de l'Ordre des Médecins pour sa contribution à une diffusion la plus large possible."

Jean-Claude LEBLOIS - Président du Conseil départemental de la Haute-vienne.



ORGANISATION DES DÉPISTAGES DES CANCERS EN HAUTE-VIENNE

Un dispositif en pleine évolution

Dr Sandrine Lavau-Denes

Médecin coordinatrice pour la Haute-Vienne du Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers de Nouvelle-Aquitaine (CRCDC), et en charge de l'unité de recherche clinique en Oncologie URCO au CHU de Limoges. Conseiller départemental

■ ORGANISATION TERRITORIALE

L'objectif du dépistage est de diagnostiquer de façon précoce et en l'absence de symptômes des lésions précancéreuses ou cancéreuses, afin de faciliter leur prise en charge et améliorer la survie des patients concernés. Le test diagnostique est pris en charge sans avance de frais. L'envoi systématique à toutes les personnes concernées permet la diminution des inégalités. Trois cancers bénéficient à ce jour d'un programme national de dépistage organisé (DO).

Le pilotage des programmes nationaux de dépistage est conjoint entre le Directeur Général de la Santé, la CNAM, la MSA, L'agence nationale de santé publique et l'Institut National des cancers (INCa). Les DO sont pilotés

par les structures régionales appelées CRCDC (Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers). Le cahier des charges régulant leur fonctionnement est paru au JO de mars 2018. En tant que pilotes régionaux de la politique de santé dans le domaine, les CRCDC sont déclinés en structure territoriales pour chaque département.

Sur la Haute-Vienne, le CRCDC Nouvelle-Aquitaine 87 a pris le relais en 2019 de la SDDC87, ancienne association portée par la CPAM.

Ses missions sont multiples :

- **Mettre en œuvre de façon harmonisée** les programmes de dépistage (l'envoi des invitations est géré par le site régional à partir des fichiers caisses)
- **Former le grand public** et coordonner les promotions envisagées par les partenaires sur le 87
- **Suivre la population** ayant effectué le test
- **Assurer les relations** avec les professionnels de santé

- **Gérer le système d'information** dont la remontée des données à Santé Publique France
- **Évaluer les programmes** et le respect de l'assurance qualité
- **Contribuer à l'évolution du dispositif**, promouvoir la recherche dans le domaine

■ CANCER DU SEIN

Il représente le 1^{er} cancer chez la femme, avec une augmentation de 6% de l'incidence entre 2010 et 2018. Il touchera 1 femme sur 8 au cours de sa vie. La mammographie, examen de référence, permet de diagnostiquer 90% des cancers du sein.

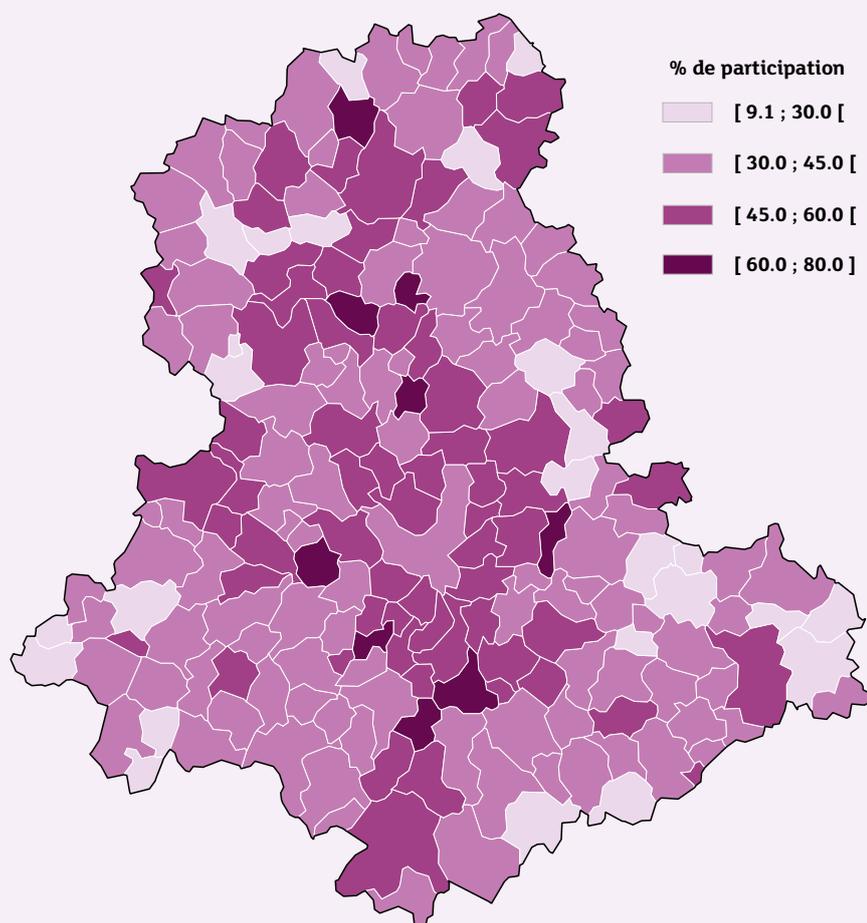
Ce DO a été initié dans les années 90, puis généralisé en 2004. Il concerne 9 millions de femmes, âgées de 50 à 74 ans. Le dépistage inclut un examen clinique mammaire, ainsi qu'une mammographie bilatérale, avec pour chaque sein un cliché de face et un de profil, réalisée tous les 2 ans. Sont concernées les femmes asymptomatiques ne présentant pas de facteurs de risque majeurs de cancer du sein (tels qu'un antécédent personnel de

cancer du sein, de lésion hyperplasique atypique, de radiothérapie thoracique à haute dose, connaissance d'une mutation familiale de prédisposition de cancer de type BRCA1/2, antécédents familiaux de cancer avec score d'Eisinger >3, qui bénéficient dans ces cas d'une surveillance individualisée souvent plus rapprochée ou sur des tranches d'âge plus étendues.

Les autres femmes concernées par le DO sont invitées à effectuer leurs clichés auprès de radiologues agréés (effectuant chaque année plus de 500 mammographies) dont elles ont la liste. En cas de normalité des clichés, une seconde lecture centralisée est effectuée par des radiologues experts (ayant lu plus de 1500 mammographies/an)

Cinq séances de relecture ont lieu chaque semaine au CRCDC87. Les mammographies sont ensuite renvoyées directement aux femmes entre 11 et 17 jours après leur examen actuellement. Les femmes ainsi que leurs médecins sont informés des résultats. La prise en charge n'est pas modifiée par rapport à la pratique courante en cas d'anomalie.

Carte de participation au dépistage organisé du cancer du sein en 2020 pour le département de la Haute-Vienne



TAUX DE PARTICIPATION

46,66%

avec un arrêt des clichés durant le premier confinement 2020. Ils diffèrent selon les territoires du 87.

163

cancers ont été détectés sur les mammographies de 2020, et 2 de plus lors de la seconde lecture.

.....
D'autre part, la Haute-Vienne participe au projet Européen Mypebs : Etude internationale randomisée comparant chez les femmes âgées de 40 à 70 ans un dépistage personnalisé en fonction du risque individuel de cancer du sein au dépistage standard. Les femmes intéressées peuvent prendre contact avec le CRCDC87 pour y participer ou consulter le site internet ci-dessous.

www.mypebs.eu



■ CANCER COLORECTAL (CCR)

Le dépistage a été généralisé en 2009 avec utilisation du test Hemoccult au gaïac. Il a été remplacé en 2015 par le test immunologique, plus sensible et plus simple d'utilisation (1 seul prélèvement de selles), spécifique de la recherche d'hémoglobine humaine dans les selles.

En cas de positivité du test, une coloscopie est préconisée afin de diagnostiquer voire résecter les lésions en cause dans le saignement occulte, notamment en cas de polypes. Il ne doit donc pas être effectué en cas de poussée hémorroïdaire, et doit être envoyé par la poste par les patients dans les plus brefs délais après la réalisation (enveloppe T fournie, adressée à CERBA).

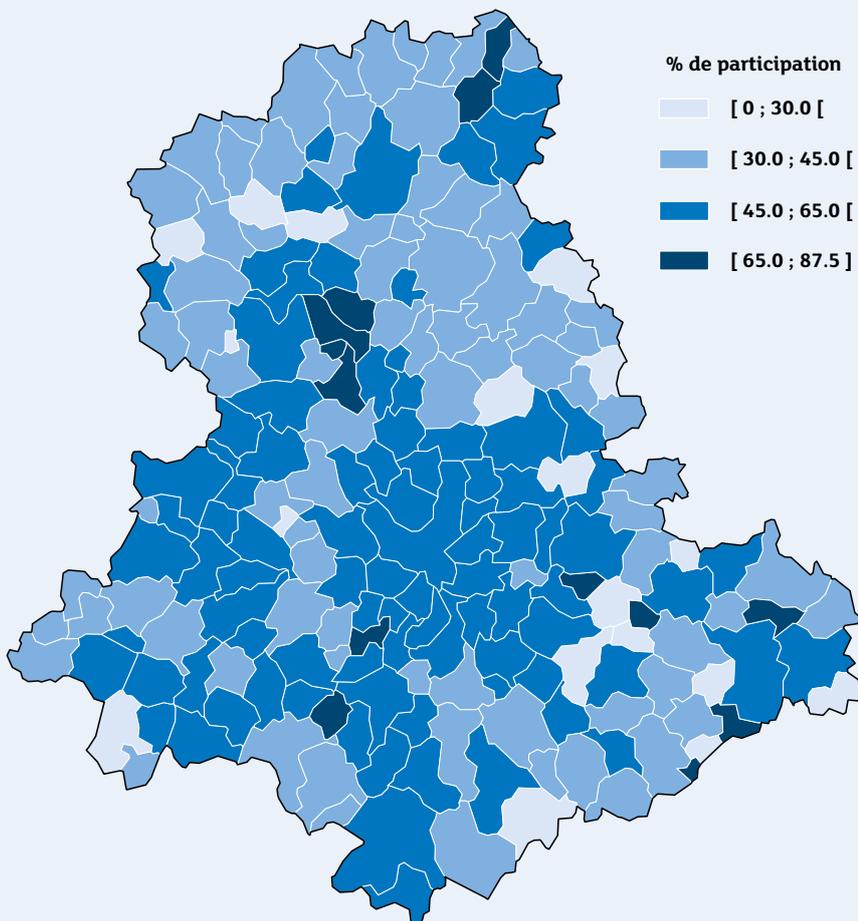
Le dépistage du CCR concerne les femmes et les hommes âgés de 50 à 74 ans. Il n'est pas utilisé en routine chez les personnes à risque élevé ou très élevé de CCR, nécessitant une surveillance personnalisée, telles que celles

ayant un antécédent personnel d'adénome avancé ou de CCR, ou d'antécédents dans la famille (1 parent de 1^{er} degré atteint avant 65 ans ou deux parents 1^{er} degré quel que soit l'âge), antécédent personnel de MICI (maladie inflammatoire chronique intestinale), de polypose adénomateuse familiale ou de syndrome de Lynch.

Le test est remis en consultation par les médecins généralistes, les gastro-entérologues ou les gynécologues sur présentation de l'invitation. Les praticiens récupèrent les tests via le site Ameli Pro. Le CRCDC 87 peut effectuer des dépannages ponctuels en cas de stocks insuffisants. Les patients ainsi que leurs médecins reçoivent le résultat des tests effectués.

La population médicale n'a pas de meilleurs taux de participation que la population générale, une expérimentation a été effectuée en 2020 pour leur envoyer directement un test.

Carte de participation au dépistage organisé du cancer colorectal en 2020 pour le département de la Haute-Vienne



TAUX DE PARTICIPATION BAS

44,4%
des bénéficiaires testés.

Les données Santé Publique France montrent des taux encore plus bas sur 2019-2020 (30,1%), mais les efforts doivent être soutenus car ils semblent montrer leur effet sur début 2021 (59,6% sur le 1^{er} trimestre).

3,2%
des test étaient positifs en 2020 ;
83,7% des patients positifs ont bien effectué leur coloscopie dans les suites de ce résultat.

7%
des coloscopies ont retrouvé des carcinomes (35 cas de cancer en 2020), 60% au moins 1 adénome, les autres coloscopies étaient normales (faux positif).

■ CANCER DU COL DE L'UTERUS

Il s'agit de la 12^e cause de cancer chez la femme, et de la 2^e cause de mortalité par cancer avant 45 ans.

Ce dépistage est le dernier en date et a été déployé en 2019 sur le territoire, et concerne les femmes âgées de 25 à 65 ans. Il s'associe en prévention primaire à la vaccination anti HPV, recommandée de 11 à 19 ans chez les filles et les garçons depuis janvier 2021.

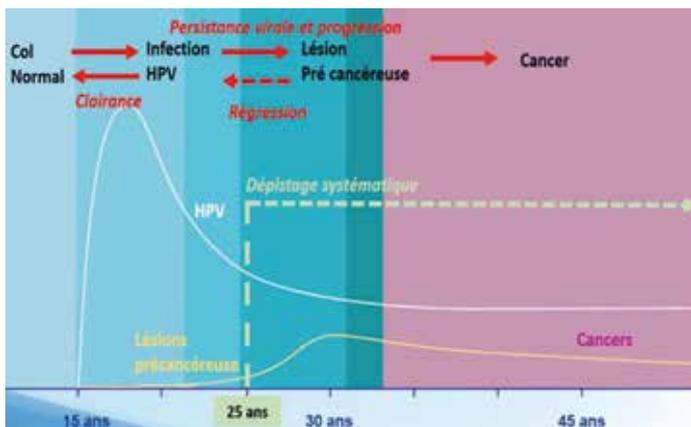
Cependant, on sait que seules 8% des femmes testées réalisent leur dépistage au rythme recommandé (51% avec un rythme sous-optimal et 41% en sur-dépistage). La particularité du DO est de mettre en pratique les nouvelles recommandations de l'HAS, en intégrant le test HPV dans le processus. En effet, 80% des hommes et femmes seront infectés dans leur vie par HPV mais 90% des infections chez la femme ne seront plus détectables



Le DO est un dépistage de rattrapage qui n'invite que les femmes n'ayant pas été dépistées dans les 3 années précédentes. L'invitation permet aux femmes de ne pas avoir à avancer les frais de l'analyse HPV ou cytologique. La consultation reste quant à elle remboursée dans les conditions habituelles.

En Haute-Vienne en 2018, le dépistage avait été effectué chez 77% des femmes de 25 à 29 ans, 68% des 30-49 ans, 52% des 50- 59 ans et 42% seulement des 60 -65 ans.

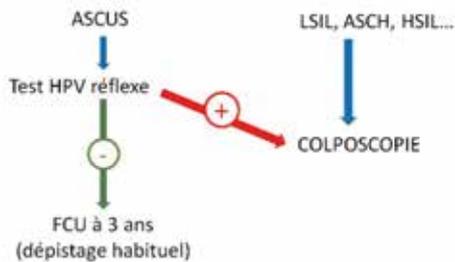
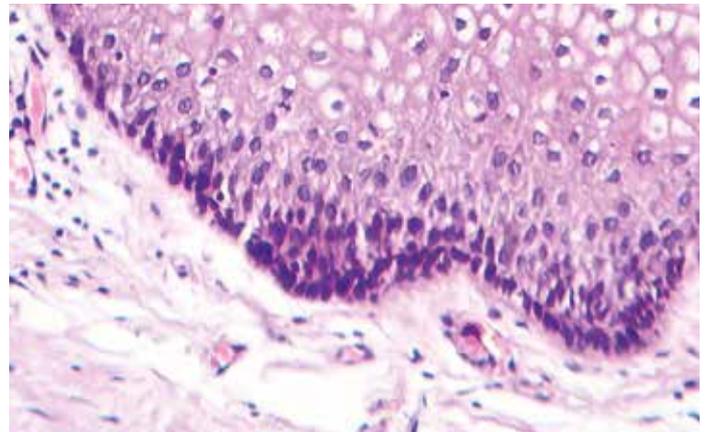
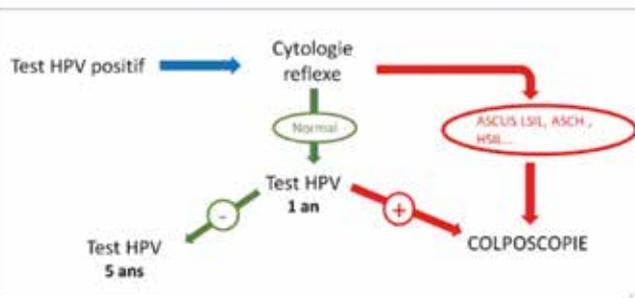
après 2 ans : seules les persistantes risquent de donner des lésions précancéreuses. Le dépistage repose donc sur le test HPV à partir de 30 ans, réitéré tous les 5 ans. La cytologie reste quant à elle l'examen de référence de 25 à 30 ans, et ce tous les 3 ans. En cas de positivité d'une des 2 modalités, le test alternatif est effectué à partir du même échantillon (test réflexe) sans avoir à faire revenir les femmes, dans le cadre d'un prélèvement cervico utérin en phase liquide.



A ce jour, 22363 femmes ont été invitées à ce DO sur le 87.

Les services d'anatomopathologie et les laboratoires d'analyses médicales doivent selon le cahier des charges transmettre l'intégralité des résultats relatifs à tout examen dépistage du cancer du col utérin au CRCDC, afin qu'un suivi exhaustif de la prise en charge des femmes soit assuré en cas de dépistage positif.



Situation 1 : cytologie anormale (25-29 ans)**Situation 2: HPV positif (30-65 ans)**

■ RECHERCHE ET INNOVATION : LES PARTICULARITÉS DU DÉPISTAGE ORGANISÉ EN HAUTE-VIENNE

Le CRCDC87 participe et élabore chaque année des projets de recherche issus de la problématique du dépistage des cancers. L'objectif est d'approcher les dépistages

avec une nouvelle perspective, afin de faire évoluer les dispositifs actuellement en place dans les 3 DO. D'autre part, il est important de poursuivre sur un mode alternatif l'information sur les dépistages à l'intention des territoires sous-participants et des quartiers prioritaires, en intervenant en collaboration avec les professionnels de santé au plus proche du domicile des personnes concernées.

**DÉPISTAGE
DESCANCERS**
Centre de coordination
Nouvelle-Aquitaine

**Dr Sandrine Lavau-Denés
CRCDC 87**

10 avenue de l'abattoir

87000 limoges

05.55.00.05.33

contact87@depistagecancer-na.fr

Dr Sandrine Lavau-Denes (CRCDC-NA 87),
 Dr Caroline Tournoux-Facon (CRCDC-NA),
 Dr Benjamin Gandouet (CRCDC-NA),
 Dr Stéphane Bouvier (CDOM 87)
 Dr Betty Fumel (CRCDC-NA 87)

ENVOI DU KIT DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL AUX MÉDECINS DE HAUTE-VIENNE :

Analyse de l'impact sur leur participation au dépistage organisé du cancer du colon.

INTRODUCTION

Tous les deux ans, les bénéficiaires âgés de 50 à 74 ans sont invités par courrier à consulter leur médecin traitant dans le cadre de la campagne de dépistage du cancer colorectal. Si celui-ci considère que son patient est éligible, il lui remet un kit de dépistage. La réalisation du test se déroule à domicile puis il doit être envoyé au laboratoire CERBA, pour une recherche immunologique de sang dans les selles. Les médecins peuvent s'approvisionner en kits directement sur le site amelipro.fr. Malgré une organisation bien rodée, la participation à ce dépistage est insuffisante.

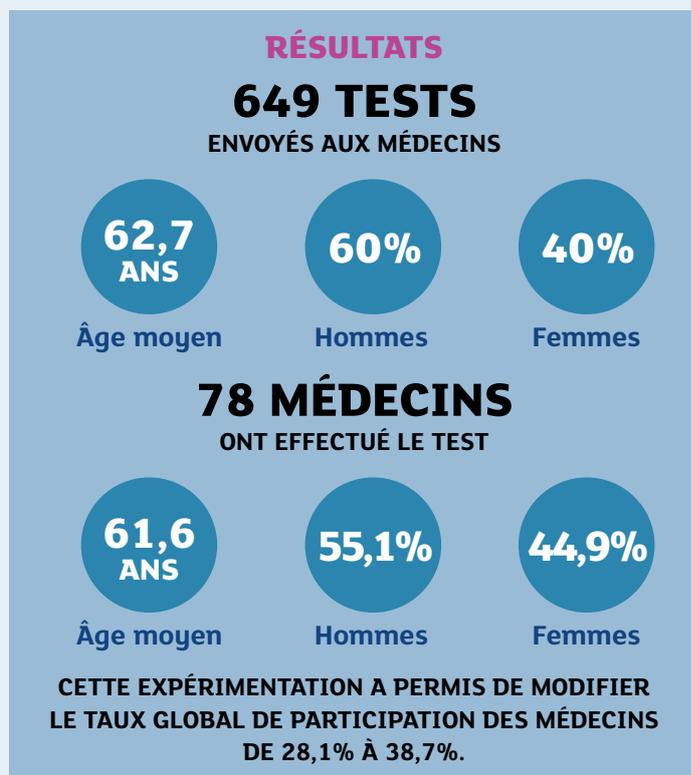
ORGANISATION ET MÉTHODOLOGIE

Nous avons interrogé le Conseil Départemental de l'Ordre de Haute-Vienne afin d'obtenir la liste des médecins de 50 à 75 ans, en activité ou non en 2020, toutes spécialités confondues. Un requête des données du CRCDC-NA 87 a permis d'identifier ceux n'ayant pas effectué leur dépistage sur les précédentes campagnes d'invitation.

L'envoi des kits a été effectué sur 4 étapes en 2020 :

- **Septembre** : médecins de plus de 65 ans n'ayant jamais participé
- **Octobre** : médecins de 50 à 65 ans n'ayant jamais participé
- **Novembre** : idem + médecins ayant au moins 1 fois participé à une campagne antérieure
- **Décembre** : médecins ayant participé à une campagne antérieure, ou ayant fait l'objet d'une exclusion temporaire.

Une partie non négligeable des médecins n'a pas de médecin généraliste. Dans ce contexte, la récupération de kit à usage personnel requiert une démarche de complexité supérieure à celle de la population générale. Le Centre régional de Coordination des Dépistages des Cancers de Haute-Vienne (CRCDC-NA 87) a donc souhaité envoyer directement aux médecins non participants un kit de dépistage, afin d'évaluer l'impact sur le taux de dépistage des médecins.



CONCLUSION/DISCUSSION

Concernant l'analyse en sous-groupes, l'hétérogénéité ne permet pas de distinguer un sous-type de médecins particulièrement sensible à ce type d'action. Il est intéressant de noter que les hommes ont été majoritairement participants alors que la population féminine est habituellement la plus participante.

Un questionnaire a été envoyé aux participants pour voir si cette action a changé leur regard sur le dépistage. Un déploiement d'un envoi systématique aux médecins pourrait les amener à convaincre leur patientèle ou leur entourage à se faire dépister à leur tour.



L'EMPATHIE EST-ELLE NATURELLE AU COURS D'UNE CONSULTATION ?

Dr Marie Duclos

*rhumatologue, Conseillère départementale,
Responsable de la Commission de Conciliation*

Définir l'empathie comme un dictionnaire :
« *mode de connaissance intuitive d'autrui, qui repose sur la capacité de se mettre à la place de l'autre* » selon le Larousse, ne représente pas la subtilité de la relation empathique.

Il ne s'agit pas de s'identifier au patient qui nous consulte mais probablement de chercher à le connaître en faisant abstraction de soi un instant.

QU'APPORTE L'EMPATHIE DANS CETTE RELATION ?

La relation repose alors sur une écoute active et bienveillante. Le patient aura plus de facilités à se confier, à expliquer son point de vue qui n'est pas obligatoirement celui du médecin, à décrire son vécu de la maladie qui pourra plus naturelle-

ment être pondéré ou abordé de manière différente.

Il ne s'agit pas de tout accepter mais de comprendre la réalité de l'autre souvent très différente de la sienne.

La reformulation permet alors de vérifier la bonne adéquation entre ce que nous avons perçu et ce qui a été dit.

Encore plus difficile est de ne pas ressentir l'émotion de l'autre en risquant le mimétisme émotionnel mais juste de la comprendre : tristesse ou colère par rapport à la maladie par exemple.

Il s'agit de rentrer en résonance et non en fusion.

L'ambiance créée par la relation empathique permet une coopération plus facile dans la mise en place des soins et leur compréhension.

Contrairement à ce que l'on peut imaginer, le temps de consultation n'est pas plus long. Il peut être plus intense.

Mais chaque personne est-elle douée pour l'empathie ?

« *L'empathie ne se décrète pas, elle se pratique comme un jardinage.* » T. d'Ansembourg

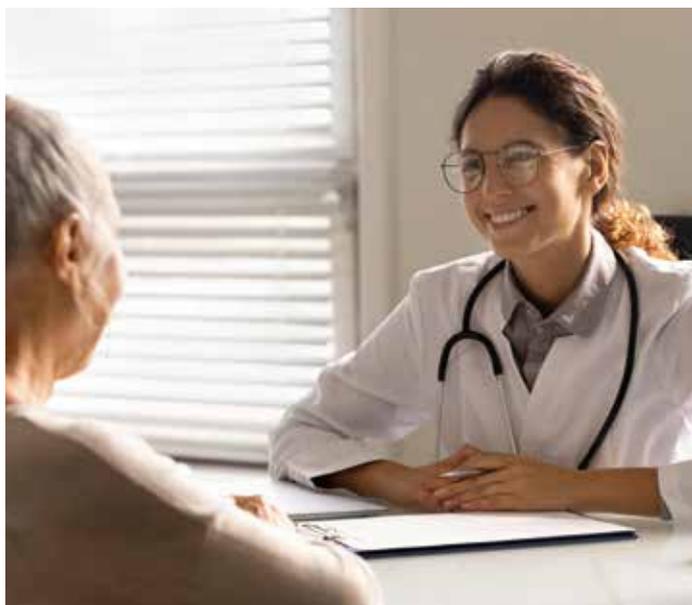
L'empathie serait naturelle chez l'enfant puis peut s'estomper du fait de l'exemplarité de relations conflictuelles et

d'absence d'apprentissage de l'intelligence émotionnelle.

D'intuitive, l'empathie devient plus construite à l'âge adulte car elle « consiste à saisir avec autant d'exactitude possible les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si l'on était cette autre personne » comme le dit Carl Rogers.

Être empathique, c'est finalement se mettre à la bonne distance après avoir écouté de manière active et bienveillante ce qui va créer une communication équilibrée.

Le rôle du médecin tel que la société le définissait était souvent celui d'un sachant se mettant très à distance. C'était une sorte de protection qui permettait le respect. La connaissance du métier reste essentielle mais sortir du rôle attribué pour devenir empathique peut permettre un meilleur échange et une meilleure adhésion aux propositions du médecin, une meilleure compréhension de ce qu'il va advenir pour le patient.



La relation clinique empathique accentue la notion de l'individu sans un a priori uniquement véhiculé par la maladie comme le souligne Michel Foucault.

L'empathie nécessite d'être analysée dans ses composantes décrites par Serge Tisseron : empathie affective, empathie cognitive et empathie mature.

- **L'empathie affective passe par l'émotion.**
- **L'empathie cognitive par la compréhension grâce à notre intelligence, notre éducation, notre curiosité qui permet d'appréhender les raisons d'une prise de position, d'un comportement, d'une action ou d'une inaction.**
- **L'empathie mature est réciproque. Ainsi chacun apprend grâce à l'autre sur lui-même. Elle se met en place entre des personnes qui ne se ressemblent pas. Il est bien plus aisé d'être empathique avec une personne qui vous ressemble ou que nous croyons nous ressembler.**

Mais cette forme d'empathie nécessite tout particulièrement éducation et réflexion. L'empathie cognitive reste par contre un élément indispensable de la relation médecin patient.

L'empathie cognitive reste par contre un élément indispensable de la relation médecin patient.

L'empathie se transmet. Utiliser l'empathie cognitive pour établir des liens avec les enfants permet que l'apprentissage de ce type de relation se mette en place. Le travail sur l'empathie fait d'ailleurs partie des objectifs de l'éducation nationale.

Certaines universités travaillent sur ce sujet en proposant des jeux de rôle aux étudiants en médecine.

L'empathie n'est donc pas innée même si elle se manifeste spontanément dans l'enfance, la mettre en place pendant les consultations est un apprentissage beaucoup plus élaboré qui demande connaissance, réflexion et entraînement.

Elle n'est pas non plus suffisante pour régler des situations médicales, professionnelles ou associatives complexes.

Mais elle se construit au quotidien et participe à une relation humaine entre le patient et le médecin.



RÉFÉRENCES

Thomas d'Ansembourg : « Nous vivons une pandémie de violence relationnelle », *Intermédiés*, 2020, 8, 32-33

Sarah Famery : « Le pouvoir de l'empathie », Eyrolles, 2014

Albert Moukheiber : « Votre cerveau vous joue des tours », Allary Éditions, 2019

Renée Simonet : Jacques Salzer, Richard Soudée, « Former à l'écoute », Éditions d'Organisation, 2004

Serge Tisseron : « L'empathie au cœur du jeu social » Paris, Albin Michel 2010

« Empathie et manipulations : les pièges de la compassion », Paris, Albin Michel, 2020



LE CERTIFICAT MÉDICAL : UN CAS D'ÉCOLE

Dr Coralie Lauliac Monbureau
Psychiatre - Praticien hospitalier

C'est l'histoire d'une jeune fille d'âge scolaire (primaire) qui fait des crises à la maison et qui est ingérable, mais en même temps elle est très câline...

« QU'EST-CE QUE C'EST SA MALADIE DOCTEUR, ELLE A BIEN QUELQUE CHOSE ? ».

Pour l'école, elle ne pose aucun problème de comportement mais elle est effacée et en difficulté dans les apprentissages. Il faut dire qu'elle est souvent absente à l'école et cette scolarité en pointillé ne lui permet pas de s'inscrire dans une continuité pédagogique et de socialisation adaptée à son âge. Oh, elle n'est pas absente sur une longue période... une demi-journée par-ci une demi-journée par-là... et puis cela se répète.

« Mais c'est qu'elle ne veut pas aller à l'école ! On ne comprend pas, elle fait des crises ».

C'est pourtant bizarre à l'école elle n'en fait aucune...

« Elle avait mal à la tête », « La voiture était en panne », « Sa petite sœur avait un rendez-vous. C'était difficile de faire les différents aller-retour »...

Bien, mais alors que fait-elle lorsqu'elle ne va pas à l'école ?
« oh, on l'occupe, on sort, on va au supermarché, on promène le chien »...

L'enfant présente un surpoids, **« pourtant on mange équilibré ».**

L'enfant pourrait manger à la cantine pour voir plus ses camarades, éviter un refus d'aller à l'école en début d'après-midi et avoir un repas équilibré. **« Oh non elle n'aimerait pas et puis ça coûte cher la cantine ».** Il existe des tarifs sociaux pour aider les familles, cela ne vous reviendrait pas cher...

A la suite de pathologies complexes, les parents ne travaillent plus et perçoivent des prestations sociales.

Et papa alors, qu'est-ce qu'il en pense ? **« Oh lui vous ne le verrez pas, il ne sort pas de chez lui. Il n'aime pas trop les psy ».**

« C'est que ma fille me fait penser à une vieille tante qui nous harcèle à la maison, est-ce que ma fille ne serait pas schizophrène comme elle ?... ».

Pourtant, les troubles ne sont pas constatés en dehors de la sphère familiale.

Si les fameuses crises ne surviennent qu'à la maison, peut-être faudrait-il songer à demander une aide éducative ? **« vous savez un éducateur qui vient à la maison pour vous aider à mettre en place des règles éducatives pour permettre à votre enfant d'accéder à une éducation adaptée et dans son cas, lui permettre d'aller à l'école régulièrement ... »**

Aïe ! le pavé est tombé dans la mare.

« Mon mari ne supporterait pas que quelqu'un vienne à la maison ! » « Vous dites que ça vient de nous mais notre enfant a sûrement une vraie maladie ! » ...

Rupture de soin, l'enfant ne vient plus en consultation.

Finalement la famille revient, avec les mêmes demandes. La situation n'a pas changé...et la famille non plus. Il ne faudrait peut-être pas que ça change vraiment...pour les parents. Nouvelle rupture de soins.

Et c'est ainsi, dans la discontinuité de la scolarité et des soins, que les choses avancent sans bouger pendant plusieurs années.

Finalement après moult rebondissements nous accrochons un suivi plus solide et nous apprenons... oh stupéfaction ! que l'enfant ne va plus à l'école depuis 2 mois !

Mais bon sang ! Quelle est cette maladie qui empêche d'aller à l'école pendant 2 mois ! Dans ce cas, je n'en vois aucune et je me dis que l'école, dans ce contexte, a dû faire un signalement.

En effet, l'école doit faire un signalement auprès des services sociaux lorsqu'un enfant n'est pas scolarisé depuis plus de 2 semaines sans justificatif médical. C'est logique : s'il n'y a pas de raison médicale à l'absentéisme scolaire, c'est que la raison est sociale... et qu'il y a un enfant en danger car privé de ses droits à recevoir une éducation adaptée. L'accès à un savoir pédagogique est un droit de l'enfant.



Ainsi que la Loi le dit **« Tout enfant a droit à une scolarité »** et chacun doit veiller au respect des droits des enfants.

D'ailleurs, qu'un signalement soit réalisé dans ce contexte me paraîtrait totalement justifié, l'enfant n'est pas à l'article de la mort sur un lit de réanimation (dans ce cas l'accès à la pédagogie n'est pas prioritaire), elle n'est pas atteinte d'une maladie grave nécessitant des soins constants à l'hôpital (encore que, même dans ce cas-là, les élèves ont accès à une scolarisation via les enseignants qui travaillent dans les hôpitaux), elle n'est pas en phase aiguë de pathologie psychiatrique qui rend le psychisme difficilement accessible aux apprentissages (mais dans ce cas-là on est généralement hospitalisé à temps complet)...

Donc si elle n'a pas tout cela, il est fort probable qu'elle soit absente de l'école pour des raisons éducatives et sociales.

De toute évidence, la famille est carencée tant sur le plan éducatif que social, et à ces problématiques, se surajoute une forte anxiété parentale rendant toutes séparations avec l'enfant difficile. Il est temps que les services sociaux puissent évaluer cette famille et vérifier si les droits de l'enfant sont bien respectés.

De toute évidence, la famille est carencée tant sur le plan éducatif que social, et à ces problématiques, se surajoute une forte anxiété parentale rendant toutes séparations avec l'enfant difficile.

Malheureusement, l'école était dans l'impossibilité de pouvoir signaler cette situation :

Un médecin avait rédigé un certificat médical justifiant l'absentéisme...

Le médecin contacté m'expliqua qu'il ne connaissait ni l'enfant ni cette famille et qu'il n'était intervenu que pour la seule réalisation de ce certificat médical. D'ailleurs il en avait rédigé plusieurs un pour un mois et un autre pour le renouveler d'un mois ! Il confirma qu'il avait bien perçu les dysfonctionnements éducatifs de la famille...

.../... Un cas d'école (suite)

À MÉDITER



• **Ne jamais réaliser de certificat médical** de patient que l'on ne connaît pas et toujours renvoyer vers le généraliste ou le spécialiste qui connaît la situation (même et encore plus si celui-ci refuse de faire ce certificat, il a certainement d'excellentes raisons de ne pas le faire)

• **Ne pas céder à la panique des patients** qui cherchent à échapper à la Loi et aux services sociaux, s'ils doivent y être confrontés, c'est qu'il y a bien une raison (cette même famille m'a demandé un certificat d'éviction scolaire pour éviter que l'école ne fasse un signalement. J'ai refusé de le faire en leur expliquant que ce serait une très bonne chose que l'école le fasse. Depuis que le signalement a été réalisé, la famille est accompagnée sur le plan social ce qui favorise grandement l'accès aux soins et l'alliance thérapeutique. On ne rend pas service aux patients en leur permettant de se soustraire à la Loi.

• **Considérer qu'il n'y a aucune bonne raison** de ne pas aller à l'école. Si l'enfant se dit en danger dans l'école, renvoyer les parents vers l'institution scolaire ou la police. Si l'enfant se dit malade au point de ne pouvoir aller à l'école, il doit être hospitalisé pour une évaluation. Si l'enfant se dit anxieux, il doit être soigné et donc renvoyé vers un pédopsychiatre...

• **L'éviction scolaire n'est JAMAIS la solution.** Que de retard de prise en charge dans un service adapté lié à un certificat médical qui « couvre » un dysfonctionnement familial en le déguisant en une maladie de l'enfant.



RÉFÉRENCE JURIDIQUE

La circulaire ministérielle du 24/12/2014 relative à la prévention de l'absentéisme scolaire réaffirme que l'assiduité est une condition de réussite des élèves.

Dès le constat sur une période d'un mois de quatre demi-journées d'absence sans motif légitime ou excuses valables, un premier signalement est adressé aux services de l'inspection académique.

L'atteinte d'un seuil de dix demi-journées complètes d'absences au cours d'un même mois entraîne la réalisation d'un second signalement à l'inspection académique.

Dans les deux cas, l'institution scolaire recherche une mobilisation parentale à travers un dialogue avec les responsables légaux (ref art L 111-3 du code de l'éducation).

Si malgré les tentatives de dialogue et de remédiation, l'absentéisme scolaire persiste, le procureur de la république est saisi (signalement) au titre de l'article RG24-7 du code pénal.

L'éducation est un droit essentiel qui permet à chacun de recevoir une instruction et de s'épanouir dans sa vie sociale. C'est un droit fondamental et universel qui doit être accessible à tous les enfants. Art. 13 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.

CERTIFICATS DE VIRGINITÉ

Un professionnel de santé ne peut établir de certificat aux fins d'attester la virginité d'une personne.

La loi n°2021-1109 du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République a introduit un nouvel article dans le Code de la santé publique, l'article L.1110-2-1, interdisant légalement à un professionnel de santé d'établir un certificat de virginité.

Si les médecins généralistes, et plus souvent les gynécologues, peuvent être confrontés à une telle demande, dans un contexte parfois pesant et conflictuel, ils doivent aujourd'hui refuser d'y répondre car l'établissement d'un certificat en méconnaissance de cette interdiction est désormais puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende, selon l'article L.1115-3 du Code de la santé publique.

A cette sanction s'ajoutent des sanctions pénales précisées, en ces termes, par l'article 225-4-12 du Code pénal : « Sans préjudice des cas dans lesquels ces faits constituent un viol, une agression sexuelle ou une atteinte sexuelle, le fait de procéder à un examen visant à attester la virginité d'une personne est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Lorsque la personne est mineure, les peines sont portées à un an d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende ». Des sanctions particulièrement dissuasives... auxquelles pourront s'ajouter des poursuites et des condamnations disciplinaires, qui ne peuvent qu'inciter les médecins à ne plus pratiquer d'examen pour attester de la virginité d'une patiente et à ne plus rédiger de ces certificats.

Même si un médecin fait l'objet de pressions ou est confronté à une situation difficile et compliquée, il doit impérativement refuser de délivrer un tel certificat en s'appuyant, notamment, sur les arguments développés par l'Ordre, à savoir qu'il n'existe pas d'éléments permettant de certifier scientifiquement ou médicalement de la virginité d'une personne et qu'attester de la virginité d'une personne ne s'inscrit pas dans



le rôle de soins et de protection des personnes.

En l'absence de délivrance d'un certificat, et pour assurer au mieux la protection de sa patiente, le médecin pourra l'orienter vers des structures d'accompagnement spécialisées, comme des associations de défense des droits des femmes ou des associations de prise en charge des victimes. Le Comité national des violences intra familiales, le Centre de victimologie pour mineurs mais aussi les cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP) pourront être consultés, pour assurer un éventuel accompagnement.

Sources : revue de presse sur www.egora.fr

DES SANCTIONS PARTICULIÈREMENT DISSUASIVES...

Examen sur
personne majeure

1 an
emprisonnement

15000€
d'amende

Examen sur
personne mineure

1 an
emprisonnement

30000€
d'amende



ASSURANCES ET PRÉVOYANCE DES MÉDECINS

Nos trois jeunes journalistes médicaux (Madame le Docteur Dominique Moreau, Messieurs les Docteurs Yves-Roger Feyfant et François Bertin « **MFB** ») ont rencontré Monsieur David FLEURAT-LESSARD de la MACSF « **DFL** » dans les locaux du CDOM à l'occasion d'une interview afin de lever les voiles sur une navigation pas toujours simple concernant les assurances et la prévoyance des médecins.



MFB : 

Bonjour Monsieur FLEURAT-LESSARD,
Pourriez-vous dans un premier temps dresser un rapide panorama de l'assurance médicale ?

DFL : 

Bonjour Madame et Messieurs,
Complexe et simple à la fois, utile et très contrôlé par des textes, mais nous y reviendrons...

Plusieurs groupes d'assureurs constituent le panel des possibles, répartis en part de marchés en gros de la façon suivante :

MACSF 1^{er} en part de marché, suivi de La Médicale de France et en troisième Pasteur Mutualité, les trois leaders du marché.

Il existe aussi des acteurs de plus petite taille adossés à des assureurs généralistes mais dont le cœur de métier est alors plus spécifique comme par exemple le groupe Branchet, particulièrement attractif pour la spécialité de Gynéco-obstétrique.

MFB : 

L'ensemble des questions traitées se compose de nos questionnements quotidiens. Qu'en est-il des assurances professionnelles des médecins libéraux, hospitaliers salariés et des hospitaliers ayant une activité privée ?

DFL : 

Une Responsabilité Civile Professionnelle RCP est obligatoire pour tout médecin ayant une activité libérale depuis la Loi Kouchner, quelle que soit cette activité, complète ou partagée avec une activité hospitalière.

Par contre celle-ci n'est pas obligatoire pour les hospitaliers sans activité libérale, mais fortement recommandée.

Le coût de cette RCP est variable selon l'activité et est à discuter avec l'assureur. En effet, en fonction des activités médicales, chirurgicales, obstétricales, des prises en charges esthétiques et de réparation, de chirurgie plastique, les risques sont différents et les primes d'assurance le sont donc aussi.

Il peut exister selon les assureurs des différences de primes pour par exemple, les médecins libéraux régulateurs au sein même de l'hôpital.

Pour les médecins vaccinateurs contre la COVID, il y a eu une modification en lien avec une loi récente du 11 janvier 2021, suggérant une assurance couverte par l'État.

Chose importante : tout changement de pratique professionnelle doit faire l'objet d'une information auprès de l'assureur, ceci afin de modifier les clauses et les prises en charges, avec à cette occasion une modification éventuelle de la prime à discuter avec l'assureur (attention une pratique nouvelle ou différente non déclarée est ipso facto non assurée !).

MFB : 

Quelles sont les recommandations à faire aux médecins engagés sur l'encadrement de compétitions sportives, amateurs et professionnels pour les sportifs de haut niveau, parfois étrangers, américains notamment ?

DFL : 

Pour les surveillances d'épreuves sportives, dans le cas d'épreuves amateurs celles-ci sont assurées par la RCP sans surcoût. Il faut cependant signaler le caractère épisodique ou bien habituel (de même qu'il est nécessaire d'en faire une déclaration au CDM). Par contre pour les sportifs de haut-niveau et /ou professionnels, il y a des sports qui sont spécifiquement exclus d'un contrat d'assurance RCP conventionnel. C'est le cas de 5 sports :

Football, Tennis, Rugby, Sport Automobile et Golf.

La recommandation en la matière est de voir avec l'assurance du club organisateur. En effet, ce dernier doit être à même d'assurer le médecin. Cela est particulièrement vrai pour les médecins salariés des clubs qui doivent s'assurer de figurer sur le contact du club.

MFB : 

Qu'en est-il des médecins qui pratiquent des gestes spécifiques comme de la petite chirurgie au cabinet (points de suture, radiographie et plâtre, principalement pour une pratique de traumatologie en région de montagne) ou bien pose de stérilet au cabinet ou encore pour des médecins avec beaucoup d'aiguilles (mésothérapeute et acupuncteur)

DFL : 

De même que pour les médecins homéopathes qui ont vu, après janvier 2021, le déremboursement des médicaments homéopathiques prescrits et l'éventuelle

fragilité de fait de cette branche médicale, l'ensemble des médecins avec leur pratique particulière en cabinet sera couvert si bien sûr cette pratique est déclarée à l'assureur et constitue la pratique courante et reconnue du médecin.

MFB : 

Voici pour les questions relatives aux assurances professionnelles, reste le volet important à discuter avec son assureur au sujet de la prévoyance et la couverture des délais de carence pour maladie qui, je crois, n'est pas la même pour les médecins libéraux et les médecins salariés ?

DFL : 

En effet les régimes de prévoyance et les délais de carences sont différents, quoique très récemment modifiés pour les médecins libéraux qui ont vu, depuis juillet 2021, une modification du délai de carence en cas de maladie, le délai de carence de la CARMF est toujours de 90 jours, mais une prise en charge de la sécurité sociale a été rajouté du 4^e jour au 90^e jour de maladie depuis le 1^{er} juillet 2021.

Cette nouvelle prise en charge ne couvre que 50 % des revenus d'activité : il est donc important de couvrir, en plus des frais professionnels, le complément des revenus.

Il existe donc maintenant une certaine harmonisation avec les prises en charges maladie du secteur salarié.

Cette modification récente devrait inciter chaque assuré à venir discuter avec son assureur pour refaire le point sur ce sujet, car même si le délai de carence a été modifié, il faut vérifier le taux de couverture.

En effet, il faut toujours garder à l'esprit dans la discussion les deux types de charges à couvrir : les charges du cabinet (URSSAF, CARME, secrétariat...) et les charges fixes (loyer du cabinet, voiture, maison, etc...).

Dans le cadre de la prévoyance, il ne faut pas omettre ses antécédents médicaux qui probablement engendreront des surprimes voire des exclusions, qui seront alors connues et reconnues des deux parties. S'ils étaient ignorés de l'assurance initialement contractée et découverts secondairement, à l'occasion d'une prise en charge, cela exposerait à une annulation de contrat.

Il s'agit là pour l'assuré de regarder attentivement les exclusions, c'est une remarque d'ordre très général, puisque pour l'assureur tout ce qui n'est pas exclu est assuré !

Dans le même ordre d'idée, il faut bien connaître l'étendue de ce qui est couvert ou non par la CARME.

MFB : 

Tous ces propos incitent plus à la vigilance qu'à la défiance vis à vis des assurances. C'est plutôt positif et bon à savoir. Pourrions-nous faire un dernier éclairage pour les médecins retraités qui souhaitent continuer une activité, ne serait-ce que des prescriptions pour leurs proches ?

DFL : 

Pour les médecins retraités qui conservent une activité, l'assurance professionnelle reste obligatoire, de même que la protection juridique reste vivement conseillée. Il existe quelques points importants au moment de la fin de l'exercice professionnel : c'est la notion de garantie subséquente. Il s'agit de la garantie qui couvre après la date de fin d'exercice l'activité d'avant cette date. Celle-ci peut être nécessaire puisque la date de fin d'exercice ne fige en aucun cas la date de fin d'une éventuelle procédure.

C'est pourquoi il n'est jamais conseillé de vouloir changer d'assurance au moment du départ à la retraite, et d'ailleurs peu ou pas d'assureurs sont d'accord pour ces transferts.

Il peut être nécessaire d'assurer un médecin ayant fait toute sa carrière comme salarié (donc éventuellement non assuré durant sa carrière) au moment de son départ à la retraite.



EN CONCLUSION

MFB et DFL :

Ne pas manquer d'aller voir son assureur, de discuter avec lui et toujours lui signaler les changements d'activités afin de prévenir les risques. C'est finalement le sens de l'assurance et celle ci à plusieurs niveaux : professionnel, prévoyance pour les maladies, et protection juridique. Il y a un point à ne pas négliger pour les femmes avec les grossesses.

Il faut bien faire attention, en cas de contrats avec différents assureurs pour le travail, le logement et la voiture, aux doublons d'assurance qui ne donneront jamais lieu à de double prise en charge. C'est particulièrement le cas pour les assurances en protection juridique, souvent proposées en complément d'une autre assurance. Cependant, il n'est pas question en cas de litige de choisir ou de mettre en concurrence des assurances en doublon. En matière d'assurance les doublons sont inutiles.

MFB : 

Merci Monsieur FLEURAT-LESSARD, il se peut que l'on revienne vers vous, puisque vous l'avez bien compris, d'autres questions peuvent émerger suites à des discussions entre assurés et assureurs.

Si vous avez des questions supplémentaires, plusieurs modes d'échanges sont proposés aux médecins :

- Un mail à votre CDOM pour nous faire part de vos remarques, questions, etc, et ainsi compléter la liste des questions posées.
- Un questionnaire que l'on pourra basculer vers le service juridique du CNOM
- Un échange direct avec votre assureur, c'est le sens principal de cet article :

Allez rencontrer votre assureur !



LES MALADIES À DÉCLARER PAR LE MÉDECIN

**Il existe en France
36 maladies
à déclaration obligatoire**

La déclaration obligatoire permet de prendre des mesures rapides sur le plan de la santé publique, mais aussi d'organiser une surveillance locale, nationale voire internationale. Cette liste est mise à jour régulièrement avec la sortie ou l'entrée de maladies. En juin de cette année deux nouvelles pathologies infectieuses ont fait leur entrée. C'est l'occasion de vous redonner cette liste ainsi que la marche à suivre si vous faites le diagnostic de l'une d'entre elles.

Cette liste, ainsi que les formulaires de déclaration sont accessibles sur le site de Santé Publique France :

(<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire>).

On retrouve aussi sur cette page, des dossiers sur chaque pathologie. Les critères de diagnostic pour chaque pathologie sont rappelés dans un encart dans la fiche. Les fiches, une fois remplies, sont à adresser à l'ARS qui se chargera, si nécessaire, de l'enquête épidémiologique comme par exemple au cours des Légionelloses ou des infections à Méningocoques.

Dr Eric Denes

Infectiologue, Polyclinique de Limoges
Conseiller départemental

La liste en date de juin 2021 est la suivante (par ordre alphabétique). Les 2 nouvelles pathologies sont celles marquées d'un astérisque :

Botulisme	Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
Brucellose	Peste
Charbon	Poliomyélite
Chikungunya	Rage
Choléra	Rougeole
Dengue	Rubéole
Diphthérie	Saturnisme chez les enfants mineurs
Encéphalite à tiques*	Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone
Fièvres hémorragiques africaines	Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
Fièvre jaune	Tétanos
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes	Toxi-infection alimentaire collective
Hépatite aiguë A	Tuberculose (incluant la surveillance des résultats issus de traitement)
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	Tularémie
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade	Typhus exanthématique
Infection invasive à méningocoque	West Nile virus*
Légionellose	Zika
Listériose	
Mésothéliomes	
Orthopoxviroses dont la variole	
Paludisme autochtone	

Certains auront en mémoire la déclaration de la syphilis. Cette maladie sexuellement transmissible qui fait depuis quelques années son grand retour n'est plus à déclaration obligatoire par le médecin mais elle est notifiée directement par le laboratoire devant une sérologie positive. A noter que le VIH est aussi déclaré par le laboratoire et que le médecin fait une déclaration ensuite.



LES DÉCLARATIONS PEUVENT SE FAIRE 24H/24 ET 7J/7 :

- Par mail : ars33-alerte@ars.sante.fr,
- Par tél. : (ARS Nouvelle Aquitaine) : 0 809 400 004,
(ARS Haute-Vienne) : 09.69.37.00.33

Il existe aussi la possibilité de faire une déclaration en ligne sur l'application e-DO :
(<http://e-do.santepubliquefrance.fr/teleDO/Bienvenue.do>).

Dr François BERTIN

Conseiller départemental
Secrétaire général adjoint

Un petit peu de déontologie ça ne peut pas faire de mal...

« Docteur, c'est juste pour un certificat ! » nous y voilà, tout est dit dans la phrase de votre patient vous sollicitant pour un petit bout de papier de rien du tout qui vous engage à trois fois rien ; puisque c'est juste pour un certificat...

Alors que dans les faits, rien n'est anodin dans le geste, bien au contraire.

Mal tourné, un petit peu complaisant et c'est l'invitation tout droit pour une confrontation devant l'Ordre ou bien encore devant une juridiction civile ou pénale...

Au conseil de l'Ordre c'est un peu notre boulot d'examiner, de concilier, éventuellement de diriger et de poursuivre vers le régional, mais c'est aussi et surtout celui de prévenir. Alors un petit peu de déontologie ça peut pas faire de mal...

Si vous avez à retenir les pièges à éviter dans la rédaction d'un certificat, les voici :

Ce n'est pas juste un certificat... NON – NON c'est un certificat juste. (Le moyen mnémotechnique est offert !)

- examiner le patient, le bon patient !
- signer de son nom (en-tête médical clair)
- A la date du jour (jour de l'examen et jour de remise du certificat : les deux si différents) car rien ne vous interdit de demander conseil à un collègue et/ou au CDOM, (mais certainement pas à une diseuse de bonne aventure).
- Utiliser le conditionnel pour les dires du patient entre guillemets, (GREVISSE, XIII - 859)
- Remettre en main propre au patient
- Et gardez toujours un double de votre œuvre (pour les petits malins qui font usage de la gomme ou autre).

Bonne lecture et surtout bonne rédaction de vos prochains certificats !



Article 76 (article R.4127-76 du code de la santé publique)

L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci.



COMMENTAIRES

Tout médecin, quelle que soit sa forme d'activité professionnelle, est amené à remettre aux personnes qu'il a examinées tantôt une ordonnance, tantôt un certificat. Ce document signé engage sa responsabilité. Le médecin doit donc consacrer à sa rédaction toute l'attention et la rigueur nécessaire.

Les articles 28, 50 et 76 du code de déontologie déclinent les règles et limites d'établissement des certificats.

L'établissement des certificats médicaux est une des fonctions du médecin. Il ne peut s'y soustraire que pour des raisons précises :

1 En a l'obligation pour les certificats exigés par les lois et règlements

(accident du travail, application des lois sociales, etc.). Quand ce n'est pas le cas, le médecin apprécie s'il y a lieu ou non de délivrer le certificat qui lui est demandé et rejettera les demandes indues ou abusives.

2 Le médecin est libre de la rédaction du certificat, mais celui-ci doit être parfaitement objectif. Il relate les constatations faites par le médecin. Il ne doit pas affirmer ce qui n'est que probable, il ne doit pas comporter d'omissions dénaturant les faits.

3 Un médecin ne doit jamais délivrer un certificat sans avoir vu et examiné la personne dont il s'agit. L'établissement d'un certificat est en effet un acte à part entière de l'activité médicale. L'examen sera soigneux et attentif, et le certificat détaillé et précis,

en particulier dans certains cas description de lésions traumatiques après accident ou agression (le certificat initial sera la pièce fondamentale du dossier du blessé), ou certificat d'internement (dans lequel il n'est pas nécessaire de formuler un diagnostic, mais qui doit décrire les symptômes ou comportements pathologiques).

Le signataire du certificat exprime à l'indicatif présent (ou passé) les constatations qu'il a faites et ce dont il est sûr. S'il rapporte des indications fournies par le patient ou l'entourage, il le fait avec la plus grande circonspection et emploie le mode conditionnel ou il écrit : "X me dit que...".

Exemple : "J'ai examiné une personne disant s'appeler X et avoir été victime d'un accident de la voie publique. Il (elle) aurait perdu connaissance environ dix minutes lors de cet accident. Je constate /es signes d'une contusion du genou droit, nécessitant une radiographie, une plaie de la face externe de la jambe droite longue de quatre centimètres. Je n'ai pas constaté de signes neurologiques, moisie blessé souffrirait de céphalées assez vives...".

Cependant, le médecin doit se garder d'attribuer la responsabilité des troubles de santé, physiques ou psychiques, constatés, au conflit conjugal, familial (article 51) ou professionnel dont le patient lui a fait part.

Il n'a pas plus à authentifier, en les notant dans le certificat sous forme de « dire du patient », les accusations de celui-ci contre un tiers, le conjoint ou l'employeur.

Il n'a pas non plus à remettre à l'un des parents ou à un tiers un certificat tendant à la modification du droit de visite ou de garde de l'enfant ni attribuer les troubles présentés par un enfant au comportement de l'autre parent ou d'un tiers (article 44).

Lorsqu'une personne s'adresse à un médecin pour certifier son intégrité physique ou mentale, celui-ci doit éviter d'affirmer, après un examen négatif, qu'elle est en bonne santé. Il est préférable d'écrire : "Je n'ai pas constaté ce jour de signes d'affection cliniquement décelables. Il (elle) semble en bonne santé".

4 Le médecin qui rédige un certificat doit se préoccuper de ne pas violer le secret professionnel (article 4), bien qu'il puisse en droit tout écrire du moment que le document est remis directement à la personne concernée.

La question ne se pose pas pour les certificats qui ne donneront qu'une conclusion sans mention de diagnostic : "X a besoin de tant de jours de repos, doit être transporté en ambulance, ne peut se déplacer, etc..".

Les certificats pour accident du travail, maladie professionnelle, demande de pension, répondent à des textes qui instituent une dérogation légale au secret professionnel.

En dehors de ces cas, dès qu'un certificat comporte des renseignements médicaux ou un diagnostic, le médecin doit tenir compte dans la rédaction, des éventuelles réactions de son patient si le certificat constitue pour lui une révélation traumatisante, et de la destination du document.

Le principe fondamental est que, sauf lorsque la loi en dispose autrement, le certificat médical ne peut être remis qu'au patient lui-même et en main propre. Lorsque le médecin y fait figurer des renseignements confidentiels, il lui est conseillé d'inscrire sur le certificat : "attestation confidentielle délivrée à X sur sa demande". Il peut faire contresigner la remise du certificat par l'intéressé.

Cependant un certificat peut être délivré à un proche de la personne malade ou blessée, si celle-ci est inconsciente ou incapable.

Sauf cette circonstance, un certificat médical ne doit jamais être fourni à un tiers (surtout à l'insu du patient), quel que soit ce tiers (ami,

voisin, adversaire, administration, compagnie d'assurances...).

Le conjoint doit être considéré comme un tiers. Le médecin, sollicité notamment dans une procédure de divorce - dont il peut ignorer qu'elle est envisagée ou en cours - doit se garder de donner à l'un des conjoints ou à son avocat une attestation concernant l'autre conjoint ou la vie du couple qui pourrait être utilisée dans le cadre de la procédure de divorce.

Le secret médical n'est pas aboli par le décès du patient : le médecin ne peut en principe délivrer de certificats après la mort (en dehors du certificat de décès), ni aux héritiers, ni aux administrations et organismes.

Les tribunaux l'admettent parfois, "lorsqu'on peut estimer que le défunt aurait accepté la révélation des éléments en cause". Dans les litiges concernant un testament, le médecin peut accepter de certifier, si c'était la vérité, que le testataire était sain d'esprit au moment où il a signé ; et en cas de rente viagère que le créancier était, ou non, atteint au jour de l'acte, de la maladie dont il est décédé dans les vingt jours de la date du contrat.

Quand une compagnie d'assurances demande que le médecin indique la cause d'un décès, celui-ci peut seulement certifier, si c'est la vérité, que la mort a été naturelle et sa cause étrangère aux risques exclus par le contrat qui lui a été communiqué. Les ayants droit du patient peuvent avoir accès, pour faire valoir leurs droits, aux informations le concernant, sauf opposition de celui-ci exprimée de son vivant (voir note 4).

5 Un certificat médical engage la responsabilité du médecin signataire. Il doit donc comporter ses nom et adresse et être signé de sa main ; il doit être lisible et daté. Le médecin ne peut antidater ou postdater un certificat.

La signature du document sera manuscrite, en utilisant un moyen dont la permanence sera aussi durable que possible, c'est-à-dire à l'exclusion d'un crayon ou stylo à mine. Il est formellement proscrit d'utiliser un cachet ou un fac-similé de signature, dont l'emploi ne saurait garantir que l'auteur ou le signataire est bien celui dont le nom et l'adresse figurent en tête du document,

La reproduction d'ordonnances par des procédés de photocopie, l'imitation ou la falsification de la signature d'un médecin sont devenues des phénomènes assez courants. Il est important, lorsque le médecin en a connaissance qu'il en avertisse le conseil départemental de l'Ordre, ou selon les circonstances le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie, et éventuellement les autorités de justice.

L'identification du signataire est indispensable pour conférer à tout acte, une valeur probante. Si une ordonnance est utilisée pour établir le certificat, celle-ci comportera le nom, le prénom, l'adresse professionnelle et le n° d'inscription au tableau du praticien (article 79). Si le certificat est établi sur papier sans en-tête (manuscrit ou dactylographié), les nom, prénom et adresse professionnelle doivent y figurer.

Si le patient ne parle pas français, doit se rendre à l'étranger ou est victime d'un accident en dehors de son pays d'origine, il peut être amené à demander une traduction du certificat pour faciliter ses soins ou faire valoir ses droits. Le médecin peut parfois rédiger lui-même cette traduction. Il ne peut toutefois assurer la responsabilité d'une traduction faite dans une langue qu'il ne maîtrise pas ; le patient s'en remettra aux soins d'un traducteur assermenté.

6 Dans sa correspondance personnelle et privée, le médecin ne doit pas utiliser un document à en-tête professionnel ou une formulation qui pourrait prêter à son courrier le caractère d'un certificat ou d'un témoignage médical. Il en va de même des attestations ou témoignages destinés à être produits en justice qui lui sont demandés, en sa qualité, non de médecin, mais de simple citoyen.

AGENDA

SAISIES DE DOSSIERS

■ **31 saisies de dossiers** faites par les Conseillers et le Bureau, qui ont eu lieu au CH DUPUYTREN, au CH ESQUIROL, à la Clinique des ÉMAILLEURS, à la Clinique Chénieux, au CH de Saint-Yrieix-la-Perche, à la Maison d'arrêt, aux archives militaires, ainsi que dans différents cabinets médicaux.

RENDEZ-VOUS DU PRÉSIDENT

■ **21 mars, 14 avril, 17 juin 2021** : Conférence téléphonique des Présidents des Conseils départementaux.

■ **17 juin 2021** : Conférence point presse vaccination à la Clinique Chénieux.

■ **7 juillet 2021** : Visioconférence des Présidents des Conseils départementaux.

■ **15 septembre, 13 octobre, 3 novembre 2021** : Conférence téléphonique des Présidents des Conseils départementaux et régionaux.

■ **29 novembre 2021** : Interviews du Docteur Pierre BOURRAS, Président, par France Bleu retransmis par France 3 Limousin.

■ **18 décembre 2021** : Assemblée Générale des Présidents des Conseils départementaux et régionaux.

Le Président et les membres du Bureau se sont relayés pour participer aux réunions hebdomadaires à l'ARS, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et la Préfecture dans le cadre de l'ARD 19 et la mise en place de la stratégie vaccinale.

AUTRES RÉUNIONS

■ **23 mars 2021** : Réunion au CDOM sur les SAS (Service d'Accès aux Soins) en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Eric ROUCHAUD, Vice-Président, François BERTIN, Secrétaire Général Adjoint, Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS, Patrick MILLET, Martine PREVOST, Conseillers ordinaires, Luc AUBANEL, Médecin Généraliste, Fabrice MASSOULARD, Président SOS Médecins, Dominique CAILLOCE, Responsable des Urgences, Jean-François CUEILLE, Chef de Pôle des Urgences au CHU, Jean-Charles BOURRAS et Mickael FRUGIER, Représentants les URPS, Dominique GROUILLE, PH Délégué aux relations ville-hôpital du CHU, Monsieur Jean-Christophe ROUSSEAU, Directeur Adjoint du CHU de Limoges et Monsieur Jérôme GAILLARD, PH aux Urgences du CHU.

■ **1 avril 2021** : CPL (Commission Paritaire Locale) des Médecins de la Haute-Vienne, en visioconférence, en présence du Dr Yves FEYFANT, Secrétaire Général.

■ **15 avril 2021** : Réunion des Trésoriers en visioconférence en présence du Docteur Véronique BAZANAN, Trésorière.

■ **29 avril 2021** : Réunion du Comité de liaison entre les médecins traitants et les médecins correspondants au CHU de Limoges en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Eric ROUCHAUD, Vice-Président, Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS, Stéphane BOUVIER, Sandrine LAVAU-DENES, Patrick MOUNIER, Dominique MOREAU, Jean-Marie ROUSSIE, Anne-Marie TRARIEUX, Conseillers Ordinaires, Dominique GROUILLE, PH - Délégué aux relations ville-hôpital, Mme Laëtitia JEHANNO, Directrice RH au CHU, Jean-Charles BOURRAS et Mickael FRUGIER, Représentants les URPS.

■ **6 mai 2021** : Visioconférence de l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE) en présence du Docteur Yves FEYFANT, Secrétaire Général.

■ **17 mai 2021** : Interview du Docteur Eric ROUCHAUD, Vice-Président, sur la vaccination COVID en cabinet par TFI.

■ **19 mai 2021** : Réunion de l'Observatoire National de la Sécurité des Médecins en visioconférence en présence du Docteur Eric ROUCHAUD, Vice-Président.

■ **2 juin 2021** : Préparation du protocole de signalement contre les violences en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Eric ROUCHAUD, Vice-Président, Yves FEYFANT,

Secrétaire Général et Madame Marion ROULET, Chargée de mission « Lutte contre les violences intrafamiliales » au tribunal judiciaire de Limoges.

■ **22 juin 2021** : Signature du protocole de signalement contre les violences conjugales en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Eric ROUCHAUD, Vice-Président et Yves FEYFANT, Secrétaire Général, Madame Marion ROULET, Chargée de mission « Lutte contre les violences intrafamiliales » au tribunal judiciaire de Limoges.

■ **19 novembre 2021** : Réunion PSDA à l'ARS en présence du Docteur Eric ROUCHAUD, Trésorier Adjoint et Luc AUBANEL, Secrétaire Général Adjoint.

■ **24 juin 2021** : Cellule de veille contre les dérives sectaires à la Préfecture en présence du Dr François BERTIN.

■ **25 juin 2021** : Réunion sur le thème de la « CPTS Confluence » en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Patrick MILLET, Conseiller Ordinaire, Jean-Marie CHAUMEIL, Président CDOM 19 et Denis MARTY, Président CDOM 24.

■ **7 juillet 2021** : Réunion « Point sur les vaccinations » à la Préfecture avec Monsieur Seymour MORSY, Préfet de la Haute-Vienne, en présence du Docteur Yves FEYFANT, Secrétaire Général, Monsieur François NEGRIER, Directeur de l'ARS Délégation de la Haute-Vienne, Docteur Emile-Roger LOMBERTIE, Maire de Limoges et le Docteur Nadine RENAUDIE, Médecin Inspecteur du Travail.

■ **20 août 2021** : Interview du Docteur Eric ROUCHAUD par France 3 sur les difficultés de remplacements des médecins.

■ **1^{er} septembre 2021** : Point d'actualité COVID avec les Professionnels de santé en Visioconférence avec l'ARS, en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président et Yves FEYFANT, Secrétaire Général.

■ **3 septembre 2021** : Réunion "COVID - Vaccination" à la Préfecture en présence du Docteur Yves FEYFANT, Secrétaire Général.

■ **8 septembre 2021** : Réunion avec le CROM NA en visioconférence, en présence des Docteurs Yves FEYFANT, Secrétaire Général et l'ARS NA.

■ **9 septembre 2021** : Réunion d'information sur l'organisation des CPTS au CDOM, en présence : du Président, du Secrétaire Général, de la Responsable PDS, d'un Conseiller Ordinaire, de URPS NA, de médecins généralistes, de la Présidente de l'Ordre des Infirmiers, de URPS Infirmier, du Président de l'Ordre des Dentistes, du Président de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes, de l'URPS Masseurs Kinésithérapeutes, de la représentante des Sage-Femmes, d'une Pharmacienne d'Ambazac et d'un Pharmacien à St-Léonard de Noblat.

■ **14 septembre 2021** : Réunion de la Commission de Permanence des Soins au CDOM en présence des Docteurs Eric ROUCHAUD, Vice-Président, Yves FEYFANT, Secrétaire Général et Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS.

■ **16 septembre 2021** : Préparation à la réunion du Comité de liaison entre les médecins traitants et les médecins correspondants au CDOM en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Eric ROUCHAUD, Vice-Président, François BERTIN, Secrétaire Général Adjoint, Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS, Eric DENES, Sandrine LAVAU-DENES, Patrick MOUNIER, Dominique MOREAU, Jean-Marie ROUSSIE, Conseillers Ordinaires et Annabelle RABY-REYNAUD, médecin généraliste.

■ **16 septembre 2021** : Journée Nationale de MOTS à Toulouse en présence du Docteur Agnès LE FLAHEC, Conseillère Ordinaire et Responsable de la Commission d'Entraide.

■ **29 septembre 2021** : Réunion du Comité de Pilotage de l'ODPE, au Conseil Départemental, en présence du Docteur Marie DUCLOS, Conseiller ordinaire et Responsable de la Commission de Conciliation.

■ **30 septembre 2021** : Réunion au CDOM avec Maître Bertrand VILLETTE, Bâtonnier de l'Ordre des Avocats, en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Eric ROUCHAUD, Vice-Président, Véronique BAZANAN, Trésorière, Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS, Marie DUCLOS, Responsable de la Commission de Conciliation, Dominique MOREAU,

Christian PETIT, Conseillers Ordinaires et du Docteur Mickael FRUGIER, médecin généraliste.

■ **2 octobre 2021** : Réunion au CROM NA à Bordeaux sur les CPTS, en présence des Docteurs Eric ROUCHAUD, Vice-Président et Stéphane BOUVIER, Conseiller ordinaire au CDOM et au CROM.

■ **4 octobre 2021** : Réunion sur les CPTS en Haute-Vienne au CDOM en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Thierry BOELY, Vice-Président, Yves FEYFANT, Secrétaire Général, Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS, Madame Sophie GIRARD, Directrice de l'ARS Délégation de la Haute-Vienne, du Docteur Emmanuel BAHANS, Conseiller Médical à l'ARS, Monsieur Florian BESSE, Directeur Adjoint de l'ARS et du Docteur Mickael FRUGIER, médecin généraliste et représentant des URPS.

■ **13 octobre 2021** : Réunion en visioconférence du 1er comité de pilotage sur l'expérimentation hôpitaux de proximité /CPTS avec l'HIHL et la MSA, en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président et Yves FEYFANT, Secrétaire Général, la CPAM et l'ARS.

■ **13 octobre 2021** : Réunion visioconférence sur le DPC en présence du Docteur Yves FEYFANT, Secrétaire Général.

■ **14 octobre 2021** : Réunion en visioconférence sur les CTS en présence du Docteur Yves FEYFANT, Secrétaire Général.

■ **15 octobre 2021** : Conférence sur les violences intra familiales, à Bobigny, en présence du Docteur Véronique BAZANAN, Trésorière.

■ **22/10/2021** : Réunion sur les violences intrafamiliales, à la Préfecture, en présence du Docteur Yves FEYFANT, Secrétaire Général.

■ **28/10/2021** : Interview du Docteur Eric ROUCHAUD par Le Populaire du Centre concernant les visites en médecine générale

■ **2/11/2021** : Journée d'accueil des nouveaux internes au CHU en présence du Docteur Stéphane BOUVIER, Conseiller Ordinaire au CDOM et au CROM.

■ **2/11/2021** : Rencontre organisée au CDOM avec le Général de Gendarmerie, Monsieur Bernard THIBAUD, en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président et Eric ROUCHAUD, Vice-Président.

■ **8/11/2021** : 1^{ère} réunion du Zonage médecins à l'ARS en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président et du Docteur Yves FEYFANT, Secrétaire Général.

■ **18/11/2021** : Réunion du Comité de liaison entre les médecins traitants et les médecins correspondants au CDOM en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Eric ROUCHAUD, Vice-Président, François BERTIN, Secrétaire Général Adjoint, Fabienne DESCHAMPS, Responsable PDS, Stéphane BOUVIER, Eric DENES, Patrick MILLET, Dominique MOREAU, Jean-Marie ROUSSIE, Conseillers ordinaires, des Docteurs Mickael FRUGIER, Annabelle RABY-REYNAUD, Médecins généralistes, Jean-Christophe ROUSSEAU, Directeur Général Adjoint du CHU et du Docteur Dominique GROUILLE, PH - Délégué aux relations ville-hôpital.

■ **24 novembre 2021** : Réunion Sécurimed en présence du Docteur Eric ROUCHAUD, Vice-Président et Responsable Sécurité CDOM 87.

■ **2 décembre 2021** : Réunion d'installation du CTS 87 à l'ARS en présence du Docteur Eric ROUCHAUD, Vice-Président.

■ **2 décembre 2021** : Participation au Jury Régional du diplôme d'État d'Infirmier en présence du Docteur Thierry BOELY, Vice-Président.

■ **7 décembre 2021** : Réunion au CDOM avec Monsieur Eric LUCCIONI, Directeur de la CPAM de Limoges, en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président, Thierry BOELY, Vice-Président et Yves FEYFANT, Secrétaire Général.

■ **8 décembre 2021** : 2^e réunion du Zonage médecins à l'ARS en présence des Docteurs Pierre BOURRAS, Président et du Docteur Yves FEYFANT, Secrétaire Général.

■ **9 décembre 2021** : Réunion du CPL en visioconférence en présence du Docteur Eric ROUCHAUD, Vice-Président.