

Printemps médical de Bourgogne et de Franche-Comté

33^{ème} édition

Samedi 11 juin 2022

*Palais des Congrès
BEAUNE*



La pédiatrie en Médecine Générale

Liste des exposants

- Laboratoire Pfizer
- Collège Bourguignon des Généralistes Enseignants (CBGE)
- U.R.P.S. Médecin Libéral de Bourgogne Franche-Comté
- Association Française des Diabétiques de Bourgogne Franche Comté
- Centre de Santé Départemental de Saône et Loire
- Laboratoire GlaxoSmithKline
- Filieris
- Groupe Pasteur Mutualité
- Sanofi Aventis France
- Laboratoire Modilac
- FEMASCO B-FC
- MSD Vaccins
- URGOMEDICAL
- Assurance Maladie
- Université de Bourgogne
- Dispositif d'Appui à la coordination – DAC 21
- PETR du Pays de Langres (Pôle d'Equilibre Territorial et Rural)
- Contrat Local de Santé du Pays Beaunois
- LABORATOIRE MEAD JOHNSON NUTRITION

EDITO



Chers congressistes,

Enfin pouvons-nous décliner cette 33e session de notre congrès régional « annuel », au décours de ces 2 années précédentes particulières, qui ont pleinement concerné nos professions de santé !

Comme pour d'autres, cette pandémie nous aura fait décliner son corollaire d'adaptation et de réflexion. Nous aurons profité de ces 2 reports pour décaler la date de ce rendez-vous à la fin du printemps dorénavant, puisque d'autres événements s'adressant au même public (CMG France, fédération des maisons et pôles de santé) se sont positionnés quasiment aux mêmes dates que notre congrès.

Au-delà de cet aspect pratique, je tenais à remercier toute l'équipe qui, depuis 3 ans, a tenu le cap et s'est adaptée. Merci aux nouveaux membres du comité d'organisation qui apportent leur part de renouveau. Nous avons tous plaisir à préparer cette journée et à vous accueillir.

Nous tenons à remercier tous les orateurs et animateurs qui sont restés mobilisés, pour certains ont dû s'adapter aussi, et sans lesquels le congrès ne pourrait se tenir.

Nous devons aussi remercier nos partenaires, indispensables pour assurer la pérennité d'une telle manifestation et qui nous accompagnent depuis les débuts du Printemps Médical.

Enfin, merci à vous, qui êtes de plus en plus nombreux à vous inscrire, et qui avez soutenu notre manifestation en maintenant votre mobilisation depuis le printemps 2020.

Nous espérons que le programme répondra à vos attentes et vos souhaits exprimés lors des précédentes sessions.

Nous souhaitons que vous passerez une bonne journée et, au nom de l'équipe, je vous donne rendez-vous lors de notre intervention de demi-journée.

Au nom de toute l'équipe :
Bon congrès,
Bonne journée,

Prenons du plaisir à nous former
et nous rencontrer, nous retrouver !

Pr Arnaud GOUGET,
Président du Comité d'organisation
et scientifique du PM B-FC.

Comité d'Organisation du
**Printemps médical
de Bourgogne et de Franche-Comté**

Palais des Congrès - 21200 BEAUNE

pmbfc.contact@gmail.com



Comité scientifique :

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Docteur Sylvain AUDIA | membre actif |
| Docteur Anne DAUTRICHE | membre actif |
| Docteur Hervé DEVILLIERS | membre actif |
| Docteur Raphaël GALÉA | membre actif |
| Professeur Arnaud GOUGET | président |
| Docteur Véronique JOST | secrétaire générale |
| Docteur Anne-Sophie LANG | membre actif |
| Docteur Thierry LEPETZ | membre actif |
| Docteur Claude PLASSARD | trésorier |
| Docteur Marina RABEC | membre actif |
| Docteur Marie-Hélène RAPILLIARD | membre actif |
| Docteur Claire ZABAWA | membre actif |

Coordination :

Nathalie RAVOT



**Printemps Médical de Bourgogne
et de Franche Comté**

213 rue de Bourbon – 71250 Sigy le Châtel
pmbfc.contact@gmail.com

www.pmbfc.fr

8h :
Accueil des participants avec remise des pochettes du congrès

9h – 9h30

Salle RUDE

HYPNOSE MÉDICALE

Docteur Bertrand FAYARD

Médecin Généraliste - Hypnothérapeute - Dijon



L'utilisation de l'hypnose dans les soins médicaux s'est nettement développée ces dernières années.

Toutefois, cette pratique garde souvent aux yeux des patients et de certains soignants une part de mystère, entretenue notamment par la confusion avec l'hypnose de spectacle. Elle peut pourtant compléter efficacement l'arsenal du professionnel de santé en offrant des possibilités thérapeutiques intéressantes dans de nombreuses indications.

Contrairement à ce que l'on pense fréquemment, il n'est pas indispensable d'être dans un environnement calme pour exercer l'hypnose, et elle peut tout à fait être mise en place en quelques minutes voire quelques secondes, ce qui la rend utilisable dans la pratique quotidienne du médecin, même dans un contexte d'urgence.

Il s'agit d'un état modifié de la conscience, plus proche d'un état de concentration que d'un sommeil. Tout patient peut bénéficier de cette approche, même si certaines personnes accèdent plus facilement que d'autres à ce fonctionnement hypnotique. Les troubles psychotiques et les démences représentent une contre-indication relative.

Parfois employée sous la forme d'une conversation d'allure banale, elle permet grâce à l'utilisation de suggestions thérapeutiques d'apporter un certain soulagement dans les douleurs aiguës ou chroniques, de rendre plus confortable un soin difficile, ou bien d'intervenir pour modifier un comportement ou un ressenti (gestion du stress, addictions, troubles fonctionnels).

Salle CARNOT

LES PLATEFORMES DE COORDINATION ET D'ORIENTATION (PCO) POUR LES TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT (TND)

Docteur Laura BRIERE-GOUTCHKOFF

Pédiatre - Dijon



Dans le cadre de la stratégie nationale « autisme et troubles du neurodéveloppement », se mettent en place des PCO sur l'ensemble du territoire national.

Les PCO s'adressent aux enfants de 0 à 7 ans sans diagnostic fonctionnel établi (absence de notification d'orientation MDPH notamment). L'extension aux enfants de 7 à 12 ans a été actée en septembre 2021, et devrait se mettre en place.

La PCOTND 21 est financée par l'ARS BFC ; l'équipe est constituée d'une coordinatrice (1 ETP), d'un médecin coordonnateur (0.2 ETP) et d'une assistante administrative (0.5 ETP).

La première mission de la plateforme consiste à faciliter le repérage le plus tôt possible des écarts de trajectoire développementale des enfants et en particulier ceux qui présentent une suspicion de trouble du neurodéveloppement (retard psychomoteur, trouble du spectre autistique, déficience intellectuelle, trouble du développement des coordinations, trouble de la communication, trouble du développement de l'attention avec ou sans hyperactivité etc.).

Une grille de repérage à destination des médecins de première ligne a été créée par de nombreuses sociétés savantes. Elle tient place de prescription pour la plateforme qui se charge de préciser la demande et de mettre en place les soins.

Des actions de sensibilisation au repérage vont être déployées à destination des professionnels de première ligne.

La seconde mission de la PCO consiste à traiter les demandes et à organiser le parcours de bilans et d'interventions précoces ; en fonction de chaque situation et en lien avec les parents, elle va faire appel :

- soit à des structures de niveau 2 (CAMSP, CMP, CMPP, Pluradys etc.),
- soit à des professionnels libéraux non conventionnés (ergothérapeute, psychomotricien, psychologue, neuropsychologue)

logues) qui ont contractualisé avec la plateforme en mobilisant un Forfait d'Intervention Précoce (pour une durée d'un an renouvelable sous condition) et/ou des libéraux conventionnés (orthophoniste par exemple) ;

- soit un parcours mixte avec structure de niveau 2 et complément en libéral.

Dans le cas d'un parcours libéral, le médecin adresseur est le référent médical de l'enfant ; il est garant du diagnostic, la plateforme intervenant alors en appui pour la coordination du parcours : lien entre les professionnels paramédicaux, la famille et le médecin, aide à l'organisation de la synthèse entre les professionnels pour permettre au médecin de poser un diagnostic, l'annoncer à la famille et organiser l'orientation.

Le temps de coordination du médecin va être valorisé avec une cotation spécifique.

Pour tout information complémentaire vous pouvez nous joindre au mail pcoctnd21@pepcbfc.org ou par téléphone 07 55 66 09 04

Auditorium

LES PUBERTÉS PRÉCOCES

Docteur Marie BOURNEZ

Pédiatre – CHU Dijon

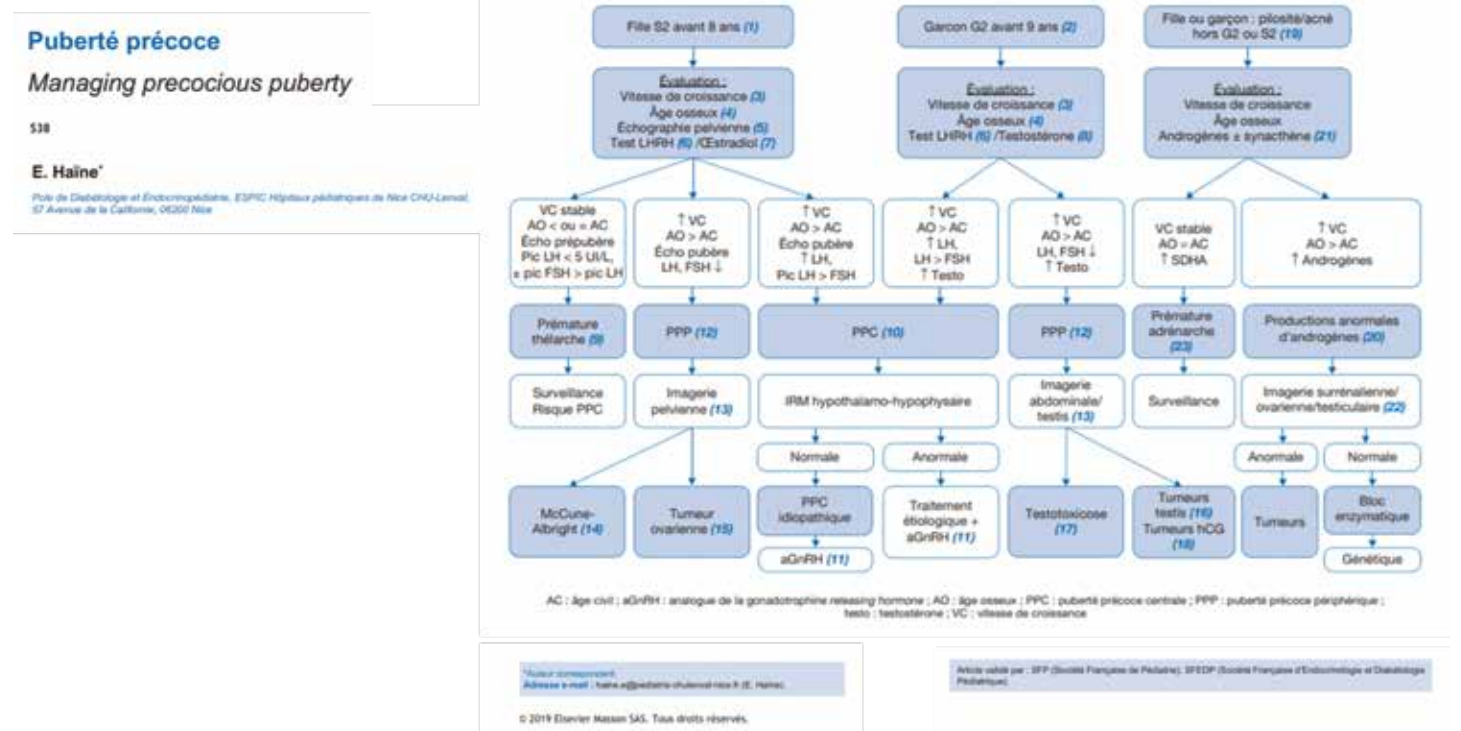


Les pubertés précoces sont un challenge diagnostique en raison des conséquences staturales et psychologiques et du risque de processus tumoral sous-jacent.

Elles sont définies par l'apparition d'une poussée mammaire (télarche) avant l'âge de 8 ans chez la fille et l'augmentation du volume testiculaire au-dessus de 4ml (2,5 cm) chez le garçon. L'accélération staturale survient dès la télarche chez la fille et chez le garçon au-delà de 12ml (3,8cm) de volume testiculaire. L'âge osseux permet de mesurer l'avance de maturation osseuse et l'échographie pelvienne l'imprégnation des organes pelviens. On peut distinguer les pubertés précoces centrales (activation prématurée de l'axe hypothalamohypophysaire : LHRH activé) et les pubertés précoces périphériques (synthèse de stéroïdes sexuels par les gonades ou du tissu tumoral : LHRH non activé). Le contrôle des marqueurs tumoraux sera fait systématiquement.

Le dimorphisme sexuel est marqué pour la prévalence des PPC avec une incidence de 2,68/10 000 chez la fille et 0,24/10 000 chez le garçon. Il existe aussi un dimorphisme étiologique avec 90% des PPC idiopathiques chez la fille alors que 65% des PPC chez le garçon ne sont pas isolées (tumeur hypothalamique syndromique ou non ou survenant dans un contexte syndromique). La plupart des PPC sont isolées et 30% sont alors familiales. Elles sont favorisées par l'existence d'un RCIU (Retard de Croissance Intra-Utérin), le développement de l'obésité, les changements de statut nutritionnel et les perturbateurs endocriniens. Les PPC isolées peuvent être freinées par analogues de la LHRH en IM mensuellement ou trimestriellement pour éviter la petite taille finale et les conséquences socio-psychologiques sans conséquences délétères en termes de poids et de fertilité ultérieure.

Pas à pas. Société Française de Pédiatrie. <https://pap-pediatrie.fr/endocrinologie/puberte-precoce>



Salle DAVOUT : ATELIER 9h - 9h55

COMMUNICATION VERBALE ET NON VERBALE

Professeur François MORLON

Dijon



9h35 – 9h55

Salle RUDE

LES MALADIES TROPICALES EN MÉTROPOLE

Docteur Fabienne BOZON

SMIT – Besançon



Depuis ces dernières décennies, l'attrait des voyageurs pour des séjours exotiques, notamment en zones tropicales et intertropicales, le développement de l'écotourisme, et de vacances au plus près des autochtones, pourraient favoriser la dissémination de maladies infectieuses.

Entre 2019 et 2020, en raison de la crise sanitaire COVID, les résidents de France métropolitaine ont réduit leurs voyages de 29 %. Les voyages à l'étranger, qui représentaient près d'un quart des nuitées en 2019, sont les plus touchés, avec une chute de 70% en 2020.

Dès le retour à une situation sanitaire dite « normale », l'envie d'évasion et le désir d'exotisme risquent d'être prégnants.

Environ 5 à 10 % des voyageurs vont consulter un médecin au cours de leur séjour ou au retour immédiat.

Les principaux motifs de consultation au retour sont la diarrhée, les infections respiratoires, les dermatoses et la fièvre. La fréquence des maladies varie beaucoup en fonction du lieu de séjour et des

aisons. Les principales pathologies infectieuses d'importation chez le voyageur français sont le paludisme (diagnostic à constamment évoquer en cas de fièvre), la bilharziose, les arboviroses, et dans une moindre mesure l'amibiase, les rickettsioses et la typhoïde.

Les échanges internationaux ont pour conséquence un transport possiblement accru de pathogènes. Le réchauffement climatique et l'arrivée de nouveaux vecteurs dans des zones indemnes, comme Aedes Albopictus peuvent faire craindre l'émergence de pathologies infectieuses non habituelles sous nos latitudes.

La courte flambée épidémique de SARS COV 1 en 2003, la présence du coronavirus (MERS) depuis une dizaine d'années, dans la péninsule arabique, sans notification d'importation de cette pathologie par les pèlerins au retour de la Mecque, ont pu impacter l'appréciation du risque pandémique lors des premiers cas de SARS COV 2 fin 2019, alors que les craintes étaient bien exprimées lors des événements sus cités.

La pandémie COVID toujours d'actualité à l'heure où ce document est rédigé confirme que l'humanité n'est pas à l'abri de nouveaux phénomènes infectieux à l'échelle mondiale.

Des flambées épidémiques de rougeole ont eu pour origine la transmission de la maladie aussi bien par des migrants, des populations mobiles, des voyageurs internationaux que des touristes.

Les transmissions liées au péril fécal et la problématique de l'émergence de bactéries multi-résistantes type BHRé doivent être toujours évoquées et anticipées.

Des réseaux de surveillance tentent d'anticiper la survenue d'épidémies. A l'échelon national, l'application des mesures de prévention recommandées chez les voyageurs, l'élaboration de plans de réponses nationaux, une veille sanitaire efficace (Institut de Veille sanitaire [InVS]) et le maintien d'une expertise microbiologique de haut niveau (Centres nationaux de référence) sont nécessaires.

Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Salle CARNOT

LA MÉDIATION FAMILIALE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Association des médiateurs familiaux de Saône et Loire

Madame Muriel NICOLAS-BURRY

Madame Christelle GUYON

Médiatrices Familiales Diplômées D'Etat



En 2002, le Conseil National Consultatif de la Médiation Familiale définit la médiation comme étant : « un processus de construction ou de reconstruction du lien familial, axé sur l'autonomie et la responsabilité des personnes concernées par des situations de rupture ou de séparation, dans lequel un tiers impartial, indépendant, qualifié et sans pouvoir de décision - le médiateur familial - favorise, à travers l'organisation d'entretiens confidentiels, leur communication, la gestion de leur conflit dans le domaine familial entendu dans sa diversité et dans son évolution ».

La médiation familiale est un mode amiable de résolution des conflits qui s'appuie sur le libre engagement des personnes. Elle permet d'accueillir toutes les situations familiales telles :

- ✓Un couple séparé ou en cours de séparation ayant besoin de réorganiser la relation parentale,
- ✓Des grands-parents n'ayant pas accès à leurs petits-enfants,
- ✓Une fratrie face à des décisions à prendre pour leur(s) parent(s) âgé(s) ou encore dans le cadre d'une succession.
- ✓Un jeune adulte en rupture de lien avec sa famille.
- ✓Un adolescent et son parent par rapport à des difficultés de communication durant cette période charnière (médiation parent / ado)

La finalité de cet accompagnement est de restaurer la communication afin que ces personnes puissent rechercher, ensemble, des solutions et prendre des décisions. Celles-ci tiendront compte des places et des besoins de chacun. Cette intervention aura pour objet de présenter :

1. Le processus de médiation familiale
2. La posture du médiateur
3. Les divers champs d'intervention
4. Le circuit de la demande (orientation et où)
5. Questions diverses

Auditorium

LE TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ (TDAH)

Docteur Jean-Michel PINOIT

Psychiatre - CHU Dijon



Les premières descriptions cliniques du TDAH remontent au XIX^e siècle. Toutefois, les récentes recherches dans le domaine des neurosciences ont pu permettre de mieux cerner cette pathologie, qui s'avère in fine plus dimensionnelle que catégorielle.

La définition précise doit être rappelée, de façon à ne pas sur ou sous diagnostiquer le TDAH. L'évaluation clinique initiale, complétée parfois d'évaluations neuropsychologiques, doit permettre une optimisation du traitement, médicamenteux ou non, du jeune patient.

Il est important de rappeler que les comorbidités sont nombreuses, et non corrigées par le traitement médicamenteux de référence, le méthylphénidate. Par conséquent, une prise en charge ne se conçoit que globale, au risque d'être sinon totalement inefficace. Quelques alternatives au traitement médicamenteux existent et méritent d'être mentionnées, notamment lorsque le médicament est contre-indiqué.

Nous aborderons enfin les éléments concernant la prescription, la surveillance du traitement, et rapidement la difficile question du devenir à l'âge adulte.

Retrouvez les résumés du P.M. B-FC sur notre site :

www.pmbfc.fr

10h45 – 11h15

Salle RUDE

DIVA (DIJON VASCULAR PROJECT) RÉINVENTE LE SUIVI DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX (AVC) ET DES INFARCTUS DU MYOCARDE (IDM)

Professeur Maurice GIROUD
Neurologue, CHU Dijon



Le rationnel de DIVA :

DiVa propose de réinventer le suivi intensif des AVC et IDM qui sont 2 maladies de plus en plus fréquentes (vieillesse de la population, allongement de la survie des AVC et des IDM), graves, chroniques et qui atteignent de plus en plus les jeunes de moins de 55 ans.

Ces deux maladies, qui partagent les mêmes facteurs de risque vasculaire (HTA, diabète, hypercholestérolémie, tabac), ont bénéficié d'avancées thérapeutiques majeures diminuant la mortalité à la phase aiguë et allongeant la survie.

Par contre, l'évolution est marquée par un risque élevé de récurrences, de complications et de ré-hospitalisations longues et coûteuses témoignant des difficultés dans le suivi des patients. D'où le projet de ré-inventer l'organisation des soins dans le suivi des AVC et des IDM pour effacer les disparités territoriales.

1) L'objectif de DiVa est ambitieux mais réaliste car il vise la réduction des taux de ré-hospitalisation des AVC et IDM anormalement élevés aux environs de 30 % la 1^{ère} année.

- 2) Les moyens de l'organisation du suivi sont innovants :
- aide auprès des médecins généralistes en faisant intervenir des infirmières et des pharmaciens, tous les 3 mois la 1^{ère} année, tous les 6 mois la 2^e année, en alternance entre l'hôpital et le domicile ;
 - financement des consultations au forfait ;
 - évaluation médico-économique de ce suivi intensif;
 - un territoire est identifié autour du CHU de Dijon Bourgogne : le Groupement Hospitalier de Territoire Côte d'Or - Sud Haut Marnais, comportant les Hôpitaux de Dijon, Beaune, Semur en Auxois, Châtillon sur Seine, Langres et Chaumont ;
 - rôle important de la e-santé :

- à l'inclusion dans ce protocole dès la phase aiguë grâce à la Télé-AVC (vidéo de 2 min)
- dans le suivi grâce à la plateforme de partage interprofessionnel d'informations et de coordination du suivi eTICSS (eTerritoire-Innovation-Coordination-Santé-Social).

Conclusion

DiVa est le 1^{er} Projet régional retenu au niveau National en 2018 par le Comité Technique National d'Innovation en Soins dans le cadre de l'Article 51 de la LFSS.

Le progrès médical ne se résume pas en des molécules innovantes mais bénéficie aussi des organisations de parcours innovantes, sur un vaste territoire, grâce à la e-santé, donnant du sens au travail des femmes et des hommes impliqués dans ce parcours, au bénéfice des patients quel que soit leur domicile.

Salle CARNOT

TRAITEMENT DU DIABÈTE DE TYPE 2 : NOUVEAUTÉS ET PERSPECTIVES EN 2022

Docteur Emilienne QUILOT
Endocrinologie – CH Mâcon



La prise en charge du diabète de type 2 est en constante évolution, avec comme objectif une approche toujours plus individualisée à chaque patient.

L'arrivée de nouvelles molécules sur le marché, en l'absence de publication de nouvelles recommandations HAS depuis 2013, a poussé différentes sociétés savantes dont la Société Francophone de Diabétologie à prendre position sur les stratégies d'utilisation des traitements antihyperglycémiants dans le diabète de type 2.

Les bénéfices cardiovasculaires et rénaux induits par des inhibiteurs SGLT2 et analogues GLP1 ont bouleversé les stratégies de prise en charge qui, parfois, peuvent devenir indépendantes du contrôle glycémique.

Tour d'ensemble des dernières nouveautés en diabétologie et échanges sur l'évolution des pratiques en 2022.

Auditorium

MALTRAITANCE DE L'ENFANT : Y PENSER, REPÉRER, ET PROTÉGER LES VICTIMES

Docteur Sylvie BERNARDINI
CASEM UMJ pédiatrique - CHU Dijon



La maltraitance envers les enfants est un "problème majeur de santé publique" sous-estimé dont la documentation épidémiologique reste encore très imprécise, avec des répercussions graves sur le développement et le devenir des enfants. Son diagnostic est complexe et peut nécessiter une approche pluridisciplinaire.

Qu'elle se manifeste sous forme d'actes de nature physique (abus physique) ou sexuelle (abus sexuel) ou psychologique (maltraitance psychologique, exposition à la violence conjugale) ou d'omission de réponse aux besoins des enfants (négligence), la maltraitance touche de nombreux enfants chaque année et concerne tous les milieux sociaux. On estime leur prévalence annuelle à 10%. Son repérage représente donc un enjeu majeur.

Les médecins ont une place dans le dépistage des enfants en danger, mais seulement 2% des signalements proviennent de médecins. Face à ces situations difficiles et complexes, les professionnels ont souvent le sentiment d'être isolés et mal armés pour résoudre des questions de fond telles que : comment définir et repérer la maltraitance ? Comment évaluer la gravité des situations rencontrées ? Comment trouver de l'aide auprès de professionnels d'autres secteurs que le sien ? Comment protéger les victimes mineures et quand alerter les autorités judiciaires et /ou administratives ?

Salle DAVOUT : ATELIER 10h45 - 11h40

LES GESTES D'URGENCE

Docteur Christophe AVENA



Notes

11h20 – 11h40

Salle RUDE

VIEILLISSEMENT DES PERSONNES ATTEINTES DE HANDICAP

Docteur Camille BAUDIN-SENEGAS
Médecin Généraliste - CHU Dijon



Nous observons un allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap qui tend à rejoindre celle de la population générale. Ce constat nécessite une meilleure prise en compte des spécificités de cette population, tant sur un plan social que médical, avec la mise en place de réponses adaptées à leurs besoins.

Le premier enjeu est lié à la multitude de handicaps existants qui se greffent sur des parcours de vie singuliers. Il apparaît alors inadapté d'imaginer une solution pour l'ensemble de cette population. Il s'agit plutôt de trouver, pour une personne, des solutions lui permettant un « vieillissement réussi », assurant le maintien de ses capacités et de son autonomie.

Le second enjeu réside dans la rupture entre le milieu social d'où vient la personne en situation de handicap et le monde médical avec lequel elle va devoir se familiariser. On retrouve notamment des difficultés de logement, des problématiques de formation des professionnels et de besoins matériels. De nombreuses expérimentations ont vu le jour mais il est encore difficile d'assembler le domaine du handicap et le domaine de la personne âgée.

Le troisième enjeu se pose en termes de connaissance des spécificités du vieillissement des personnes en situation de handicap vieillissantes (PHV). Si la tendance est de calquer ce vieillissement sur celui de la population générale, du fait de l'évolution de l'espérance de vie, on peut faire deux constats. Le premier réside dans le phénomène de vieillissement précoce retrouvé dans certaines pathologies comme la trisomie 21. Le second est la nécessité d'une vigilance accrue à partir de 40 ans pour l'ensemble de cette population. En effet, les PHV nécessitent un accompagnement depuis l'apparition de leur handicap. Ce dernier doit se renforcer afin d'optimiser leur prise en charge et la prévention y joue alors un rôle primordial.

Le médecin traitant est amené à rencontrer ces PHV dans son quotidien et ces derniers sont particulièrement sensibles à son discours. Le médecin de famille pourra, grâce à ses connaissances

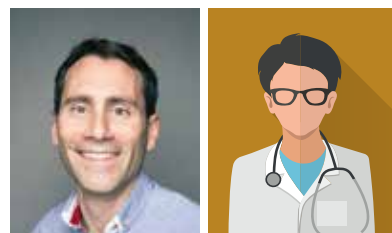
du parcours de vie de la personne, des pathologies intriquées, être un pilier dans la coordination des soins.

Pour mieux comprendre les PHV et trouver des solutions adaptées, il est important de les écouter. L'objet de cette intervention est de présenter leur perception du vieillissement tout en synthétisant les différentes problématiques rencontrées et les solutions existantes afin de sensibiliser les médecins généralistes à ce sujet d'actualité.

Salle CARNOT

SYNDROME D'APNÉE OBSTRUCTIF DU SOMMEIL (SAOS) CHEZ L'ENFANT

Docteur Aurélien VAILLANT
Médecin Généraliste - Seurre
Docteur Nicolas BECK
Oto-rhino-laryngologiste - Dijon



Il est demandé dans les carnets de santé si l'enfant présente une respiration buccale ou nasale. Peu de personnes y prêtent attention, alors qu'une respiration buccale (diurne et/ou nocturne) est pathologique. Le **Syndrome d'Apnée Obstructif du Sommeil (SAOS) chez l'enfant** est sous diagnostiqué (comme chez l'adulte) et est plus fréquent qu'on ne le croit. Le médecin généraliste a désormais un rôle prépondérant dans son dépistage puisque qu'on peut guérir un SAOS pendant l'enfance, ce qui n'est pas le cas une fois découvert à l'âge adulte... Les **facteurs de risque** du SAOS chez l'enfant sont les infections des voies aériennes supérieures fréquentes, l'asthme, les antécédents familiaux (3 à 4 fois plus de risque), l'obésité (mais ce n'est pas la majorité des cas), le sexe masculin, la prématurité et l'environnement : tabac.

Nous aborderons les **différents types de SAOS** en fonction de l'âge et du poids et les **spécificités du SAOS chez l'enfant** (quantité accrue de sommeil paradoxal, position haute du larynx : RGO, diminution de la capacité d'éveil, besoins métaboliques plus importants ...)

Les **conséquences du SAOS chez l'enfant** sont importantes : perturbations staturo-pondérales, complications cardiovasculaires, perturbations du développement cognitif : hyperactivité, anomalies de l'organisation dans l'espace et troubles du langage, des apprentissages (écriture, calcul) et de l'attention. C'est pourquoi il est de plus en plus recherché par les pédopsychiatres

car, une fois le SAOS traité, les traitements sont baissés et la prise en charge améliorée.

Le **diagnostic de SAOS de l'enfant** repose sur des symptômes cliniques auxquels sont confronté régulièrement les médecins généralistes :

1. Ronflement (qui est déjà en soit pathologique) ;
2. Et/ou signes nocturnes : respiration paradoxale, respiration buccale, mouvement avec réactions d'éveil, transpiration anormale, hyperextension du cou, énurésie surtout secondaire ;
3. Et/ou signes diurnes : céphalée matinales, hyperactivité, somnolence diurne excessive, croissance insuffisante.
4. Et des paramètres électrophysiologiques à la polysomnographie voire à la polygraphie.

Il n'existe pas de combinaison de symptômes/signes cliniques suffisamment fiable pour faire le diagnostic de SAOS.

Sa prise en charge nécessite une discussion pluriprofessionnelle avant **traitement** (adéno-amygdalectomie, traitement orthodontique, disjonction maxillaire, PPC...).

Une **prise en charge précoce** (rééducation orthophonique et/ou kinésithérapique, activité physique, perte de poids, arrêt du tabagisme passif...) avant ou après les traitements cités ci dessus, est primordiale et permet d'éviter une possible récurrence de SAOS après une adéno-amygdalectomie.

Auditorium

LE BON SENS PARENTAL DANS LES TROIS PREMIERS MOIS DE VIE DE L'ENFANT

Docteur Isabelle BUCHS-RENNER
Psychologue clinicienne - Beaune



La parentalité et les compétences parentales s'articulent autour de deux axes : les processus psychiques de parentalisation et les modèles parentaux connus.

La parentalité est un processus long qui s'origine dans la toute petite enfance entre 18 et 30 mois lorsque les enfants sont dans le faire semblant (jouer à la poupée). Il traverse plusieurs périodes sensibles du développement psycho-affectif, le complexe d'Œdipe, l'adolescence et les grossesses.

Tous les auteurs sont unanimes, de Winnicott à Bydlowski en passant par Missonnier, le temps de la grossesse est un moment psychique particulier où se développent les capacités parentales notamment à travers la rêverie des mères.

Par ailleurs, les parents vont pouvoir s'appuyer sur les modèles parentaux qu'ils ont connus dans leur enfance avec leurs propres parents. Deux possibilités s'offrent à eux : la répétition par adhésion ou opposition et la création en s'inspirant de ce qui leur a convenu et en inventant avec leur enfant ce qui leur correspond à tous les trois.

Quand tout se passe bien, que la grossesse va à son terme, qu'il n'y a aucune inquiétude quant à l'intégrité du bébé, le processus de parentalisation s'élabore naturellement. Les parents rencontrent leur bébé, tâtonnent, s'adaptent et le bébé, lui, met en œuvre les capacités de parentalisation de ses parents. Tous les parents se sentent responsables de la santé, du bien-être, de la survie de leur bébé. Sans le savoir et pour y arriver, ils vont utiliser l'empathie, l'identification au bébé à travers celui qu'ils ont été, la confiance en eux en se soutenant mutuellement, le bon sens et parfois l'intuition.

Être des parents compétents ne signifie pas être omniscient ou professionnel.

Les compétences parentales peuvent se développer mais parfois ne pas être suffisantes pour comprendre l'enfant et l'accompagner dans son devenir. Il faudra alors que les parents acceptent de recourir à des aides extérieures qui viendront les étayer et soutenir leurs capacités à être des parents « suffisamment bons ».

Notes

11h45 – 12h15

Salle RUDE

INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE : QUAND ET POURQUOI ADRESSER AU NÉPHROLOGUE ?

Docteur Marina RABEC
Néphrologue - Dijon



L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie indépendamment de sa cause, par la présence, pendant plus de 3 mois, d'une baisse du débit de filtration glomérulaire (DFG) estimé au-dessous de 60 ml.

Le DFG, exprimé en mL/min/1,73 m², doit être estimé à partir de la créatininémie par l'équation CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology collaboration, Levey, 2009). Cependant, l'équation CKD-EPI (comme les autres modes d'estimation du DFG) n'est pas encore complètement validée dans certaines populations de patients comme les patients âgés de plus de 75 ans ; poids extrêmes ou dont la masse musculaire est élevée ou faible ; patients dénutris.

D'autre part, le DFG a tendance à surestimer la fonction rénale au stade terminal de la maladie. Les résultats de DFG sont à interpréter avec précaution, en les confrontant avec la clinique et le résultat des autres examens. Pour cette raison, le DFG n'est pas le seul paramètre pour décider le début d'un traitement de suppléance de l'IR. C'est ainsi que 17% de patients, qui débutent la dialyse, ont un DFG <6 ml, 5% ont un DFG de 20 ml.

Le nombre de personnes ayant une insuffisance rénale chronique en France est estimé à près de 3 millions. Chaque année en France, environ 9 500 personnes débutent un traitement de suppléance. Ce nombre augmente de 4 % par an.

L'hypertension et le diabète sont responsables à eux seuls de près d'un cas sur deux.

Le vieillissement rénal commence tôt, comme conséquence de la diminution progressive des néphrons fonctionnels. Il est estimé qu'une personne perd environ 1 mL/min de DFG par an à partir de 40 ans. En conséquence, chez les plus de 70 ans, la maladie rénale chronique est très fréquente, atteignant près d'une personne sur trois. La baisse du débit de filtration glomérulaire et la comorbidité élevée, liées à l'âge, augmentent le risque d'accidents iatrogènes. Un avis spécialisé est souvent utile pour la prise en charge thérapeutique.

L'espérance de vie d'un homme de 65 ans dans la population française est de 84,4 ans. Pour un patient greffé rénal, elle est de 72,8 ans et pour un patient dialysé, elle est de 68,9 ans. Les causes de décès les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires (23%), les infections (13%) et les cancers (10%). En France, 30% de patients débutent une dialyse en urgence. Cette prise en charge tardive augmente significativement la morbidité du patient dialysé. Pour tout patient à haut risque d'évoluer vers une IRC terminale (à partir du stade 3 ou même avant si la protéinurie est > 300 mg/mmol), le suivi néphrologique permet :

- Une prise en charge précoce de l'anémie, des troubles minéraux et osseux, responsables du risque cardiovasculaire élevé, d'ostéodystrophie et d'ostéoporose.
- La confection d'un accès vasculaire afin d'éviter l'utilisation d'un cathéter de dialyse et ainsi réduire considérablement le risque infectieux. Une fistule demande parfois plusieurs mois pour se développer et peut nécessiter plusieurs interventions chirurgicales pour qu'elle soit utilisable. Préserver le capital veineux est précieux pour un futur dialysé surtout chez les diabétiques.
- La vaccination du patient IRC, celui-ci ayant des spécificités liées à l'immunosuppression, responsable du risque infectieux accru et de la baisse de réponse à la vaccination.
- La possibilité d'une greffe préemptive : 14 % de patients greffés en 2017 n'ont jamais été dialysés. Cette possibilité de traitement n'est pas envisageable en cas d'une prise en charge tardive.

Pour les patients atteints d'une polykystose rénale familiale autosomique dominante, il existe actuellement un traitement : le TOLVAPTAN® (inhibiteur de la VASOPRESSINE) qui diminue l'évolution de la maladie rénale. La prescription de ce type de traitement est réservée pour les patients ayant un DFG > 30 ml/min.

Conclusion : Un avis ponctuel de néphrologie peut être demandé à tout stade de la maladie rénale chronique, un suivi néphrologique régulier est nécessaire à partir du stade 3a ou même avant, en cas de protéinurie ou comorbidité élevée.

Salle CARNOT

GUIDE PRATIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur GUILLAUME CHABRIDON
Psychiatre - CHU Dijon



La dépression est une maladie fréquente qui toucherait presque 20 % de la population générale sur la vie entière, et 3,8% de la population mondiale chaque année.

Souvent évoquée par les médias comme le mal du siècle, elle revêt des aspects nosographiques et sémiologiques précis parfois confondus. Syndrome dépressif et dépression sont alors utilisés à tort comme synonymes.

La prise en charge de la dépression est assez bien codifiée mais souvent difficile compte tenu des multiples traitements médicamenteux et autres approches complémentaires disponibles.

Il est alors peu aisé de s'y retrouver tant pour le médecin généraliste, souvent confronté à cette plainte en pratique courante, que pour les patients qui y voient une simple réaction exacerbée à un facteur de stress environnemental. Entre la banalisation d'une sémiologie dépressive fréquente en cabinet de ville et la prise en charge médicamenteuse systématique de toute souffrance psychique, trouver la juste attitude thérapeutique médicamenteuse semble délicate. Sans compter le choix de la meilleure molécule à proposer qui dépend du terrain, des symptômes mais aussi d'autres paramètres, parmi une offre de plus en plus conséquente. Se pose alors la question de la posologie, de la durée, de l'arrêt ou de la poursuite du traitement au long cours dans un contexte d'hostilité et de méfiance des patients à l'égard des psychotropes limitant parfois la bonne observance.

A travers cette communication, nous nous proposons ainsi de préciser les aspects nosographiques autour du terme dépression et d'apporter des éclairages sur l'utilisation des antidépresseurs dans une pratique quotidienne de médecine générale.

Auditorium

REPÉRAGE DES ENFANTS À HAUT POTENTIEL

Madame Aline MORLON
Sage-Femme - Chenôve



Si vous laissez votre esprit se focaliser sur cette question, vous allez vite aboutir à un paradoxe : pourquoi parler d'enfants doués, alors qu'ils disposent des outils pour réussir ? C'est en effet le paradoxe de l'enfant à haut potentiel, qui sera en échec scolaire une fois sur trois et présentera des difficultés sociales avec ses pairs. Le médecin généraliste devrait alors se poser la question de la possibilité diagnostique et connaître les grandes lignes de

l'accompagnement des surdoués souffrants.

Précoce ? Intellectuellement Précoce ? A Haut Potentiel ? (Sur)Doué ?

« Le problème que pose l'enfant doué est loin d'être simple. Cet enfant ne manifeste pas ses dons uniquement en étant un bon élève. Il arrive qu'il ne le soit pas du tout si l'on se contente de l'observer de l'extérieur, il arrive que l'on ait beaucoup de peine à le distinguer du faible d'esprit. (C. Jung)».

Quelques chiffres : 2.3 % des enfants scolarisés en France, soit deux pour trois classes, soit environ 370.000, soit sept par patientèle de MG.

Le terme « haut potentiel », utilisé d'abord en Belgique, a l'avantage de ne pas être péjoratif. Il sous-entend qu'un potentiel exceptionnel ne se concrétise pas forcément par des réalisations exceptionnelles, qu'il n'empêche pas les difficultés, parfois même l'échec scolaire, professionnel ou social.

L'isolement est l'un des principaux défis auxquels sont confrontés les individus surdoués, en particulier ceux sans réseau social de surdoués. Afin de gagner en popularité, les enfants surdoués essaient souvent de cacher leur capacité afin de gagner l'approbation sociale, sans cependant être perçus comme pairs. Les stratégies comprennent la limitation de réussite et l'utilisation d'un vocabulaire moins sophistiqué envers des personnes du même âge plutôt qu'avec des membres de la famille ou d'autres personnes de confiance. La recherche suggère que les enfants et particulièrement les adolescents HP peut avoir des lacunes dans l'évaluation et l'apprentissage social adaptatif.

Ce qui doit motiver leur repérage précocement.

Manifestations de la « douance »

Les observations des auteurs qui ont publié des ouvrages sur le sujet, comme Ellen Winner, Jean-Charles Terrassier, Sophie Côte, Arielle Adda, Jeanne Siaud-Facchin, font état de caractéristiques communes aux enfants à haut potentiel, bien qu'on ne les retrouve pas forcément toutes à la fois chez le même individu.

Caractéristiques

- Curiosité et soif d'apprendre : pose beaucoup de questions et est capable d'acquérir des connaissances par ses propres moyens.
- Conscience méta-cognitive : sait identifier et réutiliser des concepts et des stratégies qu'il emploie pour résoudre des problèmes.
- Apprentissage précoce de la lecture, parfois sans aide extérieure.
- Langage soutenu qu'il adoptera au cours de sa propre éducation.
- Capacité de mémorisation importante.
- Sens de l'humour (notamment l'ironie).
- Peu d'estime de soi à cause des difficultés rencontrées.
- Hypersensibilité (souvent invisible de l'extérieur).

- Altruisme, besoin intime d'aider les autres.
- Sens de la justice.
- Supporte difficilement l'échec.
- Maturité intellectuelle supérieure à celle des enfants de son âge.
- Affectivité et/ou développement psychomoteur parfois en décalage avec la maturité intellectuelle.
- Préoccupé très tôt par la mort.
- Intérêt pour les problèmes moraux, philosophiques, métaphysiques, politiques.
- Pensée en arborescence, ses idées déclinent en une multitude d'autres idées en provenance d'un point commun entre elles, créant une pensée riche mais au-delà de la concentration.
- Peut facilement sombrer dans l'ennui en l'absence d'un intérêt ressenti.

Vie relationnelle

- Difficultés d'intégration dans les groupes, préfère les sports solitaires.
- Suscite plus que d'autre l'intérêt et/ou le rejet.
- Recherche la compagnie d'enfants plus âgés ;
- Aime dialoguer avec les adultes.

Même si un nombre important de ces caractéristiques se manifeste, le diagnostic de la douance ne peut être établi ou confirmé que par un professionnel compétent à l'issue d'un bilan psychologique comprenant un test de Q.I auprès de psychologues au fait de ces spécificités.

L'accompagnement de ces enfants devra leur permettre de se socialiser et de développer leurs capacités.

12h20 – 12h40

Auditorium

INTERVENTION

Professeur Arnaud GOUGET

Président du P.M. B-FC

12h45 -14h

Repas et visite des stands

Notes

Notes

Notes

14h – 14h30
Salle RUDE

PRÉSENTATION PROGRAMME UMACOACH

Professeur Mathieu BOULIN
PU - PH Pharmacie Clinique -
UFR Sciences de Santé et CHU Dijon



Le CHU de Dijon a ouvert en 2017 l'Unité Médicale Ambulatoire de Cancérologie (UMAC). Il s'agit d'une unité d'hospitalisation de jour regroupant l'ensemble des activités de chimiothérapie et/ou immunothérapie des patients atteints d'hémopathies malignes, de cancers digestifs, gynécologiques et cutanés. Le programme UMACOACH (Unité Médicale Ambulatoire de Cancérologie-Collaboration Assistance Chimiothérapie) a spécifiquement été développé par les pharmaciens pour optimiser la prise en charge thérapeutique du patient.

En pratique, ce programme d'accompagnement est proposé à tous les patients dès leur 1^{ère} cure de chimiothérapie et/ou immunothérapie.

Le jour de la mise en route du traitement, le pharmacien rencontre une 1^{ère} fois le patient pour se présenter à lui, lui expliquer le programme et obtenir son accord pour un 1^{er} entretien. Un temps d'échange est prévu dans la journée entre le pharmacien et l'oncologue de l'UMAC mais aussi le pharmacien d'officine, le médecin traitant et le(s) médecin(s) spécialiste(s) du patient.

Sous l'impulsion du pharmacien, qui aura recueilli des informations le matin même auprès du patient, l'objectif entre professionnels de santé est de valider une synthèse optimale des traitements médicamenteux du patient avant qu'il ne quitte l'UMAC. Ainsi, certains traitements sont donc ajoutés, modifiés, supprimés par les différents médecins prescripteurs (en raison d'interactions médicamenteuses par exemple).

A la suite, le pharmacien de l'UMAC réalise un entretien pharmaceutique individuel avec le patient. Le pharmacien s'attache à expliquer le principe du nouveau traitement anticancéreux avec les modalités d'administration/de prise à la maison (en continu ou non, à jeun ou non...), la gestion des effets indésirables (« quoi faire en cas de » en termes d'attitudes, règles hygiéno-diététiques et/ou prises médicamenteuses ; de nombreux médicaments étant prescrits uniquement en cas de

symptômes comme nausées, diarrhées, fièvre...).

Outre les nouvelles prescriptions, le pharmacien s'attache aussi à expliquer au patient toutes les modifications éventuelles faites sur son traitement habituel avec les raisons des changements. A la fin de l'entretien, le pharmacien remet au patient un « plan pharmaceutique personnalisé », document papier élaboré avec la collaboration active du patient ou d'un aidant et qui résume l'ensemble des points évoqués. Ce document pédagogique aidera le patient/son aidant une fois rentré à domicile à être le plus autonome possible dans la gestion des médicaments et des effets indésirables. Le pharmacien de l'UMAC transmet ce document par messagerie sécurisée à l'ensemble des professionnels de santé hospitaliers et de ville impliqués dans la prise en charge du patient.

Après la sortie du patient, le pharmacien de l'UMAC est disponible par mail ou par téléphone pour répondre aux questions du patient et des autres professionnels de santé. Le patient continue le suivi tout au long de son parcours de soins, en collaboration étroite avec tous les professionnels de santé hospitaliers et de ville.

Salle CARNOT

LA MESURE AMBULATOIRE DE PRESSION ARTÉRIELLE SUR 24 HEURES (MAPA) EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Claire ZABAWA
Docteur Benoit DAUTRICHE
Médecins Généralistes - MUSSP - Chenôve
DMG - Dijon



L'hypertension artérielle (HTA) est une pathologie de soins premiers. Il s'agit du premier motif de consultation en médecine générale et plus de 90 % des patients hypertendus sont pris en charge exclusivement par un médecin généraliste. Le dépistage de l'HTA est réalisé au cabinet médical par des mesures de pression artérielle (PA) en consultation. Malheureusement, ces mesures de PA en consultation sont peu fiables et peuvent être sources d'erreurs diagnostiques. Les différentes sociétés savantes recommandent donc la réalisation de mesures ambulatoires de PA. Ces mesures ambulatoires ont une meilleure reproductibilité et permettent d'identifier les patients présentant une HTA « blouse blanche/pseudo-résistante » (PA élevée au cabinet

médical mais dans les normes en dehors du cabinet médical) ou une HTA « masquée/non contrôlée masquée » (PA dans les normes au cabinet médical mais élevée en dehors).

Deux types de mesures ambulatoires de PA sont validées pour le diagnostic et le suivi des patients hypertendus : l'automesure tensionnelle (AMT) et la mesure ambulatoire de pression artérielle sur 24 heures (MAPA). L'AMT est largement utilisée en médecine générale. Néanmoins, la MAPA a démontré sa supériorité diagnostique et pronostique par rapport à l'AMT. La MAPA est mieux corrélée au risque d'atteinte d'organe-cible. Elle détermine le profil tensionnel nyctéméral des patients et estime la PA nocturne, facteur important de morbi-mortalité cardiovasculaire. On évoque alors l'HTA diurne (moyenne des PA en période diurne > 135/85 mmHg), l'HTA nocturne (moyenne des PA en période nocturne > 120/80 mmHg) et/ou l'HTA sur 24 heures (moyenne des PA sur 24 heures > 130/80 mmHg). La MAPA permet également d'analyser la variation de PA entre la période diurne et nocturne (phénomène de dipping) et d'adapter le moment de prise du traitement antihypertenseur à chaque patient.

En France, seulement 51 % des patients sous traitement antihypertenseur atteindraient leurs objectifs tensionnels. La MAPA est un outil pratique, utilisable en soins courants, qui pourrait permettre d'optimiser le diagnostic et la prise en charge des patients hypertendus. C'est la stratégie la plus coût-efficace dans le diagnostic de l'HTA. Les initiatives locales de déploiement d'appareils de MAPA au sein de la région Bourgogne Franche-Comté en ont amélioré l'accès en soins premiers. La communication abordera différents aspects pragmatiques relatifs à l'utilisation de la MAPA en médecine générale :

- ses indications préférentielles ;
- ses contre-indications ;
- les conditions de pose et de dépose de l'appareil ;
- les critères de validité des enregistrements ;
- l'analyse des résultats ;
- les différents profils tensionnels ;
- les variations tensionnelles nocturnes : profils « reverse dipper/non dipper/dipper/extreme dipper ».

Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Auditorium

LE CERTIFICAT MDPH DE L'ENFANT

Docteur Emmanuelle QUENET
Médecin Généraliste – Chalons/Saône



Le certificat médical est un outil indispensable à la prise de décision de la MDPH

Au-delà du Cerfa par ailleurs identique à celui de l'adulte, les besoins de compensation du handicap chez l'enfant sont bien spécifiques et l'enjeu pour le médecin généraliste est bien d'optimiser son remplissage pour servir au mieux les intérêts de l'enfant.

Pour cela, il faut savoir se repérer dans les différentes aides humaines et/ou financières, les orientations scolaires adaptées, les établissements spécialisés et leurs acronymes parfois barbares mais également connaître les contraintes réglementaires liées à son élaboration.

Salle DAVOUT : ATELIER 14h - 14h55

OUTILS DE DÉPISTAGE DES TROUBLES SENSORIELS ET DU LANGAGE CHEZ L'ENFANT.

Docteur Anne-Laure BONIS
Médecin généraliste - Dijon



Dépister des maladies avant l'âge de 6 ans permet de prévenir certains handicaps et maladies à l'âge adulte ;

12 à 18 % des enfants présenteront une otite séreuse durable dans les 5 premières années de la vie, altérant leur audition de façon plus ou moins prolongée.

L'organisation de la surveillance médicale est encadrée par des textes précis et est assurée par un médecin librement choisi par les parents : les généralistes suivent 79 % des enfants de moins de 16 ans, 61% des consultations des enfants de moins de un an.

Le dépistage des troubles sensoriels est d'ailleurs un élément nouveau de la ROSP de l'enfant qu'il faut pouvoir justifier.

La mallette OEM est un outil de référence, ludique et facile d'utilisation. La mallette ERTL4 est aussi une référence pour le dépistage des troubles du langage à partir de 3 ans et 9 mois.

L'URPS-ML-BFC a récemment aidé les médecins de Bourgogne Franche-Comté à s'équiper de ces mallettes.

L'atelier est l'occasion de connaître l'origine de la conception de la mallette OEM, de rencontrer Adrien Waligova, futur thésard en charge de l'évaluation, de cerner les différentes situations et indications d'utilisation, ainsi que d'assister à une démonstration des 2 mallettes.

14h35 – 14h55

Salle RUDE

LA FAIM, LA SOIF EN FIN DE VIE : FAUT-IL PERFUSER ?

Docteur Claude PLASSARD
Gériatre/Soins Palliatifs - Châtillon sur Seine



La grande majorité des patients en fin de vie n'a pas de sensation de soif, et lorsqu'elle existe, cette sensation liée à la bouche sèche, est soulagée par la prise orale de petites quantités de boissons et par les soins de bouche.

La déshydratation au stade ultime de la vie, entraîne la sécrétion d'opioïdes cérébraux ayant une action antalgique et sédative.

L'hydratation IV ou SC n'améliore pas en fin de vie la sensation de soif, mais risque d'augmenter l'encombrement bronchique.

Dans la majorité des cas, la phase terminale d'une maladie grave, s'accompagne d'une anorexie et d'une satiété précoce.

L'alimentation entérale par sonde naso-gastrique ou par gastrostomie expose à diverses complications, dont la pneumopathie d'inhalation.

On est dans l'alimentation plaisir, on doit oublier « l'équilibre

alimentaire ».

Arrêter alimentation et hydratation ne signifie pas l'arrêt des soins ; il conviendra de s'appuyer sur ce que le malade a pu dire avant, directives anticipées, personne de confiance.

En conclusion, très peu d'intérêt à la perfusion de fin de vie !

Salle CARNOT

ROSP (RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE)

Docteur Christophe THIBAUT
Médecin Généraliste - Charmoy



La ROSP a été introduite par la convention médicale de 2011, succédant à son expérimentation (le CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles), et s'inspirant du P4P anglo-saxon. Elle a été modifiée, mais réaffirmée dans la convention de 2016.

Elle représente désormais une part non négligeable de rémunération par capitation pour les praticiens qui ne l'ont pas refusée. Elle est soumise à la validation d'un certain nombre d'items évolutifs, dont certains échappent au praticien lui-même.

Son calcul peut paraître obscur, et des contestations existent (elles paraissent cependant moins nombreuses qu'elles pourraient l'être...).

Elle n'est pas proposée à toutes les spécialités. Son principe a été abandonné dans certains pays, mais on continue à la faire évoluer en France.

Alors s'agit-il comme la langue d'Esopé de la meilleure et de la pire des choses ? Vous aurez ici quelques éléments de réponse.

Auditorium

MICI CHEZ L'ENFANT

Docteur Aurélie COMTE
Gastropédiatre – CHU Besançon



Les maladies inflammatoires cryptogénétiques intestinales (MICI) comprennent la maladie de Crohn, la recto-colite hémorragique (RCH) et les colites chroniques inclassées (CCI). Ce sont des pathologies multifactorielles faisant intervenir des facteurs génétiques et des facteurs d'environnement.

Des études ont montré que 15 à 25% des cas débutaient dans l'enfance ou l'adolescence avec un pic de fréquence à l'adolescence. L'incidence pédiatrique en France est estimée à 3-5/100 000 personnes-années.

Si le diagnostic doit être évoqué comme chez l'adulte devant des diarrhées chroniques, rectorragies et douleurs abdominales, la particularité des MICI à début pédiatrique est le retentissement sur la croissance avec un ralentissement parfois précoce de la taille. Chez certains enfants, le ralentissement statural précède les signes digestifs et la recherche d'une MICI doit faire partie du bilan biologique initial de cassure staturale.

Les recommandations pour le diagnostic sont de faire une endoscopie haute et basse systématique et une évaluation du grêle par imagerie (entéroIRM).

Au niveau thérapeutique, dans la maladie de Crohn, le traitement de première intention de la poussée est nutritionnel avec une nutrition exclusive par un soluté polymérique enrichi en TGF-beta (Modulen). L'alternative est une corticothérapie utilisée en seconde intention afin d'éviter un ralentissement de la croissance d'origine iatrogène. Dans la RCH, les traitements sont les mêmes que ceux de l'adulte avec utilisation des salicylés (5ASA) et des corticoïdes.

Un traitement de fond est en général recommandé dès la première poussée avec en première intention des immunosuppresseurs (azathioprine) puis en deuxième intention ou en cas de critères de gravité, des immunomodulateurs (anti-TNFalpha). L'AMM en pédiatrie concerne l'infliximab et l'adalimumab en première ligne d'anti-TNF dans la maladie de Crohn, et l'infliximab dans la RCH.

Notes

Pause 1/2h et visite des stands

15h25 – 15h45

Salle RUDE

BILAN DE THROMBOPHILIE AU CABINET DU GÉNÉRALISTE : QUAND ? POUR QUI ? POURQUOI ?

Docteur Emmanuel DE MAISTRE

Hémostase - CHU Dijon



Le terme de thrombophilie biologique regroupe les facteurs de risque biologique, constitutionnels ou acquis, prédisposant à la survenue d'une thrombose veineuse et/ou embolie pulmonaire. Les paramètres biologiques n'ont pas évolué depuis les propositions du GEHT publiées en 2009 ; une actualisation est en cours, avec probablement un ciblage plus restreint des explorations.

Dans la thrombophilie constitutionnelle, il faut distinguer le déficit en antithrombine (anciennement antithrombine III) qui est associé au plus fort risque thrombotique (RR ≈ 10) des autres déficits en protéine C et protéine S (RR ≈ 6 à 8). Le polymorphisme V Leiden a une forte prévalence dans la population générale, variable selon les régions en France (de 2% dans le sud jusqu'à 9% en Alsace), avec RR ≈ 4 ; ce polymorphisme est observé chez 20% des patients avec une histoire thrombotique veineuse. Le polymorphisme 20210 sur le gène de la prothrombine a une prévalence plus faible, mais il est souvent observé dans des localisations inhabituelles (thrombose veineuse cérébrale, en association avec une contraception oestro-progestative, thrombose veineuse splanchnique). La thrombophilie acquise concerne les anticorps dits antiphospholipides (anticoagulant circulant de type lupique en tests de coagulation et anticorps anti-cardiolipine et anti-bêta2GP1 en tests ELISA).

Les indications du bilan de thrombophilie sont actuellement en révision, avec probablement des indications plus restreintes. Pour le moment, cette exploration est à proposer en cas d'accident thrombotique veineux survenu sans facteur déclenchant majeur (chirurgie, fracture, plâtre, cancer), avant l'âge de 60 ans. Il n'est pas recommandé d'explorer après une thrombose veineuse superficielle ou une thrombose veineuse profonde de siège uniquement distal. Une étude familiale peut être proposée, en particulier chez la jeune patiente (choix de la contraception orale, suivi de grossesse).

Le prélèvement devrait être effectué à distance du traitement anticoagulant, et donc de l'épisode thrombotique. En effet, la durée du traitement anticoagulant après le premier épisode doit tenir compte en premier lieu des circonstances de survenue (le risque de récurrence après un premier épisode n'est pas augmenté en cas de polymorphisme sur le gène du facteur V ou du facteur II). En pratique, le bilan est souvent effectué à la phase aiguë de l'accident thrombotique, avant de démarrer le traitement anticoagulant, afin de limiter les interférences sur certains paramètres biologiques (en particulier avec les AOD : Xarelto®, Eliquis® et Pradaxa®). Le bilan est remboursé à la condition de justifier la prescription sur l'ordonnance. En cas d'identification d'un facteur de thrombophilie, une consultation spécialisée doit être proposée afin de confirmer le résultat et d'apporter les premières informations au (à la) patient(e).

L'intérêt du bilan de thrombophilie est actuellement en discussion, en particulier avec l'arrivée des AOD, qui transforment la prise en charge de la maladie thrombo-embolique veineuse. Une prévention secondaire, avec éventuellement une posologie réduite, peut être proposée en cas d'accident thrombo-embolique idiopathique, quel que soit le résultat du bilan de thrombophilie. Il convient de suivre la publication des prochaines propositions des sociétés savantes.

Salle CARNOT

NUTRITION ET CANCER : POINTS SUR LES CONNAISSANCES ET OUTILS POUR AIDER LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Docteur Vanessa COTTET

Réseau NACRe - CHU Dijon



Le cancer est un problème majeur de santé publique, 1^{ère} cause de mortalité en France depuis 2004, alors que 40% des cas pourraient être évités. La nutrition dans son ensemble (alimentation, alcool, activité physique, surpoids et obésité) est un des facteurs essentiels sur lequel il est possible d'agir.

Des objectifs prioritaires pour la prévention nutritionnelle des cancers sont définis à partir de connaissances scientifiques expertisées. Ces objectifs sont cohérents avec les nouvelles recommandations nutritionnelles établies par Santé Publique France en 2019, et diffusées dans le cadre du PNNS 4 (2019-2023).

Les professionnels de santé, et en particulier les médecins généralistes, sont des interlocuteurs privilégiés pour transmettre les messages de prévention auprès de leurs patients. Il semble donc important de porter à leur connaissance les dernières données validées sur les facteurs de risque et facteurs protecteurs et de les aider à décrypter les allégations non fondées (« régimes et super-aliments prétendus anti-cancer ») qui sont largement relayées dans les médias et brouillent l'information des patients. Et puisqu'adopter des habitudes favorables à la santé ne dépend pas seulement d'une bonne information, des outils tel que l'entretien motivationnel seront présentés pour aider à accompagner les patients vers le changement de comportement.

Auditorium

DÉPRESSION CHEZ L'ENFANT (AVANT 15 ANS)

Docteur Julie MATHIEU

Psychiatre - CHR Besançon



Actuellement, l'existence de la dépression chez l'enfant ne fait plus aucun doute. Selon une enquête Inserm datant de 2014, la prévalence en population générale de la dépression est évaluée entre 2,1 et 3,4% chez l'enfant et à 14% chez l'adolescent. En population clinique (consultations et hospitalisations en pédopsychiatrie), la fréquence de la dépression chez l'enfant atteint plus de 20 % avec un sex-ratio de deux garçons pour une fille.

Il est important de souligner, qu'au cours de son développement, chaque enfant traverse des moments dépressifs non pathologiques. Aussi, faire la différence entre ces moments dépressifs liés à un stade maturatif normal et un épisode dépressif caractérisé est un enjeu clinique majeur.

Diagnostiquer une dépression chez l'enfant est d'autant plus difficile que le tableau clinique est polymorphe et plus complexe que celui de l'adulte. De plus, nous pouvons noter que les spécificités de la dépression de l'enfant ne sont pas reconnues dans les critères diagnostiques des classifications internationales (DSM-5, CIM-10).

Aussi, pour étayer ce diagnostic de dépression chez l'enfant, il faudra se montrer tout particulièrement attentif à repérer des signes cliniques moins caractéristiques, plus variés et parfois paradoxaux. Parmi les différents symptômes identifiés, nous pouvons citer non exhaustivement : ralentissement

psychomoteur, repli, isolement, agitation, irritabilité et colère, opposition, manque d'intérêt, dévalorisation, chute des résultats scolaires du fait de difficultés attentionnelles, troubles des fonctions instinctuelles (anorexie, hyperphagie, difficultés d'endormissement) et enfin plaintes somatiques diverses. Chez le grand enfant et plus particulièrement chez l'adolescent, nous pouvons voir apparaître des troubles du comportement à type de vols, fugues ou encore des conduites délinquantes. Toutefois, la conjonction de 5 à 6 de ces symptômes, leur permanence dans le temps et la notion d'une modification comportementale nette par rapport au fonctionnement antérieur de l'enfant sont très caractéristiques de l'épisode dépressif. Ce dernier survient fréquemment à la suite d'un événement ayant valeur de perte ou de séparation dont certains peuvent passer inaperçus aux yeux des adultes (séparation des parents, décès d'un membre de la famille, déménagement, mort d'un animal de compagnie).

Devant un épisode dépressif de l'enfant, il est indispensable d'évaluer les idées suicidaires.

Une prise en charge doit être proposée à l'enfant tout en impliquant étroitement ses parents. Les recommandations actuelles préconisent en première intention la psychothérapie. En l'absence d'amélioration au bout de plusieurs séances de psychothérapie, il est recommandé d'adjoindre un traitement antidépresseur de type ISRS. La fluoxétine est la seule molécule bénéficiant d'une AMM en France dans la dépression de l'enfant (à partir de 8 ans).

Le médecin généraliste a un rôle majeur dans la détection précoce de la dépression de l'enfant. En étant sensibilisé à la reconnaissance des symptômes, il peut orienter vers une prise en charge appropriée.

Notes

15h50 – 16h20

Salle RUDE

SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS

Docteur Sandrine MILLOT

Neurologue - Dijon



Le syndrome des jambes sans repos touche surtout les membres inférieurs, parfois les membres supérieurs (20%).

Il est fréquent (8.5% de la population), touche surtout les femmes et est sous-diagnostiqué.

Il a des conséquences sur la qualité de vie et du sommeil. Il peut être secondaire ou primaire.

Il se présente comme un besoin irrésistible de bouger les membres pour soulager paresthésies et impatiences. Il est présent le soir et la nuit essentiellement.

Le traitement est symptomatique en général.

UN LAIT (INFANTILE) ... MAIS QUEL LAIT ?

Professeur Maxime GONNOT

Pédiatre - CHU Dijon



Que choisir ? Une vraie jungle (plus de 230 produits), avec de nouveaux produits ou de nouvelles compositions qui apparaissent sans arrêt ! Malgré tous les progrès des industriels, le lait de mère reste et restera la référence, le "gold standard des laits infantiles...". Le lait infantile n'est pas un médicament mais un produit alimentaire spécifique. Il convient donc de rester critique (mais intéressé) à propos de certaines propositions qui relèvent plus du marketing ou de l'effet placebo que de

certitudes scientifiques... Il existe des recommandations officielles permettant l'appellation de préparations lactées pour Nourrisson (ex 1^{er} âge) et préparations de suite (ex 2^e âge). Toutes les propositions ne respectant pas cette terminologie doivent être exclues. Retenir en résumé :

- Laits « pré » : pour enfants de faible poids de naissance
- Laits pour nourrissons : ex 1^{er} âge, de la naissance à la diversification
- Laits de suite : ex-2^e âge, de la diversification à 12 mois
- Laits « de croissance » : pour enfant de 1 à 3 ans (attention, tous ne se valent pas, privilégier les marques commercialisant aussi des préparations pour nourrissons. Le lait de suite peut aussi être poursuivi, il a la même réglementation)
- Laits « AR » anti-régurgitation, pré épaissis
- Laits « HA » hypoallergéniques : proposés en préventif pour éviter les manifestations allergiques. Choisir des produits ayant fait la preuve d'une certaine efficacité (étonnamment, il y en a seulement trois !)
- Laits sans Lactose : proposés uniquement dans certaines diarrhées aiguës sévères ou prolongées
- Laits avec pré-, pro- ou syn- biotiques : doivent encore faire leurs preuves cliniques même si les arguments scientifiques s'accumulent (allergie et immunité). Chaque produit doit avoir ses propres études scientifiques et non se servir de celles des autres !
- Préparations à base de soja : peuvent remplacer les laits à base de protéine du lait de vache, pour l'enfant de parents végétariens et peut-être pour l'allergique au-delà de 6 mois (mais risque d'allergie au soja). Inquiétude actuelle sur leur contenu en œstrogènes végétaux (isoflavones) et en phytates
- Il existe des préparations à base de riz, indiquées dans l'allergie au lait de vache (sous réserve d'études scientifiques, comme toujours) et qui respectent la législation
- Laits à base de protéines hydrolysées. La plupart sont sans lactose, certains enrichis en triglycérides à chaînes moyenne (TCM). Indications : malabsorption, maldigestion, diarrhée aiguë du nourrisson de moins de 4 mois, prévention et traitement de l'allergie aux protéines du lait de vache.
- Les jus végétaux sont à proscrire s'ils sortent de magasins dits « diététiques » et ne respectent pas la législation sur les aliments infantiles, ce qui est le cas de « laits » de noisette, d'amande, de riz, de châtaigne... Les laits des autres mammifères que la vache sont également formellement déconseillés pour les nourrissons. Une seule présentation respecte les besoins nutritionnels.

SAVOIR DIRE NON AU PATIENT

Professeur François MORLON

Médecin Généraliste - Dijon



Bonjour.

A votre demande, le président du PMBFC insiste pour que j'écrive un abstract de mon intervention Samedi 11 juin 2022. Tout comme vous probablement, je trouve cette requête injustifiée vu le thème de ma présentation. Je lui ai donc signifié, que « NON, ce n'est pas possible ». Ce à quoi, après quelques secondes d'hésitation, il a eu le culot de me demander « pourquoi ? ». Franchement, vous auriez fait de même ? Alors, tout comme je vous répondrais, je lui ai rétorqué : « Arnaud, à ton avis, pourquoi ce n'est pas possible ? ». Et il m'a répondu, laissant entrevoir dans sa réponse l'illégitimité de sa demande première (qui en passant est aussi la vôtre). Comme il était tombé juste, je lui ai répondu : « et oui Arnaud, c'est bien de ça qu'il s'agit ! ». Alors, il n'a pas insisté et je n'ai pas écrit d'abstract pour mon intervention au PMBFC 2022.

Salle CARNOT

DYSFONCTION ÉRECTILE ! POURQUOI ET COMMENT ÉVOQUER CE SUJET EN PRATIQUE QUOTIDIENNE ?

Docteur Dany JAWHARI

Médecine Sexuelle - Dijon



Souffrir d'une dysfonction érectile (DE), c'est souffrir seul, en silence, sans oser en parler autour de soi ou même en faire la démarche nécessaire.

La vraie difficulté en pratique quotidienne reste de savoir comment évoquer ce sujet si tabou : seulement 9% des médecins en France abordent le sujet !

Et pourtant différentes pathologies chroniques entraînent des troubles de l'érection et à l'inverse une dysfonction érectile peut être un indicateur de telles pathologies. Ainsi, les troubles de l'érection sont « un baromètre » de l'état clinique d'où l'intérêt de leur prise en compte.

Nous savons de nos jours que diagnostiquer une dysfonction érectile peut conduire à découvrir et traiter des facteurs de risque vasculaire méconnus, et par là à éviter la progression de la maladie cardio-vasculaire principale cause de mortalité chez l'homme. La DE pourrait même être le témoin d'une maladie cardio-vasculaire sous-jacente, une large proportion des hommes installant une dysfonction érectile avant que leurs symptômes cardiaques ou vasculaires autres deviennent manifestes.

Dans le cadre du diabète, il existe une physiopathologie complexe avec des interférences à tous les niveaux entre diabète et DE, la dysérection du diabétique doit être dépistée précocement, pour prendre en charge un patient qui souffre et de plus surexposé aux coronaropathies. Nous retrouvons une physiopathologie commune entre les symptômes du bas appareil urinaire liés à l'HBP et DE. La BPCO a une action délétère sur la fonction érectile, présente dans 75 % des cas.

Par ailleurs la dysfonction érectile est responsable d'une mauvaise compliance aux traitements, 87 % des patients arrêtent leur traitement anti-hypertenseur car ils avaient le sentiment qu'il causait des problèmes d'érection, près d'un diabétique sur deux le fait.

La conférence va permettre de sensibiliser les médecins généralistes à évoquer ce sujet, de leur indiquer comment le faire en pratique quotidienne et de démontrer que prendre en charge un homme, souffrant d'une dysfonction érectile... Indiscutablement un vrai service à lui rendre !

Auditorium

SOUFFLE CARDIAQUE CHEZ L'ENFANT

Docteur Sylvie FALCON EICHER

Cardio-Pédiatre – CHU Dijon



La découverte d'un souffle cardiaque est très fréquente chez l'enfant. On le retrouve chez 5% des nouveaux nés et plus encore chez l'enfant plus grand, notamment chez les plus de 2 ans où il est fréquemment systolique et de nature anorganique.

Les cardiopathies complexes sont majoritairement découvertes en période anténatale, néonatale ou dans le premier mois de vie.

L'auscultation cardiaque requiert l'utilisation d'un stéthoscope pédiatrique. Elle n'est pas très aisée en raison de la fréquence cardiaque rapide, des pleurs et de l'arythmie respiratoire fréquente. Il faut ausculter le précordium, mais aussi le dos et les aisselles.

- Les **souffles diastoliques** jamais anorganiques (insuffisance aortique ou pulmonaire), et les **souffles continus** (canal artériel persistant) vont nécessiter une consultation de cardiologie pédiatrique.
- Pour les **souffles systoliques**, l'examen clinique est fondamental surtout chez le nourrisson.
- L'interrogatoire recherchera des signes d'insuffisance cardiaque: prise des biberons anormalement lente, sueurs, croissance pondérale altérée.
- L'examen clinique trouvera une polypnée qui peut être présente même au repos. L'absence de pouls fémoraux surtout chez le moins de 3 mois doit faire adresser l'enfant rapidement auprès du spécialiste (risque de coarctation de l'aorte)
- Ensuite, il faut essayer de caractériser le souffle :
 - sa localisation,
 - son intensité (qui n'est pas corrélée à la gravité),
 - son irradiation (en rayon de roue pour la communication interventriculaire),
- Il faut aussi essayer de caractériser les deux bruits : un dédoublement intermittent de B2 n'est pas pathologique, mais un B2 claqué peut évoquer une hypertension artérielle pulmonaire.

En présence d'un souffle systolique asymptomatique, chez le nourrisson de moins de 3 mois on rencontre fréquemment des anomalies mineures de type communication interventriculaire ou sténose valvulaire aortique ou pulmonaire. L'avis du cardiopédiatre est recommandé.

Entre 3 mois et 3 ans, on retrouve les mêmes valvulopathies, des communications interventriculaires ou interauriculaires mais aussi des souffles anorganiques.

Chez l'enfant plus grand, les souffles anorganiques dominent avec le fait qu'ils s'entendent volontiers en cas de virose, varient dans le temps, et diminuent voire disparaissent en position debout.

Retrouvez les résumés du P.M. B-FC sur notre site :

www.pmbfc.fr

16h20 – 16h50

Auditorium

SUJET D'ACTUALITÉ :
LES FAKE NEWS ET
LA VACCINATION ANTICOVID

Docteur Michel DUONG
Dijon



Fin du congrès

Notes

NON AU TEMPS PERDU

à refaire une prescription de soins infirmiers !

MÉDECINS : TOUS CONCERNÉS !



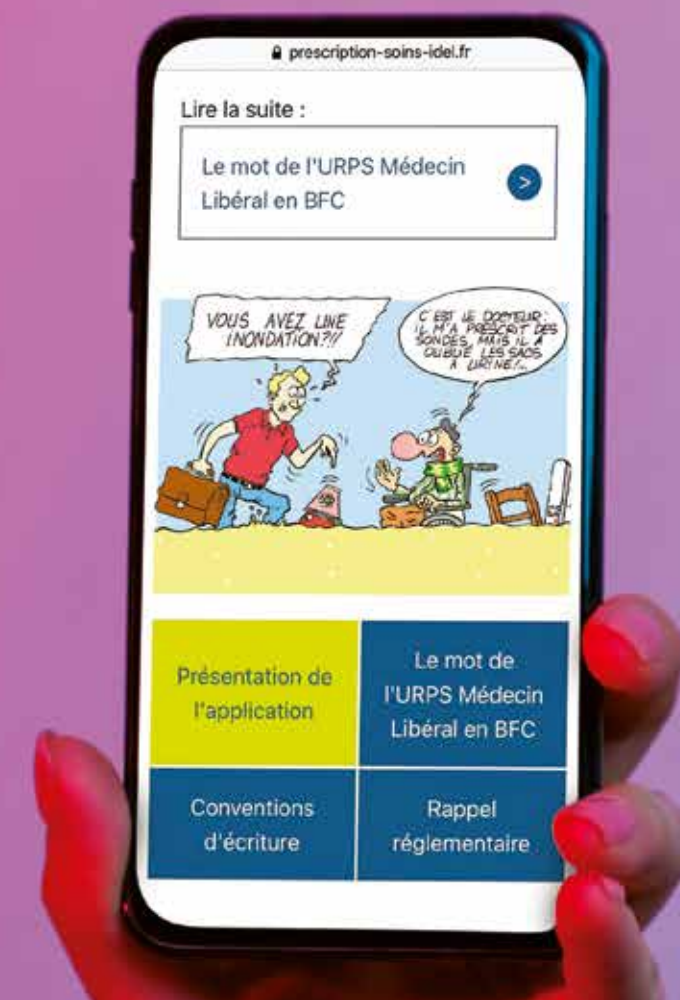
www.prescription-soins-idel.fr

Médecins, vous souhaitez :

- L'efficacité du traitement ?
- Une prise en charge rapide ?
- Une bonne entente médecin / infirmier ?
- Une optimisation de votre temps ?
- Une meilleure réponse aux besoins de vos patients ?

Pour vous faciliter la vie :

- Pratique, adapté et facile d'utilisation
- Validé par l'URPS Médecin Libéral en BFC et l'Assurance Maladie BFC



PRINTEMPS MEDICAL DE BOURGOGNE ET DE FRANCHE COMTE – Samedi 11 juin 2022 – PALAIS DES CONGRES DE BEAUNE

8 h 00 – Accueil des participants avec remise des pochettes du congrès

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| Horaires | Salle RUDE | Salle CARNOT | Auditorium (fil rouge) | Salle Davout |
| 9h - 9h30 (30 mn) | Hypnose médicale <i>Dr Bertrand Foyard</i> | Les plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO) pour les troubles du neurodéveloppement (TND) <i>Dr Laura Briere-Goutchkoff</i> | La puberté précoce : ne la manquez pas ! <i>Dr Marie Bournez</i> | Atelier Communication verbale et non verbale <i>Pr François Morlon</i> (18 places) (55 mn) |
| 9h35 - 9h55 (20 mn) | Les maladies tropicales courantes en métropole <i>Dr Fabienne Bozon</i> | La médiation familiale en Médecine Générale <i>Association des médiateurs de Saône et Loire</i> | Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité - <i>Dr Jean-Michel Pinoit</i> | |
| Changement de salle | | | | |
| 10h – 10h20 (20 mn) | Actualités sur la prise en charge de la lombalgie <i>Dr Amélie Bohm Sigrand</i> | Pharmacovigilance : quelle place dans la gestion de la pandémie à SARS-CoV2 ? <i>Dr Anne Dauriche</i> | Les pathologies dermatologiques en pédiatrie courante en Médecine Générale <i>Pr Christophe Bedane</i> | |
| Pause ½ heure et visite des stands | | | | |
| 10h45 - 11h15 (30 mn) | DIVA <i>Pr Maurice Giroud</i> | Traitement du diabète de type 2 : nouveautés et perspectives en 2022 <i>Dr Emilienne Quillot</i> | Maltraitance de l'enfant <i>Dr Sylvie Bernardini</i> | Atelier Les gestes d'urgence <i>Dr Christophe Avena</i> (55 mn) |
| Changement de salle | | | | |
| 11h20 – 11h 40 (20 mn) | Vieillessement des personnes atteintes de handicap <i>Dr Camille Baudin-Senegas</i> | Syndrome de l'apnée Obstructif du Sommeil de l'enfant <i>Dr Aurélien Vaillant et Dr Nicolas Beck</i> | Le bon sens parental dans les 3 premiers mois de vie de l'enfant <i>Dr Isabelle Buchs-Renner</i> | |
| Changement de salle | | | | |
| 11h45 - 12h15 (30 mn) | Insuffisance rénale chronique : quand et pourquoi adresser au néphrologue ? <i>Dr Marina Rabec</i> | Guide pratique pour la prise en charge de la dépression en médecine générale <i>Dr Guillaume Chabridon</i> | Repérage des enfants à haut potentiel <i>Mme Aline Morlon</i> | |
| Changement de salle | | | | |
| 12h20 - 12h40 | Auditorium - Intervention du Pr Arnaud Gouget, président du P.M. B.F.C | | | |
| 12h45 - 14h00 | REPAS ET VISITE DES STANDS | | | |
| 14h - 14h30 (30 mn) | Présentation du l'UMACOACH (Unité Médicale Ambulatoire de Cancérologie-Collaboration Assistance Chimiothérapie) <i>Pr Mathieu Boulin</i> | Interprétation de la MAPA <i>Dr Claire Zaboawa – Dr Benoit Dauriche</i> | Le certificat MDPH de l'enfant <i>Dr Emmanuelle Quenet</i> | Atelier Le dépistage des troubles sensoriels de l'enfant par le médecin généraliste <i>Dr Anne-Laure Bonis</i> (55 mn) |
| Changement de salle | | | | |
| 14h35 - 14h55 (20 mn) | La faim, la soif en fin de vie : faut-il perfuser ? <i>Dr Claude Plassard</i> | La ROSP (la rémunération sur objectifs de santé publique) <i>Dr Christophe Thibault</i> | MICI chez l'enfant <i>Dr Aurélie Comte</i> | |
| Pause ½ heure et visite des stands | | | | |
| 15h25 - 15h45 (20 mn) | Bilan de thrombophilie : quand ? Pour qui ? Pourquoi ? <i>Dr Emmanuel de Maistre</i> | Nutrition et cancer : Points sur les connaissances et outils pour aider le changement de comportement <i>Dr Vanessa Cottet</i> | Depression chez l'enfant (avant 15 ans) <i>Dr Julie Mathieu</i> | |
| Changement de salle | | | | |
| 15h50 – 16h20 (30 mn) | Flash | 1 – Syndrome des jambes sans repos <i>Dr Sandrine Brunot Millet</i> 2 – Le lait (infantile), mais quel lait ? <i>Dr Maxime Gonnat</i> 3 – Savoir dire non au patient – <i>Pr François Morlon</i> | Dysfonction érectile ! pourquoi et comment évoquer ce sujet en pratique quotidienne ? <i>Dr Dany Jawhari</i> | Souffle cardiaque chez l'enfant <i>Dr Sylvie Falcon Eicher</i> |
| Changement de salle | | | | |
| 16h20 - 16h50 | Auditorium - Sujet d'actualité : Les fake news et la vaccination antiCovid – <i>Dr Michel Duong</i> | | | |
| 16h50- 17h00 | Fin du congrès | | | |

Fil rouge : La pédiatrie en médecine générale