

# Printemps médical de Bourgogne et de Franche-Comté

35<sup>ème</sup> édition

**Samedi 14 juin 2025**

*Palais des Congrès  
BEAUNE*



*La iatrogénie*

---

## Liste des exposants

- URPS Médecin Libéral en Bourgogne Franche Comté
  - Laboratoire GlaxoSmithKline (GSK)
  - Collège Bourguignon des Généralistes Enseignants (CBGE)
  - Laboratoire PFIZER
  - Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS sud côte d'or)
  - Laboratoire CANSSM FILIERIS
  - FACS BFC (DAC 21)
  - Laboratoire MSD France
  - Centre de Santé Départemental de Saône et Loire
  - Laboratoire ASTRA ZENECA
  - Laboratoire VIATRIS SANTE
  - Laboratoire LILLY France
  - Laboratoire ELIVIE
  - Dispositif Régional de l'endométriose Bourgogne Franche Comté : EndoBFC
-

# EDITO



Bienvenue à tous !

Cette 35<sup>eme</sup> édition de notre congrès est tournée vers la iatrogénie : « *primum non nocere* » nous enseignaient nos maîtres...

Les progrès multiples de la médecine permettent l'essor de nouveaux moyens diagnostiques et de nouvelles thérapeutiques, que nous vivons au quotidien. Le corollaire de cette évolution naturelle est la révision nécessaire de nos certitudes d'hier. Nous devons aussi faire preuve de vigilance et savoir nous interroger quant au bénéfice de telle démarche ou prise en charge.

In fine, la constance de notre réflexion et de nos décisions professionnelles reste que cela soit toujours au bénéfice du patient assis en face de nous, au regard de ses souhaits exprimés.

Notre congrès évolue aussi : le logo, le site, le mode d'inscription, l'harmonisation du format des interventions... au regard de vos souhaits exprimés.

Et, comme chaque année, nous remercions vivement nos orateurs, ainsi que nos partenaires.

Nous espérons que vous prendrez plaisir lors de cette journée !

**Dr 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 :

Pr Sylvain AUDIA	membre actif
Dr Anne DAUTRICHÉ	administratrice
Pr Hervé DEVILLIERS	administrateur
Dr Raphaël GALÉA	vice-président
Pr Arnaud GOUGET	président
Dr Véronique JOST	secrétaire générale
Pr Thierry LEPETZ	trésorier
Dr Claude PLASSARD	membre actif
Dr Marina RABEC	membre actif
Dr Claire ZABAWA	membre actif
Dr Théoline FEVRE	secrétaire générale
Dr Stéphane ATTAL	membre actif
Dr Benoît AUGE	membre actif

#### Coordination :

Adèle CARRÉ	secrétaire
-------------	------------



#### Printemps Médical de Bourgogne et de Franche Comté

26 rue Antoine Monnot 39410 Saint Aubin  
 pmbfc.contact@gmail.com

[www.pmbfc.fr](http://www.pmbfc.fr)

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

**9h**

**Salle RUDE**

**PEUT-ON PARLER D'ANDROPAUSE  
CHEZ L'HOMME ?**

**Docteur Antoine BARTHELEMY**

*Médecin coordonnateur du CSO*



Dans le corps humain, toutes les fonctions endocrines tendent à vieillir. Et l'axe gonadique ne fait pas exception. Il est prouvé qu'à partir de 65 ans, il existe une baisse progressive de la testostérone totale de près de 30% en comparaison à un homme jeune. En revanche, l'activité de la spermatogénèse est pratiquement conservée, avec une stabilité de l'inhibine B jusqu'à 80 ans, une diminution relative du volume testiculaire de seulement 15%, et une qualité des spermatozoïdes quasiment intacte, seuls la mobilité et le volume de l'éjaculat étant altérés, ce qui rend la capacité fécondeante de l'homme âgé encore bien réelle. Le terme « andropause » est donc impropre car impliquerait étymologiquement une fin de l'activité hormonale sexuelle, quel que soit le patient, et est maintenant remplacé par « hypogonadisme fonctionnel ».

La prévalence reste modeste, estimée entre 2 et 12%, ce qui prouve l'absence d'inéluctabilité. Cette baisse de la testostéronémie ne suffit pas à elle seule à faire le diagnostic, qui s'appuie également sur la présence concomitante de symptômes. C'est-à-dire que certains patients ne présenteront finalement aucune manifestation de l'hypogonadisme, et ce malgré une testostéronémie potentiellement abaissée. Beaucoup moins bruyants que chez son homologue de genre, les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont assez aspécifiques, tels qu'une augmentation de la masse grasse, faiblesse musculaire, dépression, baisse de la libido, dysfonction érectile, fatigue, trouble de la concentration. La prise en charge doit être pertinente, adaptée à chaque individu en fonction du retentissement physique, et les traitements substitutifs doivent être débutés dans des situations bien spécifiques.

**Salle CARNOT**

**POUSSEZ-VOUS, ÇA PRESSE !!  
HYPERACTIVITÉ VÉSICALE**

**En pratique quel bilan, quelle prise en charge avec un focus sur la stimulation du nerf tibial postérieur ?**

**Docteur Céline DUPERRON**

*Praticien hospitalier du Service d'Urologie  
du CHU de DIJON*



L'hyperactivité vésicale rassemble un cortège de symptômes tels que la pollakiurie diurne ou nocturne, des urgences et parfois les fuites urinaires sur ces besoins impérieux. L'hyperactivité vésicale (HAV) est principalement liée à l'âge, la ménopause, les antécédents chirurgicaux pelviens, certaines pathologies neurologiques (SEP, diabète, maladie de Parkinson...).

Le bilan en cas d'HAV doit permettre d'éliminer une infection ou un cancer de vessie. Il comporte au minimum un ECBU, une échographie rénale et vésicale qui évaluera aussi le résidu post mictionnel, voire une cystoscopie en cas d'antécédents tabagiques.

Le traitement de l'HAV comporte une éviction des irritants vésicaux (thé, café, alcool, plats épicés), une promotion de l'activité physique et une oestrogénothérapie locale prolongée chez la femme ménopausée (une application 2 fois par semaine). Une rééducation périnéale et sphinctérienne de 1<sup>re</sup> intention permet de travailler le réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur pour calmer les urgences.

En seconde intention, on propose aux patients soit :

- un traitement médicamenteux basé sur les anticholinergiques, en l'absence de résidu post mictionnel significatif. Les effets indésirables sont la constipation et la bouche sèche. On conseille de débuter à petites doses pour une meilleure acceptation du traitement (fésotérodine 4mg, solifénacine 5mg). Seul le chlorure de trospium ne passe pas la barrière hémato-encéphalique, et doit être préféré chez la personne âgée, avec risque de troubles mnésiques. Il doit être pris à distance des repas pour être efficace.
- une neuromodulation tibiale postérieure qui va agir sur les afférences pelviennes et les centres cérébro-spinaux du contrôle de la miction. Le mécanisme de fonctionnement n'est pas parfaitement compris. Il n'y a pas d'effets indésirables. Ce dispositif n'est pas compatible avec un pacemaker ou un défibrillateur sans avis cardiologique. Les 1ers bénéfices apparaissent au bout de 2 mois

d'utilisation. Le traitement est à poursuivre au long cours en cas d'efficacité. La location les 6 premiers mois puis l'achat sont pris en charge par la sécurité sociale.

En 3ème intention, on peut proposer une neuromodulation des racines sacrées, à l'aide d'un stimulateur continu des racines sacrées implanté dans la fesse ou l'injection de toxine botulique à petite dose (50 ou 100U), sous anesthésie locale, en cystoscopie dans le détrusor, tous les 6 mois.

Enfin, en cas d'HVA réfractaire (avec hyperactivité du détrusor en urodynamique en général), on peut proposer des cystectomies sus-trigonales avec entérocystoplastie d'agrandissement.

## Auditorium

# **LES MAUX DES MOTS : COMMENT LA PAROLE MÉDICALE PEUT HEURTER OU ÊTRE INADAPTÉE**

Professeur

Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER

Service de Psychiatrie Adultes, CHU Dijon-Bourgogne

*Laboratoire INSERM UMR-1231, équipe PADYS,  
Université Bourgogne Europe*



Dans la pratique médicale, les mots ne sont jamais neutres. Ils peuvent apaiser, soutenir, mais aussi blesser, parfois à l'insu de celui qui les prononce. Cette présentation propose une réflexion sur l'impact de la parole médicale dans la relation soignant-soigné et sur l'importance d'une communication ajustée et bienveillante.

La relation thérapeutique repose sur la confiance, un lien fragile tissé non seulement par des gestes et des attitudes, mais surtout par des mots. Annoncer un diagnostic sans égard pour la vulnérabilité du patient, utiliser un langage trop technique ou faire une remarque maladroite peut créer des malentendus et laisser des blessures invisibles. La médecine est un art où la manière de dire compte autant que le contenu.

La communication efficace repose sur des compétences clés : l'écoute active, l'empathie et la capacité de clarification. L'écoute active ne se limite pas à entendre : elle implique de capter les non-dits, de décoder les signaux non verbaux, et de s'immerger dans l'univers émotionnel du patient. L'empathie, quant à elle, permet d'accompagner le patient dans ses émotions, sans se laisser submerger, mais en restant présent et sincère.

Dans un contexte où la technologie et l'intelligence artificielle prennent une place croissante, les compétences relationnelles des médecins deviennent un sanctuaire précieux, inaccessibles aux machines. L'IA peut analyser des données, mais elle ne saura jamais éprouver l'empathie incarnée ni saisir la complexité des émotions humaines.

Cultiver une communication bienveillante, c'est réaffirmer le cœur humaniste de la médecine. Cela passe par l'ajustement aux besoins de chaque patient, la reconnaissance des émotions et un dialogue authentique. En définitive, les mots du médecin sont des outils thérapeutiques à part entière. Ils peuvent soigner autant qu'ils peuvent blesser. Prendre conscience de ce pouvoir, c'est contribuer à une médecine plus humaine, respectueuse et engagée. La qualité de la relation soignante n'est pas un simple atout : elle est et restera le socle fondamental de notre pratique.

Salle PAVOUT : ATELIER 9h - 9h55

ATELIER ECG

Docteur Johanna DUTEIL

*Cardiologue - Dole*



## Notes

9h30

Salle RUDE

# QUEL BILAN ET QUEL SUIVI APRÈS CHIRURGIE BARIATRIQUE ?

## Professeur Marie-Claude BRINDISI

*Médecin Nutritionniste, Centre Spécialisé de l'obésité  
(CSO) Bourgogne CHU Dijon*



En France, l'obésité touche 18,1% de la population adulte<sup>1</sup>. Environ 35000 chirurgies bariatriques (CB) ont lieu chaque année et on estime qu'environ 2,4% des adultes ont bénéficié d'une CB (essentiellement anneau gastrique ajustable, de moins en moins pratiqué), sleeve et by-pass<sup>1</sup>. Le suivi de ces patients est un enjeu majeur puisque 50% sont perdus de vue à 2 ans<sup>2</sup>.

Les nouvelles recommandations HAS sur la CB sont parues en 20243, et comprennent 160 recommandations où 5 grands thèmes sont abordés :

1. Les indications et contre-indications de la CB ;
  2. Le parcours pré-CB et les prérequis indispensables en ce qui concerne l'évaluation médicale du patient, la préparation diététique, comportementale et psychologique ;
  3. Le parcours post-CB et l'implication des professionnels de niveau 1 en partenariat avec l'équipe qui a réalisé la CB, développé ci-dessous ;
  4. Les points de vigilance concernant certaines populations ;
  5. La définition et la prise en charge de l'échec de la CB.

Le suivi post opératoire doit être effectué à vie, quelle que soit la technique chirurgicale. Ce suivi est réalisé par l'équipe bariatrique, de façon rapprochée la 1<sup>e</sup> année (1, 3, 6, 12, 18, 24 mois), en collaboration avec le médecin traitant (MT), puis s'espacera ensuite tous les 3 et 5 ans de la chirurgie si l'état de santé du patient est consolidé. Le suivi par le MT sera tous les 6 mois jusqu'à 5 ans puis annuel à vie.

Le contenu de chaque consultation consistera à évaluer: le ressenti et l'adaptation après CB, la qualité de vie ; la mise en place d'une alimentation adaptée, d'une activité physique ; l'évolution des comorbidités associées à l'obésité (HTA, diabète,...) et l'adaptation des traitements ; la perte de poids et sa cinétique (possibilité de s'aider du logiciel SOPHIA)4; les possibles complications chirurgicales (douleurs, vomissements, blocages, pullulation microbienne de l'intestin grêle (Small Intestine Bacterial Overgrowth : SIBO)...) ; l'état nutritionnel clinique et biologique.

avec un bilan minimal recommandé à chaque consultation, complété selon la clinique; la prise des micronutriments à vie et adaptée au type de CB ; la demande possible de chirurgie réparatrice ; le risque fracturaire ; l'apparition de malaises (dumping syndrome précoce, hypoglycémies tardives). Il faudra être particulièrement vigilant auprès de certaines populations : 1) les femmes en âge de procréer : préparer tout projet de grossesse et redresser la patiente à l'équipe bariatrique ou à un médecin nutritionniste ; 2) les patients avec antécédents de troubles du comportement alimentaire et/ou addictions et/ou troubles psychiatriques qui étaient stabilisés avant la CB. Le recours à un avis spécialisé devra se faire au moindre doute de complication nutritionnelle ou chirurgicale, même à distance de la chirurgie.

1. OFEO (Observatoire Français d'Epidémiologie de l'Obésité). Etude épidémiologique sur le surpoids et l'obésité – Odoxa LNCO – OFEO 2024.
  2. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/guide\\_.parcours\\_surpoids-obesite\\_de\\_ladulte.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/guide_.parcours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf)
  3. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/reco369\\_recommandations\\_obesite\\_2e\\_3e\\_niveaux\\_ii\\_cd\\_2024\\_02\\_08\\_preparation\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_ii_cd_2024_02_08_preparation_mel.pdf)
  4. <https://bariatric-weight-trajectory-prediction.univ-lille.fr/>

## Notes

**Salle CARNOT****TOUT SUR LA TOUX : QUELLE PRISE EN CHARGE EN MÉDECINE GÉNÉRALE****Docteur Nicolas FAVROLT***Institut Universitaire du Poumon, Maladies Respiratoires et Cancers du Poumon, CHU Dijon-Bourgogne*

La définition de la toux chronique est quelque peu arbitraire, mais on considère qu'il s'agit d'une toux qui évolue depuis au moins huit semaines. Cette durée permet de la distinguer de la toux aiguë post-virale qui se résout généralement dans les trois semaines. Une toux chronique persistante au cours des 12 derniers mois concerne près de 5 % de la population française.

Les étiologies sont nombreuses. Les trois causes les plus fréquentes doivent d'abord être recherchées : rhinosinusite, asthme, et reflux gastro-œsophagien. Pour la majorité des patients, l'interrogatoire est essentiel et permet d'avoir assez d'informations pour identifier une de ces trois causes. Le cas échéant, un traitement adapté doit alors être initié. La présence d'une symptomatologie clinique de reflux (pyrosis, régurgitations acides) justifie un traitement anti-reflux, en l'occurrence les inhibiteurs de la pompe à protons. Ces derniers ne présentent aucun intérêt dans le traitement de la toux chronique sans symptômes de reflux.

Les explorations doivent être très orientées par la clinique. Les différents examens sont indépendants les uns des autres et aucune hiérarchisation de prescription ne doit être établie. Endoscopie bronchique, scanner des sinus, bilan ORL, examen du larynx, pH-métrie œsophagienne, test à la métacholine pourront être prescrits au cas par cas. Le scanner thoracique peut permettre d'identifier des causes spécifiques. Il est inutile de procéder à un bilan trop large, ce d'autant que les examens complémentaires reviennent normaux dans la grande majorité des cas.

Lorsqu'aucune cause n'a été retrouvée malgré une exploration exhaustive orientée par la clinique ou en l'absence d'amélioration de la toux en dépit d'un traitement étiologique bien conduit, on parle de toux chronique réfractaire ou inexplicable (TOCRI), concept nouvellement introduit dans les recommandations françaises publiées l'année dernière.

La prise en charge de la toux chronique se base d'abord sur les étiologies potentielles indiquées ci-dessus. Des neuromodulateurs à la plus faible dose efficace peuvent être utilisés car l'arc réflexe

de la toux chronique est un dysfonctionnement neurologique. L'amitriptyline, la prégabaline ou la gabapentine peuvent être essayés. En cas d'échec, la morphine à faible dose peut aussi soulager les patients. Enfin, les composés à base de menthol contrôlent ponctuellement la toux mais les antitussifs et la codéine sont déconseillés.

Depuis peu, des antagonistes des récepteurs transmembranaires purinergiques P2X3 sont développés dans le traitement des TOCRI. Le géfapixant a ainsi démontré son efficacité dans des études de grande envergure et serait très utile dans la prise en charge de la toux chronique. Il vient d'être commercialisé en France, de prescription initiale réservée aux pneumologues et aux ORL, et n'est pas remboursé actuellement.

Les interventions non pharmacologiques comme la rééducation ont encore toute leur place, notamment lorsque les patients développent une dysfonction du larynx.

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

**[www.pmbfc.fr](http://www.pmbfc.fr)**

**Auditorium****L'ENFANT : UN PATIENT PAS COMME LES AUTRES****Professeur F HUET***Service de pédiatrie multidisciplinaire - CHU Dijon*

Prescrire un médicament chez un enfant est une responsabilité parfois (souvent ?) lourde à assumer. De nombreux obstacles doivent être franchis et trouver la bonne molécule avec le bon dosage, la bonne présentation et une AMM dans la bonne indication relève de la gageure. Le jeune enfant présente des caractéristiques métaboliques qui témoignent d'une immaturité

fonctionnelle, rénale ou hépatique, ceci induisant des risques iatrogéniques à double sens : soit une inefficacité thérapeutique, soit une toxicité par dégradation inappropriée. Malheureusement, l'enfant est orphelin dans le champ de la thérapeutique : peu de médicaments ont fait l'objet d'études pharmacocinétiques suffisantes pour permettre leur utilisation en toute sécurité dans cette tranche d'âge.

Toutes les étapes de la prescription, de la distribution comme de l'administration, sont concernées par un risque d'erreur, du médecin à la personne chargée de la délivrance et de la prise médicamenteuse. Il est communément admis que 2/3 à 3/4 des prescriptions pédiatriques sont inappropriées, ce qui les rend dangereuses. Les fréquentes erreurs de posologie justifient un contrôle ou une validation par le prescripteur puis le pharmacien quasi systématique en dehors des molécules les plus communes.

Au-delà des risques toxiques classiques, que tout médecin doit connaître (corticoïdes et troubles de la croissance, antitussifs et apnée ou tétracyclines et anomalie dentaire), sont désormais décrits des risques à long terme, encore mal maîtrisés. Les antibiothérapies précoce-souvent anti-acides, largement administrées chez le nourrisson, entraînent par exemple une perturbation du microbiote à un moment-clef de maturation immunitaire, dont on soupçonne des effets très sérieux à long terme : pathologies auto-immunes, allergiques voire potentiellement cancéreuses. Ces récents concepts physiopathologiques rendent l'abstention thérapeutique fréquemment justifiée.

En pratique quotidienne, chaque prescription chez l'enfant doit faire l'objet d'une évaluation de la balance bénéfice/risque et de l'objectif attendu. En pédiatrie, la guérison est spontanée dans la grande majorité des situations infectieuses bénignes et le médecin a plus souvent un rôle d'évaluation et d'information que de thérapeute obligatoire.

## Notes

10h

Salle RUDE

# **COMMENT LUTTER CONTRE LES VIOLENCE FAITES AUX FEMMES DEPUIS SA SALLE DE CONSULTATION.**

Docteur BEGUE Bruno

*Praticien hospitalier,  
chef du service de médecine légale - CHU Dijon*



La lutte contre les violences faites aux femmes concerne l'ensemble de la société. Le médecin généraliste peut être le premier recours d'une victime pour révéler la situation de violences qu'elle subit parfois depuis de nombreuses années.

La prise en note de toute lésion traumatique dans le dossier médical, même celle causée par « une chute dans la baignoire » permet, quand la dénonciation des violences est faite, de pouvoir revenir sur des situations de violence antérieures et pouvoir matérialiser les conséquences des violences subies dans le couple. Si la valeur probante du certificat médical permet aux médecins de ne pas être appelés à témoigner à chaque procès, il s'agit surtout de la réponse la plus utile pour la justice pour matérialiser les conséquences d'actes de violence. Cette matérialisation est fondamentale pour pouvoir condamner un auteur.

De la même manière, le questionnement systématique des patientes sur les situations de violence passées ou présentes permet de libérer la parole et d'amener, parfois avec un délai, les patientes à prendre du recul sur leur situation et d'identifier elles-mêmes la relation dissymétrique qu'a créé la violence dans leur couple. La patiente aura alors identifié un professionnel de santé sensible aux situations de violence et pourra se tourner vers lui pour aller plus loin dans sa recherche d'une meilleure santé.

Depuis le 30 juillet 2020, il existe une dérogation supplémentaire au secret médical pour signaler au Procureur de la République les femmes victimes de violences sous emprise et en danger immédiat. Cette disposition est disponible sur le site de l'ordre des médecins : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum\\_secrets\\_violences\\_conjugales.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secrets_violences_conjugales.pdf). Le guide revient sur les critères d'emprise, les critères de danger immédiat et présente même un modèle de signalement.

Enfin, une nouvelle structure de prise en charge des femmes victimes de violences va ouvrir avant l'été à la clinique de Talant. Il s'agit de la Maison Des Femmes Santé de Côte d'Or. Elle proposera trois parcours de soins : un parcours de santé sexuelle avec sage-femme et gynécologue médical ; un parcours spécifique des violences avec un médecin légiste, une infirmière, une assistante sociale et une psychologue ; un parcours de lutte et de reconstruction des mutilations sexuelles féminines. Le but de cette unité fonctionnelle du CHU de Dijon est d'améliorer la santé des femmes, favoriser le dépôt de plainte, recouvrer une autonomie et pouvoir orienter vers d'autres professionnels de santé et des associations pour un parcours de reconstruction nécessaire après une maltraitance bien souvent chronique.

Salle CARNOT

# **MON BILAN SPORT SANTÉ PRESCRIRE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, ORIENTER SES PATIENTS ET SUIVRE SES EFFETS EN TOUTE SÉCURITÉ**

**Docteur Pierre Goudet. MD, PhD**  
*Ex responsable de l'Unité de Chirurgie Endocrinienne  
- CHU de Dijon.*  
*En activité dans l'unité de recherche INSERM U866.  
UFR Science de Santé. Dijon.  
Président de l'Aviron Dijonnais  
Président de la Commission médicale de la  
Fédération Française d'Aviron  
Membre de la commission médicale de la Fédération  
Internationale des Sociétés d'Aviron (World Rowing)*

**Vincent BERGER**  
Diplômé ESCP co-fondateur dispositif  
*MonBilansportSanté*  
ancien athlète olympique et ancien champion du  
monde de voile sur Flying Dutchman (88 et 92)



Et si l'activité physique devenait un pilier de la santé de vos patients ? Aujourd'hui, la sédentarité et les pathologies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires ou encore certains cancers touchent de plus en plus de personnes. Qu'il s'agisse de prévenir ou de traiter, une réponse efficace existe : l'activité physique adaptée (APA). C'est dans cette perspective que MonBilanSportSanté révolutionne l'approche

médicale en proposant un outil innovant qui connecte médecins, professionnels du sport et patients.

Co-animée par Vincent Berger, fondateur de MonBilanSportSanté, et le Dr Pierre Goudet, président de la commission médicale de la Fédération Française d'Aviron, cette présentation met en lumière une plateforme unique qui va au-delà de la simple prescription. L'objectif ? Sécuriser, personnaliser et optimiser les pratiques sportives de vos patients pour transformer l'activité physique en un véritable traitement.

MonBilanSportSanté, c'est pour les médecins :

Une interface intuitive pour la réalisation d'un bilan conforme aux recommandations de la SFMES (Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport)

Un outil de prescription personnalisée de l'activité physique pour leurs patients, et d'édition de certificats médicaux documentés pour les plus sportifs.

Une interaction avec les enseignants APA pour évaluer les capacités et ajuster leurs recommandations.

Une cartographie pour orienter leurs patients vers des maisons sport santé et les clubs spécialisés.

Imaginez un parcours de soin où chaque patient est orienté vers les bons acteurs locaux, bénéficiant d'un accompagnement sur-mesure et voit son état de santé s'améliorer durablement. Ce cercle vertueux est la promesse de MonBilanSportSanté.

Rejoignez-nous pour découvrir comment cette plateforme redessine les contours de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques. Ensemble, transformons l'activité physique en une réponse concrète et accessible aux défis de santé publique.

## Notes

**Auditorium**

## LES PSYCHOTROPES CHEZ LE SUJET Âgé

**Docteur Eddy PONAVOY**

Service de Psychiatrie Adulte, Centre Régional Ressource en Psychiatrie du Sujet Agé (CRRPSA) - CHU Dijon-Bourgogne



La prescription de psychotropes chez la personne âgée constitue un défi majeur en médecine générale. En raison des modifications physiologiques liées au vieillissement et de la fréquence des comorbidités, le rapport bénéfice/risque de la prescription des psychotropes doit être rigoureusement évalué. Cette communication vise à fournir des repères cliniques pour une prescription sécurisée et adaptée.

Chez la personne âgée, plusieurs principes fondamentaux guident la prescription des psychotropes. Il est essentiel de limiter leur utilisation aux situations où l'indication est clairement établie avec une balance bénéfice/risque favorable. La prescription doit se faire à la dose minimale efficace, avec une augmentation progressive si nécessaire. Les dosages plasmatiques se développent et facilitent l'adaptation des prescriptions. Une réévaluation régulière et une surveillance des effets indésirables sont indispensables. Il est également crucial de considérer les interactions médicamenteuses, fréquentes en raison de la polyopathie et de la polymédication. Une approche non pharmacologique doit toujours être privilégiée en première intention.

L'anxiété et l'insomnie sont courantes chez la personne âgée. L'usage des benzodiazépines doit être limité en raison des risques de chutes, confusion et dépendance. En cas de prescription, il convient de privilégier les molécules à demi-vie courte. Les benzodiazépines ne sont pas indiquées pour les troubles anxieux chroniques. Les antihistaminiques sédatifs, comme l'hydroxyzine, doivent être évités en raison de leurs effets anticholinergiques. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont indiqués pour les troubles anxieux chroniques en complément des approches psychothérapeutiques.

La dépression doit être systématiquement prise en charge par psychothérapie. La prescription d'antidépresseurs est réservée aux formes modérées à sévères. Il convient de privilégier les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ou de la sérotonine et de la noradrénaline), mieux tolérés que les tricycliques. Une

surveillance rapprochée est essentielle en raison des effets indésirables cliniques et biologiques.

Le syndrome confusionnel et l'agitation nécessitent une prise en charge adaptée, fondée préférentiellement sur une approche étiologique, un environnement apaisant et des mesures non pharmacologiques. Les psychotropes sont à utiliser en dernier recours, en privilégiant les anxiolytiques benzodiazépiniques ou les antipsychotiques de seconde génération en fonction du contexte clinique et du terrain pré morbide.

La prise en charge des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées doit favoriser les approches non médicamenteuses. De nouvelles recommandations publiées en septembre 2024 définissent la place et les modalités d'utilisation des psychotropes selon les différentes situations cliniques rencontrées dans les maladies neuro-évolutives.

La prescription des psychotropes chez la personne âgée demande une vigilance particulière pour limiter les risques iatrogéniques. L'approche doit être prudente, progressive et réévaluée en fonction de l'évolution clinique du patient. L'accompagnement non médicamenteux et une prise en charge globale demeurent essentiels.

### Pause 1/2h et visite des stands

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

[www.pmbfc.fr](http://www.pmbfc.fr)

**Notes****11h****Salle RUDE**

## PERSONNES ÂGÉES ET CHUTES : COMPRENDRE ET ROMPRE CETTE ASSOCIATION TROP FRÉQUENTE

**Professeur Kiantsanga P. MANCKOUNDIA**

*Service de Médecine Interne Gériatrie  
CHU Dijon, Hôpital de Champmaillot,*



La chute est le fait de se retrouver involontairement au sol ou dans une position de niveau inférieur à celle de départ.

Sa fréquence augmente régulièrement avec l'âge. Son incidence annuelle, sous-estimée, est de 33% chez les sujets d'âge  $\geq 65$  ans, atteignant 50% après 85 ans.

La chute expose à de lourdes conséquences physiques (fractures dont du col fémoral, saignements dont intracérébraux), psychologiques (peur de tomber/se lever/marcher, dépression, syndrome post-chute) et sociales (dépendance, institutionnalisation). Aussi, la chute peut avoir un impact fonctionnel ou vital.

La physiopathologie de la chute répond au modèle de Bouchon, 1 + 2 + 3. Celui-ci associe vieillissement, facteurs prédisposants et facteurs précipitants.

Les facteurs prédisposants de la chute sont toutes les situations, dont les maladies, chroniques fragilisant l'individu âgé qui décompensera en chutant en cas de survenue d'un(de) facteur(s) précipitant(s). Font partie des facteurs prédisposants, les maladies neurologiques chroniques (séquelles d'accident vasculaire cérébral (AVC), maladies neuro-évolutives, neuropathies), les myopathies, les affections visuelles (glaucome, cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge), les affections ostéoarticulaires dont du pied, la dénutrition, les dysthyroïdies, la dépression et toute situation entraînant une désadaptation à l'effort.

Les facteurs précipitants correspondent aux situations aiguës pouvant être intrinsèques ou extrinsèques (environnementales). Les premiers (intrinsèques) peuvent être cardiovasculaires (trouble du rythme ou de la conduction, infarctus du myocarde, hypotension orthostatique, embolie pulmonaire), neurologiques (AVC, épilepsie, confusion), ou métaboliques (trouble ionique, dysglycémie).

L'iatrogénèse est fréquemment impliquée dans la survenue de la chute, en facteur tant prédisposant que précipitant. Un médicament à une dose inadaptée peut prédisposer à la chute. Il peut s'agir d'un traitement antihypertenseur habituel mais n'ayant pas atteint son objectif (hypertension artérielle persistante) ou le dépassant (hypotension artérielle). Un psychotrope peut aussi être incriminé par le biais par exemple d'un ralentissement psychomoteur, tout comme un antalgique central occasionnant une somnolence chronique. Parmi les facteurs précipitants d'origine iatrogène, citons : 1) l'instauration d'un traitement à une dose trop élevée (antihypertenseur provoquant un malaise par chute brutale de la pression artérielle avec hypotension orthostatique, anti-arythmique entraînant un malaise par bradycardie, benzodiazépine déclenchant une sédation ou une myorelaxation, ...), ou 2) une organisation des soins inadaptée au patient/résident (lit trop haut, fauteuil trop bas, absence de rehausseur des WC, latence de réponse aux appels, non maîtrise des bons gestes dans la manutention du patient, espace encombré, ...) en EHPAD ou à l'hôpital.

Une formation des professionnels de santé, notamment des médecins généralistes, impliqués dans le soin de la population âgée, surtout fragile, est indispensable afin de les sensibiliser aux situations exposant au risque de chute.

### Salle CARNOT

## DÉCLIN DE LA FONCTION RÉNALE

**Docteur Marina RABEC**

Néphrologue - Dijon



Environ 4,5 % de la population générale souffre d'une maladie rénale chronique (MRC). Son incidence augmente avec l'âge, atteignant jusqu'à 50 % chez les personnes de plus de 85 ans. Le diagnostic repose sur la mesure de la créatinine, le calcul du débit de filtration glomérulaire (DFG) selon la formule CKD-EPI, et le rapport albuminurie/créatininurie (RAC).

À partir de l'âge de 40 ans, le rein perd en moyenne 1 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> de DFG par an. Ce vieillissement naturel s'explique par la perte progressive des néphrons. Des antécédents tels qu'une naissance prématurée, une maladie rénale durant l'enfance ou des épisodes d'insuffisance rénale aiguë peuvent favoriser un vieillissement prématuré du rein.

Les deux principales causes de MRC sont l'hypertension artérielle et le diabète. L'obésité constitue également un facteur de risque important.

La MRC est considérée comme une maladie évolutive, pouvant mener à un besoin de traitement de suppléance (dialyse ou transplantation) chez un nombre restreint de patients. Il est essentiel de repérer ces patients à risque afin de leur proposer un parcours de soins adapté visant à ralentir la progression de la maladie et à préparer une éventuelle suppléance.

Une perte de DFG supérieur à 5 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> par an est considérée comme une progression rapide. Les principaux facteurs de risque de progression sont : la rapidité de la dégradation du DFG, la présence d'albuminurie, une hypertension artérielle mal contrôlée, ainsi que l'étiologie de la MRC.

La protéinurie est un signe clé dans la prise en charge de la MRC, car elle constitue un marqueur de risque rénal et cardiovasculaire. Un RAC supérieur à 20 mg/mmol (ou 200 mg/g) est associé à une augmentation du risque de morbidité et de mortalité cardiovasculaire, et accélère l'évolution de l'insuffisance rénale.

Le traitement vise à ralentir la progression de la maladie, en commençant par des mesures hygiéno-diététiques : régime pauvre en protéines, activité physique régulière, contrôle du poids, arrêt du tabac, et éviction des substances néphrotoxiques (AINS, produits de contraste iodés).

Le traitement médicamenteux, dit « néphroprotecteur », repose principalement sur les inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone et les gliflozines. Leur principal mécanisme d'action est la réduction de la pression intraglomérulaire, ce qui diminue l'hyperfiltration et la protéinurie. Il est important de ne pas confondre la baisse fonctionnelle et réversible du DFG liée à ces traitements (effet protecteur) avec une néphrotoxicité.

D'autres médicaments, comme les agonistes des récepteurs GLP-1, ont également démontré leur efficacité dans la réduction de la progression de la MRC chez les patients atteints de diabète de type 2 (étude FLOW).

La finéfrénone, un antagoniste non stéroïden des récepteurs aux minéralocorticoïdes, a également montré son efficacité dans la réduction de la progression de la MRC chez les patients atteints de néphropathie diabétique albuminurique (étude FIDELIO).

**Auditorium****AUTO-MÉDICAMENTS À L'OFFICINE : QUELS RISQUES ?****Docteur Rachel CADOT**

Pharmacien d'officine à Dijon, et PAST à l'UFR  
 Santé de l'Université de Bourgogne Europe  
 depuis 2020



En 2023, près de 9 français sur 10 ont pratiqué l'automédication. Cet acte de premier recours en pharmacie d'officine fait partie intégrante du parcours de soin. Dans ce domaine, quel est le champ d'action du pharmacien et ses limites ? Et au-delà des compétences acquises, quels outils sont à la disposition des officinaux pour sécuriser ces dispensations et prévenir la iatrogénie liée aux médicaments délivrés ?

**Notes****Salle DAVOUT : ATELIER****11h - 11h55****EXAMEN DE L'ŒIL****Docteur Jean-Claude PATILLON****11h30****Salle RUDE****LA PERSONNE DE CONFIANCE****Docteur Claude PLASSARD***Gériatre/Soins Palliatifs*

La loi du 4 mars 2002 introduit la notion de « Personne de confiance », personne physique désignée librement par le patient, informée par lui de ses volontés et de ses préférences, et qui pourra être utilement consultée par le personnel soignant au cas où le patient ne serait plus « en mesure de dire »

Le patient peut donc désigner par écrit sa personne de confiance à ne pas confondre avec la Personne à prévenir, la Personne Référente ...) qui serait consultée au cas où le patient serait hors d'état de prononcer sa volonté

Il s'agit donc d'un mandat donné à un tiers afin de veiller au respect de ses volontés

***A quoi sert la Personne de Confiance ?***

La PC a vocation à accompagner la personne dans la connaissance et la compréhension de ses droits. Si le patient le souhaite, elle peut l'accompagner dans ses démarches et l'assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La PC a vocation à être consultée dans le cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire. Elle rend compte de la volonté du patient, et son témoignage prévaut sur tout autre

## **Qui peut désigner une PC ?**

Toute personne majeure !

Si protection juridique avec représentation relative à la personne, la désignation n'est possible qu'avec l'accord du juge, ou du conseil de famille s'il a été constitué

## **Qui peut être désigné ?**

Parent, proche, Médecin Traitant...

Désignation par écrit, révisable et révocable à tout moment, sans limitation de durée ; la PC doit co-signer le document.

Le Médecin traitant a deux obligations :

- S'assurer que le patient a bien été informé de la possibilité de désigner une PC
- Si le patient n'a pas encore désigné de PC, le Médecin traitant doit l'inviter à le faire, après l'avoir informé des modalités d'une telle désignation.

Le Médecin traitant sera bien inspiré de laisser une trace dans le dossier du Patient.

## **LES DIRECTIVES ANTICIPÉES**

Ce dispositif sera complété par la loi du 22 avril 2005, dite loi Léonetti, qui définira « Les Directives Anticipées » : ce que veut/ce que ne veut pas le Malade !

Les DA sont un document écrit, daté, signé, en précisant nom, prénom, date et lieu de naissance

## **Qui peut écrire les DA ?**

Toute personne majeure, en bonne santé ou malade, ou en situation de Handicap

## **Comment rédiger les DA ?**

Formulaire disponible sur le site de la HAS ou celui du Ministère de la Santé

Possible sur papier libre, daté, signé ; pas de témoin nécessaire ; si incapacité physique d'écrire, deux témoins peuvent être désignés

## **Quoi écrire ?**

Les DA doivent contenir ce qui remplacera la parole si impossibilité de communiquer ;

## **Ce qui est redouté ?**

Les traitements techniques médicaux non souhaités.

Les conditions espérées au moment de la fin de vie.

Les souhaits sur ce qui est important pour soi, à faire ou à ne pas faire.

Les souhaits en cas d'accident très grave, coma prolongé, séquelles ou handicap sévère

La loi Léonetti-Clayes 2016 rendra « Les Directives Anticipées » juridiquement opposables et non plus seulement consultatives

La logique voudrait que La Personne de Confiance puisse s'appuyer sur les Directives Anticipées, document écrit et signé par le patient.

Certes, il n'est pas obligatoire de désigner sa personne de confiance : mais il est évident qu'il s'agit là d'une avancée majeure dans notre arsenal juridique

Les DA sont valables sans limites de temps, elles doivent être facilement accessibles ; il est désormais possible de les enregistrer dans « Mon espace santé », rubrique entourage et volontés.

## Salle CARNOT

## **LE COROSCANNER**

### **Docteur Antoine MONIN**

*Cardiologue - CH Macon*



Le coroscanner, ou scanner coronaire, est une technique d'imagerie médicale largement répandue depuis plus de 15 ans, basée sur l'étude morphologique non invasive du réseau coronaire. Il permet une analyse fine des artères coronaires et des plaques d'athérome, ainsi que l'évaluation de leur caractère sténosant.

Son coût reste relativement faible. C'est une modalité d'imagerie largement disponible, rapide et peu invasive. Le risque est quasi-nul, si ce n'est le risque allergique lié à l'injection de produit de contraste iodé. L'irradiation est extrêmement réduite avec les nouvelles technologies de scanner.

Son excellente valeur prédictive négative permet d'exclure avec fiabilité une maladie coronaire obstructive dans une population de patients symptomatiques, à risque cardiovasculaire bas ou intermédiaire. C'est d'ailleurs l'indication privilégiée du coroscanner : éliminer une cause coronaire chez un patient à bas risque cardiovasculaire (ou risque intermédiaire) présentant un syndrome douloureux thoracique.

Mais les performances actuelles sont bien plus larges. Le coroscanner permet d'identifier des anomalies de trajet ou de naissance coronaire (ANOCOR), des trajets intramyocardiques, des fistules coronaires. Il est possible de visualiser précisément d'éventuels pontages coronaires, ou encore analyser la perméabilité des stents coronaires. Il apporte des informations complémentaires précieuses sur les structures cardiaques adjacentes : analyse des valves, du muscle cardiaque, de l'aorte, du septum inter-atrial, ou du péricarde.

La place du coroscanner en prévention primaire n'est pas encore clairement établie. Plusieurs études récentes suggèrent un fort intérêt pour la stratification du risque cardiovasculaire des patients asymptomatiques.

Les progrès technologiques sont croissants ces dernières années. Le coroscanner vit une véritable révolution : meilleure résolution spatiale, technologie à double énergie, réduction des doses, reconstructions 3D, détection des plaques à haut risque. En pratique, les informations obtenues sont plus fiables, plus nombreuses et plus précises, avec une irradiation maîtrisée.

L'avenir du coroscanner est riche de promesses : des outils sont en développement pour y associer une analyse fonctionnelle des sténoses, basée sur la physiologie coronaire. Peut-être bientôt une alternative fiable aux tests fonctionnels voire à la coronarographie ?

## Notes

## Notes

## Auditorium

### TOXIDERMIE : QUI HOSPITALISER ?

**Docteur Evelyne COLLET**

Unité de dermatto-allergologie, Service de Dermatologie - CHU Dijon Bourgogne



Les effets indésirables cutanés médicamenteux prennent des aspects cliniques variés dont aucun n'est spécifique d'un médicament donné. Les molécules en cause sont le plus souvent les antibiotiques (bétalactamines et sulfamides), les anticonvulsivants, l'allopurinol, les anticancéreux, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les produits de contraste iodés. Dans 2% des cas les toxidermies peuvent entraîner des séquelles permanentes ou le décès du patient : ces formes doivent donc être rapidement prises en charge en milieu hospitalier.

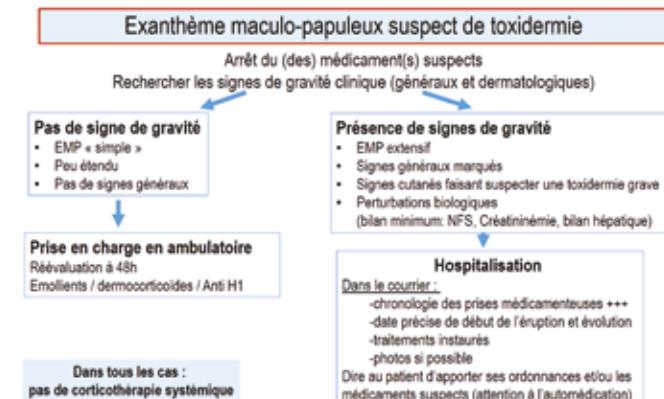
#### 1- Quelles sont les toxidermies graves ?

- **la nécrolyse épidermique toxique** (ou syndrome de Lyell) et **le syndrome de Stevens-Johnson**, caractérisés par un décollement cutanéo-muqueux dans un contexte de fièvre et altération de l'état général. La mortalité est de 15 à 20 %, d'autant plus élevée que les patients sont âgés, comorbidés et avec décollement étendu
- **le DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms)** dont la gravité n'est pas liée à l'atteinte cutanée mais aux atteintes systémiques, notamment cardiaque, rénale, pulmonaire et à la survenue d'un syndrome d'activation macrophagique (7-10% de décès)
- **la pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG)**, caractérisée par une éruption fébrile pustuleuse prédominant aux plis. Son pronostic est meilleur que les deux toxidermies précédentes
- **l'anaphylaxie** est la forme la plus sévère d'hypersensibilité immédiate et les médicaments sont en cause dans environ 20-25% des cas chez l'adulte. Les **angioœdèmes médicamenteux** mettent en jeu le pronostic vital lorsqu'ils touchent la sphère ORL

#### 2- Quels sont les signes cliniques et biologiques de gravité d'une toxidermie

Signes de gravité d'une toxidermie	
<b>Signes généraux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fièvre &gt;39°</li> <li>- Troubles hémodynamiques</li> <li>- Altération de l'état général</li> <li>- Adénopathies</li> <li>- Nausées vomissements</li> <li>- Arthralgies, myalgies</li> </ul>
<b>Signes dermatologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exanthème très étendu, érythrodermie</li> <li>- Infiltration cutanée, œdème de la face</li> <li>- Douleurs cutanées, sensation de brûlure</li> <li>- Macules purpuriques, pseudo-cocardes</li> <li>- Pustules, bulles</li> <li>- Signe de Nikolsky, décollement cutané</li> <li>- Atteinte muqueuse</li> </ul>
<b>Signes biologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eosinophilie &gt; 1000/mm<sup>3</sup></li> <li>- Lymphocytes hyperbasophiles (syndrome mononucléosique)</li> <li>- Transaminases x 3N</li> <li>- Créatininémie x 1,5 valeur de base</li> </ul>

#### 3- Conduite à tenir



#### Références :

- Bettuzzi T, Sanchez-Pena P, Lebrun-Vignes B. Cutaneous adverse drug reactions. Therapie 2024 ; 79 : 239-70.
- Ingen-Housz-Oro S. Identification des toxidermies médicamenteuses. Rev. Prat. 2023 ; 73 : 307-12.
- Ingen-Housz-Oro S, Tétart F, Milpied B. Prise en charge d'un exanthème maculo-papuleux. Ann Dermatol.Vénéréol.2021;114-7

# FiliéRIS recrute

**En Bourgogne, à Montceau-les-Mines (71300)**

**Pour le Centre de santé les Equipages :**

- Médecin généraliste (H/F)
- Dentiste (H/F)
- Infirmier diplômé d'Etat (H/F)
- Sage-femme (H/F)

Vidéo du centre



**Pour le Service de soins infirmiers à domicile :**

- Aide-soignants (H/F)
- Ergothérapeute ou psychomotricien (H/F)

**Pour l'EHPAD Germaine Tillion :**

- Aide-soignants (H/F)



Informations et contact :  
[recrutement-bourgogne.carmie@filiéis.fr](mailto:recrutement-bourgogne.carmie@filiéis.fr)

**12h**

**Salle RUDE**

## LE DROIT À MOURIR

**Docteur BECOULET Nicolas**

Chef du pôle Autonomie Handicap

Responsable du département Soins Palliatifs –

Douleurs - CHU Besançon



En parallèle des questions habituelles autour de la fin de vie qui préoccupent les malades, leur famille mais aussi les professionnels de santé, la question de l'euthanasie et du suicide assisté ou de l'assistance médicale au suicide s'invite très régulièrement dans les débats.

Il s'agit ici de poser quelques repères pour s'y retrouver, tant les questions de forme ont souvent pris le dessus sur les questions de fond, rendant l'exercice médical complexe en situation de fin de vie.

**Salle CARNOT**

## LES URGENCES EN PROCTOLOGIE

**Docteur Imene MARREF- MOUILLOT**

Gastro entérologue et hépatologue

centre hospitalier de Beaune

et au CHU François Mitterrand à Dijon



Les urgences proctologiques sont des situations cliniques fréquentes et anxiogènes pour les patients. Les principaux points d'appels sont les douleurs et les saignements. Elles nécessitent une prise en charge rapide pour soulager les patients et identifier les situations pouvant rapidement s'aggraver.

Les principales urgences proctologiques sont représentées par la thrombose hémorroïdaire, la fissure anale, l'abcès anal, les saignements, les ano-rectites aiguës infectieuses et les corps

étrangers. Les urgences vitales sont la fasciite nécrosante du périnée et les hémorragies massives. Rares, elles relèvent de centres spécialisés. Pour la grande majorité des autres situations, il faut soulager le patient et le rassurer dans un premier temps puis chercher le facteur causal, quelquefois dans un second temps. L'interrogatoire et l'analyse du contexte permettent de formuler une hypothèse diagnostique que confirme l'examen clinique, indispensable avant de proposer un traitement ou de programmer des examens complémentaires.

La prise en charge consiste principalement à soulager la douleur du patient par des antalgiques adaptés, des topiques, identifier et traiter le facteur déclenchant si possible. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou les corticoïdes sont très efficaces dans les thromboses hémorroïdaires mais contre indiqués dans les abcès devant un risque de cellulite. Les antibiotiques sont rarement utiles dans les abcès dont le traitement repose sur le drainage. Un geste spécifique est quelquefois nécessaire tel que l'excision de thrombose hémorroïdaire externe, l'incision d'abcès de la marge anale ou une endoscopie digestive.

En conclusion, les urgences proctologiques sont un motif fréquent de consultation. Un traitement médical ainsi que des gestes simples permettent de soulager les patients dans la majorité des cas. Toutefois certaines situations peuvent compromettre le pronostic vital. Ces situations nécessitent d'être connues afin d'orienter au mieux la prise en charge.

**Auditorium**

## REIN ET MÉDICAMENTS

**Mathieu LEGENDRE**

MCU-PH service de Néphrologie CHU Dijon, UMR

5022 LEAD Université de Bourgogne, équipe

SKINET. Mathieu.legendre@chu-dijon.fr

La iatrogénie en néphrologie est un enjeu majeur, responsable d'un nombre important de consultation, d'hospitalisation et associée à une morbi mortalité significative. Chez les patients souffrant d'insuffisances rénales aigüe ou chronique, la baisse d'épuration rénale des toxiques modifie la pharmacocinétique des médicaments et accroît significativement le risque d'effets indésirables.

Plusieurs autres facteurs favorisent les complications médicamenteuses dans cette population, dont l'accumulation de substances toxiques (appelées toxines urémiques), l'acidose, l'âge avancé, la polymédication, augmentant les interactions médicamenteuses, et la présence de comorbidités. Certains médicaments sont particulièrement à risque, notamment la Metformine et le risque d'acidose lactique, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), qui altèrent la perfusion rénale et aggravent l'insuffisance rénale, les bloqueurs du système rénine

angiotensine qui nécessitent une surveillance stricte de la fonction rénale et du potassium, ainsi que les antibiotiques néphrotoxiques comme les aminosides et la vancomycine, dont les doses doivent être adaptées. Les produits de contraste iodés sont aussi une cause fréquente de néphropathie aiguë, notamment chez les patients sous diurétiques.

Pour prévenir ces complications, plusieurs stratégies peuvent être mises en place. Une évaluation régulière de la fonction rénale par la mesure du débit de filtration glomérulaire (DFG) et de la créatininémie est essentielle avant toute prescription potentiellement néphrotoxique. L'adaptation des doses en fonction du DFG est indispensable pour limiter les risques d'accumulation toxique, tout en gardant à l'esprit les limites de l'évaluation de la fonction rénale par le DFG seul. Il est aussi recommandé de privilégier des alternatives thérapeutiques moins néphrotoxiques lorsque cela est possible et de surveiller étroitement les patients à risque, notamment en contrôlant les éléments du ionogramme et de la fonction rénale. L'éducation thérapeutique des patients joue un rôle clé, en les sensibilisant aux dangers de l'automédication, notamment avec les AINS, et en les incitant à signaler toute prise médicamenteuse non prescrite. La collaboration entre médecins généralistes et néphrologues est essentielle pour limiter la iatrogénie et optimiser la prise en charge des patients atteints de pathologies rénales. Une vigilance accrue, associée à une adaptation rigoureuse des traitements, permet de prévenir de nombreuses complications et d'améliorer la sécurité des patients.

## Notes

12h30

## Auditorium

# INTERVENTION

## Professeur Arnaud GOUGET

Président du P.M. B-FC

**12h45 -14h**

## **Repas et visite des stands**



14h

Salle RUDE

# L'ENDOMÉTRIOSE AU PREMIER RECOURS

## Professeur Rajeev RAMANAH

*endoBFC, CHU Besançon,  
Université Marie et Louis Pasteur*



L'endométriose est une pathologie gynécologique chronique et évolutive qui affecte 1 femme sur 10 en âge de procréer soit près de 190 millions de femmes dans le monde.

Elle est définie par la présence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine qui, sous influence hormonale, peut être responsable de douleurs pelviennes à recrudescence cataméniale (dysménorrhées, dyspareunie profonde, dysurie, dyschésie, scapulalgie) ou d'infertilité.

Les lésions d'endométriose sont de 3 types : ovarienne, superficielle ou profonde. Elles peuvent être isolées ou coexister. L'endométriose profonde concerne 20 % des patientes atteintes d'endométriose. L'endométriose peut fortement impacter la qualité de vie des femmes qui en souffrent, sur le plan personnel, conjugal, social et/ou professionnel.

La complexité de cette pathologie réside dans son diagnostic difficile et dans sa prise en charge pluridisciplinaire. De ce fait, son diagnostic est souvent retardé de 6 à 10 ans après l'apparition des premiers symptômes. Son diagnostic est basé sur l'interrogatoire, l'examen clinique, l'imagerie, éventuellement complétés par une coelioscopie. L'HAS recommande l'échographie complétée si besoin par une IRM devant une suspicion clinique. Depuis quelques mois, un test salivaire basé sur l'analyse de microARNm et l'intelligence artificielle est disponible devant une suspicion clinique d'endométriose avec une imagerie normale.

Après diagnostic, la prise en charge de l'endométriose doit être adaptée et personnalisée : abstention thérapeutique, traitements antalgiques, traitement hormonal contraceptif ou non, chirurgie conservatrice ou radicale, unique ou itérative, préservation de fertilité, assistance médicale à la procréation...

Salle CARNOT

# **LA GALE DANS TOUS SES ÉTATS EN 2025**

# **Docteur Jean FRIEDEL**

dermatologue à Chalon-sur-Saône



## Notes

*Retrouvez les résumés du P.M. B-FC  
sur notre site :  
[www.pmbfbc.fr](http://www.pmbfbc.fr)*

## **Auditorium**

# **PRIMUM NON PRESCRIRE, SECUNDUM DÉPREScrire L'ART DE LA DÉPRESCRIPTION**

## Professeur Hervé DEVILLIERS

Service de Médecine interne 2

CHU Dijon-Bourgogne



Nous sommes quotidiennement confrontés à des prescriptions issues de recommandations solides et fondées, mais appliquées à des patients âgés, polypathologiques et polymédiqués. Face à cette complexité, une évidence s'impose : la déprescription est souvent l'expression la plus aboutie du bon sens thérapeutique.

Les principales molécules ou classes pharmacologiques ciblées dans les démarches de déprescription en soins primaires sont les **benzodiazépines**, les **inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)**, les **statines en prévention primaire**, les **antidiabétiques**, les **antihypertenseurs** et les médicaments à **fort potentiel anticholinergique**. Pour chacune de ces classes, l'analyse fine du risque d'interaction médicamenteuse et de la pertinence de l'indication doit faire l'objet d'une réévaluation régulière.

Des outils concrets ont été développés pour nous accompagner dans cette démarche :

- les **critères STOPP/START** (version 3, 2023), permettant d'identifier les prescriptions potentiellement inappropriées ainsi que les omissions de traitement chez les patients âgés ;
  - les **critères Beers** (American Geriatrics Society, 2023), largement diffusés dans les pratiques gériatriques ;
  - les **algorithmes cliniques** et **fiches pédagogiques** proposés par le site canadien Deprescribing.org, dont plusieurs sont disponibles en français ;
  - l'outil interactif **MedStopper**, facilitant la priorisation des arrêts médicamenteux en fonction du bénéfice clinique attendu, des risques iatrogènes et de l'objectif thérapeutique.

Malgré l'existence de ces ressources, l'acte de déprescription reste freiné par la crainte du rebond symptomatique, l'inertie clinique, le poids des prescriptions initiées par des spécialistes, ou encore le manque de temps pour engager un dialogue partagé. L'utilisation de repères simples, pragmatiques et validés permet d'intégrer progressivement la déprescription dans la pratique quotidienne, non comme un renoncement, mais comme une forme aboutie de soin responsable et centré sur le patient.

## Notes

14h30

Salle RUDE

## MIEUX ACCOMPAGNER LES FEMMES EN PRÉ-MÉNOPOAUSE ET MÉNOPOAUSE

**Docteur Sarah HESSE**

Gynécologue, obstétricienne Châlon /Saône



Actuellement, les femmes passent 1/3 de leur vie en pré-ménopause puis en ménopause : il est donc essentiel de leur proposer une prise en charge lorsque cette période est vécue comme invalidante. A ce titre, toutes les patientes devraient pouvoir bénéficier d'une consultation dédiée à cette période de leur vie.

La **pré-ménopause** précède d'environ 4 ans la ménopause. Elle est liée à la perte de fonction exocrine des ovaires entraînant une alternance de phases d'hyper et d'hypo oestrogénie dont découlent de nombreux symptômes aspécifiques : irrégularité des cycles, mastodynies, ménométrorragies, prise de poids, bouffées vaso-motrices (BVM), arthralgies, troubles du sommeil et de l'humeur, baisse de la libido, etc...

Le traitement qu'on peut proposer à nos patientes à ce stade est principalement un progestatif (la voie et la durée d'administration est fonction des symptômes).

La **ménopause** repose sur un diagnostic clinique et rétrospectif (12 mois d'aménorrhée sans cause évidente dans une tranche d'âge compatible). Le bilan paraclinique (bilan biologique hormonal et test aux progestatifs) est réservé à des situations bien précises : hysterectomie, insuffisance ovarienne précoce (<40 ans) et BVM très invalidantes sans recul suffisant permettant de définir la ménopause.

Chez 1 femme sur 5 environ, la ménopause n'impacte pas la qualité de vie. Pour les autres, certaines situations peuvent nécessiter une prise en charge thérapeutique. En effet, la majorité des patientes présentent un **syndrome climatérique** (BVM, sueurs nocturnes, troubles du sommeil et de l'humeur, douleurs ostéo-articulaires, syndrome génito-urinaire) pouvant durer plusieurs années. Les BVM affectent 80% des femmes ménopausées, dont 25 % de façon très invalidante et nécessiteraient un traitement hormonal de la ménopause (THM). Or, seulement 40% en parlent à leur médecin, et 6% bénéficient d'un THM.

Par ailleurs, le **syndrome génito-urinaire** de la ménopause, présent chez 27 à 70% des patientes, altère la qualité des rapports sexuels et la qualité de vie. Son traitement est local, efficace et présente très peu de contre-indications. Encore faut-il penser à évoquer leur sexualité avec nos patientes !

Salle CARNOT

## LES GROUPES BALINT : « PRENDRE SOIN DU SOIGNANT POUR MIEUX SOIGNER » !

**Docteur Isabelle ROUSSARIE PFITZENM**

Médecin généraliste Dijon



Médecin généraliste pendant 33 ans, en cabinet de groupe, maître de stage, tuteur, engagée dans la formation continue locale, je me suis toujours formée durant mon exercice professionnel. Principalement à la communication médecin-malade.

LE GROUPE BALINT auquel je participe depuis plus de 15 ans a enrichi énormément cette communication, l'a allégée, décodée, dédramatisée, et je dirais même déculpabilisée ! Par la convivialité empathique, sans jugement, permettant de poser un autre regard sur la problématique exposée, cet outil me paraît essentiel, même s'il a déjà plus de 70 ans...

Michael Balint était médecin généraliste à Budapest, fils de médecin généraliste, mais il est tombé dans le chaudron de la psychanalyse par l'intermédiaire des femmes : sa belle-mère à Budapest était en analyse avec FERENZY, qui créa l'école de psychanalyse hongroise. La guerre, l'exil en Angleterre où il rencontre sa deuxième épouse, Enid, élève de Winnicot, et avec elle, il va s'occuper de la « formation-recherche » à la Tavistock clinic où ils forment des médecins généralistes... Le pilier de la formation repose sur la création de petits groupes de parole, se réunissant chaque semaine, évoquant un cas centré sur ce qui a été le ressenti par le médecin, ce qui lui pose problème dans sa relation au patient principalement.

Ce modèle va se diffuser dans les années 50 en France et perdure encore, en formation continue mais aussi initiale dans certaines facultés de médecine.

Ce groupe m'a permis de mieux comprendre mes émotions dans ma relation au patient... : le patient exigeant, la problématique de la mauvaise nouvelle, l'instrumentalisation du médecin par les familles... le patient qui porte plainte... Il a développé mes

capacités d'écoute, a dédramatisé des situations conflictuelles par le biais du regard porté par les autres membres du groupe. Il m'a aidée parfois à retrouver du sens à ma pratique.

#### **Le groupe BALINT EST UN OUTIL PUISSANT ET SIMPLE POUR MIEUX VIVRE LA RELATION SOIGNANT - SOIGNÉ.**

Il ne soigne pas le patient directement, il prend soin du soignant : « Le médicament le plus utilisé en médecine, c'est le médecin lui-même » - Michael Balint.

#### **Auditorium**

#### **PNEUMOTOX**

**Au service des généralistes, pneumologues, internistes, réanimateurs, urgentistes, rhumatologues, radiologues et des Centres Régionaux de Pharmaco Vigilance.**

#### **Professeur Philippe CAMUS**

Professeur en pneumologie au CHU de Dijon et président du réseau Prévention Tabac en Côte-d'Or



En 1972, 137 médicaments étaient reconnus comme pouvant endommager le poumon. Les premiers : nitrofurantoïne, bléomycine. Le nombre atteint à ce jour 1700 médicaments, drogues, produits chimiques, herbes médicinales et procédures (ex : ablation de FA).

Avec une littérature cumulée de 50'000 articles en 2025 (100 m de papier !), seule la digitalisation + mots-clé la rend exploitable.

La complexité du système respiratoire (poumon, voies aériennes, vaisseaux, enveloppes, système de commande) et l'intrication avec l'appareil cardio-vasculaire) conditionne 800 possibilités d'effets indésirables (EI). La possibilité pour tout EI grave de produire une asphyxie mortelle en quelques minutes nous a conduit à rendre l'information à disposition de tous gratuitement sur Pneumotox, ouvert en 1997, qui est disponible aussi en Application. Notre spécialisation en cardiologie a permis Cardiotox en raison des complications cardio-vasculaires des nouveaux médicaments ciblés.

**Combien consultent ?** Les mesures (août 2018-) indiquent 549'320 requêtes.

**Qui ?** Tous pays sauf Turkmenistan, Sud Soudan, Tchad, République centrafricaine. USA 63,2%, Canada 4,8%, Brésil 4%, France 11,8%, Allemagne 6,8%, Suisse 3,1% à corriger selon population et nombre de médecins.

**Pourquoi ?** Plus de 1'000 médicaments. Principaux : amiodarone (14'860 accès), methotrexate (11'923), rituximab (7'994), inhibiteurs de points de contrôle (20'814 accès), statines (6'644).

**Temps passé sur le site ?** 2'34 min en moyenne pour 7,9 actions. Temps de réponse de chaque question 0,52 sec. Total = 3'486'583 pages examinées. Le site est contacté à toute heure du nychthemère : pic mi-matinée et début d'après-midi

**Degré de satisfaction ?** 4,34 sur 5.

**Nos préoccupations ?** Revues pédiatriques. Articles reposant sur des données fantômes. Rétractions qu'il faut traquer. Temps nécessaire (environ 2,5 heures/jour 7/7).

**Développements ?** Danger de l'IA. Automatisation en vue.

**Futur ?** Un consortium de maintenance du site pour sa durabilité.

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

**[www.pmbfc.fr](http://www.pmbfc.fr)**



#### **Pause 1/2h et visite des stands**

**15h30**

**Salle RUDE**

#### **MÉDECINE BUCCO-DENTAIRE THE MISSING LINK**

#### **Docteur Thibaut BUSSEMEY**

*Chirurgien-dentiste libéral à Chalon sur Saône*



Et si la clé d'une santé globale optimale résidait dans la collaboration entre dentisterie et médecine ?

Rejoignez-nous pour explorer « The Missing Link », le chaînon essentiel pour une compréhension et une prise en charge globale

de nos patients.

Mettions en lumière les liens cruciaux entre la santé bucco-dentaire et un large éventail de pathologies systémiques ; des affections cardiovaskulaires aux troubles inflammatoires et immunitaires en passant par les troubles d'ordre psychiatrique ou encore neurologiques.

Nous explorerons ensemble les notions de médecine bucco-dentaire 2.0 et désormais 3.0.

Nous présenterons les concepts de prise en charge transdisciplinaire et de « comprehensive digital care » qui ont notamment recours aux outils numériques et facilitent la communication, le partage d'information et la coordination des soins entre professionnels de santé.

Nous évoquerons également l'émergence de nouvelles stratégies reliant longévité et santé bucco-dentaire. Comment pourrons-nous alors, en tant que professionnels de santé, intégrer des approches novatrices pour optimiser notre propre bien-être et celui de nos patients ?

Nous pourrons en conséquence améliorer nos approches, renforcer nos capacités de prise en charge et adopter un positionnement plus « holistique » (au sens anglo-saxon du terme) en cohérence avec les demandes et besoins actuels et futurs.

Cette présentation vous offrira principalement une perspective nouvelle sur l'importance d'intégrer la santé bucco-dentaire dans une vision globale du bien-être.

Ensemble, dévoilons « The Missing Link » pour une nouvelle ère de santé

Salle CARNOT

**DIFFÉRER 90 % DES URGENCES  
TRAUMATOLOGIQUES EN 3 ATTELLES**

Docteur Antoine MEUNIER

*CH William Morey de Chalon sur Saône*

**Docteur Matthieu COURTINE**

**Clinique orthopédique Dracy le Fort**



La traumatologie, notamment celle gérée en cabinet médical, demeure la plupart du temps une urgence relative que le traitement soit orthopédique ou qu'il relève d'une indication chirurgicale.

L'ouverture cutanée, la souffrance nerveuse ou vasculaire et une déformation importante (fracture à déplacement majeur).

luxation...) sont des facteurs d'alerte nécessitant un transfert vers un service d'urgence pour une prise en charge dans les plus brefs délais.

En dehors de ces situations et dans la mesure du raisonnable, la prise en charge peut être temporisée pour se poursuivre dans de bonnes conditions. L'essentiel étant de permettre au patient de bénéficier d'une immobilisation suffisamment stable, et par conséquent confortable, dans l'attente d'un avis spécialisé au cours d'une consultation ou d'un avis distanciel. L'immobilisation proposée doit permettre un maintien suffisant de la région anatomique traumatisée d'une part pour permettre une antalgie suffisante mais également pour éviter un déplacement secondaire pouvant amener à la survenue de complications cutanées, nerveuses ou vasculaires...

Selon le site lésé, il existe de multiples solutions d'immobilisation. Nous nous attarderons essentiellement sur 3 types d'immobilisations permettant de gérer une grande partie de cette traumatologie : Gilet coude au corps, attelle de poignet et botte de marche.

En situation d'immobilisation du membre inférieur et tout particulièrement en cas de consigne de décharge ou d'impossibilité d'appui secondaire à la douleur, une anticoagulation préventive par HBPM doit être débutée en prévention de la maladie thromboembolique. En l'absence de facteur de risque de Thrombopénie induite par l'héparine (TIH), la surveillance plaquettaire des HBPM n'est plus nécessaire dans ce contexte traumatique.

## Notes

## **Auditorium**

# SOMMEIL ET MÉDICAMENTS

Docteur Carole ROUX

Médecin du sommeil DAMPARIS 39



« Je dors mal Docteur, vous ne pouvez pas me donner un petit quelque chose ? ». Cette présentation vise à calculer le bonus-malus de nos prescriptions en somnologie et propose un petit tour d'horizon sur les pathologies du sommeil :

- Agonistes dopaminergiques et syndrome d'augmentation ;
  - Antidépresseurs : du grincement de dents aux jambes sans repos ;
  - Béta bloquants et troubles du comportement en sommeil paradoxal ;
  - Benzodiazépines et diminution du sommeil lent profond ;
  - « Z- drugs » et parasomnies ;
  - Médicaments pourvoyeurs de syndrome d'apnées du sommeil

16h

Salle RUDE

# **NOUVELLES RECOMMANDATIONS ET NOUVEAUX VACCINS EN 2025**

Docteur Michel DUONG

Département d'Infectiologie - CHU Dijon



- Le calendrier vaccinal fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge, émet les recommandations vaccinales « générales » et les recommandations vaccinales « particulières » propres à des conditions spéciales (risques accrus de complications, d'exposition ou de transmission) ou des expositions professionnelles.

- Lors de cette présentation, le point sera fait sur les nouvelles recommandations concernant la vaccination contre le méningocoque, le pneumocoque, les infections à VRS, les infections à HPV et le zona.

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

[www.pmbfc.fr](http://www.pmbfc.fr)



## Notes

Salle CARNOT

## TÉLÉ-DERMATOLOGIE EFFICACE ET EFFICIENTE : QUALITÉ DES ÉCHANGES

**Docteur Anaïs ZANELLA**

Dermatologue - Dole

**Docteur Adrien MARESCHAL**

Dermatologue et vénérologue - Dole



**Eruption aiguë / chronique**

- ATCD et traitements habituels
- Nouveaux traitements introduits sur les 3 derniers mois
- Automédication
- Utilisation de produits bio, huiles essentielles, cosméto ...
- Contact avec des animaux ?
- Voyage récent ? Contagion ?

**Cancérologie**

- ATCD et traitements
- Habitude d'exposition solaire
- Phototype
- ATCD familiaux de cancer cutané
- Notion d'évolution
- Critère ABCDE

**Téléconsultations en dermatologie: comment optimiser les demandes ? Quels renseignements envoyer ?**

**Privilégier**

- Lésions suspectes
- Eruption avec SCA\* > 50%, fort retentissement sur qualité de vie
- Eruption non résolutive après 1<sup>er</sup> traitement d'épreuve
- Eruption avec AEG

**Photos qualitatives**

- Bon éclairage, lumière naturelle
- De loin et de près
- Dermoscopie si naevus ou CBC, gale ... non essentiel si eczéma ou psoriasis
- Fond neutre

**Eviter :**

- La multiplication d'avis de dermatologues différents
- Les éruptions aiguës <48h non graves avec EG conservé, le plus souvent spontanément résolutives (surtout chez l'enfant)
- Lésions de PEC non urgente (Kératose séborrhéique, nævus dermique...)

SCA\* : surface cutanée atteinte

## **Auditorium**

# **LA PRÉVENTION QUATERNIAIRE : LIMITER LES EXCÈS DU SYSTÈME DE SOINS**

Professeur Clément CHARRA

Professeur Associé des Universités

## *Responsable pédagogique*

Département de Médecine Générale

*Université de Bourgogne*



La prévention quaternaire (P4) vise à protéger les patients et la société des interventions médicales inutiles ou potentiellement nocives.

Guidée par le progrès technologique et la demande sociétale, notre pratique médicale conduit à des surdiagnostics, des surtraitements et une médicalisation parfois excessive.

Cette intervention propose d'explorer les enjeux de la P4 et les stratégies permettant de limiter certaines dérives.

Nous aborderons les risques liés aux dépistages excessifs, aux prescriptions inappropriées et aux examens superflus. À travers de situations concrètes interactives, nous mettrons en lumière l'impact de ces pratiques sur la santé des patients comme sur la relation médecin-malade mais également sur la santé planétaire.

La place du prati-citoyen est centrale dans cette démarche : informer avec transparence, encourager la décision partagée et privilégier une approche raisonnée et fondée sur les preuves, considérer l'impact planétaire de nos pratiques et prescriptions.

Nous discuterons également des influences externes pesant sur nos décisions (industrie pharmaceutique, financeurs et incitations économiques, attentes sociétales) et de la nécessité d'un esprit critique face aux recommandations. Enfin, des pistes concrètes seront proposées pour intégrer la P4 en consultation, notamment la déprescription raisonnée et le recours aux alternatives non médicamenteuses.

## Notes

# SUJET D'ACTUALITÉ : IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE CONDUISANT À UNE HOSPITALISATION EN FRANCE : LEÇONS DE L'ÉTUDE IATROSTAT

Professeur Marie-Laure Laroche

*Centre Régional de Pharmacovigilance de Limoges,  
CHU limoges (France) et Réseau Français des  
Centres Régionaux de Pharmacovigilance*



Le Réseau Français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance (RFCRPV) conduit régulièrement des études nationales pour évaluer la iatrogénie médicamenteuse grave conduisant à une prise en charge hospitalière en France. Par exemple, l'étude EMIR en 2007 avait mis en évidence une fréquence importante de complications hémorragiques sévères avec les antivitamines K (AVK), conduisant l'Agence du médicament à mettre une campagne d'information et un carnet de suivi des patients sous AVK. Depuis, de nombreuses autres classes médicamenteuses sont arrivées sur le marché dont l'impact sur la iatrogénie globale est mal connu. Le RFCPV a donc conduit une étude prospective dans un échantillon représentatif d'hôpitaux publics de France métropolitaine en 2018, sur une méthodologie semblable à celle de l'étude EMIR afin de pouvoir comparer les résultats entre les deux périodes. En plus du recueil exhaustif des cas d'effet indésirable médicamenteux (EIM) dans 141 services court séjour de spécialités médicales tirés au sort, l'évitabilité de ces EIM a été estimée après une analyse de la conformité de l'utilisation des médicaments selon les recommandations à disposition (monographie des médicaments, notice, recommandations thérapeutiques des sociétés savantes). Enfin, l'étude a été complétée par un volet économique (IATROSTAT-ECO) pour évaluer le poids économique de cette iatrogénie médicamenteuse conduisant à une hospitalisation.

Les hospitalisations pour EIM ont augmenté de +136% entre 2007 et 2018, passant de 3,6% à 8,5% (3,3% chez les ≤16 ans, 6,6% chez 17 à 64 ans et 10,6% chez ≥65 ans). Ceci représente environ 212 500 hospitalisations/an pour EIM en France. Après un mois de suivi, le taux de mortalité compliquant ces EIM était estimé à 1,3%, soit environ 2 760 décès/an. Le profil des médicaments impliqués a également évolué avec l'apparition de nouveaux médicaments fréquemment en cause comme les anticoagulants oraux directs.

les incrétinomimétiques et les thérapies ciblées/immunothérapies. Dans 16,1% des cas, ces EIM graves auraient pu être évités si les médicaments avaient été utilisés par les professionnels de santé et les patients conformément aux recommandations de bon usage. Les principales situations de non-conformité sont le non-respect de la dose ou de la durée d'utilisation (27,9%), d'une mise en garde (23,2%), ou d'une précaution d'emploi (18,6%). Dans 11,6% des cas, l'automédication inappropriée ou le mésusage volontaire par le patient étaient mis en évidence. Enfin, les erreurs médicamenteuses étaient la raison d'une hospitalisation évitable dans 9,6% des cas. Ces hospitalisations pour EIM représentent environ une dépense de près de 6000 €/patient pour l'Assurance Maladie. L'extrapolation de ces estimations amène à des coûts médicaux totaux annuels des hospitalisations pour EIM en France, estimés à au moins 1,3 milliards € (pour des dépenses publiques totales de soins hospitaliers de 89 milliards €) et pour les hospitalisations pour EIM évitables à environ 155 millions €.

## **Remise des prix et clôture du congrès**

## Notes

## *Notes*

## Notes

## Notes

## Notes







# NON AU TEMPS PERDU

à refaire une  
**prescription**  
de **soins**  
**infirmiers** !

---

**MÉDECINS :**  
**TOUS CONCERNÉS !**

---



[www.prescription-soins-idel.fr](http://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



**35ème PRINTEMPS MEDICAL DE BOURGOGNE ET DE FRANCHE-COMTE**

Samedi 14 juin 2025 – PALAIS DES CONGRES DE BEAUNE

**Fil rouge : Primum Non Nocere**  
La iatrogénie

**Fil rouge : La pédiatrie**  
en médecine générale

Horaire	Salle RUDE	Salle CARNOT	Auditorium (fil rouge)
08 h 15	Accueil des participants avec remise des pochettes du congrès	Salle Davout	
09 h 00	Peut-on parler d'andropause chez l'homme ? Dr Antoine BARTHÉLEMY	Hyperactivité vésicale : « poussez-vous, ça presse ! » : Quel bilan ? Quels traitements ? Dr Céline DUPERRON <i>Changement de salle</i>	Les maux des mots : comment la parole médicale peut heurter ou être inadaptée. Pr Jean-Christophe CHAUVEAU-GELINIER
09 h 30	Quel bilan et quel suivi après chirurgie bariatrique ? Pr Marie-Claude BRINDISI	Quelle prise en charge en médecine générale ? Dr Nicolas FAVROLT	L'enfant, un patient pas comme les autres Pr Frédéric HUET
<i>Changement de salle</i>			
10 h 00	Repérages des violences conjugales au cabinet Dr Bruno BEGUE	Mon bilan sport santé – prescrire l'activité physique Dr Pierre GOUDET et M. Vincent BERGER	Les psychotropes chez le sujet âgé Dr Eddy PONAVOY
10 h 30	Personnes âgées et chutes : comprendre et rompre cette association trop fréquente Pr Kiantsanga P. MANCOKOUNDA	<b>Pause 1/2 heure et visite des stands</b>	Auto-médication à l'officine : quels risques ? Dr Rachel CADOT
11 h 00	Déclin de la fonction rénale Dr Marina RABEC	<i>Changement de salle</i>	11 h – 11 h 55 Atelier <u>EXAMEN DE L'ŒIL</u> Dr Jean-Claude PATILLON
11 h 30	Directives anticipées Dr Claude PLASSARD	Le coroscanner Dr Antoine MONIN	Toxidermie : qui hospitaliser ? Dr Evelyn COLLET
<i>Changement de salle</i>			
12 h 00	Droit à mourir Dr Nicolas BECCOULET	Les urgences en proctologie Dr Imene MARREF-MOULLLOT	Rein et médicaments Dr Mathieu LEGENDRE
12 h 30	<b>REPAS ET VISITE DES STANDS</b>	<i>Changement de salle</i>	<i>Changement de salle</i>
12 h 45 – 14 h 00	L'endométriose au premier recours Pr Rajeev RAMANAH	La gale dans tous ses états en 2025 Dr Jean FRIDEL	L'art de la déprescription Pr Hervé DEVILLIERS
<i>Changement de salle</i>			
14 h 30	Accompagnement de la péri-ménopause Dr Sarah HESSE	Les groupes Balint : Prendre soin du soignant pour mieux soigner Dr Isabelle ROUSSARIE PFITZENMEYER	Pneumotox Pr Philippe CAMUS
15 h 00	Médecine bucco-dentaire : the missing link Dr Thibaut BUSSEMEY	<b>Pause ¼ heure et visite des stands</b>	Sommeil et médicaments Dr Carole ROUX
15 h 30	Différer 90 % des urgences traumatologiques en 3 attelles Dr Antoine MEGUNIER et Dr Matthieu COURTINE	<i>Changement de salle</i>	
16 h 00	Point sur le calendrier vaccinal Dr Michel DUONG	Télé-dermatologie efficace et efficiente : qualité des échanges Drs Anäis ZANELLA et Adrien MARESCHAL	La prévention quaternaire Pr Clément CHARRA
<i>Changement de salle</i>			
16 h 30	<b>LE SUJET D'ACTUALITE DU PMBFC : Iatrogénie médicamenteuse conduisant à une hospitalisation en France : étude IATROSTAT - Pr Marie-Laure LAROCHE</b>		
17 h 00	Remise des prix et clôture du congrès		