

Congrès internationaux

par le Dr P. Eeckeleers • Médecin généraliste • 5590 Leignon

3^{es} Journées nationales de la médecine générale

Soigner, se former, transmettre: le plaisir d'exercer

Paris, 9 et 10 octobre 2004

Regardons la peau de nos patients

Il est probable que nous voyons tous les ans environ 80 % de la surface corporelle de nos patients. Poser un diagnostic en dermatologie ne nécessite bien souvent que notre vue. Il est donc important de pouvoir décrire, nommer et traiter éventuellement les lésions visualisées. Dans quelles circonstances regardons-nous la peau de nos patients ?

Soit le patient est porteur d'une lésion qui l'inquiète et qui motive la consultation

Soit le patient est porteur d'une lésion, qu'il néglige, mais que le généraliste considère comme suspecte.

Soit la lésion est découverte de manière fortuite par le médecin généraliste.

Soit le médecin examine la peau à la recherche de lésions cutanées révélatrices d'une pathologie générale (recherche de psoriasis lors d'arthralgies, de tâches café au lait et de nodules sous-cutanés lors d'une crise d'épilepsie inaugurale, ...).

Or, au lieu de donner un diagnostic basé sur l'observation attentive, nous concluons trop souvent par « ce n'est rien » plutôt que par un diagnostic précis avec un traitement éventuel et un pronostic précis. Cette démarche de taxonomiste n'est cependant pas simple et demande beaucoup d'expérience.

D'après l'atelier (SFTG) animé par le Dr Jean-Pierre AUBERT, médecin généraliste à Paris et le Dr Béatrice CRICKX, dermatologue, Hôpital Bichat-Claude Bernard à Paris.

Annonce d'une mauvaise nouvelle

L'annonce d'une mauvaise nouvelle est sans doute une des situations les plus difficiles à vivre pour le médecin. En effet, toute maladie incurable peut être vécue comme un échec par celui-ci. Or, notre attitude peut

être un facteur d'aggravation de la souffrance face au diagnostic et au pronostic annoncé. En effet, si cet entretien permet essentiellement une information du patient au sujet de sa pathologie et de ses conséquences, elle est aussi l'occasion d'entamer un dialogue entre le patient et le médecin, qui peut déjà en soi être thérapeutique. Les réactions du patient peuvent être diverses et simultanées mais correspondent à des modèles clairement identifiés. Pour nous aider à adopter une attitude de soutien et rendre l'annonce la plus supportable pour le patient mais aussi pour le médecin, il est utile d'adopter une stratégie définie. Celle-ci existe et se base sur un protocole en 6 étapes pour agir (et non réagir).

Étape 1: les préliminaires: il faut l'endroit, et le moment adéquat en se laissant du temps (pas de téléphone susceptible de sonner!)

Étape 2: Partir de ce que sait déjà le patient en le laissant parler

Étape 3: Lui demander ce qu'il veut savoir: Diagnostic ? Pronostic ? Souffrance éventuelle ?

Étape 4: la communication d'information. Partir de ce que le patient sait, dans un langage de tous les jours, en vérifiant la compréhension, en lui demandant de reformuler. Ne pas tout dire, y aller progressivement au fil des rencontres. Pouvoir dire « je ne sais pas et vous répondrai plus tard ».

Étape 5: Réponse aux sentiments du patient en reformulant ceux-ci, avec empathie. Accepter et reformuler son agressivité éventuelle. Accepter aussi son silence sans hésiter à lui dire que nous comprenons que c'est difficile à entendre.

Étape 6: Proposition de suivi. Il faut parler de l'avenir, lui demander ce qu'il attend de nous mais aussi l'assurer de notre soutien non seulement moral mais aussi médical (traitement efficace de la douleur et des autres conséquences de la maladie) Il est impératif d'accepter la demande du patient sans la juger. Il s'agit aussi de donner un sens à ce qu'il vit pour l'aider à cheminer.

D'après l'atelier (Groupe Repères) animé par le Dr François GROS et le Dr Eric GALAM, médecins généralistes à Paris. Cet atelier est basé sur le livre « S'asseoir pour parler » de Robert Buckman (InterEditions 1994)

Eduquer nos patients chroniques

L'éducation thérapeutique de nos patients chroniques repose totalement sur les soignants. Selon l'OMS, l'éducation du patient vise à lui permettre d'atteindre un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie.

C'est un processus continu, partie intégrante de la prise en charge médicale.

Celui-ci comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage et le support psychologique liés à la maladie et son traitement.

Elle a également comme but de permettre une meilleure collaboration entre le patient et les soignants.

La démarche éducative est actuellement bien codifiée, simple à utiliser et a fait la preuve de son efficacité.

Étape 1: le diagnostic éducatif. Dans le cadre d'un entretien individuel structuré, il permet de connaître mieux son patient et ses attentes. N'oublions pas que le médecin essaye d'adapter le patient à sa maladie alors que le patient essaye d'adapter sa maladie à son mode de vie, ce qui est déjà source d'ambiguïté et de malentendu.

Cet entretien doit permettre d'explorer les 5 axes importants à connaître :

L'aspect purement médical: Qu'a-t-il ?

Quels sont la gravité, l'évolutivité de la pathologie, le traitement prescrit et ses implications mais aussi les pathologies associées ?

L'aspect socioprofessionnel: Que fait-il ?

Quel est son métier ? Quel est son environnement ? Quelles sont ses capacités à faire face à l'adversité ?

L'aspect cognitif: Que sait-il ? Quelles sont ses représentations et ses croyances ? Comment évalue-t-il les conséquences pour lui et pour ses proches ?

L'aspect psychoaffectif: Qui est-il ? Comment vit-il sa maladie ? Que ressent-il (révolte, colère, inquiétude, apathie, résignation, ... ?)

La source de motivation: quels sont ses projets ? Ses projets et désirs doivent être

négociés de sorte qu'ils soient valorisants pour le patient, faciles à mettre en œuvre et réalisables à relativement court terme.

Étape 2 : le contrat d'éducation. C'est un projet de soin individualisé centré sur le patient, validé au niveau scientifique et adapté à son mode de vie et à ses projets. Il doit avoir l'adhésion du patient.

Centré sur le patient, ses objectifs sont ceux qui ont été choisis et négociés avec celui-ci. Il doit être pertinent et réaliste et évoluer au fil du temps.

Les objectifs éducationnels doivent être clairs, sans ambiguïté, peu nombreux, et progressifs. De plus, ils doivent être hiérarchisés. Il faut pouvoir tolérer des comportements inadaptés pour obtenir la modification d'autres plus délétères.

Étape 3 : la planification de la démarche éducative. La démarche éducative comprend de la sensibilisation, de l'information, de l'apprentissage et du soutien psychologique. Mais elle doit impérativement être interactive. La valorisation et le soutien du patient sont essentiels et permettent une réelle alliance thérapeutique.

Étape 4 : L'évaluation. Essentielle, elle permet d'évaluer les compétences acquises et de modifier le programme éducatif.

D'après l'atelier (Atelier UNIFORMEC*) animé par le Dr Patrick L.E. VAILLANT, et le Dr Isabelle MOLLE, médecins généralistes

Troubles somatoformes : Quelle attitude adopter ?

Le CIM10³ les définit comme des symptômes physiques sans aucune base organique et associée à une quête médicale insistante. 5 à 10 % des consultations de médecine générale sont liées à des troubles somatoformes. Ces troubles auraient une prévalence de 1 à 2 % dans la population générale. En 1998, en Poitou-Charentes, une étude menée chez des patients âgés de 18 à 70 ans, a montré une prévalence de 41 % (± 10) de troubles somatoformes dans la population « nomade » (« shopping médical »). Ces patients consomment le triple de soins médicaux par rapport à la population générale, ce qui représente la consommation moyenne des patients atteints de pathologie lourde.

Ces consultations sont difficiles tant pour le patient que pour le médecin. **Le patient** est toujours en grande souffrance tant physique que psychique. Ses symptômes peuvent d'ailleurs être un mode d'entrée dans la dépression. L'angoisse de ne pas trouver ce qu'il a l'envoie de médecin généraliste

en spécialiste. Ils ont la réputation de « raseurs », « pompants », « psys ». Avec la répétition des examens négatifs, ils se sentent de plus en plus abandonnés, de moins en moins écoutés et finalement rejetés, ce qui aggrave leur souffrance en ravivant souvent des images inconscientes de souffrance dans l'enfance.

Le médecin se sent constamment mis en échec, il a peur de rater une pathologie grave méconnue, cause des symptômes ou apparaissant par après, mais dont les premiers signes seraient masqués par le florilège de symptômes habituels. Ces patients sont envahissants, le harcèlent, lui, qui par son métier, se doit d'être disponible. Il se sent piégé.

La relation médecin malade est difficile car le patient refuse de s'écarter d'une cause organique à leurs plaintes. Le médecin se retrouve souvent dans une impasse. De plus, le patient recherche souvent, consciemment ou non, des bénéfices secondaires (incapacité de travail, invalidité, écartement d'un milieu source de conflits, d'angoisse ou de frustrations) ou primaires (régression, maternage par les soignants). La prolifération d'examens conduit malheureusement parfois à la découverte de pathologie auxquels les symptômes ne correspondent pas ou à des anomalies non pathologiques (incidentalomes) qui renforcent le patient dans ses plaintes.

Comment s'en sortir ? La prise en charge est essentiellement à base d'écoute. Il faut bien identifier ces patients, comprendre leurs difficultés et leurs angoisses pour sortir de l'impasse (ou ne pas y entrer). Cette écoute attentive permet au patient de se sentir écouté, pris au sérieux et compris et ainsi sortir de leur sentiment d'abandon. De plus, la parole est déjà thérapeutique par le soulagement qu'elle permet. Par après, il est plus facile de faire prendre conscience au patient que ses plaintes physiques sont l'expression de son corps psychique en souffrance.

Si cette étape est réussie, soit le médecin passe la main à un confrère formé en psychosomatique, tout en faisant attention que son patient ne le ressente comme un nouvel abandon, soit il se sent suffisamment capable et formé pour le prendre en charge. Dans ce cas, le médecin doit, lors d'un entretien préliminaire avec le patient, offrir ce temps d'écoute et de parole mais dans un cadre précis de temps (heure, durée, rythme des rendez-vous), de lieu, de disponibilité (pas de téléphone perturbateur). Cette formation à l'écoute se fait facilement via les groupes Balint. Le généraliste est le mieux placé pour passer du « soma » au « psyché » et désamorcer l'escalade des examens et des thérapeutiques.

D'après l'atelier (SFMG*) animé par le Dr Remy BALESTRAT, médecin généraliste à F-16250 Blanzac et le Dr Yves FILLOUX, médecin généraliste à F-16430 Champniers

Demande non justifiée d'antibiotique : comment négocier ?

Quarante pour cent des rhinopharyngites et 80 % des bronchites (réputées d'origine virale) sont soignées par antibiotiques. Comment expliquer cette attitude en contradiction avec les recommandations de bonne pratique ?

Pression du patient envers le médecin ?

Les conditions d'exercice de la médecine générale avec paiement à l'acte favorisent l'idée de la prescription obligatoire d'antibiotique comme justification des honoraires perçus. Le médecin surestime la pression du patient, ce qui a été confirmé par l'étude PAAIR : 50 % des patients ne sont pas demandeurs. Le médecin prescrit également souvent par manque de temps, d'arguments pour convaincre le patient : c'est plus rapide de prescrire que d'expliquer la non prescription d'antibiotiques.

De plus, les états infectieux mal catalogués, la méconnaissance de l'évolution et le risque que le patient ne consulte pas en cas d'aggravation peuvent pousser le médecin à prescrire.

Mais que désire le patient ?

Il veut être soulagé rapidement, comprendre ce qu'il a et y mettre un nom. De plus, les études montrent qu'il est sensible aux arguments de prévention sur son organisme (inefficacité avec effets secondaires, risque de résistance, ...) Par contre, contrairement aux patients des pays nordiques, il n'est absolument pas sensible aux arguments sociétaux (coût, écologie, ...)

Il est vrai que l'antibiotique est souvent paré de vertus magiques, d'un pouvoir guérisseur sans limite. Heureusement, l'équation « fièvre = prescription d'antibiotique » perd du terrain dans la population générale et... chez les médecins. Les campagnes nationales sur le bon usage de ceux-ci portent leurs fruits.

Par contre, si l'antibiotique n'est pas prescrit, cela ne dispense nullement de prescrire un traitement symptomatique efficace et de donner des informations et consignes de surveillance claires.

L'écoute des attentes du patient, l'éducation de celui-ci, la négociation permettent un meilleur respect des RBP tout en améliorant la relation médecin malade.

D'après l'atelier (atelier IFED-MG*) animé par le Dr Pierre FAINSILBER, médecin généraliste à F-27600 Gaillon, et Mme Sophia ROSMAN, sociologue INSERM, CREGAS F-94276 Le Kremlin

2. Union Nationale des Associations de Formation Continue

3. Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé communautaires.

4. Société Française de Médecine Générale

5. Institut Français pour l'Étude et le Développement de la Médecine Générale