

Congrès internationaux

par les médecins généralistes Elide Montesi, 5060 Sambreville • Thierry Van Der Schueren, 5640 Mettet • Olivier Vanduille, 7500 Tournai

CONGRÈS INTERNATIONAUX

4^e Congrès international de recherche en médecine générale

Perpignan, 27 et 28 mai 2005

Après le troisième congrès en 2003 à Paris, l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Languedoc-Roussillon a organisé la quatrième édition à Perpignan. Seulement deux cents médecins généralistes d'inscrits, mais de nombreuses nationalités étaient représentées : Canadiens, Algériens, Marocains, Belges et, bien sûr de nombreux Français y compris des territoires d'Outre-Mer. Au total, les congressistes ont eu droit à plus de 50 présentations d'une quinzaine de minutes suivies d'un même temps de questions et réponses ainsi qu'une quinzaine de posters exposés et commentés.

Ce quatrième congrès a présenté des travaux de recherche pour argumenter les démarches diagnostiques et les stratégies thérapeutiques adoptées par les généralistes et d'apporter des données validées. Il poursuivait deux objectifs supplémentaires : d'une part, explorer les différentes méthodes de recherche en médecine générale, d'autre part, développer des partenariats avec des experts internationaux présents et avec les étudiants en DES de médecine générale.

Aspects positifs de la féminisation

Cette étude est originale car elle s'est attachée à découvrir les aspects qualitatifs de la féminisation de la médecine générale. L'image traditionnelle du médecin de famille, masculine, paternaliste avec une forte disponibilité s'en trouve également modifiée. Le potentiel moyen de production des soins des femmes médecins est plus faible (en moyenne 70 % de celle d'un homme). Cela est surtout dû d'après l'orateur aux femmes médecins et mères de famille.

Des entretiens dirigés de patients (hommes et femmes) ayant un généraliste masculin et d'autres ayant un généraliste féminin ont été organisés et analysés selon une méthode rigoureuse. Un focus groupe de

femmes généralistes a aussi été organisé autour des mêmes questions. De tout ce travail qualitatif, il ressort divers éléments forts et très significatifs. Premièrement, les femmes médecins ont le sentiment de devoir continuellement faire leurs preuves. Or, la légitimité des femmes médecins est déjà totalement acquise dans tous les groupes de patients. Deuxièmement, les doctresses montrent une meilleure aptitude à la transdisciplinarité et au travail en réseau que leurs confrères. Elles travaillent avec un grand respect des collaborateurs. Troisièmement, elles présentent une grande rigueur dans le travail et le suivi. En conclusion, professionnalisme, éthique, transversalité et adaptation sont les principales qualités des femmes généralistes.

D'après l'exposé du Dr J. DESASY, médecin généraliste à Montpellier (F) : Impact de la féminisation dans la relation médecin malade : approche qualitative

Prescription des IPP

La prescription des inhibiteurs de pompe à protons (IPP) est-elle conforme aux RBP ? 70 % des situations cliniques en médecine générale comportent un degré d'incertitude sur le plan étiologique et sur le plan évolutif. 7 situations cliniques (reflux, ulcère gastroduodénal, épigastralgies, plaintes abdominales, gastrite chronique, hernie hiatale, co-protection avec AINS) ont été suivies au plan de la prescription pendant 6 mois.

Globalement le taux de prescription a été de 16,2 % pour les IPP, 8,6 % pour les autres protecteurs gastriques, et 75,2 % sans prescription. Les référentiels sont peu suivis ; 58 % de prescriptions d'IPP après 8 semaines pour un ulcère gastro-duodénal hélico (-) par exemple, 38,1 % d'IPP dans les épigastralgies (?), 60 % d'IPP en association avec un AINS après 65 ans (Cytotec® recommandé, place des IPP?), 52,8 % des reflux asymptomatiques recevaient un IPP en désaccord toujours avec les recommandations ANAES. Par contre seulement 65 % des patients de plus de 50 ans avec un reflux symptomatique étaient traités. Selon les auteurs, les RBP sont trop complexes ou imprécises, et plusieurs situa-

tions cliniques de médecine générale n'ont pas de recommandation (quid des IPP dans les épigastralgies ?). Cela pose aussi le problème d'adaptation des RBP à la pratique de médecine générale.

D'après l'exposé du Dr GRIOT, La prescription des inhibiteurs de la pompe à proton est-elle conforme aux recommandations.

Impact de la FMC

Cet essai contrôlé, ouvert et randomisé en médecine générale visait à démontrer l'utilité d'une formation spécifique à la détection des patients dépressifs dans une patientèle. En effet, selon la littérature, le MG détecterait moins de 1 dépressif sur 2 lors de la première consultation et n'atteindrait que 60 % de détection dans les 6 mois qui suivent cette première rencontre. Deux groupes aléatoires de MG ont été créés : l'un sans nouvelle formation, l'autre bénéficiant de 2 journées de formation spécifique. Les diagnostics de dépression et le nombre de patients vus étaient enregistrés durant 3 mois avant la formation puis durant encore 3 mois après celle-ci. Au total plus de 90 000 consultations ont été prises en compte. Le résultat de tout ce travail est qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes. La conclusion est qu'une formation spécifique à la détection de la dépression ne permet pas d'améliorer ce taux de détection en médecine générale.

D'après l'exposé du Dr L. MARTINEZ, médecin généraliste à Bois d'Arcy (F) : Évaluation de l'impact d'une FMC sur l'identification de la dépression par les médecins généralistes. Essai contrôlé et randomisé

Prévention en MG : concept ou réalité ?

La société accorde actuellement, à juste titre, une place de plus en plus importante à la prévention. La littérature est cependant très pessimiste concernant les actions préventives effectuées par les généralistes. Celles-ci seraient insuffi-

santes suite à une mauvaise observance des recommandations et aux obstacles organisationnels ou professionnels. Néanmoins, ces études omettent un grand nombre d'actes de prévention. Par ailleurs, ne pas intégrer les RBP en prévention ou mal le faire ne signifie pas ne pas effectuer de prévention.

Une enquête transversale réalisée auprès de 75 généralistes volontaires de Poitou Charente a tenté d'analyser la perception que les généralistes ont de leur propre activité préventive. Ces MG ont reçu une liste de 100 états morbides les plus fréquemment rencontrés. Ils ont dû attribuer un score d'intensité de 1 à 5 de prévention primaire (P1) secondaire (P2) ou tertiaire (P3) qu'ils effectuent pour ces états pathologiques. Les scores, classés par médecin, par niveau de prévention et par état pathologique montrent un taux de réponse faible pour P1 mais important pour P2 et P3. Les limites de cette étude sont la non représentativité de l'échantillon, la définition de la prévention utilisée et le fait qu'il s'agit d'une enquête d'opinion. Ce travail exploratoire sur la perception des pratiques ne juge pas la nature, la quantité ni la qualité des actes de prévention réalisés. Mais le constat s'impose toutefois d'une intégration du concept de prévention dans la pratique quotidienne.

D'après l'exposé du Dr PELLETTIER-FLEURY : La prévention en médecine générale : concept ou réalité ?

HTA masquée

Profitant d'une vaste étude de phase 4 comparant deux traitements anti-hypertenseurs, ce généraliste a étudié le problème de l'HTA masquée. Ce concept est apparu grâce à l'auto mesure tensionnelle, développée pour détecter l'HTA «blouse blanche». Dans ce cas de figure, la tension artérielle (TA) est normale à domicile et élevée au cabinet. L'HTA masquée par contre est une TA élevée à domicile et normale au cabinet, comme si le fait d'être en face de son médecin normalisait provisoirement sa TA. 680 patients hypertendus au cabinet et non contrôlés par diurétiques bénéficient d'une auto mesure tensionnelle à domicile sans adaptation du traitement. Sur ces 680 patients, 188 (27,6%) présentaient une HTA «blouse blanche». Ce résultat est conforme aux données de la littérature. 114 (16,8%) apparaissent équilibrés avec TA normalisée au cabinet et à domicile, 76 (11,2%) ont une TA normale au cabinet et anormale à domicile. Ce dernier groupe présente donc une HTA «masquée». Restent 302 patients hypertendus non contrôlés tant au cabinet qu'à domicile. La conclusion de l'orateur est une nouvelle question : faut-il suivre nos patients hypertendus avec une automesure ten-

sionnelle et intégrer les résultats de celle-ci dans notre décision thérapeutique ?

D'après l'exposé du Dr A. GIACOMINO, généraliste à Savigny en Vercors (F) : Étude COSIMA : automesure tensionnelle en méthodologie PROBE pour évaluer les traitements de l'hypertension artérielle.

Indicateurs de qualité en médecine générale

L'étude European Practice Assessment est un projet européen piloté par le Center of Quality of Care Research et la fondation Bertelsmann. Elle vise à développer et valider une méthode d'évaluation et d'amélioration de la qualité en médecine générale. 6 pays européens ont établi une liste de 168 indicateurs de qualité quant à l'infrastructure, la gestion du personnel, la gestion de l'information, la gestion financière, la qualité et la sécurité d'un cabinet. 9 pays (France, Belgique, Allemagne, Suisse, Angleterre, Pays-bas, Slovaquie, Israël, Autriche) ont mené l'étude dans 30 cabinets de médecine générale. L'étude retrouve de grandes disparités entre les pays anglo-saxons et les autres. France et Belgique ont des scores très en dessous de la moyenne notamment quant à l'accès aux personnes handicapées, la présence de médicament périmés dans la trousse d'urgence, la présence permanente d'une personne apte à donner les premiers secours au cabinet, etc. Il existe un décalage net entre les pays francophones et les pays anglo-saxons dans l'organisation des soins primaires c.-à-d. par rapport aux pays où les cabinets sont subventionnés pour l'organisation des lieux de travail.

D'après l'exposé de M. NATANSON, coordinateur du projet : validation d'instruments de mesure et d'amélioration de la qualité de l'organisation des soins et du management en médecine générale.

Burn-out ? Engagez-vous !

Les objectifs de cette étude étaient d'établir un état des lieux du burn-out chez les généralistes, son évolution dans le temps et d'analyser l'impact de la charge de travail et de l'engagement professionnel sur ce syndrome d'épuisement. Le burn-out était défini selon trois critères : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, la diminution de la sensation d'accomplissement personnel. 500 MG sur 1600 recrutés ont renvoyé un questionnaire portant sur la mesure du burn-out (MBI), des mesures de satisfaction, des mesures relatives à l'engagement socio-professionnel et des indicateurs de la charge de travail objective.

Les résultats montrent des taux plus élevés de burn-out chez les MG que dans d'autres catégories professionnelles (travailleurs sociaux, sapeurs pompiers, aides sanitaires) avec un taux de dépersonnalisation deux fois plus élevé mais un sentiment d'accomplissement personnel qui reste élevé. L'évolution dans le temps (de 2000 à 2004) montre une diminution de l'épuisement émotionnel, mais une augmentation de la dépersonnalisation avec un sentiment d'accomplissement personnel qui diminue (plus fort chez la femme).

La charge de travail objective (nombre d'heures de travail) n'a aucune influence sur le burn-out. L'engagement socioprofessionnel est quant à lui bénéfique. Plus les médecins s'engagent d'un point de vue social (amélioration des conditions de travail ou du système de soins de santé) et/ou dans une meilleure relation au patient, plus le sentiment d'AP augmente et le taux de DP diminue. Le repli sur la simple activité médicale surtout s'il s'accompagne d'une multiplication des actes réalisés rend le médecin plus sensible au burn-out.

D'après l'exposé du Dr TRUCHOT : Engagement professionnel et charge de travail : leur impact sur le burn out et la satisfaction des médecins généralistes. Une recherche en Poitou Charente.

Maladies génétiques

Les médecins généralistes sont-ils sensibilisés à l'intérêt de la génétique en soins primaires et leur formation est-elle suffisante en médecine prédictive ? Une enquête de pratique déclarative rétrospective a été réalisée auprès de 315 médecins tirés au sort en Aquitaine. 141 médecins ont répondu dont l'âge moyen était de 48,7 ans. 88 % parmi eux ont dit avoir été confrontés à une maladie génétique (mucoviscidose, hémochromatose, trisomie 21, hémoglobinopathies et cancers familiaux). Les arbres généalogiques étaient réalisés par 12,5 % des médecins interrogés. Les circonstances d'évocation étaient les antécédents (62 %), la demande des patients (31 %) et le suivi de grossesse (24 %). La prescription de tests génétiques concernait un médecin sur trois et deux tiers des médecins avaient déjà sollicité un généticien. Huit médecins sur dix souhaitaient une formation complémentaire en génétique. Sept généralistes sur dix avaient été impliqués dans l'information, la reconnaissance ou le suivi des maladies génétiques.

L'implication des MG en génétique semble bien réelle mais il existe une sous-estimation des patients à risque. Pour un cas repéré, trois patients sont à risque. La sensibilisation des MG à la génétique peut et doit encore s'améliorer.

GAY B, AUFFRET N, LACOMBE D, TISON S : Place des maladies génétiques en médecine générale.