

Congrès internationaux

par les médecins généralistes Serge Boulanger, 1200 Bruxelles • Thierry Vanderschueren, 5640 Mettet • Elide Montesi, 50060 Sambreville

12^e congrès WONCA Europe

Firenze, 28-29-30 septembre 2006

3414 congressistes représentant 64 pays, de tous les continents (29 Australiens et 19 Néozélandais, pour citer un exemple); 1200 communications, 20 salles occupées, 250 sessions parallèles, 550 posters. Les Italiens qui organisaient le congrès étaient en quatrième position en nombre derrière les Espagnols, Portugais et Norvégiens mais les premiers avec 250 communications et posters. Les thèmes sélectionnés par le comité organisateur tournaient autour des soins communs au monde entier, de la formation de base et continue du généraliste, de la recherche, de la qualité en médecine générale et des risques de l'intervention.

Un cousin italien de la RMG

Un journal fait par des généralistes pour des généralistes. Totalement indépendant, Occhio clinico a été mis sur pied en 1996. Ses objectifs sont de fournir au généraliste italien une formation complémentaire basée sur l'expérience de généralistes de terrain. Des cas cliniques à l'EBM, tous les aspects et les problèmes de la médecine générale sont passés en revue y compris les publications de recherche en médecine générale. Nous ne pouvions manquer de signaler l'existence de cette revue, preuve s'il en est que partout en Europe, les généralistes ont le souci d'une information et d'une formation qui leur soit propre. (EM)

Occhio Clinico story: an Italian journal born for general practice (S. Pagliani, Milano)

Comblant le fossé entre biologie et humanisme

Toute consultation est une rencontre entre la conscience du patient et la conscience du médecin. Cette conscience s'appuie sur des fondements biologiques et neurophysiologiques. Ainsi par exemple, l'empa-

thie était jusqu'à présent considérée comme un phénomène analysable seulement d'un point de vue psychologique. La découverte du système des neurones «mirror» montre l'existence d'un «cerveau parallèle» qui permet d'anticiper, d'interpréter les gestes, de réfléchir des actions, sentiments émotions, douleurs physiques et mentales chez les autres. Comprendre la neurophysiologie de la conscience permet de comprendre les mécanismes régissant la rencontre médecin patient: empathie, langage, représentation des schémas corporels etc. L'étude des neurosciences est donc une science de base pour une médecine de famille qui tient à maintenir le lien entre biologie et humanisme. (EM)

Biologie and humanity: a gap to be bridged (S. Bernabé, Italia)

La qualité des soins dans une société en mutation

Notre société subit de profonds changements: vieillissement de la population, augmentation des pathologies mentales, explosion des pathologies liées au mode de vie, augmentation de la mobilité, expansion du sida. Par ailleurs, les soins de santé sont devenus un bien de consommation, avec une médicalisation de plus en plus importante de problèmes de santé jadis banalisés. Nous devons faire également face au multiculturalisme et à une urbanisation croissante.

Tous ces éléments sont un défi pour les médecins de famille. Nous devons revoir notre position pour améliorer la qualité des soins. Il est nécessaire de chercher de nouvelles pistes: la santé n'est plus envisagée en terme d'absence de maladie mais en fonction d'une qualité de vie. D'une médecine centrée sur un ou des problèmes, le médecin généraliste doit de plus en plus s'orienter vers une pratique ciblant des objectifs. Ceux-ci doivent tenir compte tant des intérêts individuels du patient que des intérêts de la collectivité. Et nos interventions doivent être faites en collaboration avec le patient, qui devient

acteur de la qualité des soins. Les critères de qualité doivent par ailleurs tenir compte non seulement des paramètres médicaux mais également de la satisfaction du patient, de l'accessibilité aux soins et du coût social. (EM)

Quality of care in a changing society (Pr De Maeseneer, Belgique)

Maladies rares en médecine générale

Cette jeune généraliste italienne a étudié le problème des patients atteints de pathologies rares sous l'angle de la médecine de famille. Son travail s'est limité à une province italienne pour toutes les affections dites rares, c'est-à-dire avec une incidence = 5/10 000. La province de Venise compte malgré tout 4,5 millions d'habitants avec 1 283 généralistes. Le travail a donc été de taille. Les résultats démontrent l'importance du généraliste pour les patients atteints de pathologies rares. En effet, chaque patient a un généraliste et chaque généraliste a, en moyenne, 8 patients de ce type dans sa patientèle. L'oratrice souhaite que les généralistes, premiers interlocuteurs des patients atteints de pathologies rares, puissent avoir un accès rapide à une base de données sur ces affections. Ceci devrait leur permettre de mieux soigner ces patients particuliers pour leur maladie mais surtout pour toutes les autres affections courantes. (TVdS)

Prise en charge of rare disorders patients and their families: a challenge for the general practitioner. Mazzucato M (Italy)

Consommation de soins des obèses

Aux Pays-Bas, 36% de la population est en surpoids (BMI entre 26 et 29) et 11% obèse (BMI = 30). Il semble que les patients obèses consultent plus souvent, même pour des pathologies indépendantes de leur poids. C'est pour établir cette impression qu'une étude de cohorte a été réalisée dans plusieurs pratiques de

médecine générale. Tous les patients obèses de ces pratiques ont été appariés pour l'âge, le sexe, le statut socio-économique et le généraliste avec un patient contrôle. Ils ont ensuite été suivis sur une période de 5 ans. Les patients obèses ont effectivement consulté plus pour les raisons suivantes : refroidissements avec et sans fièvre, dermatites, mycoses, contusions, infections urinaires et myalgies. Au total, cette augmentation dans la consommation de soins est de 34%. L'auteur conclut qu'avec l'augmentation du nombre de patients obèses, la charge de travail en médecine générale va augmenter davantage que prévu sur base de calculs de population. La prévention de l'obésité est essentielle et trouve ici une justification supplémentaire. (TVdS)

Obese patients present more common diseases to the general practitioner. Lemiengre M (Belgique, en formation aux Pays Bas)

Ne pas médicaliser l'adolescence

Les adolescents représentent 25% de la population globale et parmi eux 10% vivent cette période dans un état de malaise psychologique (expression variée : anxiété, dépression, troubles du comportement, troubles scolaires, troubles alimentaires). Si le suicide a diminué au cours des 25 dernières années, sa prévalence a par contre triplé chez les adolescents, dont 20 à 40% reconnaissent avoir des idées suicidaires. Faut-il médicaliser d'office cependant le mal-être des adolescents ? Même si l'on sait que la prévalence des maladies mentales est doublée chez les adultes qui ont vécu des problèmes psychiques à l'adolescence, il n'existe aucune preuve que le diagnostic précis et précoce de troubles psychiatriques réduit le risque de développer une maladie mentale à un âge plus avancé. Une observation italienne a porté pendant un an sur 27 adolescents souffrant de détresse psychologique parmi 121 adolescents sélectionnés dans une pratique de médecine générale. Elle a montré que la gestion du problème par l'écoute ciblée sur l'aspect socio familial et les facteurs individuels de malaise a été suffisante chez la toute grande majorité des adolescents pour améliorer la situation. Un seul sur les 27 a nécessité un traitement médical. Parler avec l'adolescent de ses problèmes semble d'après cette observation préférable à vouloir poser un diagnostic à tout prix. La prise en charge des troubles de l'humeur chez les adolescents peut précéder la mise au point diagnostique. Les généralistes sont donc particulièrement bien placés pour assurer la prise en charge des troubles de l'humeur et de l'instabilité émotionnelle des adolescents

de par leur approche holistique, axée sur la communication et centrée sur le patient. (EM)

Telling stories rather than making diagnoses: a one year experience with teenage psychic discomfort in GP. An opportunity to prevent medicalization? (Rieve AK, Di Fulvio A, Di Marco S, Volpone D (Italy))

Identification des problèmes mentaux des adolescents

70 à 90% des adolescents voient leur médecin de famille une fois par an. Les adolescents souffrant de troubles mentaux consultent plus souvent que d'autres mais un quart seulement de ces adolescents reçoit les soins appropriés. Le médecin généraliste identifie entre 20 à 40% des adolescents à problèmes. Une étude sur 26 pratiques randomisées de MG en Australie s'est penchée sur la relation entre la représentation de la maladie par l'adolescent et l'identification par le médecin des problèmes psychologiques chez 450 adolescents entre 16 et 24 ans. Les jeunes patients remplissaient un questionnaire dans la salle d'attente pour évaluer leur stress émotionnel et le degré de sévérité de l'affection les motivant à consulter. Les MG remplissaient un formulaire après la consultation concernant le contenu de celle-ci. Les résultats montrent une étroite corrélation entre la perception de leur maladie et de leurs symptômes par les adolescents et l'identification des troubles mentaux par le MG chez les adolescents présentant un degré de détresse sévère. (EM)

Illness beliefs and the identification of youth emotional distress in primary care (DM Haller, Australia)

Ordonnances anticipées

Est-il raisonnable de confier au patient une ordonnance d'antibiotiques qui anticipe l'aggravation possible d'une situation faisant l'objet d'un premier traitement symptomatique ? Certaines recommandations étrangères préconisent pourtant cette attitude dans l'espoir de réduire la consommation d'antibiotiques, particulièrement pour les infections des voies respiratoires supérieures. Les autres arguments en faveur de cette attitude sont l'envie de satisfaire le patient et la réduction du nombre de re-consultations pour une même affection. Les arguments qui s'y opposent sont l'absence d'éducation du patient à ne pas recevoir systématiquement un antibiotique, le fait que cette attitude adresse un message ambigu au

patient et qu'il ne s'agit pas d'une démarche EBM. Aucun travail sérieux ne répond clairement à cette question selon l'oratrice. La grande majorité des généralistes présents lors de cette communication avoue avoir déjà utilisé cette méthode de la prescription anticipée, surtout en cas de surcharge de travail. Une même majorité considère toutefois cette attitude comme insatisfaisante et peu adéquate. (TVdS)

Delayed prescription, a clever compromise to reduce antibiotic prescribing. (Brockmann S, Allemagne).

Hôpital et médecine de famille : travail en réseau

Pour améliorer la qualité des soins à domicile, il faut impliquer les généralistes dans un travail en réseau qui intègre l'hôpital et la première ligne. Pour réaliser cela, il faut d'abord développer le travail en réseau au sein de la première ligne : organisation en association, le travail multidisciplinaire, intégration des différents professionnels de la santé, le patient au centre des préoccupations.

Le processus de collaboration des MG avec les hôpitaux améliore la qualité de soins. Elle passe par des protocoles formalisés de collaborations, des notifications précises pour assurer la continuité des soins (pré et post hospitalisation), une utilisation efficiente de l'informatique et des nouvelles technologies, le partage des informations médicales et éventuellement des dossiers médicaux, le développement de recommandations de bonnes pratiques communes aux MG et aux spécialistes d'hôpitaux au travers d'une formation continuée commune. En conclusion, le rôle des MG dans le processus de collaboration avec les hôpitaux, est fondamental pour assurer d'une part la qualité des soins primaires et d'autre part la coordination du réseau de première ligne. (SB)

Networks between family medicine and hospitals (Boulanger S, Bruwier G, Vanhalewijn M. Belgique)

Symptômes inexplicables

Nous avons tous des patients qui présentent des symptômes médicalement inexplicables. Ce type de plainte est particulièrement frustrant pour le médecin généraliste. En effet, il lui est impossible d'aboutir à un diagnostic avec ce type de symptômes. Au mieux, peut-il parler de trouble psychosomatique. Selon la littérature, les patients présentant des plaintes médicalement inex-

plicables constituent 15 à 30% des consultations de médecine générale. Ce nombre élevé pourrait être dû au fait que ce type de patient a tendance à consulter plus fréquemment que les autres. De plus, le médecin est presque toujours amené à demander des examens complémentaires qui s'avèrent normaux. Diverses attitudes sont préconisées bien qu'aucun « guidelines » n'existe à ce sujet. D'une manière générale, il faut consacrer beaucoup de temps de consultation à ces patients, les rassurer sur le caractère bénin de leurs symptômes, leur fixer d'emblée des rendez-vous ultérieurs et les autoriser à consulter même s'ils n'éprouvent aucun symptôme. (TVdS)

Medically unexplained symptoms two case reports with divergent outcomes (Ivetic V, Slovenia).

Antécédents familiaux !

L'histoire familiale est une donnée clinique de première importance ! Voilà le seul message de ce brillant exposé ponctué de multiples exemples et anecdotes. En effet, le Pr Watt souhaite que les antécédents familiaux soient recherchés et notés au dossier médical. Selon lui, cette démarche doit être active et systématique de la part du généraliste. Pour nous convaincre de cela, il cite les chiffres suivants : seul 1 Anglais sur 4 et 1 Anglaise sur 3 sait que l'infarctus paternel constitue un facteur de risque familial. Il est dès lors nécessaire que le médecin de famille s'intéresse aux antécédents familiaux afin de rester attentif aux familles à risque et de pouvoir avertir les générations suivantes. (TVdS)

Epidemiology of health and disease in families. [Watt G (UK)]

Malade soigné = MG payé ?

Le système de primes instauré par le NHS en Angleterre pour rémunérer les généralistes a été étudié et critiqué par cette équipe italienne. Au travers de deux exemples fréquents en médecine générale, ils ont ouvert une réflexion et un débat à propos de ce mode de rémunération et de la difficulté à créer des critères pertinents. Premier exemple, le statut tabagique. Si ce statut est complet au dossier, le médecin reçoit des points pour chaque dossier bien tenu. Si le médecin de famille note qu'il a donné un conseil d'arrêt tabagique encore des points supplémentaires, et ce chaque année. Par contre, s'il aide un patient à arrêter, pas de point supplémentaire. Il est regrettable que seule la démarche du conseil soit gratifiée. Le but de cette démarche est le sevrage taba-

gique. Celui qui y consacre plus d'énergie aura de meilleurs résultats et sera au fil des années de moins en moins gratifié puisqu'il aura moins de patients à qui prodiguer le conseil « rémunérateur ».

Second exemple, la prise en charge de l'HTA. Dans cette matière aussi, les critères pour obtenir une gratification sont discutables. En effet, le patient hypertendu dont la pression artérielle devient inférieure à 150/90 mmHg avec traitement médicamenteux permet au généraliste d'obtenir des points de gratification. L'absence de gratification pour les mesures hygiéno-diététiques et le changement de mode de vie sont étonnantes. De même, les valeurs à atteindre sont surprenantes puisque ne correspondant à aucune recommandation. L'orateur conclut en souhaitant qu'un tel système ne récompense pas seulement les soins mais aussi la qualité de ceux-ci. (TVdS)

Aligning utilities of different actors in health systems to ethics and health of citizen community [Donzelli A, Sghedoni D (Italie)].

MG et chercheur

La toute grande majorité des découvertes médicales jusqu'à la moitié du xx^e siècle sont le fait de médecins généralistes. Le Dr Barbara Starfield a démontré depuis longtemps qu'un système de santé avec une forte médecine générale offrait une meilleure santé à la population pour un moindre coût. Plus récemment, elle a également démontré que des spécialistes en première ligne étaient moins performants que des généralistes. Leur intervention en première ligne s'accompagne d'une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Les exemples de l'apport de la médecine générale à l'EBM sont nombreux. Ainsi, un généraliste fut le premier à démontrer l'augmentation du risque de thrombo-embolie sous contraceptifs oraux. La majeure partie des études randomisées et contrôlées sélectionnent trop les patients à inclure. Ces populations étudiées sont donc très éloignées de la population que rencontrent les généralistes au cours de leur carrière : patients très différents les uns des autres, surtout âgés, avec de nombreuses co-morbidités et co-médications. Des études en médecine générale sur une population non sélectionnée sont indispensables afin de démontrer ce qui est vraiment utile à nos patients. Malheureusement, certains généralistes eux-mêmes ont du mal à admettre que la recherche fait partie de leur rôle. (TVdS)

Bridging the gap between family medicine research and practice. [Rosser W (Canada)]

Efficience et qualité

L'efficience est la capacité à atteindre un maximum de résultats avec des moyens

limités. Cela revient en fait à demander un coût minimum pour un résultat sanitaire précis. La qualité d'une intervention est évaluée à partir d'indicateurs de santé définis par les professionnels. Comparer diverses pratiques de groupe entre elles afin de déterminer des différences d'efficience et de qualité entre ces équipes, tel était le but de cette étude. Pour cela, les chercheurs ont utilisé un outils informatique précis mais lourd. Au-delà des aspects techniques, cette recherche a montré qu'il était possible de dégager des différences de coût mais aussi de qualité entre équipes pour un même prise en charge. L'équipe la plus efficiente (la moins coûteuse donc) n'a pas obtenu la meilleure qualité. L'équipe avec la meilleure qualité n'a pourtant pas été la moins efficiente (pas la plus chère donc). La majorité des praticiens a donné sa préférence à l'équipe qui obtenait les meilleurs résultats en terme de qualité pour un coût raisonnable. Les organismes payeurs et assureurs préfèrent une autre équipe, celle qui offre le meilleur rapport qualité/efficience. Cette troisième équipe atteint l'objectif demandé avec une qualité acceptable pour un prix faible.

L'auteur conclut que l'on ne peut pas séparer efficience et qualité dans une évaluation comparative des pratiques. Un généraliste sud-africain présent a très justement fait remarquer que cette étude ne tenait pas compte des différences socio-économiques parmi les patients pris en charge. Or ces différences sont la cause d'importantes dépenses supplémentaires et donc d'une différence d'efficience apparente entre les équipes. (TVdS)

Measuring the quality of care in a primary care setting on the basis of a efficiency effectiveness study. [Serrat Tarres J (Espagne)]

Vivre avec une maladie chronique

Une étude qualitative basée sur des enregistrements audio de consultations d'un échantillon de vingt femmes et sept hommes souffrant de maladies chroniques diverses s'est penchée sur la manière dont les patients tentent de maîtriser leur affection. L'aspect émotionnel joue un rôle non négligeable dans le contrôle de la maladie. Chaque patient a un modèle propre créé en associant ses propres représentations de la maladie avec les informations fournies par leur médecin traitant. Clarifier les perceptions que le malade chronique a de sa pathologie fait donc partie intégrante du rôle du généraliste dans la gestion des maladies chroniques pour améliorer la façon dont le patient vit avec Sa maladie chronique. (EM)

Making sense of chronic illness [Jorgensen M, Materud K, Danemark]