

Congrès internationaux

par les médecins généralistes Thierry Van der Schueren • 5640 Mettet et Elide Montesi • 5060 Sambreville

12^e congrès WONCA Europe

Florence, du 28 au 30 août 2006

Co-morbidité en pratique générale

Afin d'obtenir un état des lieux en matière de co-morbidité, la patientèle de 156 généralistes australiens a été observée durant un an. Cela représente 841 000 consultations pour 200 000 patients différents. Seules les 10 plus fréquentes co-morbidités ont été discutées. L'association la plus fréquente en médecine générale est HTA et hypercholestérolémie, rencontrée par chaque MG au minimum une fois par semaine. L'association de 7 co-morbidités la plus fréquente est HTA, diabète, hypercholestérolémie, asthme, dépression, reflux gastro-œsophagien et arthrose. Cette septuple association de pathologies est rencontrée en moyenne tous les ans par chaque généraliste australien. Au-delà de cet état des lieux qui peut expliquer la difficulté des soins en médecine générale, des co-morbidités inattendues ont été fréquemment retrouvées. L'oratrice cite comme exemple, l'association des affections dermatologiques avec les troubles du sommeil.

Co-morbidities in Australian general practice [D. Saltman, (Australie)].

Inégalités en santé : comment les combattre ?

En 1971, Tudor Hart publiait dans le Lancet un éditorial « The inverse care law » où il déclarait que l'accessibilité aux soins de santé était inversement proportionnelle aux besoins des populations desservies. La situation ne semble pas s'être améliorée depuis. La santé et surtout l'accès aux soins sont un droit pour tous en théorie, mais cela ne s'observe pas dans les faits. L'organisation des soins de santé et une mauvaise distribution des ressources en soins primaires ont un impact non négligeable en terme d'inégalité sanitaire. Comprendre les mécanismes à la base des

inégalités est nécessaire pour augmenter l'efficacité des interventions. Les systèmes de soins nationaux basés sur l'accès aux soins pour tous sont eux-mêmes à l'origine de certaines inégalités masquées (exclusion de certaines catégories de patients, médecine à deux vitesses de par l'existence d'assurances complémentaires qui permettent à l'État de se décharger du remboursement de certaines prestations, exclusion de certaines prestations). Un constat aussi édifiant que valorisant est celui qu'un médecin de famille pour gérer la première ligne de soin constitue un critère de diminution des inéquités sanitaires avec une régression de la morbidité, une réduction des coûts et un taux de satisfaction plus élevé pour les patients. (EM)

Hidden inequity in primary care (S Westin, Norvège)

Réseaux européens

Le dossier médical informatisé est utile au patient car il améliore la qualité des soins qui lui sont prodigués. Ce dossier est également utile à la communauté au travers des réseaux. En effet, un généraliste qui encode sa pratique apporte qualité et stabilité à l'information de santé communautaire. Une enquête européenne a été réalisée pour identifier les réseaux existants. La majorité de ceux-ci est composée exclusivement de généralistes (58%). Le plus petit comporte 8 MG, le plus grand 1300, avec une moyenne de 120 généralistes. Ces réseaux sont très stables car un tiers a déjà plus de 15 années d'existence et l'ensemble des réseaux ne présente que 5 à 10% de turnover annuel de leurs membres. Tous ces réseaux sont de qualité car effectuent un contrôle de qualité, réalisent un suivi des informations manquantes et valident leurs données via des sources externes (données des pharmacies, ...). L'auteur conclut que les réseaux européens en place sont d'excellente qualité mais qu'il faut encore les étendre, généraliser l'informatisation des pratiques et harmoniser les informations recueillies.

European primary care surveillance networks: their structure and operation (FG. Schevellis, Pays-Bas)

Les guidelines sont-elles praticables pour le MG ?

Le projet GIANO (Gestione ipertensione in ambulatorio: nuovi orizzonti) en Italie a suivi un groupe de 10 médecins à Turin concernant la charge de travail induite par l'application des guidelines pour l'HTA, les résultats obtenus ainsi que les coûts engendrés par leur implémentation dans la pratique quotidienne. Si les résultats sont positifs (la mortalité en termes d'événements CV a diminué de manière significative chez les patients des médecins participant à l'étude), les coûts n'étaient pas négligeable (536 € par an et par patient) et la charge de travail importante a nécessité l'aide d'un assistant (2h à 2h30 de travail quotidien supplémentaire). Pour 1000 patients observés, la prévalence de l'HTA était de 41,24%, 34,74% de nouveaux cas ont été trouvés et au terme des 5 ans, 76,5% des patients atteignaient les cibles tensionnelles. Les auteurs concluent donc que les guidelines en HTA sont donc applicables moyennement un financement pour la réorganisation des soins étant donné l'augmentation de la charge de travail qu'elles entraînent. (EM)

The Giano project – management of blood pressure: new strategy. Are guidelines applicable to general medicine (Giustetto G, Nejrotti M. Italia)

Allemands et risque c-v global

Les MG allemands découvrent seulement les tables d'évaluation du risque cardiovasculaire global comme SCORE. Ils ont réalisé une étude sur les habitudes de prescription et la motivation de ces prescriptions auprès de généralistes représentatifs. Cette étude montre que la plupart des MG allemands n'ont pas une idée claire du risque de leurs patients. Ainsi, ils surestiment toujours les effets favorables d'une

diminution de la pression artérielle et sous-estiment les effets favorables des statines chez les diabétiques et les patients à haut risque. Les prescriptions ne sont pas adaptées au risque global des différents patients : ceux à faible risque sont traités inutilement et ceux à haut risque sont presque toujours sous-traités.

Cette étude démontre la nécessité d'une meilleure information des MG allemands à propos du risque CV global afin qu'ils ciblent mieux leurs actions thérapeutiques.

Treating global CV risk instead of solitary risk factors: collecting background information for a complex educational intervention (A. Altriner, Allemagne.)

Formation des médecins généralistes

Trois objectifs doivent être réalisés pour une formation idéale : les connaissances proprement dites (que puis-je savoir?), l'éthique (que devrais-je savoir?), la créativité et l'ingéniosité (que puis-je espérer?). Le professionnalisme ne peut être réduit aux simples connaissances. Celles-ci doivent être autant formelles (référéncées aux «evidence-based») qu'informelles (faisant appel à l'intuition). Par ailleurs, si les nouvelles technologies (high technology) sont incontournables dans la formation des MG, il convient néanmoins de mettre en balance leur aspect tant positif que négatif. Une formation des médecins généralistes qui ne ciblerait qu'un aspect au détriment d'un autre raterait son objectif.

Education in general practice: three contemporary controversies (Greenhalgh T, UK)

Comment réduire les incertitudes ?

La majorité des actions et décisions des médecins généralistes sont basées sur des incertitudes. En effet, les médecins de famille sont habitués à travailler dans ce contexte. Les raisons sont multiples. La médecine générale couvre tous les champs de la médecine. Le généraliste rencontre, dans 70% des cas, les pathologies à un stade précoce. Le médecin généraliste diagnostique à partir des symptômes. Finalement, la majorité des «guidelines» disponibles couvrent des affections diagnostiquées (diabète, angine, HTA, ...) et pas des symptômes. Cette étude française réalisée auprès de généralistes motivés semble supporter le fait qu'une pratique informatisée permet au médecin de prendre des décisions plus justifiées et donc moins incertaines que sans aide de l'informatique.

Is it possible to reduce the uncertainty in diagnose making in general practice (D. Duhot, France).

De l'art de la métaphore pour parler au patient

La médecine générale passe par le langage : expliquer l'affection, donner des notions anatomiques ou physiologiques, répondre aux questions, expliquer et motiver le traitement ou les examens complémentaires. L'usage de la métaphore permet de traduire le langage médical scientifique en termes compréhensibles pour le patient. En utilisant un langage figuratif simple alimenté par l'expérience de la vie quotidienne, les concepts scientifiques complexes sont ainsi reliés aux images connues et stockées dans le cerveau du patient. Notre langage médical fait d'acronymes, de chiffres, de termes techniques devient, grâce à l'usage de la métaphore, transparent pour le patient (cartilages = amortisseurs, cancer = mauvaises herbes dans le jardin, un antibiotique pour traiter un virus = nettoyer une tache de graisse avec de l'eau, etc.). Les infos stockées dans nos structures cognitives (frames), grâce à l'usage de la métaphore, peuvent de la sorte être assimilées par les structures cognitives du patient. Ces métaphores sont d'autant plus efficaces qu'elles sont adaptées au contexte socioculturel du patient.

De la même manière, la notion de cadre cognitif (frames) permet de relever le défi des patients défaitistes («rien ne marche avec moi», «le traitement ne me convient pas», «je ne saurai jamais arrêter de fumer ou maigrir»...). Le défaitisme, lié à l'existence chez le patient de références négatives, réduit les perspectives du patient pour l'atteinte des objectifs. Modifier le comportement du patient nécessite donc de modifier ces références, de lui apprendre à voir ses problèmes sous un autre point de vue (re-frames). Là aussi la métaphore est d'une utilité importante pour cibler avec le patient des objectifs réalistes et positifs.

Medical metaphors, frames, and reframe: the art of communicating to patients with word images. (Polson C, USA)

DIGOXINE

Ce jeune généraliste irlandais a présenté son travail sur le monitoring de la digoxine en médecine générale. L'usage de la digoxine tend à diminuer mais la surveillance du traitement aussi. Or, la digoxine est rapidement absorbée et lentement éliminée par voie rénale. Un taux sanguin stable réduit les risques de toxi-

cité tant cardiaque que neurologique et gastro-intestinale. L'étude prospective a consisté en un examen clinique orienté et en une prise de sang huit heures après la dernière prise de digoxine. Tous les patients avaient été placés sous digoxine en raison d'une fibrillation auriculaire. Lors de l'examen clinique, 76% des patients avaient une FA ralentie (sous contrôle donc), 8% ne présentaient plus de FA et 16% n'étaient pas contrôlés. Au contrôle biologique, 20% des patients étaient bien dosés et 80% sous dosés ! Aucun patient ne présentait un surdosage en digoxine.

L'orateur conclut que les intoxications à la digoxine sont très rares. Il préconise un suivi clinique des patients (rythme ventriculaire) avec arrêt de la digoxine en cas de disparition de la FA. Il déconseille le contrôle biologique en routine mais recommande la prudence vis-à-vis des interactions médicamenteuses. Une mesure de la digoxinémie est utile en cas de doute sur l'observance, en cas d'instauration d'un nouveau médicament ou en cas de co-morbidité susceptible de modifier les taux plasmatiques (insuffisance rénale, déshydratation, hypoxie, hypothyroïdie et hypokaliémie). Une recherche de la dose optimale de digoxine chez le patient âgé serait judicieuse en raison du nombre de patients contrôlés avec une dose suboptimale.

Monitoring of digoxin in primary care: is increased surveillance necessary? (B. Van Dessel, Irlande.)

Anti-inflammatoires

Une observation de l'usage des AINS auprès de 2000 médecins de famille a été réalisée en République tchèque. Auprès de ce large échantillon, 200 patients utilisateurs chroniques d'AINS ont été identifiés. Dans ce sous-groupe, toutes les médications associées ont été vérifiées. Une très large majorité des patients avait un traitement chronique combinant des associations médicamenteuses dangereuses. Parmi ceux-ci, 30 utilisaient AINS et anti-vitamine K simultanément. Un quart d'entre eux associaient AINS et SSRI et la moitié d'entre eux prenaient de l'aspirine.

Ces observations ont conduit un groupe de généralistes à rédiger un consensus interdisciplinaire sur l'utilisation des AINS.

Interdisciplinary consensus on use of NSAIDs (B. Seifert, République Tchèque).