

Congrès internationaux

par les Drs Thierry Van der Schueren • Médecin généraliste • 5640 Mettet et Elide Montesi • Médecin généraliste • 5060 Sambreville

13th Wonca Europe conference

(Paris, 17 au 20 octobre 2007)

Comme chaque année, l'organisation mondiale de médecine générale pour la région Europe a organisé son congrès. Pour sa 13^e édition, il s'est installé à Paris. Les activités se répartissaient en conférences, présentations de posters et ateliers. Plus de 1400 abstracts enregistrés, provenant de 53 pays, pour lesquels 4200 généralistes se sont déplacés. Vous ne découvrirez ici qu'une sélection des interventions les plus pertinentes présentées lors de ce congrès. Le thème fédérateur de ce congrès était «Repenser la médecine générale dans le contexte européen». La formation de base et continue du généraliste, les soins curatifs et préventifs, la recherche et l'amélioration de la qualité en médecine générale constituaient les domaines essentiels des posters et présentations orales.

Encore mieux avec une infirmière

Le travail des médecins généralistes indépendants peut-il être plus efficace grâce à l'intervention d'une infirmière de santé publique? La réponse est clairement affirmative et à la plus grande satisfaction des généralistes et des patients. Cette initiative est partie d'un groupe de MG français souhaitant tester l'utilité d'une infirmière de santé publique dans leurs pratiques. Son intervention a été ciblée dans deux domaines: le suivi, l'éducation et le contrôle des diabétiques de type 2 et le dépistage par mammographie du groupe cible (femmes de 50 à 74 ans en France). L'efficacité de l'intervention a été évaluée grâce à une comparaison avec les résultats personnels des généralistes avant intervention et par rapport à la moyenne nationale. Pour le dépistage du cancer du sein, l'infirmière utilisait le logiciel médical du médecin pour y repérer les personnes cibles, vérifier leur statut (dépisté ou pas encore) et installer un rappel immédiat ou futur à destination du médecin. Ce rappel s'affichait lorsque le médecin ouvrait la fiche de sa patiente et qu'elle devait bénéficier d'une mammographie. Pour le suivi des diabétiques, l'infirmière effectuait le même travail sur dossiers pour les diffé-

rents éléments de suivi recommandés (HbA1c, microalbuminurie, examen des pieds, ECG de repos, fond d'œil). De plus, elle rencontrait les patients afin de leur donner des informations et conseils à propos de leur maladie. Parmi les 31019 patients de ce groupe de 42 MG, 5196 femmes et 1650 diabétiques de type 2 ont bénéficié de ce programme.

Les résultats dépassent toutes les espérances. Les diabétiques ont un meilleur suivi de tous leurs paramètres et des résultats d'HbA1C normalisés dans une grande majorité des cas. Cela tant pour les comparaisons individuelles que pour les comparaisons avec les scores nationaux. Pour le dépistage par mammographie, en 2 ans, la couverture a atteint 78% alors que la moyenne nationale française est de 41,3%! Le programme a donc été étendu à tout un département et bénéficie de subides pour 3 ans (seulement). (TVdS)

D'après l'exposé du Dr M. LACOURCELLE, médecin généraliste en formation en France

Comment les patients voient le MG

Une étude qualitative a comparé la perception du généraliste par le patient en France et en Italie. Elle a été menée par questionnaire aux patients: Que pensez-vous de votre médecin traitant? Comment doit fonctionner une consultation de MG? Pouvez-vous discuter avec votre MG? Votre MG est-il un scientifique, un chercheur et est-il à la page? Est-il compétent et quelles compétences attendez-vous de votre MG? Quelle différence entre MG et spécialiste?

Les résultats sont très similaires en France et en Italie nonobstant la différence d'organisation des soins primaires dans ces deux pays. Similitudes peut-être liées au contexte culturel latin des deux pays. Les patients tant cis que transalpins voient le MG comme un confident, voire un membre de la famille ou un ami, une personne de confiance en tout cas. La consultation est considérée comme un lieu d'écoute, doit s'adapter aux besoins du patient et apporter une réponse adéquate. Tant en France qu'en Italie, le patient

trouve qu'il a la possibilité de discuter les décisions du médecin généraliste. Les MG sont considérés comme compétents et les compétences exigées sont autant du registre des connaissances et du diagnostic que du registre humain. La majorité estime que le MG est «up to date».

Le spécialiste est jugé plus distant (mais parfois humain, sic!) plus cher et faisant des consultations plus courtes.

Le MG est par contre rarement vu comme un chercheur par son patient... qu'il soit Italien ou Français. L'analyse de cette perception mérite d'être faite également pour des médecins de cultures différentes. (EM)

D'après l'exposé du Dr BOCHATON, médecin généraliste France

Évaluation de la satisfaction du patient en MG en France

Il existe peu d'études concernant le degré de satisfaction des patients de MG en France. 13500 patients ont été interrogés sur leur niveau de satisfaction concernant trois items: le délai d'obtention d'un rendez-vous, la durée de la consultation et le degré de compréhension des explications. Les données ont été pondérées en fonction du nombre des contacts. L'analyse a été multifactorielle. Globalement 80% des patients ont déclaré être satisfaits concernant ces trois critères d'évaluation. Le niveau de satisfaction diminue de manière parallèle avec la durée du contact: une consultation inférieure à 10 minutes est jugée peu satisfaisante. La compréhension des explications est corrélée avec le degré de perception de l'état de santé et l'âge des patients. Une mauvaise perception de l'état de santé va de pair avec une perception de temps de discussion trop courte. Le degré de satisfaction par rapport au délai de rendez-vous diminue avec la longueur de celui-ci. 48h semblent le maximum acceptable en MG pour le patient. Chose assez surprenante, les patients sont moins satisfaits par les MG recevant sur rendez-vous que par ceux exerçant en libre accès. (EM)

D'après le Dr Yves BOURGUEUIL, IRDES, France

Quand la prévention échoue

Un plan d'envergure afin de prévenir les chutes des personnes âgées a été mis en place et évalué en Andalousie. Ce plan comportait des interventions communautaires via des spots TV, la distribution de petites revues et vidéos, ... des interventions auprès des professionnels de première ligne (formations spécifiques, matériel éducatif) ainsi que des interventions individuelles auprès des patients (évaluation sensorielle, contrôle des médicaments, examen du milieu de vie, ...). Deux années de suivi ont été menées avec un large groupe témoin comparable au groupe d'intervention. Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes tant au niveau du nombre de chutes qu'au niveau de leur gravité. Tout au plus une tendance (non significative) à une diminution du nombre de fractures dans le groupe d'intervention. La déception de l'orateur est grande mais il est très utile de montrer aussi les échecs de nos interventions. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr CUBI, médecin généraliste en Espagne.

Valeur du diagnostic proposé par le patient

Nous sommes souvent confrontés à des patients qui avec leurs plaintes nous proposent également leur(s) diagnostic(s). Un généraliste norvégien s'est attaché à étudier la valeur prédictive de ces diagnostics faits par le patient. Sa méthode de travail

a consisté à enregistrer les consultations des patients de plus de 16 ans qui y consentaient. Il n'a pris en considération que les patients qui venaient avec un nouveau problème jamais discuté auparavant. 69 patients de 18 à 89 ans ont été ainsi inclus dans son étude. 89 nouveaux problèmes ont été abordés au cours de 47 % de consultations aiguës, 24 % de consultations planifiées et 29 % de revisites. 95,2 % de ces patients ont présenté au moins un diagnostic. Le nombre de diagnostics proposés par les patients variait de 1 à 7, en moyenne près de 2 diagnostics par patients. 40 % des patients arrivaient avec un diagnostic le présentaient endéans la première minute de consultation, 63 % au cours des deux premières minutes et 75 % avant la troisième minute. La durée moyenne des consultations était d'environ 20 minutes.

Dans 90 % des cas, le patient localisait son problème au bon organe.

En conclusion, le responsable de cette étude estime que le patient est apte à dire ce qui ne tourne pas rond chez lui pour autant que le médecin l'accepte. Laisser parler le patient au moins deux à trois minutes au début de la consultation est nécessaire pour lui permettre d'exprimer ce qu'il pense de sa pathologie. Si le patient ne cite pas de diagnostic, le médecin ne devrait pas hésiter à lui demander ce qu'il pense de son problème et quelles possibilités il envisage. Mais cette question ne doit être alors posée que dans l'entretien qui suit anamnèse et examen clinique, car il ne faut pas inverser les rôles... La manière dont les patients trouvent leur diagnostic n'a pas été cependant prise en compte par cette recherche. (EM)

D'après l'exposé du Dr T. ANVIK, médecin généraliste, Norvège

Erreurs de prescription

Ce groupe de généralistes allemands s'est attaché à analyser les prescriptions médicales des médecins généralistes afin d'y détecter des erreurs et d'en tirer des leçons utiles à la profession. Les erreurs sont dues soit à un manque de respect des règles de prescriptions (p. ex. pas d'AVK avec des AINS), soit à un manque de connaissance des règles, soit à un manque d'attention ou un oubli (rôle de la surcharge de travail et des horaires interminables). La seconde source d'erreurs en fréquence est la prescription des AVK. Or les anticoagulants coumariniques sont la première cause d'erreurs avec risque fatal pour le patient ! L'orateur plaide donc pour des médecins reposés qui travaillent avec un logiciel médical équipé d'un détecteur des interactions médicamenteuses graves. Les écarts d'INR supérieurs à 0,5 par rapport aux valeurs cibles doivent être recontrôlés de manière anticipée. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr E. BLAUTH, médecin généraliste en Allemagne.

Antécédents familiaux !

L'histoire familiale est une donnée clinique de première importance ! Une étude a été réalisée par plusieurs généralistes auprès de 170 patients afin de tester différentes techniques de recueil des antécédents familiaux.

La vitesse de recueil, la qualité et le nombre des informations recueillies ont été évaluées. Une approche par systèmes a ainsi démontré sa qualité et sa relative

rapidité par rapport à une anamnèse globale. Il est donc utile de demander au patient si quelqu'un de sa famille a eu des problèmes cardio-vasculaires, puis un cancer, puis un diabète, puis des problèmes de coagulation (phlébite ou embolie) ainsi de suite. Une approche par membre de la famille (père puis mère puis frère, ...) est tout aussi efficace mais prend 3 fois plus de temps. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr I. AUBIN, médecin généraliste enseignant en France.

Dépistage du HCV en médecine générale en France

L'étude Gymkhana 1.1 a évalué le dépistage du virus de l'Hépatite C par le médecin généraliste en France. Que font exactement les MG dans ce domaine et les guidelines sont-elles respectées ? Comment le MG intègre-t-il la notion de risque dans sa stratégie de dépistage ?

Deux types de patients à risque d'hépatite C :

- patients à haut niveau de risque (patients HIV, usagers de drogue par voie IV ou par sniff, transfusion de sang ou produits dérivés et chirurgie lourde, hémodialyse et hémophilie (ces deux derniers moins fréquents) (FR) ;
- patients à risque faible (piercing, tatouage, prison, endoscopie, partenaire porteur HCV, professionnels de santé) (fr).

L'étude a porté sur 4390 patients et 80 MG pendant un an. Sur les 4390 patients, 3720 présentaient au moins un facteur de risque (soit 85%) tous niveaux de risque confondus. 1138 tests ont été prescrits (30%), 1063 résultats reçus dont 264 positifs pour le HCV. 1290 patients avaient ≥ 1 FR, dont 720 testés et 250 positifs (soit 34,7%). Sur les 1256 patients avec ≥ 2 fr, 265 tests ont été prescrits dont seuls 0,6% sont revenus HCV +. Les patients ne présentant qu'un facteur de risque mineur ont été exclus du dépistage. Les MG français ne ciblent manifestement que les patients à haut risque (1/3 patients) négligeant les facteurs de risque mineurs. Le dépistage ne semble donc pas optimal mais pour l'optimiser, certains facteurs de risque mineurs devraient en fait être négligés sinon il faudrait un dépistage systématique étant donné la prévalence élevée des facteurs de risque retenus. L'attitude des MG français se justifie plus pour l'auteur que le dépistage préconisé par les guidelines puisque le taux de séropositivité détecté chez les personnes à faible risque est tout à fait minime. Par rapport au patient non connu comme HCV +, le patient HCV + est 7/10 un homme, a un âge moyen de 40 ans, un niveau d'éducation faible, une couverture sociale déficiente, est usager de drogue (IV

ou sniffer), plus souvent HIV, et a une fois sur trois un(e) partenaire HCV +. (EM)

D'après le Dr J.P. AUBERT, médecin généraliste enseignant, France

Prise en charge des patients HCV positifs par le MG en France

L'étude Gymkhana comportait un deuxième volet, Gymkhana 1.2 concernant la prise en charge des patients dépistés HCV positifs. Les objectifs étaient d'évaluer les motifs du non respect des recommandations de *follow-up*.

4390 patients ont été recrutés au cours de la première étape de l'étude, et 264 ont été trouvés positifs.

Quatre situations de *follow-up* :

- 1) HCV RNA non détectable : aucun suivi
- 2) HCV RNA + génotype 3 : traitement sans biopsie (selon guideline récente)
- 3) HCV RNA +, transaminases < 0 : suivi clinique et biologique
- 4) HCV RNA +, transaminases > 0 : biopsie hépatique (traitement)

L'étude a montré une prise en charge correcte dans 62% des cas. La responsabilité du MG est en cause dans 25% des cas de prise en charge déficiente (tests non prescrits et biopsie non demandée). La mauvaise prise en charge est le fait du patient dans 75% des cas (tests prescrits mais non faits, oubli de rendez-vous chez le spécialiste, oubli de rendez-vous pour la biopsie, biopsie faite mais traitement non réalisé). En règle générale, les craintes du patient se focalisent sur la biopsie hépatique et puis les effets secondaires du traitement. La biopsie hépatique peut cependant être évitée selon les nouvelles guidelines pour les HCVRNA + génotype 3. Manifestement l'amélioration de la prise en charge passe par une meilleure information du patient concernant les modalités de cette dernière, surtout à propos de l'utilité de la biopsie hépatique. (EM)

D'après le Dr J.P. AUBERT, médecin généraliste enseignant France

Profil des patients hypertendus

Parmi les patients traités pour HTA, deux tiers utilisent au moins deux molécules différentes. Dans 88% des cas, une ou plusieurs co-morbidités étaient présentes. Mais la plus grande surprise de cette étude est que 47% des patients ne se souvenaient pas ou n'avaient pas reçu de conseils à propos des mesures non-pharmacologiques utiles en cas d'HTA. Pour rappel : stopper le tabac, réduire sa consommation d'alcool, réduire son poids

corporel, augmenter son activité physique et réduire sa consommation de sel. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr J. KERSNIK, médecin généraliste en Slovénie.

Adapter plus vite les traitements

Cette étude française réalisée auprès de 27 généralistes a investigué les raisons qui poussent les MG à ne pas modifier le traitement d'un patient hypertendu et non contrôlé lors de la consultation. Ainsi 270 patients mal contrôlés ont été reconnus par les MG au cours de la période d'analyse. Seulement 14,6% d'entre eux ont bénéficié d'une adaptation de leur traitement (conseils supplémentaires, augmentation de dose et/ou changement/ajout de molécules). Les médecins étaient ensuite questionnés à propos des raisons pour lesquelles ils n'avaient pas agis. Dans un tiers des cas, le MG estime que la pression artérielle du jour n'est pas le reflet de la PA habituelle du patient. Ce fait est facilement vérifiable chez ceux qui disposent d'un dossier bien tenu. Par contre 27% des réponses (pas des médecins) étaient que la pression artérielle du patient était satisfaisante. Ceci traduit soit une méconnaissance des recommandations, soit un désaccord avec celles-ci.

Autre fait remarqué, chez les patients souffrant d'une co-morbidité mortelle, aucune adaptation n'a jamais été observée. Dans le même sens, peu de modifications de traitement étaient observées dans le sous-groupe de patients souffrant d'une co-morbidité réduisant l'espérance de vie. L'auteur ne tire pas de conclusion sur les choix opérés par les MG mais plaide pour une adaptation plus rapide des traitements anti-hypertenseurs en cas d'absence de contrôle suffisant. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr T. BRILLAC, médecin généraliste en France.

Comportements sexuels des patients masculins

La prévalence des MST augmente en Europe, le généraliste est censé les dépister et les prévenir, alors que les habitudes sexuelles des patients sont peu voire pas connues.

Une étude suisse entre octobre 2005 et février 2006 a tenté d'évaluer le comportement sexuel masculin pour améliorer le dépistage des comportements à risque de MST.

Les informations ont été obtenues par un questionnaire remis aux patients tout venant de sexe masculin dans deux polycliniques de Lausanne Le questionnaire

était rempli à domicile et renvoyé anonymement. Le taux de réponse a été de 53 %. Les répondeurs avaient un âge moyen de 37.7 ans, étaient sept fois sur dix de nationalité suisse, d'un niveau d'étude limité à l'enseignement primaire dans 34 % des cas. 47 %, avec ou sans partenaire, ont déclaré vivre seuls. Les résultats montrent un nombre moyen d'environ 3 (2.9) partenaires par patient. 13 % déclaraient avoir eu des rapports avec des prostituées, 29 % avoir eu plusieurs partenaires différentes sur la même période, 9 % signalaient des douleurs mictionnelles. 13 % reconnaissaient ne pas utiliser de préservatif avec des prostituées ou avec leurs partenaires, même lorsque celles-ci étaient différentes sur une même période. Ces patients particulièrement à risques sont plus jeunes, ont reçu leur questionnaire dans un centre de dépistage de HIV, ne sont pas Suisses, sont sans partenaire fixe, ont eu leurs premiers rapports à un âge précoce, ont plusieurs partenaires simultanés et présentent des symptômes de MST. 9 patients sur 10 interrogés et ayant répondu déclaraient souhaiter être plus informés, 37 % avaient déjà reçu des conseils de prévention des MST, 61 % avaient déjà discuté avec un médecin de ce problème.

Malgré les limites de cette étude, son auteur estime que l'anamnèse sur les habitudes sexuelles et les conseils de prévention concernant les MST devraient faire partie de la routine en médecine générale. (EM)

D'après le Dr BODENMAN, médecin généraliste Lausanne, Suisse

Qualité de l'information pour le dépistage organisé de cancer du sein

Une information correcte et précise des patientes invitées à participer à un dépistage organisé du cancer du sein est un principe de base pour une participation « éclairée ».

Que valent les feuillets d'informations envoyés avec les invitations à participer au dépistage organisé ? Des MG allemands ont procédé à l'analyse critique comparée de ces feuillets informatifs dans trois pays organisant des dépistages pour les femmes de 50 à 69 ans tous les deux ans : Allemagne, en Italie et en Espagne.

Les feuillets informatifs ont été analysés en fonction de la présence ou de l'absence d'items jugés essentiels pour un consentement éclairé : le taux de détection de cancers, le taux de faux positifs, la notion de diagnostic avancé, les effets secondaires et les effets du dépistage sur la mortalité.

Le même constat peut être fait pour les trois pays concernés par cette étude : les feuillets informatifs ne contiennent pas toutes les données relatives au dépistage. La diminution du taux de mortalité est ainsi fournie sur le feuillet allemand en risque relatif et pas en risque absolu. Les problèmes des faux positifs, des inconvénients liés à un diagnostic trop précoce et le risque du cancer de l'intervalle ne sont quant à eux jamais mentionnés. La notion d'information qui permettrait un consentement éclairé est manifestement sacrifiée au profit d'une approche informative visant une participation massive. Et une information trop précise nuirait peut-être à cet objectif... (EM)

D'après le Dr GUMMERSBACH, médecin généraliste Dusseldorf, Allemagne

Le dépistage du risque de trisomie 21 est-il compris par les futures mères ?

Une étude prospective par questionnaire a été menée auprès de mères françaises après leur accouchement pour évaluer la qualité de l'information reçue concernant le dépistage du risque de trisomie 21. Les mères d'enfant trisomiques n'ont pas été incluses dans l'étude. Le dépistage est proposé en France à toutes les femmes informées et consentantes par mesure de la clarté nucale au 1^{er} trimestre et dosage de marqueurs sériques (alpha-fœtoprotéine et b-hcg) au 2^e trimestre. La 1^{re} échographie est rarement faite au bon moment, elle ne nécessite pas de consentement et il n'y a pas de score de qualité recommandé. Au 2^e trimestre, en France, les règles du dépistage sont soumises à une réglementation : nécessité d'un consentement écrit, dosage par laboratoire agréé et seulement au 2^e trimestre, amniocentèse si risque détecté > 1/250. Le dépistage est réalisé dans 20 à 30 % des cas par le généraliste. Il y a un grand nombre de mesures de la clarté nucale faites sans consentement de la patiente et non suivies d'un dosage de marqueurs sériques.

Les résultats de l'étude menée par questionnaire auprès de 354 patientes entre septembre 2005 et janvier 2006 ont montré sur les 249 questionnaires analysables que :

- 14 % des répondantes ignoraient ce qu'était la trisomie 21 ;
- 71.6 % des femmes considéraient le formulaire de consentement comme une formalité dont elles ignoraient les conséquences ;
- 34 % déclaraient que ce dépistage avait été une source d'angoisse ;

- 32.5 % étaient informées concernant la mesure de la clarté nucale ;
- 94 % étaient correctement informées sur les marqueurs sériques mais parmi celles-ci 17 % pensaient qu'un résultat normal correspondait à une absence totale de risque.

Les réponses étaient corrélées au niveau d'instruction des patientes.

Le niveau de satisfaction des patientes par rapport à l'information reçue était le même que celle-ci ait été reçue du gynécologue ou du MG.

Mais dans l'ensemble, la qualité de l'information fournie pour obtenir un consentement éclairé est manifestement insuffisante et d'autant plus que le niveau de scolarisation est faible... Le dépistage du risque de trisomie 21 semble mal voire pas compris par les futures mères françaises d'après cette étude qui comporte certaines limites dont la taille de l'échantillon et le niveau de scolarisation des femmes interrogées qui n'est pas représentatif de l'ensemble de la population (niveau supérieur)... (EM)

D'après Dr BERCKHOUT C., médecin généraliste, enseignant Université de Lille, France

Maman fume pendant la grossesse, bébé trinque encore après

Une étude menée par des généralistes turcs a évalué l'impact du tabagisme maternel pendant la grossesse sur la croissance de l'enfant pendant les 6 premiers mois de la vie.

288 patientes ont été sélectionnées au début de l'étude. Seuls les enfants nés à terme et en bonne santé ont été retenus. Le statut tabagique des mères a été défini sur base d'un questionnaire. Le type d'alimentation de l'enfant était réparti de la même manière dans les différents groupes. 159 mères ont effectué l'ensemble du suivi à 3 et 6 mois. 48 enfants étaient nés de mère fumeuse, 57 enfants de mères fumeuses actives, 54 de mères non fumeuses. Les paramètres évalués étaient le poids, la taille et le périmètre crânien. Les poids, tailles et périmètres crâniens de naissance étaient comme on pouvait s'y attendre significativement inférieurs chez les enfants nés de mères ayant fumé pendant la grossesse. Mais cette différence significative entre ces enfants et ceux de mère non fumeuses ou ayant subi un tabagisme passif n'avait pas été résorbée à 3 et 6 mois après la naissance.

Indépendamment des limites de cette étude, elle apporte un argument supplémentaire pour inciter l'arrêt tabagique chez les mères fumeuses. (EM)

D'après le Dr FENERCIOGLU, médecin généraliste Turquie