

Congrès internationaux

par le Dr Patricia Eeckeleers • Médecin généraliste • 5590 Leignon

CONGRÈS INTERNATIONAUX

13^e congrès WONCA Europe 2007

Paris, du 17 au 20 octobre 2007

De quoi meurent les patients jeunes ?

En France, on compte deux décès avant 65 ans, par patientèle et par an. Ces décès de patients jeunes ont des conséquences importantes au niveau familial, social et économique.

Les statistiques d'EUROSAT montrent que ces décès s'élèvent à 192,7 patients/100 000 habitants avec un sex ratio de 2 hommes pour 1 femme. La mortalité la plus faible dans les deux sexes s'observe en Suède. Par contre, les plus élevées pour les hommes sont en Finlande et au Portugal. Pour les femmes, les taux les plus mauvais se retrouvent en Irlande aux Pays-Bas et au Royaume Uni.

La France présente le taux le plus élevé de mort prématurée sur néoplasie chez l'homme, la Finlande de décès d'origine cardio-vasculaire également chez l'homme. Par contre, les Pays bas ont une prévalence triple de décès prématuré sur néoplasie chez la femme. Ces différences suggèrent un rôle important des conditions environnementales et socio-économique.

D'après l'atelier des Drs P. FLORES, H. BECCEGATO et H. FALCOFF, généralistes en France

Intérêt d'un soutien intensif en prévention cardio-vasculaire

EUROACTION est une initiative d'ESC qui étudie, via une étude randomisée contrôlée, l'intérêt éventuel d'un coaching intensif sur les risques cardio-vasculaires d'un patient à risque cardio-vasculaire élevé et son conjoint. Les patients, âgés de 50 à 80 ans, étaient recrutés selon leur mode de vie (tabac, alimentation, activité physique, BMI, tour de taille...) dans le but de modifier le mode de vie. L'étude a réalisé un suivi dans différents pays d'Europe, aux cabinets du médecin de

famille. Les critères de jugement primaire sont: l'impact sur le tabagisme, la consommation de fruits et légumes, l'activité physique, le surpoids et l'obésité ainsi que sur la compliance au traitement validé de prévention secondaire.

Sur l'item activité physique, le but à atteindre était une activité physique de 30 à 45 minutes 2 à 3 fois par semaine. Ce but est atteint chez 50 % des patients (groupe témoin: 22 %).

L'objectif d'une perte de poids de 5 % est atteint chez 16 % des patients (7 % dans le groupe témoin).

Le contrôle de tension artérielle (< 140/90 mm Hg) est réalisé chez 58 % des patients (41 % dans le groupe témoin).

La cible du cholestérol total (< 5mmol/L) est atteinte chez 13 % de plus et la cible du LDL-c (< 3 mmol/L) chez 17 % de patient de plus. De même, plus de diabète 2 ont été découverts avec 80 % de patients sous bon contrôle glycémique (augmentation de 10 % des patients équilibrés). On observe aussi une compliance au traitement nettement augmentée. Le seul objectif que le coaching intensif n'a pas réalisé est la cessation tabagique.

La meilleure prévention du risque cardiaque s'observe chez les patients à risque cardio-vasculaire le plus élevé ainsi que chez leur conjoint. L'étude ne s'est déroulée que sur un an: qu'en est-il au long terme ?

D'après l'exposé du Dr S. CONNOLLY, sociologue Grande Bretagne

Compliance du patient en prévention secondaire

Si le patient sort de l'hôpital avec un traitement classique associant anticoagulant plaquettaire ou AAS, bêtabloquant, statine, IEC, à moyen terme (6-12 mois), le nombre de molécules prises par le patient diminuent. Les patients évaluant correctement leur risque cardio-vasculaire ont le meilleur taux d'observance à long terme.

L'étude CHRISTOPH (Düsseldorf) a recruté par questionnaire le risque de 3500 patients de 68 médecins généralistes, dont 20 % (682 patients) présentant un risque cardio-vasculaire élevé. CHRISTOPH a étudié la perception du risque cardio-vasculaire par le patient concerné. On constate que seuls 8 % évaluent correctement leur risque très élevé, et 21 % ne le connaissent pas. Les ex-fumeurs et les patients sportifs sous-évaluent nettement leur risque. Les fumeurs actifs évaluent mieux leur risque. Il existe une corrélation nette entre l'auto-évaluation du risque et la compliance thérapeutique. Si l'auto-évaluation est correcte, les prescriptions de statines et d'acide acétylsalicylique augmentent. Par contre, il n'y a pas de corrélation avec la prescription du traitement antihypertenseur.

D'après l'exposé du Dr A. MORTSIÉFER, Université de Düsseldorf, Allemagne

Groupe ou Solo ?

Le système de santé au Québec est national, avec un accès libre et universel du patient et totalement financé par le gouvernement. Par contre, il y a autant de système de santé que de provinces canadiennes. Un projet pilote d'amélioration des soins a été créé en 1990 et mis en œuvre en 2000. Les objectifs étaient d'augmenter l'accès aux soins et leur efficacité, de réorganiser la pratique médicale en soins primaires via la création d'équipe pluridisciplinaires intégrant des infirmières. Au Québec, on compte moins de 1 généraliste/ 1000 habitants (dont 25 % travaillent seuls et cela surtout en ville) et 7,5 infirmières /1000 habitants. Des groupes de 8 à 10 médecins généralistes se sont formés sur base volontaire avec une infirmière, une secrétaire et un technicien payés par le gouvernement du Québec qui intervenait aussi dans la location des locaux. En pratique quotidienne, l'apport d'une infirmière impliquée dans les soins permet de libérer le généraliste de soins épisodiques (vaccins, suivi de tension artérielle) et d'améliorer le suivi

de certaines maladies chroniques par la création de protocoles de soins standardisés. Un rôle d'éducation sanitaire est aussi confié à l'infirmière. Au niveau de l'impact sur les patients, on constate une augmentation de 10 % des consultations en deux ans liée à une amélioration de l'accessibilité, de la continuité, de la coordination infirmière-généraliste avec des soins préventifs plus complets. Par contre, dans un cabinet de groupe, l'accessibilité géographique difficile, la difficulté d'obtenir un rendez-vous et les coordinations entre les différents membres de l'équipe ont rendu l'expérience négative. Les éléments facilitant la coordination sont : un leader, une formalisation des responsabilités avec l'élaboration de protocoles de soins communs la collaboration incontournable du généraliste avec l'infirmière et la confiance entre partenaires. (PE)

D'après l'exposé du Dr M.D. BEAULIEU, généraliste, Université de Montréal

Dépistage du risque cardio-vasculaire en consultation

Plus de 70 % de la population belge a un médecin généraliste, opportunité unique pour la prévention cardio-vasculaire. Or, le calcul du risque cardio-vasculaire n'est pas réalisé en routine lors des consultations. Un algorithme a été développé et validé : les patients sont discriminés via l'anamnèse et l'examen clinique en groupe rouge (19 % parmi la population de 30 à 75 ans en médecine générale) à haut risque d'emblée (diabète de type 2 et antécédent cardio-vasculaire) qui relève de la prévention secondaire, en groupe brun (8 %) à risque lié au tabac isolément, en vert (21 %) à risque faible d'emblée et mauve (52 %) à risque indéterminé. Ce dernier groupe est le seul pour lequel les tables Score doivent être consultées après dosage des paramètres lipidiques, en tenant compte de l'âge, de la tension artérielle et du tabagisme éventuel. Les raisons invoquées par les médecins généralistes pour ne pas réaliser le dépistage du risque cardio-vasculaire sont le manque de temps, l'inopportunité dans la consultation actuelle (suivi psychologique par exemple) et la croyance (erronée) que le patient n'est pas demandeur. En moyenne, pourtant, cette détermination ne prend que cinq minutes.

D'après la communication orale de V. HUBENS, SSMG, PromoSanté (www.promosante-mg.be) et Fédérations des Maisons Médicales Belgique

Qui édite les RBP en Europe ?

En France, la Haute Autorité de Santé, organisme public indépendant, a parmi ses missions celle d'éditer des recommandations destinées aux professionnels de la santé pour les aider à améliorer leur pratique quotidienne, éclairer les autorités publiques (ministère de la Santé et de l'Assurance Maladie) dans leurs prises de décisions et créer des certifications pour améliorer la transparence dans la qualité des soins, et tout cela en tenant compte des facteurs économiques.

Aux Pays Bas, les recommandations à destination des généralistes sont éditées par l'association scientifique médicale (www.nhg.org). Cette association entièrement indépendante, ne vit que de la cotisation (600 € par an) de ses membres, exclusivement généralistes. La totalité des généralistes y est affiliée. Les RBP sont respectées en moyenne à 70 %. Actuellement, il y a plus de 130 RBP traitant aussi bien de symptômes que de maladies. Ces RBP se fondent sur l'EBM, et privilégient les conseils non médicaux. En Finlande, les premières RBP ont été éditées en 1987 et sont actuellement 950 rassemblant plus de 3500 résumés de preuves (<http://ebmg.wiley.com/ebmg/ltk.koti>). Elles traitent également des symptômes et des maladies. Consultables sur papier, sur CD, GSM et via Internet, elles sont déjà traduites en plusieurs langues (anglais, russe, hongrois, allemand, estonien...)

D'après la table ronde organisée par la Haute Autorité de Santé (HAS) française et la Société Scientifique Française de Médecine générale (SSFG) Drs Lise ROCHAIX, HAS France, L. GOUDSWAARD, Pays-Bas, I. KUNNAMO, Finlande, Lieve PEREMANS, Domus Medica Belgique, H. FALCOFF, France et M. ARNOULD, France

RBP et MG sont-elles compatibles ?

Les RBP, dans leurs applications en médecine générales, ne sont pas toujours adaptées. Les études prennent souvent en compte des populations ciblées. Les RBP ne prennent que rarement en compte les données socio-économiques. Par exemple, concernant le diabète 2, les RBP recommandent un dépistage à partir de 45 ans. Or on sait que dans la population paupérisée, la prévalence du diabète augmente 6 ans avant la prévalence de ce dernier chez les cadres. Les RBP ne prennent que rarement en compte les bénéfices fonctionnels ou de qualité de vie, ni les appuis à l'environnement socio-familial. En cas de co-morbidité, les RBP ne sont d'aucune aide car très peu d'études étu-

dient l'interaction des comorbidités. Or, plus le patient est âgé, plus se pose le problème, non seulement de l'espérance de vie, mais surtout de sa qualité de vie et de son autonomie. C'est pourquoi, les études réalisées en soins primaires devront dorénavant prendre en compte toutes ces données (EQUIP⁽¹⁾, NICE⁽²⁾)

D'après la table ronde organisée par la Haute Autorité de Santé (HAS) française et la Société Scientifique Française de Médecine générale (SSFG) avec les Drs Lise ROCHAIX, HAS France, L. GOUDSWAARD, Pays-Bas, I. KUNNAMO, Finlande, Lieve PEREMANS, Domus Medica Belgique, H. FALCOFF, France et M. ARNOULD, France

Anxiété et dépression en MG

L'anxiété et la dépression sont les pathologies qui auront le plus d'impact sur la santé en 2020. 60 à 70 % des soins de santé mentale sont assurés par le médecin généraliste. En Allemagne, la durée de consultation est en moyenne de 7,6 minutes contre 15 minutes en Belgique. Plus la durée des consultations est longue, plus la reconnaissance et la prise en charge de problèmes mentaux sont facilitées. Dans de nombreux systèmes de santé, il existe des contraintes empêchant une prise en charge de qualité : la durée moyenne de consultation en médecine générale, la difficulté de reconnaissance et de prise en charge de ces troubles mentaux, les ressources locales en termes de thérapeute ou de prise en charge non médicamenteuse ainsi que le coût de cette prise en charge pour le patient.

En soins primaires, le DSM IV est peu utile car en soins primaires les différents items s'appliquent à des situations qui ne sont pas toujours pathologiques. Le risque du DSM IV est de médicaliser des réactions psychologiques « normales » comme le deuil, la tristesse ou l'isolement social. Il manque réellement en soins primaires d'échelle adaptée pour différencier ces situations, entre ce qui relève de l'adaptatif et du pathologique. Le handicap fonctionnel n'est pas pris en compte dans le DSM IV, de même que les co-morbidités. En Nouvelle Zélande, un essai randomisé a analysé à 3 et 12 mois l'efficacité des trois types de prise en charge possible, à savoir : traitement médical seul, traitement psychothérapeutique seul ou association des deux.

(1) European Organisation for Quality in General Practice/ Family Medicine <http://www.equip.ch/>

(2) National Institute for Health and Clinical Excellence <http://www.nice.org.uk/>

Les trois types de traitement ont une efficacité identique à 3 et 12 mois : 50 % des patients ont une amélioration moyenne à excellente quel que soit le traitement appliqué. Toutes les thérapeutiques semblent donc avoir la même efficacité ce qui semblerait démontrer que le thérapeute est plus efficace que la thérapeutique... Toutes les thérapies ne s'appliquent pas à tous les patients. Le contexte social, les croyances familiales ou culturelles doivent également être pris en compte.

La première thérapie efficace est l'écoute par le médecin de famille. Les médecins généralistes sont en général très bons en thérapie brève et en particulier en thérapie cognitivo-comportementaliste. L'étude propose de former les généralistes en thérapie brève.

D'après l'exposé des Dr T. DOWELL, Université d'Otago, Nouvelle Zélande et du Dr PARMENTIER, Grande Bretagne.

Lien entre maladie chronique et dépression

Une étude de médecins généralistes australiens a démontré le lien entre asthme et dépression. L'asthme et la dépression ont un effet additionnel sur la qualité de vie. La gravité de la dépression est directement corrélée à la gravité de l'asthme, et inversement. Le traitement de la dépression améliore l'asthme et inversement.

Cela est vrai pour l'asthme et pour de nombreuses autres pathologies.

Chez les patients BPCO, la dépression multiplie par deux le nombre et la durée des hospitalisations. Et les tricycliques améliorent la fonction pulmonaire.

En cas d'hospitalisation pour quelque pathologie que ce soit, 45 à 50 % des patients sont anxieux et 50 à 70 % des patients sont dépressifs.

Chez les patients souffrant de pathologies mentales, la prévalence du diabète est multipliée par six (antipsychotique?), celle des pathologies cardio-vasculaires par deux (vie sédentaire? tabac?), des cancers par quatre (alcool? tabac?), de l'hypothyroïdie par deux, de l'asthme par deux et des BPCO par deux (tabac?). Ces patients ne sont pas pris en charge au niveau somatique par les psychiatres, ce rôle incombe aux généralistes car le mieux placé pour connaître le contexte culturel et vécu de ses patients. Il est le mieux placé pour aider ceux-ci à prendre leur santé en main

D'après l'exposé du Dr L. KOLKIEWICZ, Ukraine

Quand hospitaliser une pneumonie ?

Les signes prédictifs de pneumopathie sont la présence de fièvre, de dyspnée et tachypnée, avec une auscultation anormale et l'absence d'infection des voies respiratoires supérieures. Ces signes ont une sensibilité de 33 % et une spécificité de 96 %.

Selon les RBP, une radiographie de thorax doit être réalisée en cas de dyspnée, tachypnée, toux et fièvre élevée depuis plus de 4 jours.

The Cello Project, une étude prospective néerlandaise initiée par l'orateur a voulu déterminer quels étaient les signes prédictifs de gravité nécessitant une hospitalisation pour éviter une mortalité accrue. Une grille prédictive a été créée. Cette grille est très utile lorsque la situation est peu claire. En cas de bénignité ou de gravité cliniques évidentes, elle n'est d'aucune utilité. Cette grille permet d'adapter le traitement, de mieux pouvoir expliquer au patient et de prendre les dispositions pour ne pas devoir agir en extrême urgence.

D'après l'exposé du Dr T. VERHEIJ, Pays-Bas

Critères de prescription préventive d'HBPM

Toutes les recommandations concernant la prévention thromboembolique sont basées sur l'incidence hospitalière. L'incidence en médecine générale n'a pas été étudiée. L'étude ETAP a permis de déterminer le risque dans la population qui s'élève à 1,1 % à comparer aux 1,3-3 % en chirurgie orthopédique.

Un consensus hospitalier conseille les HBPM en prévention dans les situations à risque telles que : infarctus, paralysie des membres inférieurs, embolie pulmonaire, décompensation cardiaque de stade NYHA III. À cela il convient d'ajouter les facteurs personnels des patients : l'âge (>70 ans), les antécédents personnels de thrombo-embolie et...

Or, on constate que les médecins généralistes utilisent de façon intuitive des critères supplémentaires leur permettant de mieux cibler la prescription d'HBPM et ceci à juste titre car le taux de thrombo-embolie y est bien corrélé.

Quels sont ces critères ? L'histoire personnelle du patient, ses antécédents familiaux, la durée d'immobilisation, une pathologie néoplasique, une insuffisance veineuse avec varicosité et la présence d'un syndrome myélo-prolifératif.

Rappelons aussi l'intérêt des bas de contention car ceux-ci diminuent réellement le risque thromboembolique

D'après l'exposé du Dr D. POUCHAIN, France.

Diagnostic d'exclusion de TVP

Les symptômes et signes cliniques de thromboembolie sont peu spécifiques et 75 % des patients envoyés pour examens complémentaires reviennent avec le diagnostic infirmé.

En cas d'anamnèse montrant un risque élevé, le gonflement et l'aspect inflammatoire du mollet sont des signes élevés de suspicion. Inversement, la présence d'une embolie pulmonaire manifeste et d'un mollet douloureux depuis plus de 30 jours excluent le diagnostic. Les D-Dimères sont peu spécifiques. En effet, leur taux augmente avec l'âge et de nombreux faux positifs sont possibles. Par contre, la valeur prédictive négative du dosage est très élevée (99,3 %). Seul l'écho-doppler veineux permettra d'affirmer ou infirmer le diagnostic.

Comment améliorer le diagnostic ?

Des points sont attribués en fonction du facteur de risque constaté.

La grille permet de déterminer un risque, celui-ci étant faible en dessous de 3 points et augmentant progressivement au-delà de 4 points. Au-delà de 70 ans, le seuil de D-dimères à prendre en considération est de 1000.

Aux Pays-Bas, un test des D-dimères est disponible au cabinet du généraliste. Ceci permet d'accélérer la prise en charge et de stratifier le risque rapidement pour aller directement à l'écho-doppler veineux en cas de risque élevé.

D'après la communication du D. TOLL, Université d'Utrecht Pays-Bas.