

Nouvelles des Congrès

par le Dr Luc Pineux • Médecin généraliste • 6850 Offagne

NOUVELLES DES CONGRÈS

20^e Colloque des Ardennes

20 ans: de la médecine clinique aux sciences humaines

Libramont, le 13 octobre 2007

L'inconscient dans la relation soignant-soigné

«La psychologie médicale, telle que je l'enseigne, n'est pas un savoir psychologique qui permettrait d'acquérir une meilleure compétence relationnelle à l'image des formations à la communication. La psychologie médicale qui m'importe est celle qui prend en compte l'inconscient à l'œuvre dans le lien soignant-soigné.» Tel est le message qu'a voulu nous délivrer le Pr Van Meerbeeck lors du premier exposé de cette journée anniversaire.

En effet, chaque patient a sa propre histoire, parfois sur plusieurs générations. Il faut prendre au sérieux «la mauvaise fée qui s'est penchée sur le berceau». Un traumatisme durant l'enfance peut perturber l'évolution du psychisme.

N'oublions pas le soignant habité par un idéal: soigner l'autre. Mais aussi qui se soigne lui-même au travers de l'autre.

Le patient a un visage dit parental: le côté maternel est représenté par la séduction du patient qui demande à se faire aimer car il est en souffrance; le côté paternel demande l'aide à la compréhension de sa souffrance. Le médecin, s'il est trop objectif, va passer à côté du non-dit du patient. Il doit rester attentif au patient, permettre au malade de donner son émotionnel, son inconscient. Si le patient n'a pas de reconnaissance de sa souffrance, il n'y aura pas d'efficacité du traitement ou apparition d'effets secondaires, traduction de sa résistance, avec la même plainte qui revient...

D'après l'exposé du Pr P. VAN MEERBEECK (Université Catholique de Louvain): «Le non-dit entre toi et moi».

Les défis de la médecine générale

Pour ce 20^e anniversaire, les organisateurs voulaient un exposé réfléchissant à l'évolution de la médecine générale. Le Dr D. Giet

qui a été choisi a enchanté son auditoire par son discours très juste (voir l'article dans cette même revue d'avril). Il a bien précisé que, la médecine générale étant une discipline particulièrement plurielle, il est difficile de s'exprimer au nom des praticiens qui la composent. Les réflexions qu'il a développées émanent d'un médecin généraliste en activité depuis une vingtaine d'années qui bénéficie d'un poste d'observation privilégié: celui d'un enseignant universitaire au contact des générations montantes.

Ses réflexions l'ont amené à proposer aux médecins généralistes plusieurs défis pour les années qui viennent:

- Améliorer l'image que nous avons de nous-mêmes.
- Prendre conscience que les générations futures sont occupées à modifier grandement les caractéristiques sociologiques de notre discipline.
- Prise en charge pluridisciplinaire des très nombreuses affections chroniques;
- Contribuer en pluridisciplinarité aux actions préventives et d'éducation à la santé.
- Accepter une modification du mode de financement de notre discipline qui prenne mieux en compte nos missions spécifiques.

D'après l'exposé du Dr D. GIET (DUMG, Université de Liège): «Les grands défis à relever en médecine générale».

L'entretien motivationnel

Changer les comportements du patient est difficile. Pourtant le patient attend du médecin qu'il l'informe sur ses comportements à risque, qu'il écoute ses difficultés à changer ses comportements à risque et qu'il le motive à changer ses comportements à risque. Le patient attend «des miracles» de son médecin généraliste. Pour cela, le soignant dispose d'une approche (parmi d'autres) qu'est l'entretien motivationnel. Celui est caractérisé par 4 principes:

1. Écoute et empathie
2. Développer la divergence pour résoudre l'ambivalence

3. Rouler avec la résistance, ne pas convaincre

4. Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle: identifier et cultiver les ressources du patient, croire en lui.

Pour cela, il faut comprendre les notions de résistance et d'ambivalence. Pourquoi le patient résiste-t-il? Car l'établissement d'une dépendance à un comportement et son maintien confronte le patient à un dilemme: **exécuter** le comportement afin d'en tirer une satisfaction immédiate au prix des conséquences négatives futures ou **renoncer** à ce comportement afin d'obtenir une satisfaction ultérieure mais au prix de conséquences négatives immédiates. Ce dilemme de type «attirance-évitement» va provoquer un état de stress intense (l'individu se retrouve dans une difficulté à trancher) avec comme résultat un sentiment d'impuissance et de perte de contrôle (de liberté) chez la personne.

L'ambivalence est le concept central: il peut être présent à tous les stades de motivation au changement et, une fois le patient prêt au changement, c'est encore à lui de fixer les objectifs et le rythme de prise en charge, même si cela nous paraît insuffisant en tant que médecin généraliste.

Mais pourquoi les campagnes de traitement des addictions sont-elles si peu efficaces? Parce que la difficulté réside dans le moment de l'intervention du médecin généraliste auprès du patient: il faut intervenir au **bon moment** sur la **bonne personne**! En effet, le soignant doit déterminer où se trouve le patient:

- En précontemplation: ne pas avoir l'intention de faire quelque changement que ce soit
- En contemplation: considérer un changement
- En action: activement s'engager dans un nouveau comportement
- En maintien: maintenir le changement à travers le temps.

En sachant que l'individu peut rechuter à tout moment et repasser à la précontemplation ou à la contemplation.

D'après l'exposé de Mme A.-M. ETIENNE (Psychologue, Université de Liège): «Qu'est-ce qu'un patient attend de nous, médecin généraliste?».

Épilepsies : réduire les répercussions sociales

Tout ce qui peut léser le cortex cérébral est susceptible de créer une zone épileptogène. Depuis la cicatrice post-anoxique néonatale, jusqu'au vieillissement cortical prématuré, en passant par les maladies métaboliques de surcharge, les traumatismes crâniens, les infections, les accidents vasculaires, les tumeurs et, comme illustré très récemment grâce à l'IRM, les dysplasies corticales ou anomalies de développement cérébral.

Mais, pour la plupart des épilepsies, aucune cause précise ne peut être illustrées; l'on retrouvera alors souvent la présence d'une histoire familiale, laissant supposer un déterminisme génétique plus important.

Le traitement des épilepsies reste avant tout médicamenteux. Il faudra distinguer l'usage des médicaments d'ancienne et de nouvelle génération. Ceux-ci, plus malléables et souvent moins toxiques, sont plus onéreux et nécessitent souvent l'accord INAMI. Face à une première crise, en présence d'un examen clinique, d'un EEG et, éventuellement d'une imagerie normale, ou si l'on est en face d'une crise provoquée, l'abstention thérapeutique reste la règle. Face à un réel diagnostic d'épilepsie, on choisira n'importe quel médicament de l'ancienne génération en se rappelant toutefois que :

1. Certains, comme la carbamazépine, sont contre indiqués dans les syndromes absence de l'enfant;
2. Qu'il vaut désormais mieux se passer de prescrire de la phénytoïne ou du phénobarbital.

On démarre par une dose moyenne que l'on augmentera en cas d'échec ou d'effet insuffisant. Face à l'échec de la dose optimale, on devra alors proposer un autre antiépileptique, éventuellement de nouvelle génération. En cas de nouvel échec, des associations médicamenteuses seront alors parfois utiles.

Face à la pharmacorésistance (persistance des crises malgré un traitement médicamenteux bien conduit), l'indication chirurgicale doit être avancée, à condition qu'un diagnostic d'épilepsie partielle en provenance d'une zone opérable soit établi. L'on peut alors procéder à des cortectomies partielles, des lobectomies, voire de hémisphérectomies ou hémisphérotomies. Des sections du corps calleux ou des transsections sous-piales multiples sont d'autres gestes chirurgicaux possibles.

Si l'indication chirurgicale n'est pas possible, il faut alors soulever la question de l'utilité d'une électrostimulation soit par une stimulation du nerf vague ou une stimulation cérébrale profonde.

La majorité de ces affections, souvent spectaculaires mais néanmoins mal comprises, peuvent être traitées efficacement, ce qui en fait un corps de maladies de bon pronostic et compatibles avec une vie sociale acceptable.

D'après l'exposé du Pr Th. GRISAR (Université de Liège) : « Les épilepsies : Actualités cliniques, physiopathologiques et thérapeutiques. ».

PPR et anti-CCP

La polyarthrite rhumatoïde est une pathologie inflammatoire auto-immune systémique à tropisme articulaire dont le diagnostic précoce est fondamental pour éviter une destruction articulaire invalidante grevant le pronostic fonctionnel du patient. En

effet, nous disposons d'un arsenal thérapeutique étoffé mais lourd et onéreux et qui doit être rapidement mis en place en cas de suspicion de PR chez un patient présentant des doléances articulaires.

Le corollaire de ce constat implique la possibilité de disposer d'outils diagnostiques précoces.

Jusqu'à ces dernières années, nous ne disposions, sur le plan immunologique, que du dosage du facteur rhumatoïde (FR) pour étayer le diagnostic de PR. Mais sa médiocre spécificité notamment lorsque sa valeur est modérément augmentée n'en fait pas un marqueur optimal de diagnostique. En effet, il est possible d'avoir des taux augmentés de FR en cas de lupus, de maladie de Sjögren, d'ostéomyélite chronique ainsi qu'à des titres faibles dans 10% de la population générale.

Les anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (anti-CCP) constituent à ce jour les marqueurs les plus spécifiques de la PR puisqu'on ne les retrouve que rarement au cours d'autres maladies à manifestations rhumatismales. Leur spécificité est de plus de 90%.

Ces anticorps sont, en outre, des marqueurs précoces de la PR. Ils ont en commun avec le FR d'être associés aux phénotypes érosifs de cette maladie. En revanche, à la différence du FR, ils ne semblent pas à ce jour représenter un marqueur de suivi thérapeutique.

Ces marqueurs ne se substituent donc pas au FR mais doivent leur être associés pour améliorer leurs performances diagnostiques. Le FR est également le seul marqueur associé aux manifestations extra-articulaires de la PR.

D'après l'exposé du Pr R.-L. HUMBEL (Laboratoire luxembourgeois d'immunopathologie, Esch-sur-Alzette, Luxembourg): « Apports des AC anti-peptides cycliques citrullinés (les anti-CCP) dans la PR ».