

Congrès internationaux

par le Dr Patricia Eeckeleers, médecin généraliste, 5590 Leignon

WONCA Europe

Istanbul, du 4 au 7 septembre 2008

WONCA Europe s'est déroulé cette année à Istanbul. Plus de 4000 médecins généralistes du monde entier s'y sont retrouvés pour évaluer le présent et préparer l'avenir de ce métier si spécifique qu'est la pratique de la médecine générale.

Le thème général «Overcoming the distance» parlait de lui-même. Quelles sont les différences et les points communs qui nous rapprochent tous dans notre métier? Quels sont les problèmes communs rencontrés dans nos différents pays? Comment les résoudre? Comment travailler avec les partenaires (paramédicaux ou autres) qui nous entourent?

«Il n'y a pas si longtemps, le problème principal était de faire reconnaître la médecine générale comme une spécialité à part entière ayant une importance fondamentale dans les soins de santé. Actuellement le défi est plutôt de transposer les évidences scientifiques dans notre pratique en les adaptant au patient et en préservant l'approche humaine dans notre relation avec celui-ci. La recherche de qualité des soins est fondamentale et ne peut être éludée.» (Pr Igor Svab, président WONCA Europe)

«La désaffection de la médecine générale par les jeunes médecins est générale. La formation des futurs généralistes hors de l'hôpital, par des médecins de famille est capitale. La recherche en médecine générale doit se développer et prendre les moyens pour ce faire. En effet, l'aspect scientifique de notre profession est primordial et doit être renforcé tout en s'inscrivant dans la démarche spécifique de la médecine générale.» (Pr Chris van Weel, président WONCA).

Téléphone en consultation: qui en souffre le plus?

Cette étude très intéressante s'est déroulée en 2005 à Epsöo, grande ville de Finlande. Son but était de déterminer la fréquence d'interruption par le téléphone des consultations tout-venant en médecine

générale et de déterminer l'impact des ces interruptions sur le médecin et le patient. 435 consultations ont été ainsi analysées. 36% des consultations ont été interrompues. Curieusement, les médecins notent 26% des consultations interrompues, alors que les patients n'en notent que 13%. Les médecins sont interrompus par plus d'un appel dans 18% des contacts et 70% en sont perturbés. Bizarrement, les médecins hommes sont plus perturbés que les femmes médecins. À retenir: nous sommes nettement plus perturbés par les appels téléphoniques et les interruptions de nos consultations que nos patients.

D'après le Dr J. ANTILLA-BONDESTAM, centre de santé Puolarmetsä, Epsöo, Finlande

La médecine préventive est-elle éthique?

Par cet exposé iconoclaste, l'auteur a étudié l'intérêt de la médecine préventive systématique en médecine générale.

Il relève de grandes contradictions entre le rôle traditionnel de soignant du médecin et l'utilisation des médecins généralistes comme agent de médecine préventive communautaire.

Les soins au patient nécessitent une approche personnalisée, centrée sur celui-ci et incluant sa participation alors que la médecine préventive utilise des protocoles rigides et paternalistes. Or, on ne peut pas demander au patient d'être autonome quand il est malade et pas quand il est en bonne santé.

Une médecine préventive systématique est gourmande en temps, en personnel et en ressources, qui sont ainsi détournées des soins aux patients malades et souffrants. La médecine préventive communautaire est de la responsabilité politique de l'État et sert essentiellement les intérêts financiers des firmes pharmaceutiques. Les médecins généralistes s'occupent des personnes en particulier et pas de la santé en général. En termes de bénéfice clinique, beaucoup d'interventions de médecine pré-

ventive sont peu convaincantes en regard des interventions en soins curatifs ou palliatifs.

En conclusion, la médecine préventive systématique n'est pas du ressort du médecin généraliste. Par contre, la prévention opportuniste centrée sur le patient est nettement plus efficace et justifiable.

D'après le Dr M. WEINGARTEN, Université de Tel Aviv, Israël

Multi morbidité: état de la question

La multi morbidité se définit comme la coexistence de pathologies chroniques et/ou aiguës chez le même patient. La multi morbidité est fréquente et même habituelle, d'autant plus que la majorité de nos patients ont plus de 65 ans.

Sa gestion est une des difficultés les plus fréquentes rencontrées par les généralistes. Il s'agit en fait d'une des spécificités mêmes de la médecine générale.

En effet, la prise en charge de la multi morbidité ne peut être assimilée à la juxtaposition de la prise en charge des différentes pathologies présentées. Les conséquences de cette multimorbidité sont importantes et représentent un défi majeur en soins primaires lié au vieillissement de la population. Elle entraîne une importante consommation de soins, dont le coût n'est pas négligeable.

Que recouvre cette notion de multi-morbidité?

Il s'agit soit de plusieurs pathologies sans lien entre elles chez le même patient (hypertension artérielle, BPCO, arthrose), soit de pathologies toutes liées à une même cause (artériopathie) soit de morbidités en cascade (diabète, insuffisance rénale, angor). De plus, peuvent se surajouter des pathologies intercurrentes aiguës (pneumonie, cholécystite...)

On sait que plus d'une femme sur deux au-delà de 45 ans et d'un homme sur deux au-delà de 60 ans présentent deux pathologies ou plus. Une étude néerlandaise a démontré que deux tiers des patients entre 60 et 80 ans présentent

2,5 pathologies. La prévalence et le nombre de pathologies sont plus élevés chez les femmes. On constate une relation inverse avec le statut socio-économique et le niveau d'étude.

Mais toutes ces pathologies n'impliquent pas automatiquement une augmentation de la consommation de services. La dégradation de la qualité de vie, l'augmentation de la mortalité sont surtout manifestes chez les femmes âgées avec troubles psychiques ou problèmes psychosociaux.

Etonnamment, différentes études ont montré des associations plus fréquentes de pathologies sans cause apparente entre elles. On retrouve plus fréquemment des associations asthme-diabète ou maladie d'Alzheimer-BPCO-cancer. De plus, certaines pathologies associées le sont plus souvent que prévu. Par exemple, la présence simultanée infarctus-AVC est plus fréquente que prévue ce qui laisse penser à un effet synergique, qui n'est pas retrouvé par exemple dans l'association tabac-dépression.

L'impact sur l'utilisation des soins de santé est important. En Allemagne, cela entraîne en moyenne cinq fois plus d'utilisation des services hospitaliers.

Vu les nombreuses inconnues et les coûts financiers et sociétaux importants, la recherche sur les multi-morbidités explose. La gestion des multi-morbidités est donc vraiment un défi important. Il n'est pas impossible par ailleurs que la difficulté de cette prise en charge, non enseignée et prise en compte pendant les études de médecine, soit une des causes également de la désaffection des jeunes diplômés pour la profession, et ceci à l'échelle internationale...

D'après le Dr H. VAN DEN BUSSCHE, Hambourg, Allemagne

Quelle contraception pendant l'allaitement ?

Dès l'accouchement, sont prescrits de façon habituelle soit un progestatif à faible dose en continu soit un œstroprogestatif classique.

Cela entraîne-t-il des risques éventuels pour la mère ou pour l'enfant allaité ?

Le risque thromboembolique en post partum est important pendant les six premières semaines. Ceci contre-indique a priori les œstroprogestatifs en post-partum précoce. Par contre, un progestatif à faible dose en continu semble plus sûr.

Les œstrogènes et progestatifs, passant dans le lait maternel, ont des effets potentiels sur la croissance staturo-pondérale. Pour l'enfant allaité, peu

d'études cependant se sont attachées à évaluer l'influence éventuelle sur le poids et la taille de celui-ci.

Une étude portugaise réalisée chez des enfants âgés de 3 mois à 3 ans n'a pas montré d'effet délétère. Des études supplémentaires seraient nécessaires pour confirmer ces données.

D'après le Dr L.F. CAVADAS, centre de santé Senhora da Hora ULS Matosinhos, Portugal

Pilule du lendemain : à l'officine ou au cabinet ?

La pilule du lendemain est délivrée sans ordonnance dans la grande majorité des pays européens. Ceci pose quelques questions au niveau suivi.

Les opposants à cette délivrance sans passage préalable chez le médecin évoquent le problème essentiel de la formation des pharmaciens et des assistants en pharmacie concernant, non seulement l'aspect scientifique (mode d'action, effets secondaires, mode de prise...), mais surtout la prise en charge émotionnelle et contraceptive ultérieure.

Les partisans par contre soulignent que la pilule du lendemain implique un praticien aisément disponible et accessible. Ceci n'est pas toujours réalisable en pratique car cette demande survient souvent en dehors des heures normales de travail. De plus, les patientes interrogées disent préférer l'anonymat, la disponibilité, l'accès et... la gratuité du conseil du pharmacien. Une voie intermédiaire pourrait être la formation non seulement scientifique mais aussi comportementale des pharmaciens et assistants en pharmacie. De plus, une formation en planning familial est aussi indispensable pour éviter la répétition de la prise.

D'après le Dr OKAY BASAK, Université de Adnan Menderes, Aydın, Turquie

Score clinique de cardiopathie ischémique

Le but de l'étude était de déterminer s'il était possible d'établir un score de probabilité de cardiomyopathie ischémique chez des patients se présentant avec douleur thoracique.

L'étude a étudié 672 patients dont 85 avaient une cardiomyopathie ischémique prouvée.

L'étude a sélectionné huit items prédictifs : l'âge, le sexe, la présence de facteur de risque personnel, les antécédents personnels de pathologie cardiaque, la durée de la douleur (une à soixante minutes), le caractère rétro sternal de la douleur, l'augmentation de la douleur à l'effort et l'absence de douleur à la palpation. Les patients sont ainsi répartis en trois groupes selon le score. La prévalence de la cardiopathie ischémique est respectivement de 0% dans le groupe à faible risque, de 6,7% dans le groupe à risque moyen et de 58,5% dans le groupe à risque élevé. Si le score est inférieur à 6, une mise au point est inutile. Par contre, si le score est supérieur à 6, les investigations complémentaires sont impératives pour confirmer ou non la pathologie.

DD'après le Dr L. HERZIG, Institut de médecine générale de l'université de Lausanne, Suisse

Diabète 2 : intérêt de critères de qualité dans le suivi ?

Des chercheurs espagnols ont repris 310 dossiers de patients diabétiques de type 2. Le but était de vérifier la concordance entre le degré de compétence clinique des généralistes et le contrôle thérapeutique des patients.

Les données extraites des dossiers étaient : l'âge, le sexe, l'évaluation du risque cardio-vasculaire (RCV), du statut tabagique, du fond d'œil (FO), de la neuropathie, de la tension artérielle systolique (TAS) et diastolique (TAD), du taux HbA1c, de la présence d'antiagrégants et des taux cholestérol LDL-C et HDL-C et des triglycérides (TGL).

Les indices de qualités étaient, dans l'année : une évaluation du RCV un examen du fond d'œil, un examen neurologique, la notation du statut tabagique, la prise d'un antiagrégant plaquettaire. Les résultats étaient considérés comme bons

(Clinical Guidelines Task Force criteria IDF-2005) si les valeurs suivantes étaient atteintes: HBA1c < 6,5, LDL-C < 96, HDL-C > 39, TGL < 200, TAS < 130 mmHg et TAD < 80 mmHg.

L'âge moyen des patients était de 66,5 ± 11,9 ans. Le statut tabagique était noté dans 87,1% des dossiers, le RCV évalué chez 79,8%, le FO chez 59,4% et l'anti-agrégant prescrit chez 45,3% des patients. Les indices de qualité des différents items sont les suivants: 19,7% des patients ont un bon contrôle glycémique, 23,5% atteignent les valeurs cibles de LDL et HDL cholestérol et 39% les valeurs cibles de tension artérielle. Ces valeurs sont encore meilleurs chez les patients plus âgés, et cela au niveau cholestérol, contrôle glycémique, antiagréants et évaluation du risque cardio-vasculaire.

D'après le Dr J.F. MARCOS SERRANO, Centro de Salud Jesus Martin Lopez, Molina de Segura, Espagne

Quelle qualité de vie pour les migraineux ?

L'étude réalisée a voulu étudier l'impact de l'information et de l'éducation du patient mais aussi du médecin sur la qualité de vie du patient migraineux, mais aussi sur la consommation médicamenteuse et l'incapacité de travail.

Les généralistes des 275 patients céphalalgiques de l'étude ont suivi un programme éducationnel et ont participé à 3 groupes de travail sur ce sujet. Les patients quant à eux ont suivi un programme éducationnel et d'information sur la migraine.

La qualité de vie a été évaluée avant et après le programme par les échelles standardisées MIDAS (migraine disability assesment scale) et HIT-6 qui ont donné les résultats suivants.

La prévalence de la migraine est de 13%. Après les programmes suivis, la qualité de vie des patients s'est améliorée de 85%, l'abus d'antalgiques a diminué de 72%, les incapacités de travail ont été réduites de 84%. Le diagnostic et le suivi thérapeutique ont augmenté de 93% avec une diminution de 71% des consultations spécialisées.

La formation des généralistes et l'information et éducation des patients céphalalgiques doivent être encouragées vu l'amélioration spectaculaire non seulement du diagnostic et du suivi thérapeutique mais aussi et surtout de la qualité de vie avec comme corollaire un impact positif au niveau socio-économique et familial.

D'après le Dr M.C. MARTINEZ-ALTARRIBA, Barcelone, Espagne

Vieillir n'est pas une maladie

La tendance actuelle est de considérer le vieillissement comme une maladie, c'est-à-dire un processus pathologique à traiter comme tel. Ceci explique l'explosion de thérapeutiques sur le marché. La littérature (médicale ou tout public) soulignant les aspects négatifs plutôt que positifs du vieillissement est une des explications.

Or, de plus en plus de personnes de plus de 60, si pas 80 ans, ont une vie de bonne qualité. Pour les personnes âgées, le facteur déterminant de leur qualité de vie est leur indépendance physique et financière. Les autres facteurs importants sont le maintien d'une activité physique, le sentiment d'utilité via le maintien d'activités familiales, sociales voire professionnelles, l'absence de déclin cognitif ou sensoriel, le sentiment de sécurité, de se sentir respecté y compris par le respect du secret médical, et le sentiment d'avoir acquis une certaine sagesse avec une stabilité émotionnelle.

Quels sont les déterminants pour bien vieillir? Le statut socio-économique et l'environnement familial et social sont importants (services de promotion de la santé, prévention des maladies, qualité des services curatifs mais aussi les aides sociales). L'abstinence de tabac et alcool, une alimentation équilibrée, la lutte contre la dénutrition mais aussi la suralimentation sont des éléments clefs. En effet, une légère restriction calorique semble améliorer la qualité et la durée de vie. L'activité physique est capitale pour lutter contre l'obésité et ses conséquences, l'ostéoporose mais aussi pour maintenir une humeur positive. Par contre, les maladies chroniques invalidantes, les pertes sensorielles et les effets iatrogènes des médicaments sont bien évidemment des éléments délétères.

D'après le Dr SERAP CİFCİLİ, département de médecine familiale de l'université Marma, Istanbul, Turquie

Prévention en gériatrie

Le maintien à domicile est une demande importante de nos patients. En effet, les maisons de repos ont encore une connotation négative dans de nombreux pays en étant assimilés à des mouiroirs. Par contre, en Turquie, les personnes âgées interrogées préfèrent partir en maison de repos que d'être dépendant de leur famille.

Au niveau économique, les maisons de repos sont chères. Les soins à domicile sont à développer et comprennent aussi bien des soins médicaux, paramédicaux que tout ce qui relève de l'assistance de vie: repas, nettoyage, transport, compagnie. Mais cela a aussi son coût.

Économiquement, le support à la famille et à l'entourage est extrêmement important dans le cas des patients déments. De même, les visites régulières préventives chez les patients à haut risque ou fragiles ont montré leur efficacité en terme de morbidité.

D'après le Dr GUZEL DISCIGİL, département de médecine familiale de l'université Adnan Menderes, Aydın, Turquie