

Congrès internationaux

par les médecins généralistes, Dr Patricia Eeckeleers, Leignon • Dr Thierry Van der Schueren, Mettet

3^e Congrès de la Médecine Générale France 2009

Nice, 25-27 Juin 2009

Test d'un poste de soins en cas de pandémie

En cas de pandémie, chaque généraliste devrait faire face à 10 patients supplémentaires tous les jours. En collaboration avec les autorités, ce groupe de généralistes a testé en situation réelle la faisabilité d'un poste de soins destiné à accueillir les patients qui craignent être atteints de la grippe en situation de pandémie. Le test a été réalisé alors que l'on craignait une pandémie du H5N1, plus virulent et plus mortel que le AH1N1. Le poste a été installé dans une école, avec accueil, salle d'attente et 3 box de consultations pour 3 généralistes. Cet exercice réalisé en conditions réelles a permis de mettre en évidence plusieurs difficultés insoupçonnées. Le temps de consultation a été nettement allongé à cause des procédures de désinfection entre les patients. Les médecins avaient besoin de plus de 20 minutes par patient. Les médecins perdaient aussi du temps et de l'énergie parce qu'ils ne travaillaient pas dans leur environnement habituel. De plus, ils se sont tous plaints de la difficulté à travailler avec le masque prévu. L'absence de médecin à l'accueil afin d'effectuer un premier triage a imposé des délais d'attente très longs à certains patients très mal en point. La distribution des masques à l'entrée n'était pas assez rapide et il a été parfois difficile de limiter le nombre d'accompagnants dans la salle d'attente. Du personnel d'entretien est indispensable et la durée de travail de chaque MG doit être limitée à 4 heures. La gestion d'un décès sur place est très compliquée et chronophage. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr J. MAUGIS, (médecin généraliste à Paris).

Gestion de l'incertitude en médecine générale

La capacité à gérer l'incertitude est essentielle à la qualité de la pratique en médecine générale. Il apparaît utile de dévelop-

per des stratégies pour faire face à l'incertitude inévitable au cours de la pratique de la médecine de première ligne. Malheureusement, les stages hospitaliers ne préparent absolument pas le jeune médecin à la gestion de cette incertitude professionnelle. Une équipe européenne a dégagé les points forts qui permettent de mieux gérer l'incertitude en médecine générale. Ces points sont: établir une bonne relation médecin-patient, impliquer le patient dans le processus de décision, considérer le patient comme un individu, utiliser des données externes validées, discuter des probabilités avec le patient, tenir un dossier, prendre conscience de ses propres émotions, être indulgent avec soi et les autres. (TVdS)

D'après le Pr M. SAMUELSON, médecin généraliste enseignante à Caen.

Que pensent les patients de l'examen physique ?

Quel est l'enjeu de l'examen corporel ? Pour répondre à cette question, une étude qualitative par entretiens semi-structurés a été réalisée auprès d'un échantillon de patients français. L'examen du corps, même s'il peut parfois provoquer une gêne liée à la nudité, est perçu à la fois comme un droit et un devoir professionnel. Le médecin y est donc autorisé par sa fonction et obligé pour sa crédibilité. Au cours de l'examen physique, le médecin est perçu comme une entité professionnelle et pas comme un homme ou une femme. Le corps devient un objet livré à un examen. Mais il faut que cet examen soit complété ou suivi d'un temps d'explications et d'échanges afin que le patient se réapproprie son corps. L'examen physique est ressenti comme thérapeutique par un nombre important de patients. L'inspection est vécue comme un regard, l'auscultation comme une écoute et la palpation comme un toucher. Toute cette dimension symbolique de l'examen physique est souvent oubliée par le médecin, au risque d'être moins thérapeutique. L'examen corporel comporte donc un enjeu relationnel et un enjeu thérapeutique. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr S. GASCHIGNARD, (médecin généraliste en France).

Tableaux de bords : outils efficaces dans les DMI !

De plus en plus de malades chroniques associés à de plus en plus de recommandations cliniques complexifient exagérément la tâche des généralistes. Des outils de suivi des affections chroniques et des outils de prévention paraissent indispensables afin d'aider les généralistes à gérer autant d'informations. Une des formes possibles d'outil est le tableau de bord dans les logiciels médicaux. Un tableau de bord rassemble en une fenêtre l'ensemble des éléments pertinents disséminés dans le dossier du patient pour une maladie chronique ou pour la prévention. Ce tableau permet de déterminer des échéances, d'établir des alertes et de saisir de nouvelles données. Il y a pour chaque patient autant de tableaux de bord que d'affections chroniques à suivre. Mais ces outils, facile à implanter dans un logiciel moderne, améliorent-ils vraiment la pratique ?

Cette étude française a donc évalué l'amélioration du suivi pour le diabète et l'HTA dans deux groupes de cabinets médicaux, soit équipés de tableaux de bord dans leur logiciel, soit équipé de leur logiciel sans cet outil. Les groupes étaient randomisés afin d'éviter les biais. L'évaluation des dossiers avait lieu avant l'intervention puis 12 mois après l'intervention. L'amélioration est significative sur tous les paramètres mais particulièrement sur ceux qui étaient les moins bons au départ, comme le fond d'œil annuel chez les diabétiques. Les médecins apprécient l'aide de cet outil récapitulatif. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr H. FALCQFF, (médecin généraliste en France.)

Arrêts de travail : outil d'aide envisageable ?

La prescription d'un arrêt de travail est un acte médical réalisé par un clinicien. Actuellement, l'évaluation de la capacité de travail du patient est essentiellement

basée sur une approche fonctionnelle. Cette équipe de chercheurs a étudié l'utilité de la classification internationale fonctionnelle (CIF) dans l'établissement des arrêts de travail en médecine générale. Cette échelle a été utilisée durant 3 mois pour tous les patients bénéficiant d'un arrêt de travail de la part de 4 généralistes. 435 patients ont été inclus durant 3 mois de l'hiver 2008-2009. Les cinq diagnostics les plus fréquemment associés à une ITT sont en ordre décroissant : la grippe (21%), la gastro-entérite (8%), la dépression (4%), les lombalgies (3,9%) et les infections des voies respiratoires supérieures (3,4%). Un patient sur 4 souffrait de minimum une pathologie chronique associée. L'échelle de la CIF permet de distinguer 3 axes de limitation de la capacité de travail : l'axe organique p.ex. la diarrhée, l'axe participatif p. ex. l'incapacité à porter une charge et l'axe environnemental p. ex. l'incapacité à porter le masque obligatoire au travail. L'utilisation de la grille de la CIF nécessite 3 minutes, n'est pas appréciée des médecins mais est utile en cas de contestation de l'ITT. Pour chaque axe, la première cause d'ITT était la suivante : axe organique, la douleur ; axe participatif, la perte de mobilité et axe environnemental, l'adaptation du poste de travail à l'état du patient. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr L. LETRILLIART, médecin généraliste en France.

Éducation des patients diabétiques

Les pieds de nos patients diabétiques méritent une attention particulière en raison de la fréquence et de la gravité des complications qui les touchent. Partant de ce constat, des formations ont été élaborées à grands frais pour sensibiliser les patients diabétiques aux soins des pieds, au choix d'un matériel de pédicure adéquat, aux sources les plus fréquentes de plaies et d'infections aux pieds ainsi qu'aux critères de sélection d'une bonne chaussure pour diabétique. L'impact de ces formations a été évalué et sur base des résultats, des enseignements ont été tirés. La très faible participation malgré les multiples modes d'invitation a été attribuée à un mauvais choix des lieux d'éducation (trop éloignés des domiciles, les diabétiques concernés ne se sont pas déplacés) et à un horaire inadapté (l'après-midi, ce qui décourage les personnes actives de participer). Les participants n'ont retenu ni les conseils de pédicure enseignés, ni les facteurs de risque pour l'apparition de complications aux pieds. Par contre, 60% des participants ont changé de chaussures après la formation

et ont retenu la plupart des critères de choix d'une bonne chaussure (souple, aérée et sans couture). Cela semble être lié au type d'enseignement appliqué pour cet atelier. En effet, au cours de l'atelier, chaque patient choisissait parmi 12 paires de chaussures celles qui lui semblaient les meilleures. Ensuite, les critères de choix lui étaient exposés et il répétait l'exercice aux chaussures qu'il avait sélectionnées. Cela lui permettait de mieux comprendre et de mieux mémoriser les critères enseignés. La conclusion des auteurs est qu'il ne faut pas tout miser sur le contenu d'une formation. Effectivement, des facteurs de lieu, d'horaire et de méthode ont autant d'importance sur le succès d'une formation. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr S. FRILAY, médecin généraliste à Paris.

Quand le patient rapporte un effet indésirable, que fait le MG ?

Quelle attitude et quelle prise en charge adopte le généraliste quand le patient lui rapporte spontanément un effet indésirable ? L'étude observationnelle prospective a été menée auprès de 52 MG durant sept jours consécutifs. Durant cette période, 153 effets secondaires ont été rapportés spontanément par les patients au cours des 6058 consultations prestées. Cela signifie donc qu'une consultation sur 40 comporte une plainte spontanée d'effet indésirable. La moitié de ces plaintes concernent des patients âgés de plus de 60 ans. Dans 78% des cas, le médecin généraliste est en accord avec son patient pour incriminer le médicament suspecté par le patient. Les effets indésirables rapportés sont graves dans 1,6% des cas. Dans 55% des cas, le patient a déjà stoppé le médicament suspecté quand il en parle à son médecin, alors que les médecins ne l'auraient stoppé que dans 20% des cas. Le médecin remplace le médicament incriminé par un autre dans 30% des cas. Il conseille une surveillance simple, sans arrêt du médicament dans 25% des cas. La plus grosse surprise vient de la forte influence du prescripteur initial sur l'attitude du médecin généraliste face à un effet secondaire suspecté. En effet, si la substance responsable de l'effet indésirable a été prescrite par un spécialiste, le généraliste stoppe la médication dans 75% des cas. Alors que s'il est lui-même à l'origine de la prescription incriminée, il ne stoppe la médication que dans 21,7% des cas ! (TVdS)

D'après l'exposé du Dr M. BISMUTH, médecin généraliste enseignant à Toulouse.

Dépistage du risque d'obésité

L'obésité infantile est devenue une véritable épidémie qui n'augure rien de bon pour les pathologies liées au surpoids à l'âge adulte. En France, le taux d'obésité infantile est passé de 3% à 15% entre 1960 et 2005. Comment évaluer le risque d'obésité d'un enfant ? La majorité des médecins évaluent essentiellement subjectivement selon l'aspect général, leur impression clinique et les courbes de percentiles de poids et de taille. Alors que l'on sait qu'il est nécessaire de suivre le BMI en le reportant sur les courbes de percentiles de BMI, plutôt que les seuls poids et taille, et cela de la naissance à 15 ans. L'âge du rebond d'adiposité est le meilleur prédicteur du risque d'obésité. Ce rebond se fait à 6 ans. S'il est plus précoce, le risque d'obésité à 18 ans est de 25%!!!

C'est d'autant plus utile qu'une éducation alimentaire et sportive est nettement plus simple à 4-8 ans que plus tard. Il suffit bien souvent de supprimer le grignotage, d'instaurer 4 repas par jour, d'augmenter les activités physiques, de diminuer le temps passé devant un écran (TV, PC) et de réaliser un suivi régulier chez le médecin de famille. (LD)

D'après l'exposé du Dr Philippe ZERR, IFED mg, intitulé « Dépistage de l'obésité : l'indice de masse corporelle avant tout »

Auto-médication parentale

L'auto-médication est fréquente à l'âge adulte. En pédiatrie, aucune étude n'a été publiée à ce sujet. Or, nous constatons tous que cette pratique est courante. Ce travail s'est attaché à quantifier ce phénomène et à en évaluer les risques potentiels. Des questionnaires ont été distribués en région toulousaines, dans les salles d'attentes de pédiatres et de médecins généralistes ainsi que dans les crèches et écoles.

96% des parents, principalement la mère, ont déjà auto-médiqué leur enfant et 12% le font souvent. Les principales raisons sont : la fièvre (44%), le rhume (31%) et la douleur (31%). La source d'information des parents sont le médecin de famille (85%), le pharmacien (77%) et Internet (15%).

Plus de 97% des parents utilise le paracétamol, 87% un AINS (ibuprofène), 31% un corticoïde et 11% un antibiotique. Plus de 21% des parents associent deux présentations de paracétamol, tout en étant certains de ne pas se tromper ! Au niveau des doses administrées, la justesse est mieux atteinte avec un système de

pipette graduée dose/poids. Mais 10% des parents intervertissent les pipettes. 28% ont déjà donné un médicament pour calmer ou aider leur enfant à s'endormir... En résumé, 55% des questionnaires évalués ont montrés des erreurs. En tant que médecin de famille, nous avons donc un réel rôle de santé publique à jouer auprès des parents. (LD)

D'après l'exposé du Dr Brigitte ESCOURROU, CRGE Midi Pyrénées

Lait de croissance : intérêt ou coup de pub ?

Les laits de croissance représentent un marché en expansion. Leur prix est trois fois supérieur au lait standard. Ces laits sont recommandés par les instances françaises de pédiatrie jusqu'à l'âge de 3 ans. Or, l'OMS ne les mentionnent pas, les pays anglo-saxons ne les recommandent que jusqu'à 18 mois. Les généralistes ne les recommandent pas. Ils sont caractérisés essentiellement par un taux plus élevé en Fer et acides gras essentiels et un taux plus bas en protéine.

Aucune étude n'existe concernant l'intérêt ou non de ces laits. L'auteur s'est attaché à rechercher la littérature concernant ces trois principales caractéristiques. Aucune étude n'a jamais montré un effet de l'administration d'acides gras essentiels sur la croissance, l'acuité visuelle ou le développement psychomoteur. L'intérêt d'un apport plus faible en protéine se marque essentiellement en dessous de 6 mois en diminuant le risque de déshydratation aiguë. Cela n'est pas démontré au-delà de 6 mois. Il n'existe aucun rapport documenté sur la charge en protéine dans la petite enfance et la précocité de l'âge du rebond d'adiposité. Aucune étude n'a jamais montré un intérêt à diminuer la charge protéique dans la petite enfance.

Une revue de la littérature montre une relation nette entre la sidéropénie et le niveau socioculturel. (PE)

D'après l'exposé du Dr Olivier SAINT-LARY, CCA Paris Ile de France Ouest

Dépistage des troubles du langage

5% des enfants d'âge scolaire souffrent d'un trouble du langage, avec comme conséquence un retard psychomoteur et un risque important d'échec scolaire. Les instituteurs sont en première ligne pour les dépister. Mais certains troubles doivent être dépistés très tôt, et là est notre rôle. Or, selon une étude réalisée à Aix, 71% des médecins généralistes jugent

leurs connaissances insuffisantes et seulement un médecin sur dix connaît les outils de dépistage.

Toute préoccupation au niveau du langage chez un enfant doit être prise en compte et ne peut être banalisée.

Il faut en tout cas s'inquiéter si le langage est non-compréhensible à 3-4 ans, devant tout trouble de langage à 5 ans, en cas d'absence des pré-requis à 6 ans et de retard d'acquisition de la lecture à 7 ans. (PE)

D'après l'exposé du Dr Sophie BARRABAN; Delphine DELATTRE-SLIM

Intérêt du transfert en MG

La dépression réactionnelle est la plus fréquente des dépressions et peut également mener à des passages à l'acte. Les travaux en psychopathologie entrepris depuis 1950 ont démontré l'importance de la relation et du transfert dans la prise en charge efficiente de la dépression. Le patient dépressif ne peut retrouver son équilibre que s'il retrouve un environnement protecteur qui lui permet de se reconstruire. C'est qu'on appelle le transfert. C'est ce que réalisent les conditions particulières de la relation patient-médecin de famille, qui est proche, personnelle et continue. Le caractère spécifique de ce transfert réside dans sa capacité à renforcer les mécanismes de régulation de l'homéostasie. Il a été prouvé qu'il régule les sécrétions de noradrénaline, de sérotonine et de dopamine, mais aussi le système immunitaire. En effet, quand le sentiment d'insécurité augmente, les Lymphocytes Natural Killer diminuent.

Tout ceci explique pourquoi les antidépresseurs agissent avant les deux à trois semaines annoncées quand la relation thérapeutique et le transfert sont réussis.

Quelles que soient les connaissances théoriques ou relationnelles apprises, le désir réel du médecin de prendre en charge et de venir en aide à son patient est l'élément déterminant. Nous devons prendre conscience que le cabinet médical représente une bulle protectrice pour le patient. Que le simple fait d'être présent et disponible et de le lui dire est un début de thérapie quand le patient refuse de parler. (PE)

D'après l'atelier du Dr Louis VELLUET, Université Paris V,

Outils du MG dans la dépression

En médecine générale, nous avons de grands atouts : la relation interpersonnelle et de proximité est importante. Elle est faite de bienveillance amicale et de contact physique par l'examen clinique. Rien que

ceci crée la bulle protectrice, le cocooning nécessaire au patient pour se sentir en sécurité, pour régresser, se « ramasser » sur lui-même et ensuite progresser.

Le premier outil en notre possession est la simple écoute attentive qui nous permettra ensuite de mettre en évidence les points importants et de les relier à des plaintes ou des souffrances identiques déjà vécues antérieurement. Notre cabinet est le lieu où le patient est autorisé à souffrir, perdre ses défenses, pleurer sans jugement de valeurs.

Nous avons la chance de connaître les familles et de pouvoir les utiliser comme alliées. Nous pouvons fixer des rendez-vous rapprochés qui rassurent patient et médecin, mais aussi qui augmentent le sentiment de protection, de sécurité du patient. Il est important de montrer ses compétences au patient. Et de s'appuyer sur celles-ci pour lui permettre d'amorcer un changement.

L'envoi au spécialiste permet de se rassurer, de se décharger si la prise en charge est trop lourde, mais aussi d'affiner le diagnostic et le traitement. (PE)

D'après l'atelier du Dr Louis VELLUET, Université Paris V,

Quels sont les besoins de formation des MG ?

Une association de médecins du Midi-Pyrénées a mené une enquête afin de connaître les besoins formatifs de ses membres en pédiatrie et gynécologie. En effet, ces spécialités sont particulièrement touchées par la pénurie et les généralistes sollicités à ce niveau exprimaient des besoins en matière de formation.

Primo, l'enquête révèle que l'activité moyenne de pédiatrie des médecins a augmenté de 50% en 5 ans. Pour la gynécologie, cette activité a augmenté de 27%. Ce sont les femmes et les jeunes installés qui ressentent davantage cette augmentation. Les médecins qui sont le moins demandeurs de formation sont les plus de 55 ans et les MG ruraux.

Les besoins les plus manifestes sont le dépistage et la prise en charge durant la période périnatale, la prise en charge des troubles sensoriels et des troubles du comportement chez l'enfant et la prise en charge des situations médico-légales (maltraitance p. ex.). Pour la gynécologie, les besoins sont la formation aux gestes techniques en gynécologie et le dépistage des grossesses à risque. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr M. BISMUTH, médecin généraliste enseignant à Toulouse.