

Revue des Revues

par la Rédaction de la revue

Le stress professionnel en médecine

Cet article du BMJ aborde de manière pratique les pistes utiles aux médecins pour gérer leur stress professionnel.

Le stress semble résulter, au moins en partie, d'un déséquilibre, réel ou ressenti, entre les demandes des patients et de la société et les ressources disponibles pour y faire face. Les réponses inadéquates à ce stress les plus fréquentes sont un allongement démesuré des heures de travail et la fuite dans l'usage important de boissons alcoolisées. Diverses études ont montré que les symptômes de stress influençaient de manière négative la qualité des soins donnés. De manière encore plus utile, des études montrent que la réduction du stress professionnel des médecins est bonne aussi pour les patients!

Identifier les facteurs qui contribuent à son stress professionnel est possible ainsi que les modifier dans un second temps. Comment y parvenir? Conserver du temps libre pour sa famille et ses amis, veiller à préserver son propre bonheur en réexaminant ses valeurs personnelles, réfléchir à ses émotions à propos des situations difficile en participant à un groupe Balint ou équivalent, prendre régulièrement soin de soi-même et trouver un mentor qui puisse vous soutenir au long de votre carrière. (TVdS)

Iversen A, Rushforth B, Forrest K. How to handle stress and look after your mental health. *BMJ* 2009; 338: 1139-42.

Consultations par téléphone: aussi des qualités!

Les consultations par téléphone sont de plus en plus fréquentes dans tous les pays européens. La première fonction est surtout d'assurer un

premier triage des demandes. En dehors de cela, nous ne connaissons pas grand-chose de cette pratique pourtant quotidienne en médecine générale. Cette étude qualitative écossaise a été réalisée en milieu rural et urbain, auprès des patients et de leurs généralistes afin d'en savoir un peu plus à propos des consultations par téléphone.

En milieu urbain, la consultation téléphonique sert essentiellement à gérer les demandes alors qu'en milieu rural, elle sert aussi à assurer la continuité des soins des patients chroniques plus éloignés. La consultation téléphonique est vue comme un moyen d'accès au médecin. Toutefois, ces derniers s'inquiètent et se posent des questions en raison de l'absence d'examen du patient. Le suivi téléphonique des patients dont le diagnostic a été formellement posé antérieurement semble acceptable par les patients et les médecins car il permet d'espacer les consultations de suivi. Tant médecins et patients ne sont prêts à ce type de consultations que quand ils se connaissent bien mutuellement. (TVdS)

McKrinstry B, Watson P, Pincock H, Heaney D et al. Telephone consulting in primary care: a triangulated qualitative study of patients and providers. *Br J Gen Pract* 2009; 59: 433-40.

Frottis de col inutiles avant 25 ans

En Grande-Bretagne, le dépistage du cancer du col par frottis cervical débute à 25 ans. Or, le récent décès d'une jeune patiente de 27 ans a poussé de nombreuses voix à réclamer un dépistage plus précoce, dès l'âge de 20 ans. Il est prouvé que le dépistage du cancer du col réduit l'incidence du cancer cervical de 60% chez les femmes de 40 ans. Par contre, le dépistage des femmes de 22 à 24 ans ne permet pas de réduire l'incidence des cancer du col durant les 5 années qui suivent le dépistage. De plus, la vaccination des adolescentes avec le vaccin anti-HPV va probablement rendre le dépistage précoce encore plus injustifiable scientifi-

quement. L'éditorialiste du BMJ plaide donc pour un maintien du dépistage seulement à partir de 25 ans. (TVdS)

Groves T. An embarrassment of riches. *BMJ* 2009; 339: b3186.

Faible contrôle de l'INR

Les anticoagulants anti-vitamine K (AVK) sont de plus en plus utilisés, y compris chez les personnes âgées. Cette étude rétrospective en médecine générale évalue l'influence de divers facteurs pouvant expliquer le faible contrôle de l'INR constaté chez certains patients. Une sélection de patients avec excellent contrôle de l'INR a servi de groupe contrôle.

La consommation d'ail ou d'épices n'influence par le contrôle de l'INR. Par contre, le contrôle de l'INR est d'autant plus difficile que les patients utilisent un nombre élevé de médicaments, sur prescription ou non. Les changements apportés au traitement habituel s'accompagnent souvent d'un moins bon équilibre de l'INR. Les auteurs recommandent un contrôle rapproché de l'INR en cas de modification du traitement habituel des patients sous AVK. (TVdS)

Smith L, Ernst E, Ewings Pallen J et al. What affects anticoagulation control in patients taking warfarin? *Br J Gen Pract* 2009; 59: 590-4.

Suivi des cancers: par qui et pour quel bénéfice?

Actuellement, 50% des patients atteints d'un cancer survivent à 5 ans du diagnostic. La pathologie cancéreuse est de plus en plus prise en charge comme une affection chronique. Mais est-ce vraiment utile? Ce suivi doit-il être réalisé par la première ligne de soins ou par la seconde? Cette revue de littérature tente d'apporter

AVERTISSEMENT: La «Revue des Revues» vous propose des comptes-rendus d'articles parus dans la littérature internationale. Le comité de lecture (CL) de la «Revue de la Médecine Générale» estime, pour différentes raisons, que ces articles sont susceptibles d'intéresser les médecins généralistes. Ceci ne veut pas dire que le CL est nécessairement d'accord avec le contenu des articles présentés. Que chaque lecteur se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

quelques réponses. Aucune donnée actuelle n'est en mesure de démontrer l'utilité d'un suivi intensif des cancers en terme de mortalité ou de qualité de vie. Seule exception, le cancer colo-rectal pour lequel un suivi intensif des marqueurs biologiques et de l'endoscopie permet une prise en charge secondaire plus précoce avec de meilleurs résultats. En ce qui concerne les acteurs du suivi, seule une différence de coût est démontrée pour le suivi des cancers du sein. Le suivi assuré par les généralistes est moins coûteux que le suivi par l'hôpital. En terme de survie, de récurrence, de délai de diagnostic, de bien-être du patient ou de survenue d'événements indésirables aucune différence statistiquement significative n'est révélée dans la littérature entre un suivi par la première ligne et un suivi assuré par la seconde ligne. Toutefois, les auteurs signalent que la qualité des données de la première ligne sont pauvres et que les conclusions méritent donc d'être vérifiées par de nouvelles études. (TVdS)

Lewis R, Neal R, Williams N, France B et al. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. *Br J Gen Pract* 2009; 59: 525-32.

Suivi des aînés en cas de canicule

Les signes de déshydratation chez les personnes âgées sont relativement simples : réduction de la vigilance, baisse de la tension artérielle, sécheresse de la langue et des muqueuses,

perte de poids. En général, les personnes âgées déshydratées ne présentent pas les signes habituels tels que soif, lenteur du pli cutané, oligurie ou hypotension orthostatique. Le test de laboratoire le plus sensible en cas de déshydratation est l'élévation de la créatinémie. Méfions-nous des médicaments qui réduisent la soif (IEC, SSRI et antiparkinsoniens), des ceux qui perturbent la thermorégulation (neuroleptiques, β -bloquants et anticholinergiques) ainsi que de ceux qui perturbent la balance hydrique (diurétiques et lithium). (TVdS)

Olde Rikkert M, Melis R, Claassen J. Heat waves and dehydration in the elderly. Recognising the early warning signs can save lives. *BMJ* 2009; 339: 119-20.

Grippe AH1N1 : analyse de l'épidémie australienne

C'est peu dire que l'on nous rebat les oreilles avec le virus AH1N1v. Dans tout ce tumulte médiatique, cet article publié par la revue *Prescrire* dont on connaît la volonté d'indépendance recadre le problème de manière rationnelle et sans dramatisation aucune. Les auteurs se basent sur les données de l'analyse de l'épidémie hivernale en Nouvelle Zélande et en Australie pour dire qu'il ne faut pas surestimer la gravité clinique de cette grippe. Ils dénoncent la manipulation que constituent les estimations de mortalité fondées sur le ratio du nombre de décès par rapport aux cas notifiés. Ce type de calcul surestime la mortalité : le

nombre de cas signalés aux autorités sanitaires est inférieur à celui des personnes contaminées. Et la présence du virus chez les personnes décédées ne fait pas de facto de celui-ci le responsable du décès.

Les complications létales observées en Nouvelle Zélande ont été plutôt rares (16 décès pour 320 000 cas symptomatiques). Les décès ont été exceptionnels chez les personnes jeunes en bonne santé. L'affluence chez les généralistes a été forte mais non exceptionnelle.

Les facteurs de risque de complications sont les mêmes que pour la grippe saisonnière.

Les hospitalisations ont été fréquentes comme pour cette dernière, surtout pour les plus de 65 ans et les nourrissons.

En conclusion, la grippe provoquée par le virus AH1N1v semble de gravité similaire à celle d'épidémies de grippe saisonnière. Les auteurs concluent à l'absence actuelle de justification d'interventions préventives démesurées. (EM)

La revue *Prescrire* Grippe AH1N1 de 2009 : gravité clinique modérée *Prescrire* 2009; (29) 312: 770-1