

# Congrès internationaux

par les médecins généralistes Orban, 1180 Uccle • Montesi, 5060 Sambreville • Van der Schueren, 5000 Mettet • Eeckeleers, 5000 Leignon

## 15<sup>e</sup> congrès Wonca Europe

Basel, du 16 au 19 septembre 2009

On comprend mal le choix de la ville de Bale pour cette manifestation internationale : Genève, siège de l'OMS, et les rives du lac Léman eussent été un cadre plus symbolique et plus agréable. Bâle, ville trifrontalière sur les eaux du Rhin et centre industriel pharmaceutique et chimique, offre peu d'attrait touristiques et on a du mal à y deviner les beautés naturelles de la Suisse. Le thème du congrès était cependant suffisamment passionnant pour oublier la morosité du cadre ambiant et une météo tristounette.

«La fascination de la complexité – Négocier avec des individus dans un champ d'incertitudes». Complexité et incertitude, ces deux mots clefs de la médecine générale, ont été déclinés au cours de ce 15<sup>e</sup> congrès Wonca Europe sous forme de 300 présentations orales, 130 heures d'ateliers, 6 «key notes» et 555 posters. Un détail mérite d'être souligné : toutes les sessions commençaient et se terminaient à l'heure, ce congrès était réglé comme une montre suisse...

### Notre seule certitude : l'incertitude

Le nœud du problème en médecine, qui rend l'état de patient si déchirant et le rôle du médecin si difficile, est l'incertitude. Et la sagesse tant pour le patient que pour le médecin consiste à savoir gérer cet état d'incertitude. «Il y a les choses dont vous savez qu'elles sont vraies et celles dont vous savez qu'elles sont fausses ; mais en dépit de l'étendue de vos connaissances, il reste de nombreuses choses dont vous ne savez si elles sont vraies ou fausses. Vous êtes incertain à différents degrés concernant le futur, une grande partie du passé vous reste cachée et vous avez peu d'informations quant à plusieurs éléments du présent. L'incertitude est partout et vous ne pouvez lui échapper»<sup>(a)</sup>. Les incertitudes en médecine portent sur l'histoire médicale (connaissons-nous tous les faits), l'état actuel (sommes-nous sûrs du diagnostic), les résultats quant à l'évolution ou à nos

interventions, la relation médecin patient (sommes nous capables d'expliquer tout ce qui peut survenir, pouvons-nous faire confiance aux capacités du patient de décider de manière appropriée). Une intervention consiste à agir dans l'intention d'obtenir un résultat qui en médecine consiste à traiter. Comment gérer nos interventions sur un terrain d'incertitude ? Une attitude possible est le «wait and see», l'attente vigilante à travers l'observation systématique basée sur l'anticipation de résultats possibles avec un plan d'intervention dans les conditions spécifiques issues de la situation actuelle. Différentes attitudes traduisent une incapacité à gérer l'incertitude : «essayons cela» (avec des prescriptions inutiles), «soyons prudents» (abus d'examens médicaux), «d'un point de vue médico légal» (plus haut taux de références...) L'incertitude est une certitude. La gestion de cette incertitude varie selon les médecins et pour un même médecin varie selon les cas et en fonction du temps. Les médecins et les patients doivent prendre conscience de cette situation et apprendre à vivre avec elle. Les médecins doivent expliquer aux patients le niveau d'incertitude d'une situation. La gestion du doute doit être étudiée, apprise et expérimentée au cours des études médicales. (EM)

D'après l'exposé du Pr KERSNIK J, MD, Lubljana, Slovenie

### Tolérance à l'incertitude utile aux futurs généralistes

L'incertitude est fréquente en médecine, particulièrement en médecine générale. Quelle est la tolérance à l'incertitude des étudiants en médecine ? Cette recherche finlandaise auprès de 190 étudiants en médecine apporte un éclairage neuf sur les tenants et aboutissants de cette capacité à supporter l'incertitude en pratique médicale. 24% des étudiants en médecine éprouvent de grandes difficultés à gérer leur incertitude. Il s'agit de femmes dans 70% des cas. Plus les étudiants sont jeunes, plus ils éprouvent des difficultés à gérer l'incertitude. Il en est de même avec les

étudiants qui ont le moins d'expérience clinique. Néanmoins, ce qui semble influencer le plus négativement la tolérance à l'incertitude est la peur de commettre des erreurs. Ceux qui présentent le plus cette peur sont effectivement les moins tolérants vis-à-vis de l'incertitude et aussi ceux qui choisissent le moins la médecine générale comme orientation. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr M. NEVALAINEN, médecin généraliste à Helsinki en Finlande.

### Le sixième sens : une réalité ?

La neurophysiologie est sans cesse en mouvement : le concept des neurones miroirs l'illustre parfaitement.

Ces neurones s'activent dans notre cerveau lorsque des émotions sont ressenties chez un sujet qui nous fait face et déclenchent ensuite une réaction à ce stimulus.

C'est grâce à eux que nous pouvons comprendre intuitivement ce que signifie l'action d'une autre personne, ce qui se passe dans sa tête, son esprit et son corps. Pour leur activation, aucune opération intellectuelle n'est nécessaire, ce système fonctionne plus vite que les réflexes. Quelles en sont les répercussions dans la pratique clinique ? Le patient qui nous fait face peut ainsi ressentir l'image qu'il a générée chez son médecin, l'inverse est également vrai bien sûr. Il peut également ressentir par exemple que son médecin n'est pas convaincu par son problème, ne va pas s'investir à fond dans son traitement, ne le croit pas. Ce système dysfonctionne semble-t-il chez les autistes.

Les neurones miroirs influencent les actions motrices, les perceptions sensibles et les processus émotionnels. De plus ils s'activent automatiquement s'ils perçoivent chez un autre sujet les mécanismes dont ils sont responsables chez le sujet lui-même. Ils convertissent la perception en action (simulée), par exemple : la grimace craintive de la mère dont l'enfant se fait piquer pour son vaccin. Ils nous informent de l'état émotionnel du sujet qui nous fait face. (TO)

D'après l'exposé du Pr Joachim BAUER, Freiburg, Allemagne

(a) Dennis Lindley, Understanding Uncertainty (2006)

## Planète et individu : vu de l'espace

L'utilisation des techniques modernes d'observation de la planète permettent de surveiller et d'améliorer au niveau local, régional et global tant l'environnement que la santé et la sécurité sanitaire. Ce lien fait par les chercheurs entre la santé de la planète Terre et la santé de l'individu est fascinant. Voici quelques exemples. Au niveau du stress environnemental : les vagues de chaleur sont cartographiées par les satellites et permettent de cibler l'intervention locale pour prévenir les vagues de décès subséquentes ; dans un autre domaine, les satellites permettent de suivre l'extension des camps de réfugiés du Darfour et d'améliorer la surveillance et l'organisation sanitaire de ceux-ci. Dans le domaine de l'inféctiologie : la détection par satellites des zones humides africaines orientent l'effort à porter sur le traitement et la prévention de la malaria avec des données en temps réel et mises à jour très régulièrement. De la même manière, le suivi de la pollution aérienne par le NO<sub>2</sub> est cartographié régulièrement et influence le suivi et les décisions sanitaires régionales. Il est évident que les changements environnementaux influencent la santé individuelle. La participation des géosciences à la surveillance sanitaire permet l'information et l'intervention tant des décideurs politiques que des citoyens. (TO)

D'après l'exposé de M. Dirk WERLE, Halifax, Canada

## En prévention : moins égale plus

La prévention constitue un des piliers de notre activité de généraliste. Il existe par ailleurs des preuves pour affirmer son efficacité. Mais il existe peu d'éléments validés quant à la manière d'intégrer la prévention dans notre pratique quotidienne<sup>(b)</sup>. En matière d'efficacité des interventions, un élément à prendre en considération est le **paradoxe effort-performance**. La courbe dose-réponse d'une intervention est variable, l'impact n'est pas linéairement proportionnel à l'effort fourni. L'effort à fournir est plus important aux deux extrémités de la performance ?→ (principe d'inertie et loi de Pareto (80% d'accomplissement d'une mise au point nécessite 20% de l'effort)). Par ailleurs, «less is more», les interventions brèves ont un degré d'efficacité par minute le plus élevé en consultation de prévention. 60 interventions d'une minute inciteront 6 personnes à arrêter de fumer. Si ces 60

minutes sont consacrées à un seul patient, un patient sur trois seulement cessera ses habitudes tabagiques pour 180 minutes de dépensées. Consacrer une petite minute en passant à parler d'arrêt tabagique avec un patient est donc plus rentable que de consacrer une longue consultation à ce sujet. L'intervention brève est ainsi une excellente manière d'intégrer la prévention en pratique quotidienne. Corollaire : plus n'est pas nécessairement mieux : il n'y a pas de corrélation entre le nombre d'éléments d'une intervention et les effets de ces interventions multiples. (EM)

D'après l'atelier du Dr LITT J, Royal Australian college of general Practice, Australie

## Informers les patients sans y consacrer trop de temps

Les tables SCORE permettent d'identifier les patients à haut risque cardio-vasculaire. Une fois ces patients identifiés, il est nécessaire de les informer de leur risque et des modifications à apporter à leur mode de vie. Cette équipe allemande a comparé deux méthodes d'information des patients à haut risque auprès de 86 généralistes ayant identifié chacun 40 patients à haut risque CV. Les patients de chaque médecin ont été répartis entre deux groupes par randomisation. Le premier groupe recevait seulement une information par e-mail tandis que le second groupe recevait la même information par e-mail et au cours d'une consultation consacrée uniquement aux recommandations de prévention afin de réduire leur risque CV. Le risque selon SCORE était ensuite calculé 6 mois après l'intervention. Ce risque avait diminué de manière significative dans les deux groupes (-0,9% contre -1,1%) mais la différence entre les groupes n'était pas significative. L'orateur conclut qu'une intervention informative auprès des patients à haut risque est efficace et a du sens mais qu'il est inutile d'y consacrer une consultation. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr A. MORITZIEFER, médecin généraliste à Düsseldorf en Allemagne.

## Dépistage de l'alcoolisme : considérations éthiques

Si l'alcoolisme peut être considéré comme une maladie, la pathogénicité de l'alcool n'est cependant pas univoque. Elle est en effet fonction aussi de facteurs génétiques et du contexte socioculturel. L'alcool dans ses aspects positifs peut être rituel, utilisé comme moyen de divertissement ou de

plaisir, source de profit et permet l'évaluation des difficultés. L'alcoolisme renvoie à des images déplaisantes de déchéance, de problèmes socio-économiques, de maladies et de dangerosité pour autrui. La prévention de l'alcoolisme peut être abordée sous différents aspects. D'un point de vue sociologique, on peut utiliser l'éducation, la loi, la répression. D'un point de vue médical on peut faire appel au dépistage systématique ou aux interventions opportunistes. La police a le rôle de préserver et maintenir la sécurité publique, la santé publique a celui de contrôler les maladies, le clinicien a pour rôle de traiter tout le monde sans discrimination ni jugement. On ne peut manquer d'un point de vue éthique de noter en matière d'alcoolisme la collusion encore trop fréquente entre médecine et jugement social et contrôle d'état des comportements privés. Le généraliste se retrouve ainsi à faire la police avec ses patients. La prévention de l'alcoolisme se situe à la frontière entre le droit à l'autonomie privée et la sécurité publique. Les aspects négatifs du dépistage précoce de l'alcoolisme sont ainsi le jugement paternaliste, l'intrusion dans la vie privée, la stigmatisation des éléments vulnérables de notre société avec le creusement des inégalités. Les aspects positifs de ce dépistage sont la motivation du patient à arrêter, la recherche de problèmes médicaux directement liés à la consommation d'alcool et la recherche des problèmes sociaux provoquant cette consommation ou provoqués par elle. (EM)

D'après l'atelier du Pr WEINGARTEN, Department of Family Medicine at Tel Aviv University, Israël

## Nos conseils sont ils efficaces ?

410 patients hypertendus ont été interrogés sur leur mode de vie : activité physique, statut tabagique, obésité. De plus, ils ont été également questionnés sur le type de conseils donnés par leur centre de santé primaire et le changement d'habitude éventuellement induit. Le taux de réponse des patients a été élevé : 73%. 75% des patients ont reçu des conseils pour augmenter leur activité physique, conseil suivi par 73,7%. 63,2% des patients ont reçu des conseils pour contrôler et stopper leur consommation tabagique avec une efficacité de 73,8%. Dans ce groupe, le conseil était plus efficace chez les femmes et chez les patients ayant reçu une information écrite sur l'HTA. Par contre, concernant le contrôle du poids, si 65,2% des patients étaient invités à perdre du poids, seuls 54,8% des patients adhéraient. Ce pourcentage augmentait significativement si le médecin de famille lui-même était l'intervenant. (PE)

D'après l'exposé du Dr J.J. GASCON-CANOVAS (Murcie-Espagne)

(b) <http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/TheGreenBook/RACGPgreenbook2nd.pdf>

## Amélioration de la qualité

L'accréditation des pratiques est une réalité aux Pays-Bas. Afin d'aider celles-ci à travailler la qualité des soins de premières lignes, le NHG a mis sur pied un programme d'amélioration sur base volontaire, en particulier sur le plan cardio-vasculaire. Un questionnaire «Quick Scan» indique aux praticiens leur niveau de qualité dans la prise en charge des pathologies concernées. Qu'est ce qui est déjà bon ou excellent, qu'est ce qui peut être amélioré? Les pratiques ont ainsi l'occasion de s'investir volontairement dans un programme annuel d'amélioration de cette prise en charge, grâce à l'utilisation de différents outils: fiches patients, support papier thématique, série de Cds-rom, e-learning. C'est un bel exemple d'ouverture à des voies nouvelles et transparentes d'amélioration de la qualité en soins de première ligne. (TO)

D'après l'exposé de BEIJAERT R. Utrecht, Pays-Bas

## Interpréter les dépistages d'alcoolisme

Cette étude coréenne a évalué l'influence du degré de conscience d'un patient quant à son état alcoolique sur la sensibilité et la sensibilité des tests de détection Audit ou Cage. Le niveau de conscience d'alcoolisme a été évalué avec le score d'HANIL (Hanil Alcohol Insight Scale). 122 patients alcoolodépendants pris en charge dans un centre de traitement ont été répartis en trois groupes en fonction du degré de conscience de leur état (faible, modéré, bon). On leur a soumis ensuite les questionnaires Audit et Cage. Après ajustement par rapport au niveau d'éducation et socioprofessionnel, de l'âge, du sexe, la sensibilité des tests Audit<sup>(c)</sup> et Cage<sup>(d)</sup> chez les patients avec une perception faible de leur état d'alcoolisme était significativement plus faible que dans les deux autres groupes. L'observation a mis en évidence plus de faux négatifs aux tests de détection alcooliques lorsque le patient est peu conscient de son état. Les orateurs concluaient de la nécessité pour les généralistes d'interpréter avec prudence les résultats des tests de dépistage. (EM)

D'après l'exposé du Dr CHO KC, MG Daejeon, Korea

(c) Alcohol Use Disorders Identification Test

(d) CAGE: 1. Have you ever felt you should Cut down on your drinking?

2. Have people Annoyed you by criticising your drinking?

3. Have you ever felt bad or Guilty about your drinking?

4. Have you Ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover (eye-opener)?

## Motivation oui, mais tout dépend du stade

40 patients coréens consommateurs à risque, de sexe masculin, ont été évalués quant à la modification de leur comportement avec l'alcool en fonction de leur stade de motivation un an après leur participation à 4 sessions d'un programme éducatif. Le niveau de motivation était défini sur base du «Readiness to change questionnaire» selon les 5 étapes du cycle de changement (précontemplation, contemplation, détermination, action, maintien). Au terme de l'évaluation, on a pu constater que les résultats du programme d'éducation étaient nettement meilleurs chez les patients qui étaient au stade «action» que chez ceux qui étaient au stade «précontemplation». Le degré de motivation est donc un facteur prédictif important de la réussite du changement de comportement chez les buveurs à risque. Par ailleurs, le mode de consommation détermine aussi les résultats: le programme d'éducation, à stade égal de motivation, est significativement plus efficace pour les gros buveurs que pour les «binge-drinkers». Mais cette étude n'a pas analysé les causes de cette différence. (EM)

D'après l'exposé du Dr CHOI TK, MG, Daejeon, Korea

## Guerre des sexes?

La relation patient-médecin est unique parmi les relations professionnelles dans le sens où elle touche à l'intimité. Sachant cela, le sexe du médecin interfère-t-il avec la relation médicale? Pour le vérifier, deux groupes de patients (211 personnes âgées et 552 jeunes adultes) ont été interrogés au moyen d'un questionnaire standardisé de 64 questions avec systématiquement 3 choix possibles: médecin masculin, féminin ou sans importance. 70% des patients n'expriment aucune préférence. Mais quand celle-ci est présente, ils associent les médecins féminins à l'empathie, l'approche centrée sur le patient et aux spécialités demandant une bonne communication, une bonne capacité relationnelle. Par contre, les médecins hommes sont associés à des capacités plus techniques et aux spécialités demandant une habileté ou une capacité technologique. Cette différenciation est surtout présente chez les patients âgés. (PE)

D'après l'exposé du Dr F. PRAZERES (Coimbra-Portugal)

## Relation entre dépression et diminution d'autonomie chez la personne âgée

Le déclin fonctionnel lié à l'âge entraîne une limitation des activités de la vie quotidienne et donc une perte d'autonomie. Cette étude descriptive transversale sri-lankaise a évalué la corrélation entre la limitation des activités de la vie quotidienne («activity daily life» ou ADL) et la dépression chez les personnes âgées. 127 patients gériatriques de médecine générale ont été pris en considération, 80 femmes et 47 hommes, 53% d'un âge moyen entre 65 et 75 ans et 47% de plus de 75 ans. Les ADL ont été évaluées sur base de 5 items: marche, bain, alimentation, toilette et habillage. 44% de l'ensemble des participants ne présentaient aucune difficulté pour ces différentes activités. 53% avaient des difficultés pour marcher. Entre 65 et 75 ans, 58% ne présentaient aucune limitation de leurs ADL, après 75 ans, 68% signalaient des difficultés à la marche associées à d'autres difficultés. 12% des patients tous âges confondus présentaient trois limitations ou plus de leurs ADL. Par ailleurs, 17% de l'ensemble des patients souffraient de dépression. 75% des patients limités dans trois activités (ou plus) de leur vie quotidienne étaient dépressifs. Parmi les patients ne souffrant d'aucune limitation, le diagnostic de dépression n'a été posé que chez 12% d'entre eux. Cette étude montre une corrélation significative entre perte d'autonomie et dépression. Les résultats sont similaires à ceux observés dans les pays occidentaux. L'orateur évoquait la nécessité d'une part de dépister et traiter une dépression chez les patients avec perte d'autonomie mais aussi de rechercher des limitations des activités quotidiennes chez les patients âgés dépressifs: améliorer la qualité de la vie quotidienne et diminuer la dépendance fait partie de la prise en charge de la dépression. (EM)

D'après l'exposé du Dr RAMANAYAKE, généraliste, Pallewella (Sri Lanka)

## De l'anxiété des patients avec douleur thoracique

Cette étude suisse a testé le degré de corrélation entre l'anxiété du patient se plaignant de douleurs thoraciques et sa propre estimation de risque d'infarctus myocardique (IM). On a demandé à 143 patients de 14 pratiques de MG suisses se plaignant de douleurs thoraciques d'exprimer leur anxiété et d'évaluer leur risque d'IM (par rapport au risque réel). On a également évalué leur score d'anxiété. Les patients se déclarant anxieux surévaluaient de 14% leur risque d'IM par rapport aux patients qui ne se déclaraient pas anxieux. Mais 35% des patients prétendant ne pas être anxieux avaient pourtant un score élevé d'anxiété et surévaluaient leur risque d'infarctus de 30%. La surestimation de son risque d'infarctus par le patient est un meilleur indice de son niveau d'anxiété que l'expression directe de celle-ci. (EM)

D'après l'exposé du Dr SIBALIC, généraliste, St Gallen, Suisse

## Corrélation entre facteur de stress et dépression

Cette étude de cohorte suisse s'est attachée à documenter le rôle des facteurs de stress psychosocial sur le développement de dépression chez des patients non dépressifs avec une plainte physique. Le taux de dépression dans une cohorte de 900 patients de 24 médecins généralistes a été évalué au début de l'étude et les patients non dépressifs à ce stade réévalués à un an. À terme, 5% de dépressions supplémentaires ont été détectées par rapport au nombre de dépressions diagnostiquées au début de l'observation. Le cumul des facteurs de stress (santé, problèmes de couple, problèmes financiers, stress au travail...) augmente significativement le risque de dépression. On peut véritablement parler d'un effet dose-dépendant. Un patient dont la santé est altérée et soumis à un ou plusieurs éléments stressants est à risque d'autant plus élevé de développer une dépression qu'un patient avec la même plainte mais dont le niveau de stress est faible ou nul. (EM)

D'après l'exposé du Dr P. VAUCHER, généraliste (Lausanne, Suisse)

## D'un congrès Wonca à l'autre: voyage d'un poster

Les problèmes linguistiques entre médecins généralistes et patients créent des problèmes d'accessibilité aux soins. Des médecins irlandais ayant assisté au congrès Wonca de Florence en 2006 ont été intéressés par un poster multilingue destiné à faciliter la communication avec les patients d'origine étrangère présenté par des généralistes espagnols. Cette équipe irlandaise du comté de Galway a donc récupéré et adapté l'idée espagnole pour la tester dans leur pratique. Le poster représente le corps d'un homme et d'une femme et les termes médicaux sont traduits en 57 langues, avec des codes couleurs et des émoticônes pour exprimer l'intensité des symptômes. Il a été envoyé en avril 2008 à 131 MG avec un questionnaire d'évaluation quant aux choix des langues, la clarté, la facilité d'utilisation, l'utilité, le degré de facilitation de la communication et la taille sur une échelle de 1 (mauvais) à 5 (excellent). Les participants avaient aussi la possibilité de donner leurs suggestions pour l'améliorer. La durée d'évaluation a été de quatre mois. Le taux de réponse a été de 46%. 72% des MG répondants ont déclaré avoir affiché le poster dans leur cabinet de consultation. Le score moyen d'appréciation a été de 4. Si le format poster a été apprécié par la majorité, certains auraient préféré un fascicule et certains suggéraient d'associer un fascicule au poster.

Cette observation n'a tenu compte que de l'expérience des médecins et pas de l'avis des patients. (EM)

D'après l'exposé du Dr PIEPER, généraliste (Galway, Irlande)

## Changer de mode de vie: vision des patients

Cette étude slovaque s'est attachée à analyser l'opinion des patients concernant leur mode de vie et l'influence des conseils donnés par leurs médecins de famille. Vingt-deux pays européens (dont la Belgique) y participaient avec au total dix pratiques de médecine générale avec 40 patients par pratique, sélectionnés de façon randomisée. Le questionnaire de l'étude était rempli par le patient sous la supervision de l'investigateur. Elle s'est déroulée en 2008. 4895 questionnaires ont été récoltés. La moyenne d'âge des patients est de 50,39 ans avec 51,71% de femmes répondeuses, 76% sont mariés et 58,85% travaillent.

82,8% des patients déclarent avoir des habitudes alimentaires équilibrées et 78% jugent avoir une activité physique satisfaisante. 70,57% ne fument pas ou plus et 74% consomment de l'alcool moins de deux fois par semaine. Si le médecin de famille lui-même donne une information écrite et discutée en consultation concernant le mode de vie, 55,72% des patients acceptent de modifier leur alimentation, 52,27% augmentent leur activité physique, 41,96% diminuent leur consommation tabagique et seulement 15,5% diminuent leur consommation d'alcool. S'il n'y a que 15% des patients qui considèrent que des modifications de leur mode de vie sont impossibles, 53,18% des patients consommant de l'alcool jugent les recommandations visant à réduire la consommation à moins de deux fois semaine, impraticables. Il est donc ici prouvé que les conseils donnés par le médecin de famille à ses patients sont bien acceptés et suivis. Pour la consommation alcoolique, cela semble nettement moins efficace, mais comme l'a déclaré un des participants, ce critère ne correspond pas aux recommandations qui s'attachent plutôt à limiter le nombre d'unités d'alcool par semaine.

Cette étude va se poursuivre en s'attachant à étudier les raisons pour lesquelles certains patients ne suivent pas les conseils de leur médecin. (PE)

D'après l'exposé du Dr E. JURGOVA, généraliste (Piestany Slovaquie)

## Diabète 2 et dépression

Cette étude randomisée italienne a voulu déterminer si la prévalence de la dépression est plus importante chez les diabétiques âgés (> 65 ans) que dans une population non diabétique appariée par l'âge et le sexe. Pendant 6 mois en 2008, 109 patients diabétiques ont été examinés et enrôlés. Ont été encodées les données dermatographiques, le BMI, le tour de taille, l'hémoglobine glyquée ainsi que le traitement suivi. Une dépression modérée a été retrouvée chez 34% des diabétiques, et sévère chez 17%. Les diabétiques non dépressifs ont 3 fois plus fréquemment une activité physique. Un score bas aux échelles de dépression gériatrique et élevé de santé générale était corrélé avec une meilleure observance aux traitements. Globalement les diabétiques âgés souffrent 2,83 fois plus souvent de dépression qui devient donc une co-morbidité importante affectant en elle-même le management du diabète au même titre que l'activité physique et l'observance du traitement médical. (PE)

D'après l'exposé du Dr C. LYGIDAKIN, généraliste (Bologne Italie)

## Collègues en difficulté: comment les aider?

Les médecins suisses ont créé un projet encore expérimental d'aide aux confrères: le réseau ReMed. Sa mission est d'offrir de l'aide aux confrères en détresse psychologique. Il a pris comme modèle le programme d'aide aux médecins du Québec, subventionné par les médecins eux-mêmes. Il est disponible pour le médecin lui-même ainsi que pour l'entourage (famille, collègues, patients). En Suisse, le projet a reçu 300.000 CHF de budget de la fédération des médecins helvétiques (FMH), l'équivalent de notre Ordre national. Si la prévention pour les petits problèmes d'épuisement peut se faire grâce aux groupes de pairs ou aux groupes Balint, les pathologies mentales sont difficiles à prévenir et prendre en charge. En effet, le médecin en souffrance refuse souvent de voir sa souffrance ou son dysfonctionnement, même dans les cas de psychose. La famille elle-même peut nier le problème, les implications financières n'y étant pas étrangères.

Quels sont les obstacles à la demande d'aide? L'individualisme et la peur de montrer sa fragilité, la perte de sa toute puissance, le sentiment d'invulnérabilité, la peur du regard des pairs, la peur de la non-confidentialité, la peur de jugement et de perte financière sont les principales. Les demandes d'aides actuelles émanent autant de médecins féminins que masculins, autant de jeunes que de médecins plus âgés. Une constatation étonnante: la grande majorité des médecins s'y adressant sont déjà suivis par un psychiatre. Leur demande vis-à-vis du ReMed est essentiellement une demande d'écoute et de coaching. (PE)

D'après l'atelier de la société suisse de médecine générale

## Comment éviter les lapins

En médecine générale (comme dans d'autres secteurs d'ailleurs) les rendez-vous manqués perturbent l'organisation du travail, entraînent un usage suboptimal du staff aidant et un gaspillage des ressources. Cette étude suisse avait pour objectif de tester l'efficacité d'une intervention visant à rappeler les rendez-vous. 2130 patients (âgés de plus de 16 ans et avec un rendez-vous déjà prévu) d'un centre de soins primaire de Genève ont été randomisés en deux groupes. Les patients du groupe d'intervention (1052) ont tous reçu un rappel 48 heures avant leur rendez-vous. Le patient était d'abord appelé par télé-

phone, en l'absence de réponse, on lui envoyait un SMS et s'il ne réagissait pas, un courrier ordinaire lui était envoyé. L'observation a duré trois mois. Le taux de rendez-vous manqués dans le groupe contrôle était de 11.4% contre 7.8% dans le groupe d'intervention. Cette différence significative s'est accompagnée aussi d'un rapport coût/bénéfice positif: le bénéfice était de 1200 euros à trois mois. Les patients ont aussi apprécié l'intervention: 93% ont déclaré n'avoir pas été dérangé par l'appel, 78% ont trouvé ce type d'intervention utile et 69% étaient demandeurs pour un rappel systématique du rendez-vous.

Parmi les facteurs influençant le non respect du rendez-vous: l'âge plus jeune, le sexe masculin, un délai de suivi supérieur à un an, les patients avec addiction. L'étude n'a pas comparé les différents modes de rappel, mais les rappels permettent d'augmenter l'observance des rendez-vous. Il est évident que ce mode de rappel des rendez-vous implique un secrétariat médical... (EM)

D'après l'exposé du Dr JUNOD-PERRON, médecin généraliste, Genève, Suisse

## Femmes âgées diabétiques: vraiment à haut risque?

Les recommandations préconisent de considérer les patients diabétiques comme d'emblée à haut risque, de manière similaire aux patients ayant présenté un événement cardio-vasculaire. Cependant, il existe de grandes différences de risque cardio-vasculaire parmi les diabétiques. La question initiale de cette recherche est les femmes diabétiques de plus de 65 ans sans antécédent cardio-vasculaire personnel sont-elles du même niveau de risque que les femmes non diabétiques avec des antécédents personnels d'infarctus ou d'AVC? Un suivi des femmes de l'étude a été organisé et ces dernières ont été stratifiées en 4 groupes: les non diabétiques avec ou sans antécédents CV et les diabétiques avec ou sans antécédents CV. 4257 décès ont été enregistrés sur la période de 13 ans de suivi. Plus d'un tiers des décès (36,6%) étaient dus à un événement CV. Le risque de décès par événement CV de la patiente diabétique de 65 ans est donc 2 fois plus important que celui de la patiente non diabétique avec antécédents CV. Veillons donc à corriger tous les facteurs de risque CV de nos diabétiques! (TVdS)

D'après l'exposé du Dr D. NANCHEN, médecin généraliste à Lausanne en Suisse.

## Prescription de contraception orale en MG

Cette étude finlandaise a étudié la manière de prescrire la contraception en soins primaires et le respect des recommandations finlandaises au niveau prévention et contre indication. Cette étude s'est faite via un questionnaire online envoyé aux médecins de 122 centres de santé. 68% des généralistes ont répondu. 49% des ceux-ci initient une contraception orale au moins une fois par semaine et 46% au moins une fois par mois. La prescription de patchs ou de l'anneau est nettement moins fréquente (19% et 42% par mois). La majorité des praticiens mesure la tension, pratique un examen gynécologique et prélève un frottis cervical. Par contre, la migraine avec aura comme contre indication est méconnue de 41% des médecins et 13% prescrivent chez des fumeuses au-delà de 35 ans. Si 67% disent tenir compte d'une tension artérielle limite, celle-ci varie énormément d'un praticien à l'autre. Seuls 16% prennent 140/90 mmHg comme limite tensionnelle. (PE)

D'après l'exposé du Dr T. SANNISTO (Tampere-Finlande)

## Risque radiologique: de plus en plus important!

L'exposition répétée aux rayons X majore le risque de développer un cancer. On estime qu'une exposition de 5 à 6 mSv double le risque de développer un cancer. Or, alors qu'une radio du thorax irradie de 0,02 mSv et une ??? de la colonne lombaire de 1,3 mSv, un scanner abdominal délivre en une fois 8,8 mSv! La révision du dossier médical de 120 patients pris au hasard montre des taux d'exposition dangereusement élevés (>15 mSv) pour 15 à 20% d'entre eux. Les radiographies panoramiques réalisées pour les soins dentaires et les scanners semblent être principalement en cause. De plus, de nombreux patients avaient subi à 2 reprises un même examen radiologique dans un faible intervalle. L'orateur plaide pour que la prescription de chaque examen radiologique soit complètement justifiée médicalement et aussi pour que la méthode sélectionnée soit la moins irradiante possible. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr E. MOLA, médecin généraliste à Lecce en Italie.

## Burnout des assistants en France

Le burnout est la combinaison d'un épuisement professionnel avec une dépersonnalisation et un faible épanouissement professionnel. Cette étude menée par l'université de Strasbourg auprès de 241 étudiants en fin de parcours vise à déterminer leur état sur ces 3 paramètres. Une étude américaine semblable avait déjà démontré que 45% des étudiants souffraient de burnout. L'étude française obtient un résultat semblable avec 46% d'étudiants en burnout dont plus d'un tiers présente un niveau de dépersonnalisation très important.

Des interviews de plusieurs étudiants ont tenté de déterminer les causes de ce taux élevé de burnout. Il en ressort que le manque de supervision et le manque de support durant la période de formation, la grande différence entre la réalité et ce qu'ils espéraient ainsi que l'apparition de conflits entre ce qu'ils doivent faire et ce qu'ils peuvent faire sont les principaux facteurs de dégradation de leur état de santé mentale. Les étudiants effectuant leurs stages en médecine générale se portent nettement mieux que ceux qui les effectuent à l'hôpital. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr M. ERNST, médecin généraliste en formation à Strasbourg en France.

## Intuition en médecine générale

Confrontés à des situations très complexes, les médecins généralistes prennent parfois des décisions en suivant leur intuition. Diverses études montrent que l'intuition joue un rôle important dans certains de nos choix soit par des sentiments de réassurance (« ça colle »), soit par des sentiments d'alarme (« ça cloche »). Le praticien qui suit ses intuitions reste toutefois en éveil, prêt à réagir différemment au moindre signe ou indice. Ce mode de fonctionnement est actuellement étudié au niveau européen afin de mieux le comprendre et si possible de l'enseigner aux futurs généralistes. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr M. COPPENS, médecin généraliste en formation à Brest en France.

## Crise hypertensive en soins primaire

Les médecins généralistes sont fréquemment confrontés à des crises hypertensives chez leurs patients et les gèrent au cabinet. Or, les données manquent sur la prise en charge réalisée en soins ambulatoire. Cette étude suisse s'est attachée à étudier cette population et les symptômes des crises

hypertensives. Pendant 3 mois, ont été enrôlés 113 patients de cabinet de médecine générale avec une TA systolique > 180 mm Hg et/ou diastolique > 110. La moyenne d'âge des patients était de 73 ans (21-98) avec 62% de femmes et la TA systolique était en moyenne à 198 mmHg. Parmi ces patients, 41,5% des patients n'ont pas reçu de traitement aigu, 55% en ont reçu un, et parmi ces derniers, 3,5% ont reçu un traitement sublingual (nifedipine ou nitrolingual). 66% n'avait que peu de symptômes d'HTA sévère, 9% présentait des symptômes de gravité et 25% des symptômes d'urgence. En analysant les données, les patients avec signes de gravité ou signes d'HTA sévère étaient plus souvent diabétiques, hypercholestérolémiques, obèses ou atteints de complication cardiovasculaire (mais pour ce dernier point, de façon non significative). Le statut tabagique, l'activité physique et l'observance du traitement n'étaient pas différents dans les 3 groupes. Au total 6 patients ont été hospitalisés, 106 ont été traités au cabinet et 8% ont eu un événement cardio-vasculaire endéans les 3 mois. Les auteurs concluent que les crises hypertensives sont souvent peu symptomatiques et peuvent être gérées et suivies au cabinet de médecine générale avec un bon pronostic. (PE)

D'après l'exposé du Dr C. MERLO, généraliste (Lucerne Suisse)

## Compétence n'est pas performance !

La compétence est la capacité à réaliser une tâche déterminée. La performance est la capacité actuelle à réaliser une tâche auprès d'un patient réel dans la pratique quotidienne. La performance d'un médecin ne dépend donc pas exclusivement de ses compétences. La performance médicale repose sur un trépied dont la compétence n'est qu'un des trois pieds. Les deux autres pieds sont le système de santé dans lequel le médecin exerce et la relation médecin-patient. En effet, tant le système sanitaire et ses réglementations que la qualité de la relation avec le patient exercent une influence considérable sur les performances médicales, bien au-delà de la simple compétence médicale. Pour évaluer la performance médicale, il faut donc observer le médecin durant son travail quotidien avec de vrais patients et toutes les contraintes habituelles. Les méthodes actuelles possibles sont la visite d'un confrère, la revue de dossiers médicaux, le feed-back des patients et des collaborateurs et la consultation de faux patients. Cette dernière méthode, qui révoltait les participants, doit être annoncée au médecin et acceptée par ce dernier pour être éthique. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr S. WILM, médecin généraliste à Witten en Allemagne.

## Une autre culture des dérapages

Nous constatons régulièrement de petites erreurs, des oublis ou des dysfonctionnements liés à la surcharge de travail, la routine ou la désorganisation de notre travail. Ces « dérapages » sans conséquences font perdre du temps et détériorent l'ambiance de travail dans une équipe. Les membres d'un cabinet bernois ont décidé que tous les membres du cabinet, de la réceptionniste au médecin en chef dénonceraient durant une semaine tous les dysfonctionnements via un formulaire anonyme à déposer dans une boîte. Chaque dérapage doit recevoir une cotation simple en termes de sévérité, fréquence et facilité de correction. Chaque dysfonctionnement est discuté en équipe afin de trouver une solution et de la mettre en œuvre. La nouvelle méthode est ensuite évaluée et adaptée si nécessaire. Cela fonctionne bien. Chacun connaît la procédure qui est orientée vers la recherche de solutions et pas vers l'identification d'un coupable. Manager les difficultés est devenu plus facile pour toute l'équipe du cabinet médical. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr A. WIRTHNER, médecin généraliste à Bern (Suisse)

## B-bloquants, diabète et mortalité

Dans le diabète, le gold standard dans le traitement cardio-vasculaire est représenté par les inhibiteurs de l'angiotensine et les sartans. Cette étude observationnelle réalisée de 1996 à 2006 par le département de médecine générale de l'université d'Utrecht a voulu déterminer l'effet des B-bloquants sur la mortalité globale dans cette population particulière. 2670 patients diabétiques de plus de 45 ans ont été enrôlés et suivis pendant une moyenne de 8,8 années. Les patients étaient âgés de 64,2 ans en moyenne. Au total 23,9% sont décédés. Avec surprise, les auteurs constatent une mortalité équivalente pour les patients sous B-bloquants, qu'ils soient sélectifs ou non, sous antagonistes calciques, AAS, sartans et statines. Par contre, la mortalité globale est augmentée sous ACE. Ces résultats étonnants devraient être confirmés par d'autres études. (PE)

D'après l'exposé du Dr F. RUITEN, généraliste (Utrecht Pays Bas)