

Congrès internationaux

Dr Patricia Eeckeleers, médecin généraliste, 5590 Leignon • Dr Thierry Van der Schueren, médecin généraliste, 5640 Mettet

Quatrième Congrès de la Médecine Générale

Nice, du 24 au 26 juin 2010

Polyprescription : analyse détaillée

Cette phase d'analyse des polyprescriptions en médecine générale fait partie d'une vaste étude confiée à l'INSERM en France et intitulée étude POLYCHROME. 105 patients représentatifs des patients polypathologiques que nous rencontrons et appartenant à la patientèle de 53 généralistes différents ont bénéficié d'une analyse des risques pharmacologiques de leur polyprescription. Ces patients souffraient au total de 528 pathologies dont 72 différentes. Ils utilisaient 676 médicaments dont 97 différents. 72 % des MG ont prescrit des médicaments officiellement contre-indiqués chez leurs patients et 85 % des MG ont prescrit simultanément des médicaments présentant des interactions.

Deux tiers des patients atteints de polypathologie sont concernés par les interactions médicamenteuses. La majorité des problèmes survient avec 3 catégories de médicaments. En tout premier lieu, les médicaments du système cardio-vasculaire, puis les antalgiques du palier 2 de l'OMS et ensuite les psychotropes (benzodiazépines, antidépresseurs et neuroleptiques).

L'orateur précise bien que ce constat quelque peu inquiétant trouve son origine d'une part dans l'importante polypathologie présentée par de nombreux patients ainsi que par la multiplication des recommandations centrées sur une seule pathologie. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr J. LE BRETON, médecin généraliste à Créteil (F).

Peut-on améliorer la prescription ?

Toujours dans le cadre de l'étude POLYCHROME (voir ci-dessus), les prescriptions à problèmes comportaient en moyenne 9 médicaments. Les patients qui bénéficiaient de ces ordonnances avaient une moyenne d'âge de 78 ans et souffraient en moyenne de 9 comorbidités ! Les dossiers médicaux des 16 patients les

plus représentatifs des pathologies rencontrées ont été soumis à des groupes de médecins afin de tenter d'améliorer la prescription. Il y avait 10 groupes composés de 6 généralistes en activité et un groupe d'experts composé de deux gériatres, un cardiologue, un psychiatre, un pharmacologue et un généraliste. L'action demandée aux différents groupes était d'optimiser autant que possible les prescriptions initiales de chaque patient. Le résultat global de l'ensemble des groupes est une diminution de 30 % des médicaments prescrits. Dans 2/3 des cas, un médicament était supprimé et il s'agissait dans la majorité des cas d'un médicament qui persistait dans le traitement chronique alors qu'il n'existait plus de raison clinique à son maintien. Dans 1/3 des cas, le médicament était remplacé par une mesure non médicamenteuse. (port de bas de contention p. ex.).

Pour le groupe d'experts, les contre-indications ont diminué de 46 % et le nombre d'interactions a été réduit de 68 %. Ce groupe a utilisé beaucoup de temps pour se mettre d'accord et fixer ses choix.

Pour les groupes de généralistes, les résultats sont excellents puisque dans 86 % des cas cliniques, les généralistes ont un résultat identique à celui retenu par les experts mais dans un temps bien plus court ! Dans le moins bon des cas, les généralistes obtiennent malgré tout 62 % du résultat des experts.

L'orateur conclut en disant que pour améliorer la polyprescription de cas complexes, les groupes de pairs sont aussi efficaces que les groupes d'experts mais ils ont l'avantage d'être bien moins coûteux et bien plus faciles à réunir. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr P. CLERC, médecin généraliste et chercheur à l'INSERM (F).

La recherche qualitative pour les nuls

Supposons que vous désireriez, auprès de femmes ayant subi une IVG médicamenteuse à domicile, évaluer l'acceptabilité

de la méthode et d'appréhender le ressenti et le vécu de cette intervention. Comment évaluer ces données non mesurables et objectivables par recherche quantitative classique ? Ceci est évidemment impossible.

Etudier la complexité de la médecine générale et des soins primaires en général demande donc de multiples méthodes de recherche et de recueil de données. La recherche quantitative y montre ses limites. La recherche qualitative est particulièrement adaptée à la récolte de données non quantifiables. Son domaine d'application est essentiellement l'amélioration de la qualité des soins. Elle explore un phénomène, mais ne le mesure pas. Elle s'attache aux « pourquoi et comment ». Elle se doit d'être rigoureuse, elle a ses propres critères scientifiques et demande une démarche progressive, codifiée. Elle nécessite une question de recherche précise, une population précise et une méthode précise. À noter qu'elle peut déboucher sur une recherche quantitative ultérieure.

Le recueil des données se fait soit par entretiens individuels semi-directifs soit par focus-group. La qualité du recrutement est importante car elle doit permettre rapidement la saturation des données. Celle-ci est atteinte quand le recueil de données dans deux focus-group ne permet plus l'émergence de nouvelles données.

Dans l'exemple cité en introduction, la méthode fera appel à des entretiens semi-directifs individuels car ici, le sujet touche à l'intime. Le recrutement sera important et recherchera des femmes de milieux sociaux différents et ayant vécu leur IVG dans des contextes de vie différents. Ce recrutement s'arrêtera quand les interviews n'apporteront plus aucune nouvelle donnée. (PE)

D'après l'exposé « La recherche qualitative pour les nuls » du Docteur Isabelle Aubin-Auger, médecin généraliste (CNGE).

Déterminants de la polyprescription

Divers focus groupes composés au total d'une soixantaine de médecins généralistes ont été analysés afin d'objectiver les facteurs qui déterminent la prescription

d'un généraliste face à un patient poly-pathologique. Tant la complexité que la multiplicité des déterminants de la prescription ont étonné les chercheurs et les médecins eux-mêmes. Six thématiques principales émergent :

- les **facteurs individuels liés au médecin**, tels que la fatigue, les convictions et croyances ou encore la démotivation se retrouvent ; ici aussi les facteurs d'organisation dont le principal est le manque de temps ;
- la **prescription routinière**, qui est à l'origine de durée indéterminée, de la prescription initiale, le renouvellement automatique encore favorisé par la prescription informatisée...
- l'**incertitude diagnostique** avec des diagnostics surévalués ou sous-évalués et des difficultés de discernement entre nouvelle affection et effets secondaires ;
- la **communication difficile entre médecins**. Les échanges entre spécialistes sont difficiles et aucune priorisation de traitement n'est coordonnée. Certains spécialistes (ophtalmologues p. ex.) négligent souvent de communiquer le contenu de leurs prescriptions au médecin traitant. Des conflits de prescription entre l'hôpital et les médecins traitants sont également très fréquents ;
- les **effets liés aux patients**, tels que la polypathologie mais aussi la pression exercée par les patients sur le prescripteur en raison de leurs représentations de la maladie et du médicament. Il y a aussi le refus du changement thérapeutique de la part de nombreux patients ;
- les **effets sociétaux** tels que les médias qui investissent la santé mais aussi la souffrance sociale et la pression de l'industrie pharmaceutique. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr P. CLERC, médecin généraliste et chercheur à l'INSERM (F).

Stage rural = installation rurale

La France expérimente déjà la double problématique d'une pénurie de généralistes et du manque d'installations dans certaines régions. Démographie insuffisante et répartition inéquitable posent d'importantes difficultés dans de très nombreux départements. Certaines universités ont enfin décidé d'étudier les problèmes et les solutions. L'université de Marseille dévoile ainsi les résultats d'une large étude à propos des déterminants des installations dans les zones à faible densité médicale. Celle-ci démontre que le fait d'avoir réalisé une période de stage ou un remplacement dans une région donnée avait déterminé dans 26% des cas l'installation dans cette région. Ce facteur

exerce une influence similaire à l'autre plus grand déterminant d'installation qui est d'être originaire de la région (27% des cas). L'orateur conclut que les lieux de stage semblent influencer positivement l'installation ultérieure de l'étudiant dans cette zone. Favoriser et intensifier l'envoi de stagiaires et d'assistants en milieu rural est une réponse possible et efficace de la faculté de médecine afin de limiter les pénuries en milieu rural. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr L. BENEZECH, médecin généraliste enseignant à Marseille (F).

Tenue des dossiers médicaux

Cette étude transversale sur les années 2007 à 2009 a apprécié l'évolution de la qualité de tenue des dossiers médicaux de 69 médecins généralistes. Cette évaluation a été menée sur base de 4 critères. Ces critères étaient la présence de certains items (le médecin s'était renseigné à ce propos et l'avait noté) ou leur absence. Il s'agit des allergies, des addictions, des facteurs de risque personnels et des antécédents familiaux. Les médecins étaient des médecins engagés dans un processus d'évaluation de leur pratique par des pairs. Ils savaient que leurs dossiers médicaux allaient être évalués mais ne connaissaient pas les critères retenus. Un total de 2002 dossiers ont été évalués sur la période de 3 ans. Un minimum de 5 dossiers pour chaque MG était exigé. L'item le plus souvent complété, même avec néant, est l'allergie. Il est le seul item à s'améliorer significativement au cours des 3 années de suivi. Il grimpe ainsi de 52% en 2007 à 63% en 2009. Les items qui lui succèdent en fréquence de remplissage sont : les facteurs de risque personnels (54%), les addictions (44%) et enfin les antécédents familiaux (38%). L'item allergie est utile à n'importe quel âge de la vie. Il est d'un intérêt majeur pour le médecin car peut mettre en jeu le pronostic vital du patient et a une valeur médico-légale forte. Toutes ces caractéristiques peuvent expliquer la forte présence de cet item dans les dossiers. En effet, les autres critères, moins présents, n'ont pas le même intérêt pour tous les âges (p. ex. les addictions en pédiatrie ou les antécédents familiaux au 4^e âge). Cette étude apporte 2 enseignements. Le premier est que le revue des dossiers médicaux par des pairs n'a pas pu démontrer une amélioration de la tenue des dossiers. Le second est que le choix d'un critère d'évaluation peut largement influencer le résultat de cette évaluation. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr P. ARNOULD, médecin généraliste à Issy-Les-Moulineaux (F).

Profil des MG qui participent à la garde

Cette étude nationale française analyse le profil des médecins généralistes qui participent volontairement à la garde. Contrairement aux préjugés, il y a autant de femmes que d'hommes qui assurent la permanence des soins en France. En règle générale, ils sont jeunes et exercent en dehors des villes. Les médecins qui assurent la garde sont aussi ceux qui assurent la plus grosse charge de travail la semaine. En moyenne, les médecins qui assurent des gardes sont de permanence en dehors des heures normales de travail durant 6 heures 38 minutes par semaine. Le principal facteur prédictif de participation à la garde est que le médecin généraliste travaille en milieu rural. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr F. DUMONT, médecin généraliste à Dijon (F).

Données rares des dossiers médicaux

L'analyse du contenu des dossiers médicaux peut poursuivre de nombreux buts, notamment épidémiologiques. Cette étude française a analysé la place donnée au métier du patient dans les dossiers médicaux et au lien des pathologies avec le travail exercé par le patient (ce qui est prévu dans le logiciel médical des participants). 94.000 dossiers médicaux électroniques ont été étudiés. Seulement 1,2% des pathologies encodées ont été attribuées à l'exercice du travail. Les femmes étaient surreprésentées (8 hommes pour 10 femmes). Ce sont les troubles musculo-squelettiques qui sont le plus fréquemment renseignés comme liés au travail. Il existe donc bien un sous-enregistrement des problèmes liés au travail et des métiers dans les dossiers médicaux. Il semble que les médecins généralistes identifient très régulièrement le travail comme cause ou origine de pathologies mais ne le renseignent pas comme tel dans leurs dossiers. Serait-ce par méconnaissance de la place du travail comme facteur de risque de santé ?

L'orateur conclut en invitant les sociétés scientifiques à informer les médecins généralistes sur l'utilité de l'encodage de ces données. Il faut s'autoriser à inscrire au dossier médical ce que l'on observe ainsi que ce qui est possiblement lié aux activités professionnelles de nos patients. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr J-L GALLAIS, médecin généraliste à Paris (F).