

Congrès internationaux

D^r Patricia Eeckeleers, médecin généraliste, 5590 Leignon • D^r Thierry Van der Schueren, médecin généraliste, 5640 Mettet

16th European WONCA Conference (1)

Malaga, du 06 au 09 octobre 2010

En 2010, c'était au tour de l'Espagne d'organiser le congrès WONCA pour l'Europe. Le thème central était : la médecine générale du futur, lien entre santé et cultures. 2800 médecins généralistes de tous les pays européens mais aussi d'Israël, d'Australie, de Corée du Sud et du Canada se sont donc rencontrés à Malaga. Des présentations orales (plus de 340), des posters (plus de 700 classés par thématique) et des ateliers interactifs constituaient l'essentiel des trois journées scientifiques de cette rencontre internationale devenue incontournable.

Compétences minimales du futur MG

Des enseignants de médecine générale de 40 pays ont été sollicités afin de déterminer les compétences essentielles que doivent acquérir les futurs généralistes durant leur formation. Parmi les 360 propositions reçues, 87 compétences différentes ont été répertoriées. De ces 87 compétences, les enseignants ont du retenir les 15 principales. Elles ont été classées par ordre d'importance. En voici les quatre premières : capacité à assurer la continuité et la coordination des soins, l'approche holistique du patient, la prise en charge des affections dès leur stade débutant, les capacités de communication. (TVDS)

D'après l'exposé du D^r H. TANDETER, médecin généraliste enseignant en Israël.

Réponse immunitaire au vaccin

Cette équipe croate a analysé plusieurs paramètres susceptibles d'expliquer les différences de réponse immunitaire au vaccin contre la grippe. L'âge, le sexe, différents paramètres cliniques, l'inflammation, l'état nutritionnel, la fonction rénale, le statut métabolique et l'immunité ont ainsi été évalués. Il apparaît que l'âge et

le sexe du patient n'ont pas d'influence sur la réponse immunitaire. Les paramètres de santé n'exercent qu'une très faible influence sur cette réponse. Par contre, les expositions antérieures tant au virus influenza qu'au vaccin antigrippal exercent une influence positive très importante sur la réponse au vaccin. Vacciner chaque année ses patients à risque a donc tout son intérêt ! (TVDS)

D'après l'exposé du D^r TRTICA-MAJNARI, médecin généraliste en Croatie.

Un DMI qui aide à faire le boulot !

Comment améliorer l'implication des patients dans la prise en charge de leurs facteurs de risque cardio-vasculaires ? Et comment réaliser cet objectif en limitant la surcharge de travail de chacun et ce, dans une approche multidisciplinaire. C'est ce défi qu'a relevé un groupe d'utilisateurs néerlandais d'un logiciel médical avec l'aide du concepteur. Pour chaque patient âgé de plus de 18 ans, une évaluation du risque cardio-vasculaire est réalisée une fois l'an en utilisant les tables SCORE. Cette évaluation est effectuée par l'infirmière du cabinet médical. Les patients qui présentent un risque cardio-vasculaire supérieur à 5% sont invités à rencontrer le médecin généraliste. Celui-ci dispose des données du patient et d'une page spécifique afin d'établir avec son patient un plan d'action pour les 12 mois qui suivent. Cette page spécifique reprend les différents niveaux d'action possibles et diverses propositions à cocher. Il s'agit de modifications du style de vie (diététique, habitudes tabagiques, activité physique) mais aussi de traitement médicamenteux (statines, antihypertenseurs). Cette page permet au médecin de discuter avec son patient, de le motiver sur certains points et de définir avec lui les niveaux auxquels il est prêt à s'investir par des changements de comportement. Des objectifs à un an sont fixés par le patient lui-même au cours de cette rencontre. Si l'aide du kinésithérapeute ou de

la diététicienne est jugée nécessaire, les objectifs leur seront transmis par le logiciel. De même, chaque paramédical qui interviendra dans la démarche disposera d'une page spécifique du logiciel pour y consigner avec le patient les moyens à mettre en œuvre pour atteindre l'objectif défini avec le médecin. Le médecin a accès à ces pages complémentaires et le logiciel envoie un récapitulatif des objectifs, moyens et dates des futurs contacts à l'adresse mail du patient. La motivation des patients a été améliorée par cette nouvelle approche et ceux-ci semblent s'engager davantage dans une démarche de changement grâce à ce type de suivi et de rappels. La satisfaction des professionnels de santé a également été améliorée et les frustrations réduites grâce à la fixation commune d'objectifs à moyen terme qui soient choisis et acceptés par le patient lui-même. (TVDS)

D'après l'exposé du D^r R. BEIJAERT, médecin généraliste aux Pays-Bas.

DMI trop peu confidentiels...

Les pratiques de groupe multidisciplinaires sont très fréquentes en Espagne. Un dossier médical informatisé est la règle dans ce type de pratique. L'accès y est réglementé et limité par un mot de passe. La fonction de chacun détermine les parties du dossier auxquelles l'accès est autorisé. Un audit de sécurité a été réalisé afin d'évaluer les pratiques et le respect des procédures de sécurité. Des interviews des médecins ont également été réalisées à propos de leurs habitudes et des « libertés » qu'ils s'autorisent.

Et la situation est loin d'être idéale : 68% des généralistes reconnaissent avoir utilisé un autre code d'accès que le leur au cours des derniers mois. Trente pourcents du staff administratif reconnaît avoir lu des données médicales confidentielles. Plus étrange encore, 14% des médecins déclarent ne pas avoir de code d'accès personnel et, toutefois, encoder tous les jours dans les dossiers médicaux !

L'orateur suggère de contrôler le respect des procédures existantes dans les pratiques de groupe après avoir rappelé à l'ensemble du staff les règles de confidentialité. (TVDS)

D'après l'exposé du Dr J. MALDONADO ALCONADA, médecin généraliste en Espagne.

Certificats de décès sans certitude...

Bien remplir un certificat de décès reste difficile pour tous les médecins. En effet, donner la cause exacte de la mort est parfois très difficile. Cette étude irlandaise cherchait à comprendre les facteurs qui influencent le niveau de certitude du médecin vis-à-vis de la cause du décès. Il s'agissait d'une étude prospective d'une année au cours de laquelle un questionnaire d'une page devait être rempli par le généraliste à chaque constat de décès qu'il rédigeait. De plus, deux focus groupe permettaient de répondre à des questions plus qualitatives de la problématique. Le sentiment des généralistes est qu'il s'agit d'un document officiel à caractère avant tout administratif. Sans autopsie, aucune certitude n'est possible et tant le généraliste que la famille doivent accepter ce fait. Globalement, les médecins ont un haut niveau de confiance en la validité des causes qu'ils inscrivent sur les certificats de décès. Les trois principales sources d'influence sur le niveau de certitude du médecin sont l'attitude de l'entourage, les maladies ou traumatismes avant le décès et l'expérience du médecin.

Le lieu du décès influence également la conviction du médecin. Son degré de certitude est de 9,6 sur une échelle de 0 à 10 pour le décès en MRS. Viennent ensuite l'hôpital puis le domicile. L'âge du défunt est un autre facteur d'importance. Plus le patient est âgé, plus le médecin semble avoir de doutes sur la cause exacte du décès. Le niveau de certitude est de 9,3/10 avant 65 ans et baisse à 8,3 pour la tranche 65-79 ans et tombe à 7,7 pour les plus de 80 ans. Enfin, au niveau des diagnostics avant décès, le cancer donne plus de certitudes au médecin (9,0) que les maladies cardio-vasculaires (8,1) ou encore que les causes respiratoires (7,6). (TVDS)

D'après l'exposé du Dr B. O'DONOVAN, médecin généraliste en Irlande.

Incidents de pratique

Les patients sont les seuls témoins de l'ensemble de la chaîne de soins. Quels incidents rapportent-ils et dans quel but ?

Les patients rapportent les incidents selon 3 modes : soit ils en parlent, soit ils nous l'écrivent, soit ils portent plainte. Ce dernier mode est choisi quand aucune solution satisfaisante n'a été trouvée. Si le patient prend sa plume pour évoquer un problème, c'est qu'il est motivé par le désir que ce problème soit dorénavant évité. Si par contre, le patient évoque oralement un souci rencontré dans la chaîne des soins, c'est simplement dans un but informatif.

Les obstacles qui empêchent certains patients de parler des difficultés rencontrées sont la crainte d'altérer la relation médecin-patient ou la croyance que cela ne changera rien au processus, que c'est inutile.

Il est par contre toujours utile et préférable, selon la littérature, de donner un feedback au patient qui rapporte un problème ou une difficulté. Cela peut se faire directement si la réponse est simple ou de manière différée si la réponse demande réflexion. (TVDS)

D'après l'exposé du Dr JD. DE LOOR, médecin généraliste aux Pays-Bas.

... toujours communiquer

La communication entre le patient et son médecin influence fortement l'issue de la consultation. Mais quelles sont les attentes des patients en termes de communication ? Un total de 657 patients issus de 90 pratiques différentes ont été interrogés par téléphone une semaine après avoir rencontré leur généraliste. Leurs attentes sont une bonne relation interpersonnelle, un temps d'échange suffisant pour une explication complète du motif de consultation, des informations sur la cause de leur problème de santé et sur les choses à mettre en œuvre pour guérir.

De manière surprenante, ce sont les patients qui se disent très satisfaits de la communication avec leur médecin aux questions fermées qui expriment le plus de souhaits de changements lors des questions ouvertes. La constatation inverse a également été constatée. Les souhaits exprimés sont par ordre de fréquence : plus de temps de consultation, être écouté davantage, bénéficier d'une relation plus protectrice, recevoir plus d'explications et recevoir des informations écrites. (TVDS)

D'après l'exposé du Dr R. RUYZ MORAL, médecin généraliste en Espagne.

Marche nordique & pathologies chroniques

La marche nordique sollicite plus de groupes musculaires que la marche normale. Elle favorise la coordination et l'équilibre. Grâce à l'appui et l'impulsion donnés par les bâtons, elle diminue la charge sur les articulations des hanches, des genoux et des chevilles ainsi qu'au niveau lombaire. Elle augmente la fraction d'éjection de 22% et élève la fréquence cardiaque de 16%. Vu ces différents aspects positifs, le service de révalidation de l'hôpital de Barcelone a voulu déterminer l'impact éventuel de la marche nordique chez des patients avec facteurs de risque cardio-vasculaire ou/et douleurs articulaires chroniques. Ont été exclus les patients avec BMI > 35 et ceux avec pathologie aigüe ou présentant une aggravation de pathologie chronique. Les patients ont été analysés avant et après l'intervention, au niveau HTA, lipidémie, glycémie, BMI, facteurs de risque cardio-vasculaire et consommation d'analgésique(s). Leur qualité de vie a été évaluée par le Quality of Life test (SF-36). Les patients ont été répartis en 2 groupes : marche normale et marche nordique.

Le programme consistait en 2 séances de 40 minutes par semaine pendant 6 semaines, séances encadrées par un physiothérapeute. Après 6 semaines, les patients étaient contactés par la Nordic Walking Association (NWA).

Après 1 an, l'analyse des résultats a montré une amélioration significative de tous les facteurs de risques cardio-vasculaires ainsi que des douleurs chroniques allant de pair avec une diminution de la consommation d'analgésiques. De même la qualité de vie des patients a augmenté par rapport au groupe de patients pratiquant la marche normale (PE).

D'après l'exposé du Dr M. Bosom, Barcelone, Espagne.

Dépression du post-partum : facteurs favorisants

La dépression du post partum se définit par les items de dépression sévère survenant dans les 4 à 8 semaines après délivrance. En Turquie, la prévalence est de 10 à 15%.

Cette étude réalisée près de jeunes mères s'est attachée à déterminer les facteurs favorisants. L'âge moyen des femmes interviewées est de 28,7 ans. 57,6% des

femmes ont un niveau d'éducation élevé. Le questionnaire explorait, non seulement, au niveau socio-économique mais, également, le ressenti émotionnel de la grossesse et de la maternité. Fut également utilisé, en entretien individuel, l'Edinburgh Postpartum Depression

Scale (EPDS) qui explore le risque de dépression du post partum et le Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Les résultats ont montré que le risque de dépression du postpartum est variable selon les régions et varie de 12,5 à 22,1%. De plus, deux éléments majeurs ont été découverts.

Le premier facteur d'importance est la non-programmation de la grossesse.

Le risque est également nettement augmenté chez les femmes anxieuses et se sentant incompetentes en tant que mères (PE).

D'après l'exposé du Dr S. Cifcili, Turquie.

Vidéos en ligne pour infiltrations

Le collège néerlandais des médecins de famille a publié récemment de nouvelles guidelines concernant les pathologies du poignet et de la main. Une recherche par focus group chez les généralistes néerlandais avait révélé une forte demande pour un rappel de l'anatomie et pour l'apprentissage ou le rappel des techniques d'infiltrations à ce niveau. Pour ce faire, la NHG a mis en ligne sur son site des vidéos concernant les techniques d'infiltrations du poignet et de la main. Ces vidéos connaissent un succès important. En effet, en 2 mois, le site a été visité par plus de 3500 visiteurs avec plus de 1212 rien que pour le seul canal carpien (PE).

D'après l'exposé du docteur R. DIJKSTRA, Netherland Huisartsen Gemeenschap, Pays-Bas.

Contraception & MST: connaissances des ados

Le but de l'étude réalisée en Espagne était l'évaluation des connaissances sur la contraception et les MST des lycéens de 13 à 16 ans.

Deux séances de formation de 75 minutes leur ont été proposées. La première sur les symptômes et la prévention des MST, et la seconde sur les différents moyens contraceptifs. Un pré-test a été réalisé avant la première formation.

Concernant les MST, 75,3% sont demandeurs d'informations, 63,5% connaissent plus de 3 MST et 4% ont des connaissances erronées. Concernant la contraception, 79% demandent plus d'information, 39,2% connaissent plus de 3 moyens contraceptifs différents mais 18,6% ont des connaissances erronées. 78% utilisent le préservatifs et seulement 2,5% la pilule. 9% utilisent des moyens non fiables et 9% la pilule du lendemain. En conclusion, il serait utile de donner des séances d'informations annuelles chez les adolescents concernant la contraception et la prévention des MST (PE).

D'après l'exposé du Dr A. FRENANDEZ DIEZ, Espagne.

Mammographie de dépistage

En Estramadure, le taux de participation au Breast Cancer Screening Program (BCSP) est stable mais de nombreuses femmes n'y participent pas. De plus, le taux de participation diminue après les premiers 10 ans de dépistage.

Quelles sont les raisons de cette non-participation ?

Cette étude s'est réalisée par téléphone. Les femmes de l'étude avaient 64 ans en moyenne, et étaient de classe sociale défavorisée dans 77% des cas. 64% n'avaient pas dépassé une formation scolaire de base. 88% connaissait la mammographie et 52,6% en avait déjà subi.

Les patientes de classe sociale élevée ne participant pas au programme préfèrent être dépistées et suivies dans le réseau privé. Par contre, les patientes de classe sociale défavorisée déclarent bien souvent ne pas avoir connaissance du programme de dépistage étatique.

En conclusion, pour augmenter la participation des femmes de niveau socio-économique élevé, il faut améliorer la communication au sujet des enjeux mais aussi des avantages du dépistage systématique via le programme étatique. Chez les femmes de milieu social défavorisé, d'autres canaux de communication doivent être utilisés. En effet, la lettre envoyée par le programme n'est souvent ni lue ni comprise. De plus, il faut cibler les femmes de plus de 60 ans chez qui la motivation au dépistage diminue (PE).

D'après l'exposé du Dr MP.Abaurrea, Espagne

Mammectomie & troubles sexuels

42 femmes ayant subi une mammectomie ont été comparées à 70 femmes contrôlées.

L'âge moyen des femmes étaient de 43 ans, 21,4% d'entre elles travaillent et 78% ont un haut niveau d'éducation. Elles ont été investiguées via des questionnaires validés au sujet de la qualité de vie, de l'image de soi, du stress et de l'anxiété ainsi qu'au niveau sexuel.

Par rapport au groupe contrôle apparenté au niveau âge et social, les femmes avec mammectomie souffrent de plus de dépression majeure (24%), ont une mauvaise image d'elle-même (64%) et des problèmes sexuels (97,6%).

Leur fonctionnement physique, mental et social est nettement perturbé.

Les troubles sexuels ainsi que la perturbation de l'image corporelle après mammectomie sont d'importants facteurs de risque de dépression sévère.

Il est donc important de centrer les soins sur la personne et d'éviter autant que possible la mammectomie (PE).

D'après l'exposé du Dr P. Topsever, Kocaeli University Medical Faculty, Turquie.