

Revue des Revues

par le Comité de rédaction

Disparité importante parmi les pratiques

Les pratiques diffèrent d'un médecin à l'autre, d'une patientèle à l'autre et aussi d'une région à l'autre. Les explications possibles sont multiples mais ne suffisent pas toujours à justifier les variations extrêmes que l'on observe ! La pratique de la médecine générale est tellement complexe qu'il est difficile d'en mesurer le niveau de qualité. Il est toutefois possible d'évaluer un certain niveau qualitatif grâce à la confrontation des diagnostics avec les examens complémentaires demandés et les traitements prescrits pour les affections qui disposent de guidelines claires. La bonne nouvelle de cette enquête indépendante du système de santé démontre que les standards de performance des généralistes sont globalement bons. La confiance aussi est bonne puisque 80 % des patients ont confiance en leur médecin généraliste habituel et cela, même dans les pratiques qui ont les moins bons indices de performance. Par contre, pour les recours à la seconde ligne de soins, les disparités de pratique sont énormes d'un médecin à l'autre. Ainsi, certains réfèrent très rapidement même pour de petites mises au point alors que d'autres les effectuent eux-mêmes. Les lettres de référence rédigées par les généralistes pour la seconde ligne sont également de qualité et d'utilité très variable selon le généraliste qui les rédige. De grandes différences sont également constatées dans les prescriptions médicamenteuses pour des diagnostics identiques. Une analyse plus fine des données suggère que la majeure partie de ces différences est liée à des profils de patients bien différents (comorbidités, allergies, préférences...). Pour améliorer la situation, la formation de base ainsi que la formation continue des médecins de première ligne doivent bénéficier d'investissements conséquents. Ces investissements doivent permettre d'identifier les besoins, de défi-

nir les objectifs à atteindre et de mettre en place les outils nécessaires afin d'uniformiser les compétences des médecins, à défaut de pouvoir uniformiser les patients et les pratiques (TVdS).

Hawkes N. The highs and lows of primary care. *BMJ* 2011; 342: d1754.
Mays N Reducing unwarranted variations in healthcare in the English NHS. *BMJ* 2011; 342: d1849.

Quelles molécules choisir contre l'anxiété généralisée ?

Cette méta-analyse répond à la question tout en signalant que de nombreuses molécules efficaces (même parmi les premiers choix) ne disposent pas de l'indication officielle pour l'anxiété généralisée. Considérant le taux de rémission, on retrouve, par ordre d'efficacité, la fluoxétine, l'escitalopram, la venlafaxine, la paroxétine, la sertraline puis la duloxétine. Pour ce qui est de la tolérance au traitement (pourcentage de patients qui n'abandonnent pas le traitement pour cause d'effets secondaires), la sertraline occupe la première place suivie par la fluoxétine, la paroxétine, la venlafaxine, l'escitalopram et la duloxétine (TVdS).

Baldwin D, Woods R, Lawson R, Taylor D. Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: systemic review and meta-analysis. *BMJ* 2011; 342: d1199.

Limiter les risques liés à l'imagerie par RX

Cet article du BMJ expose clairement les risques liés à l'exposition répétée aux rayons X de l'imagerie médicale. Ces risques sont essentiellement l'apparition de cancers, particulièrement le sein et la thyroïde qui sont plus sensibles aux RX. Toutefois, le développement de la cataracte, la perte de cheveux ainsi que des troubles cutanés peuvent également être secondaires à des expositions importantes aux RX.

Deux groupes de patients, particulièrement sensibles, exigent une grande prudence lors de la prescription d'examens irradiants : les femmes enceintes et les enfants. Pour tous nos patients, il est indispensable de peser les risques et bénéfices de chaque examen d'imagerie. En effet, il est démontré que 30 % des demandes de scanner rédigées par les cliniciens sont superflues ! Les scanners sont précisément des examens très irradiants : 2 mSv pour un scanner du cerveau, 8 mSv pour un scanner abdominal, 15 mSv pour un angioscan des poumons et 16 mSv pour un scanner des coronaires. Une dose de 10 mSv est susceptible de provoquer un cancer au cours de la vie de 1000 patients exposés (TVdS).

Davies H, Wathen C, Gleeson F. Risks of exposure to radiological imaging and how to minimise them. *BMJ* 2011; 342: d947

Cannabis : risques psychiatriques confirmés !

Cette étude prospective allemande cherchait à répondre à la question du rôle de l'usage du cannabis dans la survenue ou la persistance des symptômes psychotiques. Plus de 3000 jeunes âgés de 14 à 24 ans ont été suivis durant deux à plus de huit ans (pour les plus jeunes) avec enregistrement des troubles mentaux survenus, des comorbidités et des facteurs de risque. Il ressort de l'analyse des résultats qu'un usage régulier du cannabis est fortement associé au risque de persistance de symptômes psychotiques chez les jeunes. De surcroît, les usagers réguliers répondraient moins bien aux traitements antipsychotiques disponibles.

De plus, parmi ceux qui n'avaient jamais présenté de symptômes psychotiques par le passé, l'usage du cannabis a toujours précédé l'apparition des premiers symptômes. Toutefois, l'usage du cannabis ne constituerait pas la cause des troubles psychotiques rencontrés. De même, l'hypothèse du recours plus important au cannabis par les personnes atteintes de

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.

troubles psychotiques ne se confirme pas. L'hypothèse retenue par les auteurs est donc que l'usage du cannabis précipiterait les troubles psychotiques chez les patients vulnérables (TVdS).

Kuepper R, van Os J, Lieb R, Wittchen H et al. Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10-year follow-up cohort study *BMJ* 2011; **342**: d738-.

Risques d'un BMI élevé chez l'ado

Cette étude israélienne a suivi durant 17 ans et demi une cohorte de 37 670 jeunes recrues militaires,

tous masculins, âgés de 25 ans en moyenne, en bonne santé apparente et dont le BMI à l'âge de 17 ans variait entre 17,3 et 27,6. Aucun sujet n'était donc obèse. Durant la période de suivi, 1 173 cas de diabète et 327 cas de maladie coronaire ont été répertoriés.

Après élimination des facteurs de risque connus (âge, hérédité, TA, cholestérol, etc.), il apparaît que même pour des valeurs inférieures à 30, le BMI constitue un facteur prédictif du risque coronarien et du risque de diabète (risque relatif de 5,43 et de 2,76, respectivement, pour un BMI proche de 27 comparativement à un BMI proche de 17). Mais après élimination de

la valeur du BMI à l'âge adulte, et donc, mise en avant exclusive du BMI à l'âge de 17 ans, il apparaît que ce dernier n'est prédictif que du risque de maladie coronarienne. À l'inverse, seule la valeur du BMI à l'âge adulte paraît donc avoir une valeur prédictive sur le risque de diabète. Notons tout de même que, comme on le savait déjà, le BMI à l'âge adulte est bien entendu aussi prédictif du risque coronarien. Ce que la présente étude nous apprend, c'est que ce risque s'accroît dès à partir des plus basses valeurs de BMI. (JV)

Tirosh A et al. Adolescent BMI trajectory and risk of diabetes versus coronary disease. *N Engl J Med* 2011; **364**: 1315-25.