

Congrès internationaux

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

5^e Congrès de la Médecine Générale (1^{re} partie)

Nice, du 23 au 25 juin 2011

Encore une fois, la ville de Nice accueillait le Congrès Francophone de la Médecine Générale. Cette grande rencontre s'est rapidement imposée comme l'un des temps forts de la médecine de premier recours moderne. Nous étions près de 2000 généralistes pour échanger, partager les expériences et discuter les résultats de récents travaux de recherche. Vous ne découvrirez ici qu'une sélection des interventions les plus marquantes de ce congrès.

Primes à l'installation peu efficaces

Cette étude française auprès des médecins généralistes, nouvellement installés, montre que le critère financier n'a que très rarement été le critère de choix d'une installation. Ce fait explique, du moins en partie, l'échec relatif des mesures fiscales destinées à stimuler l'installation de médecins généralistes dans les zones à faible densité médicale. En effet, les principaux critères sont une opportunité professionnelle (34%), le confort de vie (25%) et la vie familiale (20%). (TvdS)

D'après l'exposé du D^r S. FILIPPI, médecin généraliste enseignant à Marseille

Conseils médicaux par téléphone en garde

En 2010, 56 % des appels téléphoniques à la centrale 15 du Puy-de-Dôme durant la garde se sont limités à un conseil médical.

Cette étude analyse l'observance par les patients des conseils médicaux donnés par téléphone. Il s'agit des conseils donnés par le médecin généraliste de permanence durant les week-ends. Cette étude prospective a duré 3 semaines et 67% des appelants ayant reçu un simple conseil téléphonique ont répondu à l'enquête réalisée quelques jours après leur appel au 15.

Lors de leur appel, 50 % des patients souhaitaient effectivement un simple conseil de la part d'un professionnel de santé. Par contre, l'autre moitié souhaitait pouvoir rencontrer un médecin de garde et n'a reçu qu'un conseil médical. Heureusement, 91,5 % des patients ont suivi le conseil donné par le régulateur. Parmi ceux qui n'ont pas suivi le conseil, 42 % expliquent leur décision par la dégradation de la situation, 26 % parce qu'ils voulaient absolument être examinés par un médecin de garde et 6 % à cause de l'angoisse ressentie.

Les facteurs qui semblent influencer l'observance sont :

- la qualité de l'accueil ;
- la compréhension du motif de l'appel par le répondant ;
- la pertinence du conseil donné ;
- le jour de l'appel (meilleure observance le dimanche que le samedi) ;
- la distance qui sépare le domicile de l'hôpital le plus proche.

Le chercheur conclut que pour améliorer l'observance des patients vis-à-vis des conseils téléphoniques durant la garde, il faut essentiellement agir au niveau des capacités de communication des répondants. (TvdS)

D'après l'exposé du D^r F. BEZON, médecin généraliste remplaçant dans le Puy-de-Dôme.

Erreur médicale : médecin toujours 2^e victime !

L'erreur médicale n'arrive pas qu'aux autres. Celui ou celle à qui une telle mésaventure arrive, ne doit pas être considéré comme incompetent. Il ne doit pas être écarté non plus car l'erreur fait malheureusement partie de la profession de médecin. L'erreur médicale est source d'un stress important et peut être à l'origine du burnout du soignant. Elle peut également avoir de lourdes conséquences psychologiques, juridiques et professionnelles. Le médecin peut être considéré comme la seconde victime lorsqu'il est

impliqué dans une erreur médicale. En effet, il est régulièrement traumatisé par l'événement, se sent responsable et remet en question son engagement personnel. L'abandon de la profession et le suicide sont les conséquences les plus redoutables. (TvdS)

D'après l'exposé du P^r E. GALAM, médecin généraliste et enseignant à Paris.

Pourquoi certains MG sont-ils plus empathiques ?

L'empathie est la capacité à identifier, à comprendre et à partager les émotions du patient. Sur base d'une échelle d'évaluation de l'empathie (Hojat, 2007) et de données socio-démographiques des 308 médecins généralistes participants, cette étude cherchait à identifier les caractéristiques associées à une plus grande empathie. Il apparaît que le niveau d'empathie du médecin augmente si le niveau socio-professionnel familial du médecin est faible, si le médecin suit ou a suivi une psychothérapie personnelle, si la durée de ses consultations est longue (≥ 20 minutes), s'il est une femme et s'il exerce en cabinet de groupe. Toutefois, il n'est pas encore prouvé qu'une plus grande empathie améliore la prise en charge des patients. (TvdS)

D'après l'exposé du D^r C. BUFEL DU VAURE, médecin généraliste en formation à Paris.

Consultation conjointe en médecine générale

La consultation conjointe consiste en la rencontre d'un médecin avec un couple de patients au cours d'un même temps de consultation. Il n'existe aucune bibliographie à ce sujet.

Cette étude qualitative s'est attachée à recueillir le ressenti des patients et des médecins dans ce cas de figure. Selon les

médecins interrogés, il s'agit d'un choix des patients, habituellement dans le cadre du suivi d'affections chroniques mais sans profil type pour ces couples. Les raisons pratiques, telles que le co-voiturage ou la prise unique de rendez-vous constituent la principale motivation, toujours selon les médecins. La plus grande dépendance physique d'un des partenaires, les troubles mnésiques et l'anxiété sont des motifs supplémentaires au choix d'une consultation conjointe. Pour les patients, ce sont les considérations pratiques et l'existence de pathologies chroniques chez les deux partenaires qui expliquent le choix d'une consultation conjointe.

Selon les médecins, la consultation conjointe n'aurait pas d'impact majeur sur le déroulement de celle-ci. Cependant, elle permet une anamnèse enrichie mais au prix d'une restriction du secret médical. Les patients ne voient aucun inconvénient mais bien un réel bénéfice en termes de compréhension de la prise en charge. Toutefois, ils s'interrogent souvent sur le fait de devoir honorer une ou deux consultations.

Enfin, les patients ne sont pas opposés au fait que leur médecin propose une consultation séparée à la condition qu'il en explique les motifs. Les médecins estiment qu'il existe plus de freins que de bénéfices à une telle proposition (TvdS)

D'après l'exposé du Dr C. BERNE, médecin généraliste à Nancy.

Raisons du faible choix de la médecine générale

Le choix de la filière médecine générale reste insuffisant en France, comme dans d'autres pays européens. Cette étude qualitative explore les motivations qui sous-tendent le choix d'une spécialité, y compris la médecine générale. Toutes les motivations des étudiants de dernière année peuvent être regroupées en 3 catégories :

- l'attrait du métier ;
- le statut social (image et revenus) ;
- la qualité de vie (prof. et privée).

Chaque étudiant hiérarchise ses propres priorités et chaque catégorie ne revêt donc pas la même importance auprès de chaque étudiant. À titre d'exemple caricatural, un étudiant souhaitant une voiture de sport exprimait son désir d'opter pour la radiologie ou la médecine nucléaire ! Au-delà de cet aspect, l'étude a identifié comment se construisent les représentations des étudiants. L'expérience des stages semble être le principal facteur, mais l'épreuve nationale classante (concours chez nous) influence également les choix en créant une hiérarchisation artificielle des spécia-

lités selon leur succès. La filière médecine générale souffre de plusieurs handicaps car le métier est méconnu des étudiants et les représentations hospitalières et universitaires en sont généralement négatives. Actuellement encore, choisir la médecine générale apparaît comme un renoncement social pour de nombreux étudiants, plus particulièrement chez ceux qui sont bien classés aux épreuves. (TvdS)

D'après l'exposé du Dr M. LAMORT-BOUCHE, médecin généraliste à Lyon.

Soigner ses proches = prévention médiocre

Qui s'occupe de la prévention des proches des généralistes et avec quelle efficacité ? Cette enquête auprès des conjoints de médecins apporte des réponses. Trois conjoints sur quatre déclarent, comme généraliste, leur propre conjoint. Ce qui surprend c'est que 73 d'entre eux n'ont jamais été examinés au cabinet médical. Parmi ceux dont le conjoint est aussi le médecin, 28% déclarent ne pas avoir de dossier médical et 30% ne sont pas en ordre de vaccination antitétanique. Par contre, dans le groupe qui consulte un médecin qui n'est pas le conjoint, moins de 10% déclarent ne pas avoir de dossier médical et une proportion plus significative est vaccinée contre le tétanos.

En matière de dépistage du cancer et dans tous les groupes, on constate un sur-dépistage du cancer du sein (100% de mammographie mais tous les ans) et un sous-dépistage du cancer colorectal (33% de test Hémocult® tous les 2 ans) et une excellente couverture pour le dépistage du cancer du col (94% de frottis du col tous les 3 ans après 2 frottis normaux à 1 an d'écart).

Parmi les conjoints des médecins, 16% sont fumeurs réguliers mais aucun ne considère son conjoint généraliste comme une aide potentielle en cas de tentative de sevrage.

Dans le cadre du suivi des enfants, c'est dans 82% des cas que le parent généraliste est considéré comme médecin traitant. Mais 21% des enfants ne disposent pas d'un dossier médical dans ce cas. En cas de certificat médical pour aptitude sportive, les enfants ne sont ni interrogés ni examinés dans 29% des cas.

L'orateur conclut que les consultations des proches sont informelles, sans trace au dossier médical, quand il en existe un, et les problématiques intimes sont rarement abordées (assuétudes, santé mentale, sphère uro-gynéco). (TvdS)

D'après l'exposé du Dr C. RAT, médecin généraliste à Nantes.

Enfant interprète de son parent

Les enfants de migrants sont bilingues et doivent parfois servir d'interprète pour leurs parents lorsque ces derniers consultent. Cette enquête par la technique des entretiens semi-directifs auprès d'adulte ayant joué le rôle d'interprète durant leur enfance apporte quelques renseignements utiles.

Le rôle d'interprète débute entre 8 et 11 ans. Dans presque tous les cas, la langue dominante s'inverse à l'adolescence, la langue du pays d'accueil prenant la place de la langue maternelle. Ce travail de traduction est ressenti comme important par les enfants mais est également difficile en raison de la complexité des termes médicaux. La qualité des traductions est assez souvent mauvaise. L'impatience du médecin favorise la non-traduction de nombreux éléments. Les plus grandes difficultés rapportées concernaient :

- les motifs de consultation uro-gynécologique ;
- l'annonce d'un diagnostic grave (cancer, handicap, malformation fœtale) ;
- les refus du médecin d'accéder à une demande du parent/patient.

Les enfants interprètes se sentent responsables de la bonne compréhension de leur parent. Cependant, ils n'osent pas dire au médecin qu'ils n'ont pas compris telle ou telle information.

L'oratrice conclut avec les recommandations suivantes :

- accueillir enfant et parent ;
- prendre son temps ;
- aider l'enfant dans sa bonne compréhension, reformuler ses explications avec des mots simples ;
- délivrer des messages clairs, utiliser des phrases courtes, s'arrêter souvent ;
- tenir compte du lien entre l'enfant et son parent ;
- l'annonce d'une mauvaise nouvelle demande un interprète adulte. Cette démarche est psychologiquement trop lourde pour un enfant. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr C. JUNG, médecin généraliste et maître de stage à Strasbourg.