

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 (2^e 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.

Grand âge & conduite automobile

En 2002, 20 % de la population avait plus de 60 ans. Et 3 %, plus de 75 ans. En 2060, 60 % de la population aura plus de 60 ans.

Or, le médecin généraliste est tenu d'informer son patient sur son incapacité éventuelle à conduire et d'en apporter la preuve (cour de cassation française).

Statistiquement, les personnes âgées ont des accidents moins fréquents mais nettement plus graves. Ces accidents surviennent essentiellement de jour, sur des routes départementales et sont de type collision latérale.

Les facteurs qui semblent jouer le plus grand rôle sont :

- l'augmentation de la fatigabilité avec diminution de la concentration et de l'attention ;
- la diminution des capacités visio-spaciales : troubles de la vue, rétrécissement du champ visuel, mauvais positionnement dans l'espace ;
- la diminution de la mémoire (planification des déplacements, code de la route) ;
- la diminution des fonctions exécutives au niveau de l'anticipation, de la prise de décision, du temps de réaction ;
- la possibilité de troubles du langage et de la lecture, ainsi que de troubles praxiques...

Les atteintes des performances cognitives sont clairement corrélées au risque d'accident : 1/3 des déments ont eu au moins un accident. 1/3 des déments

débutants se perdront contre 8 % des patients âgés non déments.

Pour évaluer la capacité de conduire, des médecins généralistes ont testé auprès de patients âgés un logiciel installé sur le PC du MG. Il consistait en 5 vidéos représentant autant de situations de stress. Est calculé le temps de freinage d'urgence représenté par la pression sur la barre d'espace du PC. Auparavant, une anamnèse détaillée, un examen exhaustif et un bilan visuel ainsi qu'un MMS étaient réalisés.

L'étude a bien démontré que le temps de réaction était clairement augmenté au-delà de 70 ans. Ce test simple peut donc être intéressant quand un doute existe quant à l'aptitude à la conduite automobile. (PE)

D'après l'exposé du D^r P. DI Patrizio, médecin généraliste, Dombasle-sur-Meurthe.

Réticences des patients à l'inscription en maison de retraite

Cette étude qualitative a voulu analyser les représentations mentales des patients âgés concernant leur entrée en maison de retraite. Elle a eu lieu entre janvier 2010 et février 2011. Et, a interrogé des patients de plus de 70 ans vivant à domicile avec un MMS supérieur à 24.

Il est clair que la décision est difficile. Les patients sont clairement conscients que différents conditions peuvent imposer leur entrée en MRS : la dépendance, l'apparition de démence, des chutes, un logement inadapté, la solitude, les difficultés d'alimentation... Mais, un leitmotiv est le désir de ne surtout pas être une charge, financière mais aussi, et surtout, morale, pour leurs enfants. L'entrée en MRS est clairement une rupture dans sa vie. Il y a un deuil à faire concernant son domicile, ses habitudes, son histoire, son environnement... Il y a aussi une peur de la perte accélérée d'autonomie, d'intimité, de la

liberté de mouvement... Vivre en institution, c'est aussi vivre en groupe. Ceci permet plus de contacts, de loisirs, permet également des repas plus conviviaux. A *contrario*, cela signifie aussi de vivre selon un rythme imposé, d'avoir plus de difficultés à s'isoler et aussi vivre avec des déments, des malades et des gens issus de milieux sociaux très différents. Les patients se posent aussi des questions sur la qualité des soins dispensés, sur la maltraitance et le non-respect éventuels. En conclusion, le passage en MRS est considéré comme un passage imposé avec de nombreux sentiments ambivalents. Il ya une volonté générale de ne pas peser sur leurs enfants, comme s'ils voulaient s'effacer. Et en général, ils ont un manque de confiance envers la qualité des soins en MRS avec peur de la maltraitance. (PE)

D'après l'exposé du D^r G. Tanguy, médecin généraliste, Clermont-Ferrand.

Frottis de dépistage > de 65 ans : stop ou encore ?

Les recommandations françaises actuelles proposent le dépistage systématique par frottis de col chez toutes les femmes de 25 à 65 ans, tous les 3 ans. Le dépistage est arrêté à 65 ans pour autant que les frottis antérieurs réalisés de manière régulière et suffisante se sont révélés négatifs. Mais quant est-il au-delà de 65 ans ?

7-10 % des frottis sont actuellement réalisés chez des patientes de plus de 65 ans. Or, chez celles-ci, 2,5 % reviennent pathologiques ($\pm$ 15 000/an) dont 5 à 11 % dévoilent un cancer du col ($\pm$ 1200/an en France). De plus, on sait que les cancers du col arrivent préférentiellement au-delà de 60 ans. Statistiquement, les frottis réalisés chez des femmes de plus de 65 ans avec suivis antérieurs négatifs révèlent : 1,4 % de néoplasies, 1,6 % de HSL, 2,3 % de LSIL et 14,9 % d'ASCUS. La fréquence de détection de lésions anormales est donc bien plus élevée entre 65 et 70 ans.

Par contre, au-delà de 70 ans, et à condition d'avoir eu un suivi régulier, le risque est nettement plus faible. La conclusion de l'étude est évidente : il faut prolonger les frottis jusqu'à 70 ans. (PE)

D'après l'exposé du Dr M. Fiori, médecin généraliste à Bourg.

Pourquoi si peu de frottis de dépistage par les généralistes ?

Cette étude qualitative a voulu analyser les représentations mentales des patientes concernant le suivi gynécologique de routine réalisé par leur généraliste. On sait que 58 % des femmes seulement sont dépistées au niveau du cancer du col, que 90 % des frottis sont réalisés par les gynécologues, que 40 % des femmes dépistées le sont trop souvent. 2 groupes échappent principalement au dépistage : les femmes au-delà de 50 ans, qui sont pourtant les femmes à risque de cancer du col, et les femmes issues de milieux défavorisés. Cette étude qualitative s'est faite par focus groupes de patientes et a exploré 3 questions :

1. Quels sont les avantages de la réalisation du frottis par leur généraliste ?
2. Quelles sont leurs réticences face à cette réalisation ?
3. Quels seraient les arguments à faire valoir pour qu'elles le fassent chez leur généraliste ?

Les avantages de la prise en charge par leur généraliste sont : le délai de consultation plus court, le moindre coût, la proximité géographique et la vue globale du médecin.

Les réticences sont : les doutes sur la compétence du médecin, le doute sur sa capacité à prendre le temps de réaliser l'examen, le doute sur l'adéquation des locaux, mais aussi la pudeur devant un médecin qui les connaît parfois depuis la petite enfance, le désir de différencier l'aspect global de leur santé et leur intimité au niveau gynécologique. Par contre, elles mentionnent la crainte d'une prise en charge morcelée entre leur gynécologue et leur médecin traitant. Le choix entre le médecin généraliste et le gynécologue est essentiellement déterminé par le profil de la relation médecin-patiente. Le gynécologue sera préféré et le généraliste relégué au statut de simple prescripteur si le dialogue avec ce dernier est difficile ou si le médecin ne les déshabille que rarement pour les examiner.

Pour que la réalisation des frottis augmente chez les généralistes, il faudrait donc que leurs compétences soient mises en avant, que la communication autour du

frottis et de ses résultats soit améliorée parfois simplement par un conseil minimal, que les locaux soient aménagés avec, par exemple, un endroit réservé au déshabillage, que l'argument économique soit reconnu. Une patiente devrait peut-être aussi être plus attentive au choix de son médecin traitant. (PE)

D'après l'exposé du Dr E. Calgari, médecin généraliste, Université de Strasbourg.

L'auto-frottis en dépistage de l'HPV

De nombreux freins existent au dépistage du cancer du col, freins chez la patiente mais aussi chez les médecins généralistes. La question posée est de savoir si l'auto-prélèvement pourrait améliorer le taux de dépistage qu'il soit réalisé par la patiente ou par le médecin. En effet, il existe actuellement un dispositif d'auto-prélèvement : il s'agit d'une canule à introduire dans le cul de sac vaginal latéral, dispensant un liquide de lavage qui est directement réaspiré. Le liquide aspiré permet un dépistage direct de l'HPV. Ceci permet de limiter les analyses cytologiques aux seules patientes avec HPV positif. Cette méthode montre nettement une meilleure sensibilité pour le dépistage des HSIL mais une moins bonne spécificité. Actuellement, des études recherchent les marqueurs des transformations malignes des cellules touchées par l'HPV dans ce liquide. (PE)

D'après l'exposé du Dr Ch. Berkhout, médecin généraliste, université de Lille.

Recherche en MG : pourquoi pas ?

Depuis la réforme de la formation en médecine générale, la recherche en médecine générale est devenue impérieuse. Pourtant, il y a de nombreux freins à son essor.

Cette recherche a été réalisée pour déterminer sa spécificité, son intérêt et les freins à son développement. Elle a été réalisée sous forme d'une recherche qualitative avec 9 focus groupes mono professionnels avec 4 types de métiers de la santé : des généralistes actifs, des généralistes universitaires, des autres universitaires et des patients. La recherche en médecine générale a de nombreuses caractéristiques : une population spécifique par sa diversité de problèmes et ses nombreuses comorbidités, un domaine particulier qui est la relation médecin-malade, la méthode de recherche elle-même est souvent spécifique et est

souvent de la recherche qualitative. Le but de la recherche en médecine générale est d'améliorer les soins, aussi bien pour améliorer l'adhésion au soin mais aussi dans un but purement économique.

Les différents groupes ont également souligné le fait que participer à une recherche est valorisant pour le patient, sans qui la recherche n'existerait pas, et pour le médecin investigateur en qualité de reconnaissance par les pairs, par amélioration de ses compétences sans oublier la reconnaissance académique éventuelle. Les dangers mis en évidence sont l'instrumentalisation des médecins par les sociétés de santé (firmes, ministères...), mais aussi le risque de clivage entre les médecins de terrain et les médecins chercheurs déconnectés de la clinique avec un risque de déshumanisation de la médecine générale. (PE)

D'après l'exposé du Dr J.-S. CADWALLADER, généraliste enseignant, Université de Lille.

Qualité des lettres d'adressage aux spécialistes

L'information écrite donnée par le médecin traitant au spécialiste est déterminante, non seulement pour une bonne prise en charge, mais aussi, pour éviter les redondances d'examen, les contre-indications médicamenteuses et pour diminuer l'anxiété tout en améliorant la confiance du patient. De plus la prise en compte des pluri-pathologies est importante. Mais comment évaluer la qualité des lettres ? Une revue systématique de la littérature n'a pas permis de mettre en évidence un critère retrouvé dans plus de 50 % des études, exception faite des coordonnées du médecin dans 100 % des cas ! Un biais net de l'étude est que la majorité des études réalisées l'ont été dans des pays pratiquant le gate keeper. Une piste intéressante est de pouvoir automatiser les lettres d'adressage via des canevas des logiciels médicaux. (PE)

D'après l'exposé du Dr Th. Cartier, médecin généraliste, Université Paris-Diderot.