

Congrès internationaux

D^{re} Marjorie Dufaux, 5170 Lesves • Patricia Eeckeleers, 5590 Leignon • Thierry Van der Schueren, 5640 Mettet • Médecins généralistes

5^e Congrès de la Médecine Générale (3^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.

Pourquoi nos patients ne nous écoutent-ils pas ?

La théorie du paternalisme remonte à Aristote mais ne correspond qu'à 1/5 de nos patients. En effet, 20% de nos patients demandent des conseils et les suivent. Par contre, 80% de nos patients ne sont compliants que s'ils se sont appropriés les décisions sur leur santé.

Le modèle des croyances de santé (Health Belief Model) explique les conditions pour que le patient accepte de se traiter et persévère dans son traitement. Il doit être convaincu :

1. qu'il est atteint par la maladie ;
2. que la maladie et ses conséquences peuvent être graves ;
3. que suivre le traitement aura un effet positif ;
4. que les avantages du traitement vont contrebalancer ses désavantages.

Le tableau des étapes du changement de Prochaska et Di Clemente permet d'accompagner son patient et d'élaborer des stratégies différentes selon le stade où il se trouve.

Pour déterminer le stade, certaines questions peuvent être utiles : avez-vous des problèmes de santé ? Que pensez-vous de votre alimentation ? Quelles conséquences peut-elle avoir sur votre santé ? Que pensez-vous être capable de faire actuellement pour améliorer votre santé ?

Ne pas oublier cependant que nous travaillons dans la durée, qu'il ne convient pas d'aller trop vite, que le renforcement du comportement positif est capital et que la théorie des petits pas est toujours d'actualité. (PE)

D'après l'atelier des D^{rs} O. Bourgeois et JB Boys, médecins généralistes FMC action

Rôle du médecin dans le dépistage de l'obésité infantile

Actuellement, en France, 19% de la population infantile est en surpoids, 15% en surpoids simple et 4% en obésité. On constate une disparité sociale importante avec une inégalité socioculturelle nette. La prise en charge de l'obésité infantile est bien souvent tardive, en général 7 ans après le début du décrochage de la courbe d'IMC. Actuellement, le suivi staturo-pondéral doit se faire impérativement via la courbe d'IMC. En effet, cette courbe de corpulence permet de détecter un décrochage pondéral bien plus précocement que les courbes classiques par la mise en évidence d'un rebond d'adiposité avant 6 ans.

Le rôle du médecin est d'intensifier le dépistage en réalisant un IMC/an, d'expliquer la différence entre un enfant potelé et un enfant à risque en utilisant la courbe d'IMC, de dédramatiser la situation car il n'y a pas d'urgence tout en prenant en charge et de faire tomber les idées reçues telles la nécessité d'un bilan hormonal, la croyance en un régime bref et rapidement efficace. Il faut proposer un suivi en s'inscrivant dans le long terme, tout en acceptant en tant que médecin que rien ne change.

Il est important d'expliquer aux parents que l'enfant ne doit pas maigrir mais surtout ne pas grossir. Ne pas prendre du poids en grandissant suffit. (PE)

D'après l'exposé du D^r S. Treppo, pédiatre à Lyon

Païement à la performance

Depuis 2009, les médecins généralistes français peuvent adhérer sur base volontaire au système CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles). Il s'agit d'une rémunération à la performance sur base de 16 indicateurs dans les domaines de la prévention, du suivi de certaines pathologies chroniques et de l'optimisation des prescriptions. Alors que les associations professionnelles étaient très critiques à l'égard de ces contrats, 14800 MG (sur 42000) ont signé un CAPI.

Cette enquête a été réalisée en Bretagne auprès des MG ayant signé un CAPI. Ces médecins étaient âgés de 35 à 64 ans avec une moyenne de 51 ans. Leurs principales motivations sont le fait que les indicateurs retenus étaient déjà intégrés à leurs habitudes de pratique, la rémunération, le caractère non contraignant du contrat, l'absence d'augmentation de la charge de travail, l'objectif qualitatif et l'absence de sanction. Leurs réticences consistaient en des craintes vis-à-vis d'éventuels contrôles de la sécurité sociale et en un désaccord avec le choix de certains indicateurs. Après un an de fonctionnement, la satisfaction globale des MG est au rendez-vous. La rémunération complémentaire allait de 3000 € à plus de 9000 € selon le niveau de performance. (TvdS)

D'après l'exposé du D^r A. GAUCHER, médecin généraliste à Rennes.

Choix de pratique des nouveaux généralistes

Parmi les jeunes généralistes installés et issus de la faculté de Marseille, un tiers d'entre eux ne s'est pas immédiatement installé en médecine générale. Quand ils s'installent, 80% font le choix d'une installation en pratique de groupe et 30%

travaillent à temps partiel. À noter que 50 % des femmes généralistes choisiraient de ne plus faire de gardes, si elles y étaient autorisées. (TvdS)

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

Participation des MG aux TFE

Cette étude apporte des pistes utiles aux généralistes en formation par la mise en évidence des éléments qui permettent d'obtenir un meilleur taux de participation à leurs enquêtes.

En moyenne, une excellente lisibilité du questionnaire multiplie par 3 le taux de réponse, mais une enquête réalisée par téléphone procure également 3 fois plus de réponses qu'une enquête par courrier. Une rémunération pour les participants multiplie par 2,5 le taux de réponse. Une étude menée auprès de moins de 100 médecins apporte en général un meilleur taux de participation que les enquêtes auprès d'un plus grand nombre. De même accorder plus de 3 mois aux médecins pour répondre permet aussi d'obtenir une participation plus grande, semble-t-il. Par contre, une enquête réalisée durant les périodes de vacances scolaires diminue le taux de réponse. La garantie d'anonymat ou l'annonce préalable de l'arrivée d'un questionnaire n'apportent aucun bénéfice en terme de participation. Les enquêtes par mail et sondage en ligne, plus récentes, n'ont pas été évaluées dans cette analyse. L'oratrice conclut en estimant qu'il existe une réelle complicité entre étudiants en médecine générale et MG qui méritent d'être encore exploitée. (TvdS)

D'après l'exposé du Dr E. MORIE, médecin généraliste remplaçant à Caen.

Déterminants de la iatrogénie médicamenteuse

L'étude Polychrome réalisée en France aborde les différentes facettes de la polyprescription. Parmi les informations que cette rigoureuse analyse nous apporte, voici, par ordre d'importance, les éléments qui prédisposent à la survenue d'un événement iatrogène en matière de prescription médicamenteuse :

1. une mauvaise communication entre médecins ;
2. une mauvaise prise en compte du vieillissement ;

3. une mauvaise gestion des médicaments par le patient ;
4. une mauvaise compréhension des ordonnances ;
5. l'automédication des patients ;
6. l'ergonomie insuffisante des logiciels médicaux qui n'aide pas assez à prendre les bonnes décisions. (TvdS)

D'après l'exposé du Dr J. LEBRETON, médecin généraliste à Paris.

Nuisances de la polyprescription

Il existe 5 conséquences néfastes à la prescription simultanée de plusieurs médicaments à un même patient. Il s'agit d'une majoration du risque d'interactions médicamenteuses, d'une augmentation de la probabilité d'une contre-indication négligée, d'une augmentation du nombre de traitements inappropriés, une réduction de l'observance des patients et d'une augmentation des coûts globaux (pas seulement liés aux coûts des médicaments). Dans ce cadre, il existe des médicaments à risque (identifiés dans des listes) qu'il est préférable de ne pas utiliser en cas de polyprescription. De même, 4 situations cliniques à risque sont bien identifiées : la polypathologie, la personne âgée, l'insuffisance rénale et l'insuffisance hépatique. (TvdS)

D'après l'exposé du Dr J. LEBRETON, médecin généraliste à Paris.

Marins-pêcheurs

Une étude réalisée en zone maritime du sud de la France a pu montrer que la consommation d'héroïne et d'opiacés par les marins-pêcheurs était trois fois supérieure à celle de la population française (soit 2,3 % versus 0,9 %).

L'étude porte sur 15 000 marins-pêcheurs en France métropolitaine, qui réalisaient à la fois des petites pêches (brève, lors de petites marées) et des grandes pêches (de longue durée, environ 14 jours en mer). L'étude s'est déroulée sous la forme d'interviews et a abordé leurs habitudes tabagiques, leurs addictions et les circonstances de survenue de celles-ci. Les résultats sont les suivants. L'initiation à l'usage de drogue se fait généralement lors d'une fête à terre. Leur usage permet d'oublier les problèmes existant sur le bateau (travail difficile, événement traumatisant) en se détendant rapidement.

Les marins désirent profiter rapidement et pleinement du peu de temps qu'ils passent sur la terre ferme.

Ils désirent compenser le manque de contact social (membres d'équipage imposés avec qui on n'a pas toujours de complicité, manque d'ami, de confident ou de femmes).

Certains de leurs amis ou connaissances sont eux-mêmes des dealers ou consommateurs.

Ils décrivent les difficultés de vie rencontrées sur le bateau (le froid, l'humidité, le rythme de travail soutenu avec parfois une durée de sommeil limitée à 3 h, où le seul plaisir vient du repas).

Des violences sont éventuellement subies soit verbales (être le mouton noir du bateau, des relations de dominants/dominés) ; soit physiques (bizutage, viols, bisexualités, attouchements, humiliations...).

Être marin-pêcheur est donc une profession où le risque de tabagisme, d'alcoolisme et ensuite de prise de drogue est majoré. Néanmoins, le choix de cette profession sous-entend peut-être déjà avoir des éléments favorisant la survenue d'addiction ? (MD)

D'après un exposé du Dr Bernard LE FLOCH, médecin généraliste à Guilvinec, dans le sud de la Bretagne.

Le « CRAVING »

La notion de « Craving » vient de l'anglais et signifie « désir ardent, appétit insatiable ». Ce terme représente une impulsion vécue à un instant donné, véhiculant une envie de consommation d'un produit psycho-actif ainsi que sa recherche compulsive. Par exemple, lors d'une envie d'alcool au cours d'un sevrage alcoolique, ou l'envie d'un type de nourriture dans les crises de boulimie ou encore le besoin d'héroïne chez le toxicomane. (MD)

D'après l'exposé du Dr Constance ALEXANDRE-DUBROEUCQ, médecin généraliste et interne en médecine à Paris.

Baclofène et éthyisme

La consommation éthylique maximale (consommation normale) hebdomadaire autorisée par l'OMS est de 3 verres/jour pour un homme (soit 21 verres/semaine) et de 2 verres/jour pour une femme (soit 14 verres).

De nombreuses molécules peuvent être utilisées dans le sevrage éthylique.

Le baclofène (Lioresal®) est un myorelaxant dérivé de l'acide gamma aminobutyrique qui a été réétudié récemment dans l'aide au sevrage alcoolique. Il permet de diminuer l'anxiété, la dépression et le craving associés au sevrage. Les résultats

associés à l'utilisation du baclofène dans le sevrage éthylique sont :

- 59 % d'abstinence,
- 21 % de consommation normale,
- 20 % d'échec,
- auprès de 92 % une diminution du craving.

L'utilisation du baclofène chez les patients cirrhotiques a été expérimentée à des posologies de 3 x 10 mg/jour. Chez les patients non cirrhotiques, la posologie pourrait atteindre 100 mg/jour. Des études supplémentaires doivent être faites pour valider la prescription de ce médicament dans le sevrage éthylique et principalement dans la diminution du craving. (MD)

D'après l'exposé du Dr Constance ALEXANDRE-DUBROEUCQ, médecin généraliste et interne en médecine à Paris.

Cancers et Pesticides

Les pesticides sont des substances à usage agricole destinées à protéger les végétaux des plantes, des animaux, des champignons et des bactéries. Les pesticides ont été mis en cause dans la survenue de certains cancers.

On décrit trois types principaux de pesticides qui correspondent à trois usages majeurs : les herbicides, les fongicides et les insecticides.

On compte près d'un millier de produits actifs qui ont été mis à un moment ou à un autre sur le marché mondial. Certaines molécules ont été abandonnées mais leurs résidus, non dégradés, sont toujours présents dans l'environnement.

La contamination du milieu, y compris le milieu urbain, résulte majoritairement du lessivage des terrains cultivés par les pluies. On retrouve les pesticides dans 90 % des analyses d'eau de rivière.

On retrouve également des résidus de pesticides dans les aliments. Certains pesticides s'accumulent au fil de la chaîne alimentaire pour se concentrer dans les derniers maillons de celle-ci.

Ainsi, les carnivores et les piscivores situés en bout de chaîne concentrent des doses de pesticides pouvant atteindre 10 000 fois celles des premiers maillons. De fortes suspicions subsistent sur le rôle des pesticides dans le développement de pathologies chroniques (cancers, troubles neurologiques, troubles de la reproduction).

Certaines substances interagissent avec le système endocrinien et induisent des effets nocifs sur les organismes et/ou leur descendance. Des études suggèrent l'implication des pesticides dans certains cancers hormono-dépendants et notamment le cancer du sein et de la prostate.

Il est bien sûr difficile d'évaluer avec précision les niveaux d'exposition indivi-

duels mais aussi d'isoler un facteur de risque puisque l'on peut utiliser des préparations qui contiennent plusieurs dizaines de pesticides.

Les études réalisées sur les agriculteurs montrent cependant une incidence globale plus faible du cancer par rapport à la population normale du fait d'une exposition restreinte au tabac. On observe donc moins de cancer pulmonaire (bien que l'arsenic est un oncogène certain), de cancer de l'œsophage et de cancer de la vessie. On retrouve par contre davantage de cancers des lèvres, de la prostate (+24%), du cerveau et des cancers hématologiques (lymphomes non-hodgkinien, myélome multiple, leucémies et maladies de Hodgkin). On a observé une tendance à un nombre plus élevé de cancer du sein chez les agricultrices (+9%) mais pas chez les conjointes d'agriculteurs (-1%). On a pu observer sur les rongeurs une augmentation du risque de cancer thyroïdien. Mais il n'est pas possible d'infirmier ou de confirmer les résultats chez l'homme. (MD)

D'après la fiche « Risques de cancers et pesticides » de la collection fiches repères de l'institut national du cancer, état des connaissances en date du 29 juillet 2009. <http://www.e-cancer.fr>

Cancers professionnels

Les maladies professionnelles dont certains cancers sont des pathologies qui donnent droit à la réparation d'un préjudice. Le rôle des facteurs de risque en milieu de travail est pourtant souvent ignoré, surtout lorsque le cancer survient après la cessation des activités.

L'institut de veille sanitaire estime le nombre de cancer imputable à un facteur de risque professionnel entre 4 % à 8,5 % des cancers, soit 11 000 à 23 000 nouveaux cas par an en France.

L'OMS attribue aux facteurs de risque professionnels 4 % des cancers chez les hommes et 0,5 % chez les femmes. Parmi les cancers d'origine professionnelle indemnisés :

- 98 % sont imputables à l'amiante, au benzène, aux rayonnements ionisants et aux poussières de bois ;
- 85 % des cancers professionnels sont des mésothéliomes et sont dus à l'amiante.
- 7 à 40 % sont des cancers nasosinusiens et sont associés à l'exposition au bois, au nickel, au chrome et au cuir ;
- 10 à 20 % sont des cancers du poumon associés à une exposition à l'amiante, aux rayonnements ionisants, au radon, à la silice et aux métaux.
- 5 à 18 % sont des leucémies associées aux benzènes et aux rayonnements ionisants.

- 2 à 14 % sont des cancers de la vessie associés aux amines aromatiques et HAP (hydrocarbures aromatiques polycycliques). (MD)

D'après la fiche « Cancers professionnels » de la collection fiches repères de l'institut national du cancer, état des connaissances en date du 26 septembre 2010. <http://www.e-cancer.fr>