

Congrès internationaux

par les D^{rs} Marjorie Dufaux, 5170 Lesves • Patricia Eeckeleers, 5590 Leignon

5^e Congrès de la Médecine Générale (4^e partie)

Nice, du 23 au 25 juin 2011

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

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 ($\pm$ 15000/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 jusque 70 ans. (PE)

D'après l'exposé du D^r 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/patient. 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 augmentent 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 a 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 relève 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 docteur Dr Thomas Cartier, généraliste, Université Paris-Diderot.

Annnonce d'une mauvaise nouvelle

Une « mauvaise nouvelle » est fonction de la subjectivité du patient et des représentations qu'il a acquises au cours de son histoire.

Il est souvent très difficile d'annoncer une mauvaise nouvelle au patient mais il existe plusieurs moyens « moins dévastateurs » que l'on peut utiliser.

L'annonce ne doit jamais se faire aux téléphones, par contre on peut convoquer le patient à venir en consultation pour la réception des résultats. Le patient peut ainsi se préparer à l'annonce des résultats et à la liberté de s'entourer de l'accompagnant de son choix ou au contraire de venir seul.

Il faut essayer d'éliminer les perturbations extérieures comme les appels téléphoniques, etc.

Il est préférable de sonder les informations déjà délivrées par d'autres intervenants au patient dès le début de l'entretien pour pouvoir rebondir sur le discours du patient ou ses inquiétudes.

La posture et le ton employés par le médecin sont importants. En effet, l'apparition d'une contradiction entre le discours et le langage corporel du traitant peut faire naître de l'inquiétude auprès du patient.

Le choix du vocabulaire est primordial. L'utilisation d'un jargon médical est à proscrire. Le mot cancer, quant à lui, ne doit pas tomber comme une sentence dès l'annonce si le patient n'est pas prêt à accueillir cette information. Il faut respecter le temps de cheminement psychique et délivrer les informations au rythme du patient.

Le patient n'attend pas du soignant d'être banalisé. Il veut se sentir écouté, entendu dans sa souffrance et avoir quelqu'un en face de lui qui lui donne des informations claires, même concernant les incertitudes. Il faut valoriser le fait que le patient est l'acteur central et qu'il reste maître des décisions de prise en charge, le soignant est un accompagnant (le patient a le droit de refuser une chimiothérapie).

Il ne faut pas s'avancer sur des choses incertaines (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie) car l'effet est néfaste en cas de déroulement différent.

Il faut toujours essayer de reformuler en fin de consultation les éléments importants abordés afin d'être sûr que tout est bien compris. Le patient a toujours besoin de rediscuter, de poser des questions complémentaires. (MD)

D'après un atelier du Dr Jean-Luc VIDAL, médecin généraliste à Avignon et du Dr Jérôme LURCEL de Paris.