



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.

Les articles sont disponibles au secrétariat de la SSMG.

RBP et relation médecin-patient: compatibles

L'utilisation de recommandations de bonne pratique (RBP) ou de guidelines met-elle à mal la relation entre le médecin et son patient? La réponse à cette question n'est pas évidente car les perceptions du médecin et du patient peuvent être très différentes. Cette étude qualitative explore la problématique de la relation médecin-patient en rapport avec l'application de RBP en matière de prescription de statines et d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) auprès de patients traités par ces molécules et auprès de leurs généralistes. La grande majorité des patients perçoivent les RBP comme des règles inflexibles.

Tous les patients sont prêts à discuter des RBP qui les concernent avec leur généraliste mais tous ne sont pas prêts à partager la décision. En effet, encore de nombreux patients préfèrent que la décision finale appartienne au professionnel de santé qu'ils consultent.

Parmi les médecins généralistes, trois grandes catégories sont bien distinctes: les pragmatiques, les MG orientés résultats et les prescripteurs avisés.

Les pragmatiques considèrent les RBP comme très flexibles et les adaptent voire les ignorent en fonction des situations individuelles rencontrées. Ils ont habituellement tendance à partager leurs décisions avec les patients et sont tolérants vis-à-vis des patients peu compliants.

Les MG orientés résultats sont préoccupés par l'application des règles mais essentiellement dans le but d'atteindre des objectifs de traitement. Ils présentent en général peu d'intérêt pour le partage des décisions avec leurs patients.

Le dernier groupe, celui des prescripteurs avisés rassemble les MG qui considèrent que le partage des décisions n'est qu'une technique pour faire accepter les règles de prescription aux patients et en améliorer la compliance. Ils sont peu flexibles par rapport aux recommandations qu'ils appliquent.

Les auteurs concluent que les MG doivent rester flexibles pour mieux implémenter les RBP tout en maintenant une relation médecin-patient satisfaisante. Ils doivent donc tenir compte des préférences du patient afin d'améliorer sa collaboration. Des recherches sont encore nécessaires afin d'explorer les meilleures stratégies pour intégrer RBP et partage de décision avec les patients. (TVdS)

Solomon J, Raynor D, Knapp P, Atkin K. The compatibility of prescribing guidelines and the doctor-patient partnership: a primary care mixed-methods study. *Br J Gen Pract* 2012; 62:196-7.

Mots-clés: recommandation de bonne pratique, relation médecin-malade.

Ligne téléphonique d'aide au sevrage tabagique

Cette étude britannique, randomisée et contrôlée, explore différentes pistes afin d'améliorer le taux d'arrêts du tabac parmi les fumeurs qui s'adressent à la ligne téléphonique nationale d'aide (NDLR équivalent de la ligne TabacStop en Belgique). Les fumeurs bénéficiaient soit d'un suivi téléphonique classique, soit d'un support intensif proactif par téléphone, soit encore d'un support intensif associé à la fourniture gratuite de substituts nicotiniques. Malheureusement, après six mois de suivi, ni le support intensif, ni la fourniture gratuite de substituts nicotiniques n'ont montré un quelconque avantage sur le critère principal de l'étude, à savoir le taux d'arrêt du tabac. Des biais sont possibles selon les auteurs, mais il n'existe aucun élément permettant de croire que ces biais éventuels soient substantiels. L'éditorial du BMJ consacré à cette étude apporte encore d'autres informations intéressantes. Plusieurs études montrent que peu de fumeurs sont prêts à contacter les services d'aide par téléphone, malgré l'importante publicité qui leur est faite. Le meilleur score obtenu dans une étude est 6% de fumeurs prêts à contacter un service «hotline». De plus, la majorité des fumeurs qui contactent ces services téléphoniques cherchent de l'information à propos des méthodes efficaces pour les aider à stopper mais ne sont, en revanche, pas encore prêts à arrêter. Les éditorialistes expliquent le fait que la fourniture gratuite de substituts nicotiniques n'a pas permis d'augmenter le taux de sevrage par le fait que ces substituts ne fournissent pas de la motivation et ne sont donc utiles que chez les patients réellement prêts à un sevrage et accompagnés durant celui-ci. Ils suggèrent même que fournir gratuitement des substituts nicotiniques aux

fumeurs sans un accompagnement médical est un gaspillage des ressources. (TVdS)

Fergusson J, Docherty G, Bauld L, Lewis S et al. Effect of offering different levels of support and free nicotine replacement therapy via an English national telephone quitline: randomised controlled trial. BMJ 2012; 344:e1696.

Chapman S, Wakefield M. Smoking cessation strategies: time to be more realistic in our expectations of interventions to help quitters. BMJ 2012 ; 344:e1732.

Mots-clefs: sevrage tabagique, assistance par téléphone, substituts nicotiniques.

Garde en médecine générale...

Cet éditorial du British Journal of General Practice aborde la problématique de l'organisation de la garde en médecine générale, de la continuité des soins et de leur juste financement par les autorités publiques. L'éditorialiste insiste sur les services globalement rendus à la population et au système de santé quand la garde de médecine générale est bien organisée: moins de recours aux urgences hospitalières, moins d'hospitalisations, moindre mortalité et forte diminution des coûts engendrés par la seconde ligne de soins. De nombreux généralistes estiment qu'un renouvellement d'ordonnance ne relève pas de la garde en médecine générale. Toutefois, dans les faits, ce type de service relève bien de la continuité des soins et constitue, en Grande-Bretagne, 20% des motifs d'appel le samedi matin. La garde de médecine générale assure-t-elle les urgences et rien que les urgences ou assure-t-elle la continuité des soins? Cette première question doit être tranchée avant de réfléchir aux autres problèmes organisationnels. L'éditorialiste ajoute même: «Ne blâmons pas le patient qui utilise de manière inutile ou inadéquate le système





de garde, alors que les autorités publiques sont incapables de définir le rôle exact de chaque intervenant du système de santé».

D'autre part, l'auteur insiste pour un financement public adéquat de l'organisation et de la gestion de la garde, avec un système de transfert des informations médicales efficace et de qualité afin de réduire encore les envois aux urgences et les admissions non programmées. [TVdS]

O'Malley J. Out of hours and primary care: closer and closer apart. Br J Gen Pract 2012; 62:176-7.

Mots-clefs: garde, organisation, financement.

Soutien commercial à la formation médicale continue

Cet éditorial du BMJ évoque la situation qui prévaut aux Etats-Unis où la majeure partie des coûts de la formation continue médicale accréditée est supportée par l'industrie du médicament et des implants. La législation a été adaptée à plusieurs reprises afin d'encadrer ce soutien qui reste toutefois indispensable. En effet, l'Institut de médecine américain (IOM) a estimé que la suppression totale du sponsoring commercial entraînerait une «ardoise» supplémentaire de plus de 1400 \$ par médecin et par an ! Une toute nouvelle loi fédérale américaine oblige désormais les sociétés commerciales à transmettre les montants dépensés pour chaque médecin en frais pour consultation ou exposés scientifiques, pour les repas offerts, pour les cadeaux donnés ou pour les frais de congrès remboursés. Ces données détaillées seront librement accessibles à tous sur un site internet à partir de 2013. [TVdS]

Tabas J, Baron R. Commercial funding of accredited continuing medical education is decreasing but more needs to happen. BMJ 2012; 344: e810.

Mots-clefs: formation médicale continue, industrie pharmaceutique.

Arrêt des antidépresseurs chez les déments

Cette étude norvégienne, prospective, randomisée et contrôlée versus placebo visait à identifier les effets de l'arrêt des antidépresseurs administrés aux patients atteints soit de maladie d'Alzheimer, soit de démence vasculaire. En effet, les preuves d'efficacité des antidépresseurs sur les symptômes dépressifs des patients déments restent faibles. S'il n'est pas clair que leur utilisation soit utile, peut-on dès lors stopper sans risque ces médicaments auprès des patients qui en bénéficient déjà ?

Cette étude apporte une réponse pour l'escitalopram, le citalopram, la sertraline et la paroxétine. L'arrêt du traitement par ces antidépresseurs augmente les symptômes dépressifs chez 54% des patients. Pire encore, 14% des patients dont le traitement a été stoppé ont évolué vers la dépression sévère dans les semaines qui ont suivi l'arrêt des antidépresseurs. Attention, cette étude a été réalisée en maisons de repos. Les résultats ne sont peut-être pas généralisables aux personnes démentes non institutionnalisées. [TVdS]

Bergh S, Selbaek G, Engedal K. Discontinuation of antidepressants in people with dementia and neuropsychiatric symptoms (DESEP study): double blind, randomised parallel group, placebo controlled trial. BMJ 2012; 344: e1566.

Mots-clefs: démence, dépression, traitement médicamenteux, arrêt de traitement.