



par les Drs Patricia EECKELEERS et
Thierry VAN DER SCHUEREN
Médecins généralistes

rmg@ssmg.be

Congrès WONCA World

(1ère partie)

Prague, du 26 au 29 juin 2013

En 2013, pas de congrès européen de la WONCA, mais bien un congrès mondial organisé à Prague. Les activités se répartissaient en conférences, présentations de posters, symposiums ainsi que de très nombreux ateliers. Plus de 3700 médecins généralistes ont fait le déplacement pour partager leurs expériences. Vous ne découvrirez ici qu'une sélection limitée des interventions proposées lors de ce congrès. La diversité et l'origine des travaux proposés avaient pour principal inconvénient de présenter des sujets parfois très éloignés de nos pratiques européennes. La formation de base et continue du généraliste, les soins curatifs et préventifs, la santé mentale, la pratique en milieu rural voire reculé, l'organisation des soins et l'amélioration de la qualité en médecine générale constituaient les principaux domaines abordés lors de ce congrès.

Santé et bien être du MG

Parmi les MG anglais, 27% présentent des signes de stress significatif. La prévalence de mésusage médicamenteux est de 7%. Les MG ont un haut taux de suicide, d'addiction et de maladies mentales nonpsychotiques. Parmi les MG africains résidents, 76% sont en burn-out et 3% en dépression sévère. En Autriche, 2/3 des internes vivent un stress intense et 69% sont déjà à risque de burn-out.

L'expression du mal-être est différente selon le sexe. Les femmes présentent un plus haut taux de dépression, burn-out/stress. Par contre, les hommes ont plus d'addiction et de diminution de performance.



Pour les femmes MG, un facteur additionnel de stress vient également des revenus et du statut bien souvent inférieurs, du choix de type pratique peu libre et des conflits incessants entre la vie privée familiale et la vie professionnelle. (PE)

D'après l'exposé du Prof. A. Howe, généraliste, secrétaire honoraire du Royal College of General Practitioners et membre de la WONCA Equity Committee et de la WONCA Europe's Bylaws Committee.

Mots-clefs: burn-out, surmenage, dépression, médecin

Pourquoi les généralistes vont-ils mal ?

Le métier de médecin généraliste peut être source de troubles psychiques en raison de plusieurs facteurs :

- un investissement social important ;
- des responsabilités individuelles énormes ;
- une charge de travail souvent exagérée ;
- une incertitude vis-à-vis de ce qui peut arriver ;
- la confrontation régulière à de mauvaises nouvelles, à des évolutions négatives ;
- des conditions de travail insatisfaisantes imposées par les systèmes de santé.

Pourtant face à cette situation, certains médecins s'en sortent mieux que d'autres. Les clés de la réussite résident en l'habileté à maintenir une trajectoire de vie positive malgré les événements négatifs et les conditions défavorables rencontrées. Cette capacité s'appelle la résilience.

Pour développer ses capacités de résilience, il faut :

- avoir confiance en ses capacités ;
- être capable de coordination et de contrôle ;



- être persévérant ;
- donner du sens à l'adversité ;
- garder des attentes professionnelles modérées. (TVdS)

D'après l'exposé du Prof. A. Howe, généraliste, secrétaire honoraire du Royal College of General Practitioners et membre de la WONCA Equity Committee et de la WONCA Europe's Bylaws Committee.

Mots-clefs: burn-out, surmenage, résilience

Quand mon collègue est en souffrance...

Il est important qu'il existe des soins spécialisés pour médecins malades ou en souffrance. Malheureusement, de nombreux pays n'en disposent pas malgré les preuves de l'existence d'une relation certaine entre qualité des soins et bien-être du médecin

Avoir des soins de qualité de ce type nécessite :

- un service spécialisé mettant la confidentialité au premier plan ;
- une équipe multidisciplinaire ;
- une évaluation rapide et confidentielle de l'état de santé ;
- un plan d'action rapide ;
- une expertise en médecine du travail et
- une connaissance pointue des règlements et lois qui s'y appliquent.

Le travail avec un médecin en souffrance nécessite une grande empathie et une compassion particulière. Il faut oser dire et aider à faire accepter que le médecin ait aussi le





droit de souffrir. L'aide doit être structurée et bien claire avec une confidentialité totale et en tenant compte de ce que le patient médecin est plus suspicieux. Le suivi doit aussi être clair, actif et continu. (PE)

D'après l'exposé du Prof. A. Howe, généraliste, secrétaire honoraire du Royal College of General Practitioners et membre de la WONCA Equity Committee et de la WONCA Europe's Bylaws Committee.

Mots-clefs: burn-out, surmenage, dépression, médecin

Insuffisance cardiaque: diagnostic clinique

Le diagnostic d'insuffisance cardiaque (DC) est un diagnostic difficile.

Il repose sur¹ :

- des symptômes cliniques (dyspnée, etc.) ;
- des signes cliniques (œdème malléolaire, etc.) ;
- un dysfonctionnement ventriculaire à l'échocardiogramme.

Or, l'accès à l'échocardiographie n'est pas toujours rapide.

Il serait donc intéressant de pouvoir utiliser un tableau décisionnel permettant de discriminer les patients les plus suspects de DC et donc à référer prioritairement en échocardiographie. Cette étude a comparé le Clinical Decision Rules de Rutten and all (BMJ 2005)²⁻³ - s'appliquant aux patients atteints de BPCO et celui de Oudejoans (Eur. J. Heart Failure)⁴ s'appliquant aux patients gériatriques très âgés.

Pour les comparer, l'équipe néerlandaise a inclu des patients de plus de 65 ans avec 3 comorbidités et/ou 5 médicaments et présentant une dyspnée de grade supérieur à 2 avec /ou tolérance à l'effort diminuée.

Il en ressort que la grille de Rutten présente les meilleures sensibilités et spécificité avec une valeur prédictive positive de 81% et négative de 90%. (PE)

D'après l'exposé du Dr Y. van Mourik, généraliste, Université d'Utrecht (Pays-Bas)

Mots-clefs: insuffisance cardiaque, dyspnée, échocardiographie, échelles

Diagnostic d'insuffisance cardiaque: les MG sont -ils bons ?

30 MG ont encodés 683 patients avec diagnostic de DC. Ces diagnostics ont été contrôlés par un panel de 2 cardiologues et d'un MG expérimenté. Il en résulte que 63,5% des patients ont vu le diagnostic confirmé. Chez 17,3%, le diagnostic fut infirmé et chez 19,2 %, le diagnostic fut incertain mais possible.

Les MG ont donc un taux de sur diagnostic de 1,6. Parmi ceux-ci, il y avait 65,3% de patientes féminines.

Les auteurs concluent donc que:

- Il y a une nette tendance au sur-diagnostic : seuls, 2/3 des patients diagnostiqués ont réellement une DC ;
- le diagnostic de DC chez le MG ne repose bien souvent que sur l'anamnèse et les signes cliniques ;

1. Congrès de l'European Society of Cardiology 2012

2. <http://www.bmj.com/content/331/7529/1379.short>

3. <http://spo.escardio.org/eslides/view.aspx?eevtid=46&fp=159>

4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21422000> & <http://static.cardiovasculairegeneskunde.nl/Hartfalen%20in%20geriatrische%20patienten.pdf#page=57>

- le dosage du NT-proBNP n'est demandé que dans 39% ;
- seulement 35% des patients bénéficient d'une échocardiographie pour confirmer ou non le diagnostic.

Le plus grand risque de faux diagnostic sont les adultes jeunes avec DC sur infarctus du myocarde et les femmes âgées avec HTA et/ou FA.

Six mois après ce feedback aux MG, 63,8% des patients ont eu un dosage du NT-proBNP et 73,5% une échocardiographie. (PE)

D'après l'exposé du Dr. M. Valk, généraliste, Université d'Utrecht, Pays-Bas

Mots-clefs: insuffisance cardiaque, dyspnée, échocardiographie, BNP

Echocardiogramme portable en MG : intérêt

Une équipe de médecins généralistes de Barcelone s'est attachée à valider l'emploi d'un mini échocardiogramme portable (PED) en médecine générale. Cet appareil donne des images en 2D couleur dont la qualité est comparable à celle des appareils classiques. Ils ont étudié la fiabilité et la faisabilité de cet examen appliqué à leurs patients hypertendus. Les MG ont été formés par des échocardiographistes expérimentés et leurs résultats contrôlés par ces derniers. L'étude portait sur la possibilité de diagnostic des complications de l'HTA en calculant les dimensions de l'oreillette et du ventricule gauche, de l'aorte ascendante, du septum interventriculaire et l'examen des valves. Les incidences utilisées étaient parasternale et apicale.

Les résultats des MG montrent une concordance parfaite avec les résultats obtenus par les échocardiographistes spécialisés avec des valeurs prédictives et négatives au-delà de 95%. On peut donc en déduire que le PED est performant en soins primaires : il complète l'examen clinique, il ne dure que 5 minutes maximum et permet la détection précoce des complications de l'HTA ce qui entraîne une prise en charge thérapeutique des complications plus rapide. (PE)

D'après l'exposé du Dr L. Evangelista, médecin généraliste à Barcelone (Espagne).

Mots-clefs: insuffisance cardiaque, échocardiographie

Pratique réflexive

Décrire une expérience professionnelle difficile, exprimer son ressenti, réfléchir sur les événements et les décisions, en tirer les leçons pour l'avenir et adapter sa pratique et ses habitudes en fonction constitue une démarche réflexive. Cela permet d'apprendre de ses expériences et de relier les connaissances acquises avec les nouveaux apprentissages.

Adopter une pratique réflexive permet d'améliorer ses performances professionnelles tout en augmentant son niveau de satisfaction personnelle.(TVdS)

D'après l'exposé des Drs R. CHARLTON et M. WILKINSON, médecins généralistes enseignants en Grande-Bretagne.

Mots-clefs: professionnalisme



Comportement professionnel ou pas ?

Nous avons tous déjà été témoins de comportements pas ou peu professionnels de la part de certains confrères. Un rapide tour de salle permet de se rendre compte de la multiplicité des comportements déjà observés : retards systématiques, absence d'écoute du patient, envoi de SMS durant la consultation, absence d'empathie, etc. L'orateur évoque trois niveaux de compétences pour s'assurer une attitude professionnelle. Ces niveaux se situent dans notre relation au temps et au travail, dans notre relation aux autres et dans notre relation à nous-mêmes.

Par rapport au temps et au travail, il faut veiller à bien gérer son temps et à effectuer toutes les tâches à remplir. Par rapport aux autres, il faut veiller à être respectueux, à coopérer et respecter la confidentialité. Par rapport à soi-même, il faut demander un feed-back de son travail, identifier et utiliser au mieux ses points forts, identifier et améliorer ses faiblesses. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr P. BARNHOORN,
médecin généraliste à Leiden aux Pays-Bas.

Mots-clefs: compétence, professionnalisme

Sensibilité et spécificité des symptômes dépressifs

La durée moyenne d'un épisode dépressif est de 16 semaines. Mais le passage à la chronicité est de 37% en moyenne avec 50 à 60% des patients vivant un second épisode. Parmi ceux-ci, 70% des patients vivront un 3e épisode. La dépression avérée (Major Depression) représentera en 2020 la 2e cause de morbidité. Sa prévalence sur la vie est de 10,6% avec une incidence de 4% par an. Le risque est augmenté chez les femmes de 50-60 ans, chez les patients vivant seuls (divorcés, séparés, etc.) et les femmes au foyer.

Actuellement, deux grilles de diagnostic existent : celle du DSM IV qui compte 9 items et celle de l'ICD10 qui en compte 12. Le diagnostic de dépression du DSM IV nécessite 5 critères présents sur 9 incluant l'humeur dépressive et l'anhédonie. Cette étude réalisée en Espagne questionnait la sensibilité et la spécificité des différents symptômes dépressifs. Elle a inclus 757 patients originaires de 4 villes et 2 villages, dont 90 ont reçu le diagnostic de dépression.

Il en ressort que le symptôme ayant la plus grande sensibilité est l'humeur triste et celui ayant la meilleure spécificité est l'anhédonie/ perte d'énergie.

La tristesse, l'anhédonie, la perte d'énergie et les troubles du sommeil associés ont la meilleure valeur prédictive positive.

Par contre, l'absence de tristesse et d'anhédonie a une forte valeur prédictive négative. (PE)

D'après l'exposé du Dr O. Garcia-Sanz, généraliste,
Université de Zaragoza Espagne

Mots-clefs: dépression, spécificité, sensibilité

Prise en charge de la dépression

Un quart de la population européenne sera affecté par une dépression avérée au cours de sa vie. Seule la moitié des patients dépressifs cherche de l'aide et 80% des patients n'ont que leur médecin généraliste comme thérapeute. Il est donc utile de former les médecins généralistes à la prise en charge de la dépression, comme le recommande l'OMS. Cette prise en charge repose sur 4 éléments :

1. **l'empathie** qui permet au patient de se sentir compris et améliore l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique ;
2. **l'amélioration du mode de vie** avec intégration de 30 minutes d'exercice par jour et le maintien d'une alimentation saine et variée ;
3. **le traitement médicamenteux** qui sera choisi et adapté en fonction de chaque patient ;
4. **la psychothérapie orale** qui sera orientée vers des solutions. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr E. MURPHY, médecin généraliste enseignant en Irlande.

Mots-clefs: dépression, traitement

Affections chroniques et dépression

La dépression avérée est 2 à 3 fois plus fréquente chez les patients atteints de pathologie(s) chronique(s) que dans la population générale. Est-il utile de tenter un diagnostic plus précoce dans ce groupe des patients atteints de pathologie(s) chronique(s) ? Cette étude rétrospective britannique a été réali-

sée auprès de 35.537 patients atteints soit de diabète, soit de cardiopathie ischémique chronique, soit d'un AVC, soit encore d'une combinaison de deux ou des trois affections. Un screening à l'aide de l'échelle HAD a montré une incidence équivalente de dépressions dans chaque groupe de patients atteints d'une pathologie chronique ($\pm 19\%$) mais une incidence de 24% dans le groupe atteint de 2 affections chroniques et de 26,5% dans le groupe qui en présentait 3 simultanément ! L'orateur conclut que nos patients multimorbides sont à très haut risque de présenter une dépression cachée. Il est utile de leur accorder une attention particulière afin de poser un diagnostic précoce. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr B. JANI, médecin généraliste à Glasgou en Grande-Bretagne.

Mots-clefs: dépression, co-morbidité

RBP TDAH pour MG

Une recommandation de bonne pratique (RBP) sur le TDAH a été rédigée par des médecins généralistes néerlandais. En effet, il existe des controverses importantes au niveau diagnostique et traitement, la prévalence des troubles de l'attention et d'hyperactivité (TDAH) est en augmentation, le questionnement des parents et enseignants est important et des co-morbidités existent (TOC, troubles de conduites et dépression bipolaire, etc.). La question se pose donc du rôle du MG dans le diagnostic, le traitement et le suivi de ces troubles.

Le premier rôle du MG est le dépistage via sa connaissance des patients et leur histoire. Pour confirmer le diagnostic, un avis spécialisé est indispensable.



Il sera demandé en cas :

- d'inattention, hyperactivité (à différencier de l'impulsivité) ou
- de présence de symptômes à la maison ET à l'école ou
- de dysfonctionnement important.

Si le diagnostic est confirmé et qu'il n'y a pas de comorbidités associées, le MG peut instaurer et suivre le traitement à condition d'assurer un suivi psycho-éducatif et de référer à un psychologue spécialisé en TDAH pour le traitement non pharmacologique.

Le suivi doit être réalisé tous les 6 mois.

On réfère à un(e) pédopsychiatre pour le diagnostic initial et ensuite en cas de :

- comorbidité psychiatrique associée ;
- traitement inefficace ;
- association avec d'autres pathologies (dyslexie, etc.).(PE)

D'après l'exposé du Dr M. van Avendonk, généraliste, Pays-Bas

Mots-clefs: TDAH, RBP, médecine générale

Arthrite inflammatoire & autres pathologies chroniques

Les pathologies articulaires inflammatoires les plus fréquentes sont la polyarthrite chronique évolutive, l'arthrite psoriasique et la spondylarthrite ankylosante. On sait que les comorbidités augmentent la morbidité et diminuent la qualité de vie. Les médecins généralistes sont les premiers professionnels consultés en cas d'apparition de comorbidités. La question est de savoir s'il existe un risque de développer d'autres pathologies chroniques en cas d'arthrite inflammatoire chronique. Les auteurs ont réalisé une large étude dans les dossiers médicaux des MG néerlandais via les codes de la classification internationale des soins primaires (CISP). Ils ont retrouvés :

- 50% de pathologies cardiovasculaires ;
- 40% de problèmes musculo-squelettiques surajoutés ;
- 33% de pathologies neurologiques ;
- 25% de troubles endocriniens et
- 18% de problèmes respiratoires.

(PE)

D'après l'exposé du Dr M. Nielen, généraliste, Université d'Utrecht, Pays-Bas

Mots-clefs: arthrite, comorbidité