



Congrès Francophone de la Médecine Générale

Paris, du 26 au 28 mars 2015

par les D^{rs} Aurore GIRARD, Thomas ORBAN et Thierry VAN DER SCHUEREN •
médecins généralistes • rmg@ssmg.be

Pour la seconde fois, Paris a accueilli le Congrès Francophone de la Médecine Générale. Cette 9^e édition 2015 proposait des ateliers, des conférences plénières et des présentations orales dans diverses thématiques telles que la prévention, le dépistage, la relation médecin/patient, la décision médicale, les maladies infectieuses, les femmes et les enfants. Ce congrès est aussi une formidable occasion d'échanger les expériences et de confronter les pratiques. Vous ne découvrirez ici qu'un modeste échantillon des interventions de ce congrès.

Dépistage neurosensoriel des nourrissons

Le médecin généraliste a une place prépondérante dans le dépistage neurosensoriel des nourrissons de 0 à 2 ans. Ce dépistage peut se réaliser de manière informelle ou systématisée lors de chaque consultation et ne nécessite pas de matériel particulier.

L'audition peut être testée avec des jouets sonores ou un simple trousseau de clefs. Le nourrisson réagit au bruit dès le plus jeune âge. Le but est de dépister et de prendre en charge au plus tôt une surdité profonde et sévère pour en limiter les conséquences sur le développement de l'enfant.

Une absence de réaction au bruit ou la perte progressive du babil sont des signes d'alerte.

Pour la vision, là aussi, ne sont nécessaires que nos mains, notre sens de l'observation et une source lumineuse. Le but est de dépister une cécité profonde ainsi que de dépister au plus tôt le strabisme afin de le prendre en charge et d'éviter l'amblyopie.

Le dépistage visuel du nourrisson comporte :

- un examen des structures externes de l'œil et des pupilles (aspect, symétrie, taille).
- un examen des réflexes : attraction du regard à la lumière, réflexe photo moteur après occlusion de l'œil controlatéral, fermeture des paupières

à l'éblouissement et, après 4 mois, le réflexe de poursuite et de convergence.

Le strabisme constant est toujours pathologique. Le strabisme convergent intermittent est pathologique s'il persiste au-delà de 4 mois.

Toute anomalie nécessite un avis spécialisé dans les plus brefs délais. (AG)

D'après l'exposé des D^{rs} M. BISMUTH, médecin généraliste à Labarthe-sur-Lèze, P. BOYER et PINS-JUSTARET & M^{me} M. CUVIER, orthoptiste, Paris.

Mots-clés : dépistage neurosensoriel, nourrisson.

Inégalités Sociales de santé

Le Collège de la Médecine Générale française a réalisé un travail : « pourquoi et comment enregistrer la situation sociale du patient dans le dossier de médecine générale ? ». La raison de cet enregistrement est simple : entre deux hommes de 35 ans dont l'un est ouvrier et l'autre cadre supérieur, l'espérance de vie diffère de 7 ans et le nombre d'années sans interruption de travail pour maladie est de 10 ans, au détriment de l'ouvrier. Il s'agit donc pour le généraliste de donner les soins adéquats et de qualité (en intensité, temps, organisation, etc.) en fonction des inégalités sociales de santé (ISS). Pour cela, il est nécessaire de disposer de certaines données. Celles qui sont indispensables (7) sont :

- date de naissance ;
- sexe ;
- adresse ;
- statut par rapport à l'emploi ;
- profession éventuelle ;
- assurance maladie ;
- capacité de compréhension du langage écrit par le patient (« avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre des ordonnances ou des documents d'information médicale remis par votre médecin ou votre pharmacien ? »).



Les données qui sont utiles (9) sont :

- le fait d'être en couple ou pas ;
- le nombre d'enfants à charge ;
- le fait de vivre seul ;
- le pays de naissance ;
- le niveau d'études ;
- la catégorie socioprofessionnelle (ex : agriculteur, professeur, etc.) ;
- le fait de bénéficier de minima sociaux (revenu minimum social, aide sociale) ;
- les conditions de logements ;
- la situation financière perçue. (TO)

Le texte de cette recommandation est disponible à l'adresse suivante :

http://www.lecmg.fr/photos/doc_iss_02_04.pdf

D'après l'exposé des D^{rs} M. DENANTES et H. FALCOFF, médecins généralistes à Paris.

Mots-clés : inégalités sociales de santé, qualité des soins.

Généralistes et psychiatres : partenaires !

Le Collège de la Médecine Générale français a réalisé, conjointement avec les psychiatres, une charte pour améliorer les soins de santé mentale et le partenariat entre les deux disciplines.

Les points de la Charte de partenariat sont les suivants :

- le psychiatre s'assure de l'existence et de l'identification d'un médecin généraliste (MG) pour chacun de ses patients ;
- le MG assure le suivi global du patient, en particulier lors de comorbidités somatiques ou psychiatriques ;
- une disponibilité téléphonique directe réciproque est assurée par les partenaires (MG et psychiatre) ;
- la transmission d'information est assurée par le secteur psychiatrique vers le MG qui est considéré comme co-thérapeute ;
- le MG est informé rapidement des hospitalisations (en urgence ou programmées) de son patient en service psychiatrique ;
- le MG mobilise les ressources locales et les interventions au domicile par l'équipe du secteur psychiatrique ;
- les deux partenaires assurent la coordination des interventions au domicile ;
- la formation universitaire doit favoriser une connaissance mutuelle des deux professions. (TO)

Le texte de cette Charte de partenariat est disponible à l'adresse suivante :

<http://www.lecmg.fr/photos/chartecmemedecinegen.pdf>

D'après l'exposé du D^r F. CASANOVA, médecin généraliste à Buis-les-Baronnies, et de M^{me} S. Peron, Poitiers.

Mots-clés : santé mentale, psychiatrie.

Arrêt tabac : algorithme IDEAL

La Haute autorité de santé (HAS) a publié une recommandation de bonne pratique : « arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». L'outil IDEAL est un algorithme sur le parcours du patient désireux d'arrêter de fumer. Il est associé à la recommandation. Les lettres ont une signification précise :

- **I** pour intention. Il faut aider et encourager les patients à arrêter de fumer. Quel est le désir d'arrêter de fumer chez le patient et quel est le niveau des freins à l'arrêt du tabagisme ? L'entretien motivationnel est un outil important lors de cette phase ;
- **D** et **E** pour décision et élaboration. Une fois la décision prise, il faut élaborer un plan de changement. Fixer avec le patient la date d'arrêt est très important. Le patient sera informé des différents traitements possibles, du sevrage et de ses effets, etc. L'objectif est d'obtenir une décision partagée ;
- **A** comme action. Une prise en charge adaptée, avec ou sans traitement de substitution nicotinique, est mise en place ;
- **L** comme liberté. Un travail sur le maintien de l'abstinence et la prévention de la rechute clôt cet algorithme. En particulier, il est bon d'expliquer au patient la différence entre un « faux pas » (consommation ponctuelle) et une rechute (consommation prolongée). (TO)

Le texte de cette recommandation est disponible à l'adresse suivante :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/reco2clics_arrêt_de_la_consommation_de_tabac_2014_2014-11-13_10-51-48_441.pdf

D'après l'exposé du D^r A. OUAZANA, médecin généraliste à Saint-Cyr-l'Ecole.

Mots-clés : sevrage tabac, traitement de substitution nicotinique.

Dépistage prénatal non invasif : questions éthiques

Le dépistage prénatal non invasif (DPNI) prend un essor fulgurant ces dernières années. Il s'agit d'un test génétique réalisé sur l'ADN libre fœtal dans le sang maternel. Il peut dépister la trisomie 21 de manière plus sensible et plus précise que la méthode classique. L'industrialisation de son processus rendra rapidement son coût bien plus accessible qu'actuellement (> 300 €). Les questions éthiques associées au développement des tests génétiques fœtaux sur sang maternel sont ;

- l'impossibilité d'une interdiction de savoir versus le droit de ne pas savoir ;
- l'impossibilité de communication sur des maladies rares nombreuses et diverses ;

- les difficultés des procédures de lecture sélective de l'ADN ;
- la difficulté de conservation des données.

Les développements scientifiques et techniques dans ce domaine sont plus rapides que le raisonnement sociétal. Les généralistes seront rapidement confrontés, s'ils ne le sont déjà, aux questions des patients au sujet du DPNI. Il est grand temps que le corps médical réfléchisse aux aspects éthiques de cette procédure et aux répercussions de celle-ci dans la pratique quotidienne. (TO)

D'après l'exposé du Dr G. MOUDEL, Paris.

Mots-clés : éthique, dépistage prénatal non invasif.

Dépistage ciblé du mélanome

Le dépistage systématique du mélanome malin est abandonné dans de nombreux pays en raison de l'absence d'efficacité de la démarche sur la mortalité. Cette recherche-action visait à évaluer le dépistage du mélanome dans la fraction de la population la plus à risques. Pour cela, un outil auto-administrable par les patients et validé (Sam-Score) permet de repérer les patients à haut risque. Ceux-ci sont alors invités à se présenter pour un examen chez leur médecin généraliste. Ce dernier les adresse au dermatologue en cas de découverte potentiellement suspecte. Parmi les patients à risques, 6,7% choisissent d'aller directement chez le spécialiste, 51,6% se présentent chez leur médecin généraliste pour un examen et les autres ne font rien. Après examen du généraliste, 12% des patients à risque sont adressés au dermatologue. Un tiers des patients adressés présentaient une lésion cancéreuse, mélanome ou carcinome. Cette sélection des patients à haut risque augmente le « rendement » du dépistage par le médecin généraliste et limite les examens inutiles. Toutefois, cette étude ne permet pas de savoir si la mortalité du mélanome est réduite par ce dépistage ciblé. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr M DARGONE, médecin généraliste à Nantes.

Mots-clés : dépistage, mélanome.

Diagnostic précoce des démences

Quels sont les éléments qui permettent au médecin généraliste de repérer un patient suspect de troubles démentiels ? Selon cette enquête française, le premier élément rapporté par les généralistes est la plainte de l'entourage, ensuite les défauts d'hygiène, les erreurs répétées dans les traitements et rendez-vous. Étonnement, la plainte mnésique du patient lui-même est considérée par les répondeurs

comme rassurante alors que la littérature démontre le contraire. L'empathie des généralistes envers leurs patients constitue un frein au diagnostic précoce des démences. Un peu comme si le retard du diagnostic pouvait protéger le patient... (TVdS)

D'après l'exposé du Dr P. BERNARD, médecin généraliste à Saint-Eloy-les-Mines.

Mots-clés : démence, signes précoces, diagnostic.

Vaccination antipneumococcique des groupes à risque

La vaccination antipneumococcique est recommandée pour les personnes âgées de plus de 65 ans et pour divers groupes à risque. En effet, en France, le pneumocoque est responsable de 10 000 décès/an, essentiellement parmi ces patients. Cette étude réalisée sur tout un département français montre que seulement 15% des patients identifiés « à risque » par leur généraliste bénéficient de la vaccination antipneumococcique. Cette vaccination qui peut être réalisée n'importe quand dans l'année est très largement réalisée durant la période de vaccination antigrippale. Parmi les groupes à risque, tous les groupes ne sont pas couverts de la même manière : les patients atteints d'affections respiratoires chroniques et d'affections multiples sont mieux couverts que les insuffisants cardiaques ou les patients atteints de maladies hépatiques chroniques. Dans les groupes à risque, 85% des patients couverts ont été vaccinés par leur médecin généraliste.

Les auteurs de l'étude suggèrent aux médecins généralistes de mieux cibler les groupes à risque pour la vaccination antipneumococcique et de les vacciner dès que le diagnostic est posé. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr J LYON-BILGER, médecin généraliste à Marseille.

Mots-clés : prévention, vaccination, pneumocoque.

Affiches en salle d'attente

Cette étude menée dans le cadre d'un travail de fin d'étude apporte des données intéressantes sur l'impact des affiches en salle d'attente. Neuf cabinets sur dix disposent des affiches dans la salle d'attente. Ces dernières sont lues par 20 à 80% des patients en fonction de leur durée d'attente (au plus le patient attend, au plus il lit les affiches) et en fonction du nombre d'affiches (plus il y a d'affiches, moins elles ont de chance d'être lues). Plusieurs études ont montré l'absence d'impact de l'affichage sur le comportement des patients. Dans cette étude prospective et comparative avec un groupe témoin, 55% des patients dans les 2 groupes ont lu l'affiche sur



le dépistage du HIV. Dans le groupe intervention, le médecin traitant demandait au patient s'il avait vu l'affiche à propos du dépistage du HIV et lui proposait le test. Dans ce groupe, le nombre de tests réalisés a été 4 X supérieur que dans le groupe témoin. Toutefois, dans le groupe témoin, les patients qui avaient lu l'affiche avaient demandé un test HIV 3,5 X plus souvent que ceux qui n'avaient pas lu l'affiche. Il semble donc qu'une affiche lue exerce une influence sur le patient mais que celle-ci peut être largement renforcée grâce à une question posée par le médecin à ses patients à propos de l'affiche. Poser une question à propos de l'affiche en salle d'attente potentialise l'impact de l'affichage. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr P. SZILVASSY, médecin généraliste à Garches.

Mots-clés : éducation à la santé, affiche, salle d'attente.

Désaccord entre assistant et maître de stage : formatif !

Chacun n'a-t-il pas le droit de ne pas être d'accord avec une décision, un choix ou une prise en charge ? La survenue d'un désaccord entre le maître de stage et son assistant est une situation très fréquente, particulièrement durant les premiers mois de collaboration et à l'occasion de situations urgentes ou stressantes. Malheureusement, assistant et/ou maître de stage choisissent souvent de se taire plutôt que d'en parler. Pourtant, adopter une attitude ouverte par rapport à un possible désaccord et l'annoncer dès le début de la collaboration permettent tant à l'assistant qu'au maître de stage de s'exprimer par la suite sur un éventuel désaccord. La discussion qui s'en suit et l'éventuelle gestion de crise associée sont bénéfiques et formatrices pour le futur professionnel et pour le formateur. (TVdS),

D'après l'exposé du Dr E. GALAM, professeur de médecine générale à Paris.

Mots-clés : stage, formation.

Bien prescrire de l'activité physique aux diabétiques

Il est recommandé aux patients diabétiques de réaliser un total de 150 minutes/semaine d'activité physique d'intensité modérée ainsi que 2 séances de 30 minutes/semaine d'activité en résistance telle que de la musculation. Pour favoriser la mise en œuvre de ces recommandations, il est conseillé de prescrire, si possible par écrit, l'activité physique requise pour le patient.

Une excellente prescription comportera donc :

- le type d'activité physique : p ex. marche, natation, vélo, jardinage... ;
- la durée de l'activité physique : 150 minutes/semaine + 60 minutes/semaine ;
- la fréquence de l'activité : p ex 5 promenades de 30 minutes et 3 séances de 20 minutes de musculation chaque semaine ;
- l'intensité des activités : intensité modérée.

L'ordonnance doit être personnalisée et négociée avec le patient selon son état physique, son organisation et son mode de vie.

Les difficultés rencontrées pour mettre en œuvre ces recommandations sont le manque de motivation du patient, l'inobservance du patient, ses doutes sur les réels bénéfices de l'activité physique, le refus du patient ainsi que le manque de temps. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr M. PREVOST, professeur de médecine générale à Limoges

Mots-clés : activité physique, diabète, recommandation.

Secrétariat : besoins en MG

Cette vaste enquête auprès des médecins généralistes français donne une image du mode de fonctionnement des médecins en cabinet. La présence d'une secrétaire est une réalité pour 37% des médecins et 29% utilisent les services d'un télésecrétariat. Pour 29%, la gestion du secrétariat et des appels est réalisée par eux-mêmes alors que 5% recourent à la fois à une secrétaire et au télésecrétariat. Un médecin généraliste sur 4 dispose d'une secrétaire pour lui seul alors que les autres la partagent avec d'autres médecins. 50% des contrats de ces secrétaires sont inférieurs à 24h/semaine alors que les contrats de télésecrétariat dépassent 50h/semaine dans 56% des cas. Les secrétaires des généralistes gèrent de nombreuses tâches (7 en moyenne) alors que les télésecrétariats n'en gèrent que 2 en moyenne. Le coût d'une secrétaire avoisine 10% du chiffre d'affaire du médecin et le coût moyen du télésecrétariat est de 1 €/appel.

Il semble que le meilleur choix dépende avant tout de ce que l'on souhaite déléguer comme tâches. S'il s'agit seulement de la gestion des rendez-vous, alors le télésecrétariat ou un site internet sont les meilleures options. Par contre, si le besoin se situe au niveau de l'accueil des patients, de la gestion administrative et logistique du cabinet ou à plusieurs niveaux simultanément, engager 2 secrétaires à temps partiel semble la meilleure option afin d'élargir les plages de présence et de limiter les désagréments en cas de maladie ou de congé d'une secrétaire. (TVdS)

D'après l'exposé du Dr P. DUREAU, médecin généraliste à Lyon.

Mots-clés : organisation, secrétariat.