



# 21<sup>e</sup> Congrès WONCA Europe

Copenhague, du 15 au 18 juin 2016

par les Drs Thierry VAN DER SCHUEREN et Patricia EECKELEERS •  
médecins généralistes • [rmg@ssmg.be](mailto:rmg@ssmg.be)



**Cette année, c'est le Danemark qui accueillait le congrès WONCA Europe. L'organisation était assurée par l'association des médecins généralistes scandinaves rassemblant les omnipraticiens de Suède, Norvège, Danemark, Finlande et Islande. Seulement 3.000 participants pour cette édition mais un contenu riche, varié et intéressant autour de quelques thèmes : l'Europe vieillissante, rendre les soins accessibles, l'avenir de la consultation, l'art du diagnostic et les inégalités de santé.**

## Poser un diagnostic reste un acte difficile

Disposer d'un bon diagnostic n'est pas toujours nécessaire puisque la guérison survient spontanément dans de nombreuses pathologies. Ceci dit, être capable de poser un bon diagnostic reste une excellente qualité pour un médecin.

Dans la démarche diagnostique, nous utilisons l'anamnèse, l'examen du patient et certains tests. Chacun de ces éléments pris séparément n'est pas très fiable, particulièrement en pratique de première ligne. En effet, la plainte de fatigue ou une pâleur des muqueuses sont à la fois peu sensibles et peu spécifiques d'une pathologie donnée. Par contre, en combinant plusieurs éléments anamnestiques et cliniques, le médecin améliore très fortement sa performance et sa capacité à poser le bon diagnostic. C'est sur ce principe que sont basés la plupart des scores cliniques comme les critères d'Ottawa pour l'entorse de la cheville.

En plus de la difficulté à utiliser des tests de qualité médiocre, s'ajoute la multiplicité des diagnostics possibles en première ligne. En effet, si d'une part, 30 diagnostics différents constituent la moitié des consultations en médecine générale, d'autre part, l'autre moitié des consultations représente plus de 8000 diagnostics différents. De surcroit, 4 à 6 nouveaux diagnostics apparaissent chaque semaine !

Parmi les 13 000 maladies recensées actuellement, 7000 sont des maladies rares qui n'affectent en tout que 7 % de la population. Leur diagnostic est donc difficile et requiert en général plus de 3 avis médicaux différents avant d'être identifié. (TVdS)

D'après l'exposé du Pr P Glasziou, médecin généraliste enseignant à la Bond University de Gold Coast (AUS).

**Mots-clés : diagnostic, incertitude.**

## L'avenir de la médecine générale passera par davantage d'attention au système de santé

Une médecine générale forte et développée offre, plus que toute autre formule, une meilleure santé à la population, de meilleures performances de tout le système de santé et une plus grande satisfaction des bénéficiaires. Cela est possible en raison des qualités spécifiques de la médecine générale qui sont :

- une meilleure accessibilité, en particulier aux plus fragiles ;
- une meilleure prise en charge des problèmes de santé complexes ;
- une attention particulière à la prévention ;
- une intervention plus précoce dans tous les problèmes de santé ;
- une attention au patient plutôt qu'à la maladie ;
- une réduction de la surmédicalisation.

Le médecin généraliste connaît bien l'ensemble du système de santé dans lequel il accompagne ses patients. Ce n'est pas le cas pour les médecins spécialistes. Le généraliste identifie correctement tant les points forts que les points faibles du système. Dans ce cadre, les associations de médecins généralistes sont idéalement placées pour proposer les améliorations à apporter aux systèmes de santé. Il est donc important, selon l'orateur, que les associations de médecins généralistes pèsent





de tout leur poids pour influencer les orientations politiques et administratives en soins de santé. (TVdS)

D'après l'exposé du Pr M Marshall, médecin généraliste enseignant à l'University College of London (GB).

**Mots-clés :** profession, organisation des soins.

## Réduire la polymédication : comment faire ?

La polymédication est fortement associée à une augmentation du risque et du nombre d'hospitalisations, à une augmentation du cout global des soins ainsi qu'à une réduction de la compliance au traitement. Réduire le nombre de médicaments chroniques chez nos patients, en particulier auprès des plus âgés, doit être un objectif sanitaire. Mais comment s'y prendre en pratique ? La première étape est le dialogue avec le patient: quels sont ses problèmes actuels, qu'est-ce qui le gêne et qu'est-ce qui se passe bien ? Cette première étape permet d'identifier et de lister les problèmes du patient. La deuxième étape consiste à établir avec le patient les priorités de sa prise en charge future. Au cours de cette étape, il faudra aussi définir les objectifs de cette prise en charge (confort, allongement de vie, autonomie...). L'étape suivante est consacrée à l'analyse par le médecin des options idéales pour rencontrer les objectifs avec des risques minimaux. Pour cela, il doit s'aider d'outils tels que la liste de Beers, les listes STARTT/STOP.

La quatrième étape consiste à mettre en œuvre le nouveau plan thérapeutique simplifié et personnalisé. La dernière étape sera de monitorer et évaluer avec le patient les effets et les résultats du changement. (TVdS)

D'après l'exposé de M<sup>me</sup> K Smith, pharmacienne clinicienne à Londres (GB).

**Mots-clés :** polymédication, plan de soins.

## Règles de prescription chez la personne âgée

1. Le patient n'aura pas d'autre prescripteur que son médecin traitant.
2. Ne pas utiliser un canon pour se débarrasser d'une mouche.
3. Débuter avec une faible dose et augmenter lentement (start low & go slow).
4. N'utiliser que des médicaments qui vont aider le patient dans ses problèmes actuels.

5. Noter au dossier les raisons de chaque prescription médicamenteuse.

6. Dans le doute, ne pas prescrire.

7. Prescrire impose de communiquer à ce propos avec le patient et l'équipe soignante. (TVdS)

D'après l'exposé du Pr J Straand, professeur de médecine générale à Oslo (NOR).

**Mots-clés :** polymédication, gériatrie.

## Les diagnostics excessifs

Actuellement, les excès de diagnostic et de traitement deviennent un réel problème de santé publique.

Ceux-ci sont de 3 types :

### Un excès de détection

- le nombre de cancers de la thyroïde détectés par échographie a été multiplié par 3 en 25 ans, alors que la mortalité est restée la même ;
- les pathologies musculo-squelettiques (hernie discale, arthrose, discopathies, etc.) découvertes de façon fortuite chez des patients asymptomatiques explosent, sans aucun effet sur la morbidité ;
- les incidentalomes entraînent des mises au point excessives et parfois des traitements inutiles et délétères.

**Un excès lié à la définition des maladies** par changement de normes avec augmentation de la population à traiter

- le cut-off pour le diagnostic de diabète de type 2 est passé d'une glycémie à jeun de 140 à 126 mg % avec une augmentation subséquente du nombre de diabétiques diagnostiqués à traiter ;
- de même avec le diabète gravidique: le pourcentage de femmes enceintes diabétiques est passé de 6 à 18% alors que le National Institute for Health (NIH) américain en 2013 n'a démontré aucune preuve d'efficacité sur la morbidité de la mère et du fœtus suite à la diminution de la norme de la glycémie à jeun ;
- les changements de normes de l'HTA, de l'ostéoporose, de l'obésité.

### Un excès de médicalisation

- la médecine anti-âge en est un bon exemple tout comme la médicalisation des émotions du DSM-5. (PE)

D'après la keynote du Prof P. Glasziou, Bond University, Gold Coast, Australie

**Mots-clés :** diagnostic.



## Dé-prescription

De nombreux exposés ont abordé le thème de la déprescription, c'est-à-dire la suppression de certains médicaments du patient souffrant de multimorbidités en cas de prise de plus de 5 molécules par jour. En effet, on considère qu'au-delà de 5 médicaments/jour, il y a augmentation des effets secondaires, des interactions médicamenteuses délétères et une augmentation des couts. Le centre de soins de première ligne où travaille l'oratrice à Singapour a réalisé une enquête auprès de la patientèle. La population étudiée (136 patients) avait comme caractéristiques : une moyenne d'âge de 68 ans, une moyenne de 4 pathologies chroniques et 6 médications différentes. Parmi ceux-ci, 69% des patients veulent d'emblée limiter le nombre de leurs médicaments. Et 91,4% sont demandeurs de diminuer leurs médicaments si leur médecin généraliste le leur propose. Ce pourcentage est d'autant plus élevé que les patients sont jeunes (< 65 ans). Mais dans le chef des médecins, la grande difficulté est liée à l'absence de guidelines sur les choix thérapeutiques en cas de multimorbidités concomitantes. (PE)

D'après la communication du Dr Ng Wei Ling, médecin généraliste à Singapour.

**Mots-clés :** multimorbidité, prescription.

## Fin de vie

Le Dutch College of General Practitioners a créé une formation pour les médecins concernant les soins en fin de vie. Cette formation a comme but de donner aux médecins, essentiellement généralistes, des compétences de communication avec le patient et son entourage.

Les soins en fin de vie englobent :

- le diagnostic et le pronostic ;
- les options thérapeutiques ;
- les attentes du patient envers les soignants ;
- ses désirs au niveau spirituel, social, familial ;
- la position et le rôle de la famille ;
- les déclarations d'intention du patient.

**Au niveau des soignants**, plusieurs difficultés sont présentes :

- le médecin et le patient n'ont pas toujours les mêmes valeurs éthiques et morales ;
- certains patients sont incapables d'exprimer leur ressenti et leurs désirs ;
- le médecin peut aussi avoir des problèmes de distance : trop proche ou trop distant avec son patient ;
- le manque de temps du médecin ;
- le manque de compétence en écoute et en communication du médecin, etc.

Or, des soins palliatifs de qualité nécessitent :

**• un médecin présent et disponible :**

- le mode de communication en cas de nécessité doit être donné (mail, téléphone, etc.) ;
- mentionner notre disponibilité et notre ouverture pour discuter de tout ce qui semble important ;
- mentionner que la communication sera professionnelle (avec respect en maintenant une certaine distance).

**• une écoute active :**

- avec des questions ouvertes ;
- avec confrontation de notre interprétation avec le patient ;
- avec demande des désidératas et souhaits et besoins du patient.

**• d'anticiper l'avenir :**

- envisager la fréquence des visites ;
- informer sur les probables complications ;
- informer aussi sur l'évolution dans les semaines et mois qui viennent ;
- demander quels sont ses désirs au niveau de son décès (PE)

D'après le Dr L. van Der Jagt, Dutch College of General Practitioners, Utrecht, Pays-Bas.

**Mots-clés :** soins palliatifs, communication médecin-patient.