



Communications de la SFTG au Congrès de la médecine Générale Nice 2009



Liste des articles :

- Editorial
page 1
- Etude de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis et des facteurs clinico-biologiques associés dans une population d'adolescents en rupture
page 2
- Allaitement et inégalités sociales de santé
page 4
- Tabagisme pendant la grossesse et inégalités sociales de santé
page 4
- L'oncogériatrie, un exemple de coprofessionnalité
page 5
- Médecine générale en pays de Vaud : co-professionnalité, co-responsabilité.
page 6
- Peut-on prévenir les pathologies liées à l'environnement ?
page 10
- 4 échelles d'évaluation de la relation parent-enfant
page 12
- Mesurer l'impact d'une recommandation par l'appropriation et l'utilisation des outils proposés
page 14
- Mieux connaître le rôle du médecin du travail
page 16

L'effervescence et le plaisir manifeste qui régnaient sur le stand de la SFTG au congrès de médecine générale à Nice au mois de Juin 2009 traduisaient l'importance que revêt ce rassemblement de médecins généralistes pour la SFTG et pour toute notre profession. Plus de 1500 d'entre nous ont ainsi quitté leur cabinet pendant 2 jours pour venir présenter, échanger, interroger sur le thème de « la santé de la personne à la santé des populations : médecine générale et co-professionnalité ».

Nous avons tous conscience de l'importance primordiale pour la médecine générale de témoigner de notre travail en soins primaires, de produire de la recherche de qualité, de faire émerger des critères de qualité pour suivre notre activité et l'améliorer.

La présentation des « Tableaux de Bord de Suivi intégrés aux dossiers médicaux informatisés pour améliorer la qualité du suivi des diabétiques et des hypertendus » en est un très bon exemple. Les communications sur les inégalités sociales de santé ont suscité beaucoup d'échanges et témoignent de l'investissement de la SFTG dans ces graves problématiques de santé publique. Des travaux ont été présentés sur la possibilité d'agir en médecine générale pour réduire ces inégalités, sur le tabagisme, sur l'allaitement, sur la recherche de chlamydia trachomatis dans une population d'adolescents en rupture, sur le repérage de la consommation d'alcool et de tabac, sur l'échelle d'évaluation de la relation parents-enfants. Dans la suite de notre colloque de janvier 2009 : « le médecin, le patient et l'environnement, quelle information pour agir ? », nos travaux de recherche en cours ont été présentés sur le rôle possible du médecin généraliste pour prévenir ces pathologies. Sur le thème de la coprofessionnalité plusieurs sujets ont été abordés : « Mieux connaître le médecin du travail » « l'oncogériatrie un exemple de co-professionnalité », « co-professionnalité, co-responsabilité en pays de Vaud » par notre ami et médecin généraliste

très actif à Lausanne dans la société suisse de médecine générale. La mesure de l'impact d'une recommandation par l'appropriation et l'utilisation d'outils proposés pour améliorer la prise en charge de l'insomnie au cours d'actions d'EPP a été faite en appui sur la recommandation de bonnes pratiques élaborée par la SFTG dans le cadre d'un partenariat avec l'HAS. Bravo à tous ceux, nombreux, qui se sont ainsi investis pour faire progresser nos savoirs sur nos pratiques et les différents champs de la santé.

C'est une nouvelle et formidable possibilité que s'est donnée la profession de travailler ensemble et de montrer au travers de tous ces travaux la diversité, la complexité, la richesse de notre exercice mais aussi notre capacité à en rendre compte. Tout cela participe d'une nouvelle dynamique de regroupement et d'échanges entre les structures trop longtemps opposées et dispersées. Cette forte synergie permet aussi d'ouvrir une nouvelle fois le chemin vers la constitution d'un Collège de médecine générale. La SFTG s'est très activement impliquée dès l'origine dans ce mouvement de rassemblement de notre profession. Pour en témoigner, nous avons sollicité la vice-présidence pour le Congrès 2010 et nous serons fiers d'en assurer la présidence en 2011.

Nous espérons que vous serez encore plus nombreux à nous rejoindre et à partager ces moments importants pour la SFTG et toute la communauté généraliste au prochain Congrès à Nice du 24 au 26 Juin 2010. Le thème en sera « Spécialiste en Médecine Générale : spécificités et diversité ». Soins, Formation, Recherche.

Au plaisir de vous retrouver dans quelques mois à Nice pour continuer à construire l'histoire de la médecine générale.

Isabelle de Beco.

Vice-présidente, pour la SFTG, du Comité d'organisation du Congrès de la Médecine Générale France 2010



Etude de prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et des facteurs clinico-biologiques associés dans une population d'adolescents en rupture

Audrey Marchal¹, Thomas Girard¹, Stéphane Mercier¹, Vivian Viallon³, Hélène Poupet⁴, Sophie Raheison², Christiane Bébéar², Evelyne Bloch¹, Dinah Vernant¹ & Bertille de Barbeyrac².

Introduction

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la première infection bactérienne sexuellement transmissible dans les pays industrialisés. Depuis 1997, en France, les détections positives augmentent dans toutes les régions. La progression annuelle du nombre de diagnostic de *C. trachomatis* peut être liée à un meilleur dépistage ou le reflet d'une réelle augmentation [1]. La propagation de l'infection est favorisée par son caractère paucisymptomatique et l'infection passant inaperçue chez 60 à 70% des femmes et 50% des hommes, reste non détectée[2]. Cette infection est responsable de douleurs pelviennes, salpingites et de ses conséquences, stérilité tubaire et grossesse extra-utérine [3]. La prévalence rapportée dans la littérature varie entre 1 et 5% dans les populations à bas risque et 8 à 20% dans celles à haut risque [4]. Peu de données sont disponibles concernant les adolescents en France.

L'espace Santé Jeunes est une unité de consultation, qui accueille des jeunes âgés de 14 à 21 ans en situation de rupture sociale, familiale et/ou scolaire. Ils sont adressés par l'Aide Sociale à l'Enfance, la Protection Judiciaire de la Jeunesse et la Médecine Scolaire, à partir de Paris et d'Ile-de-France. L'analyse de l'histoire de ces jeunes révèle souvent une vie sexuelle précoce avec d'emblée plusieurs partenaires. Cette population est donc particulièrement à risque d'être exposée à *C. trachomatis*. L'objectif de ce travail est d'estimer la prévalence de l'infection à *C. trachomatis* et d'identifier des facteurs clinico-biologiques liés à l'infection dans le but de mieux cibler le dépistage.

Méthode

Il s'agit d'une étude prospective monocentrique non randomisée de dépistage systématique chez des adolescents symptomatiques ou non, consultants pour la première fois et acceptant le prélèvement.

Le dépistage de *C. trachomatis* était effectué à partir du 1er jet d'urine chez les garçons et par un auto-échantillonnage vaginal chez les filles. *C. trachomatis* était détecté par une technique d'amplification génique in vitro

Un recueil de données épidémiologiques, biologiques et cliniques était effectué lors de la première consultation. Une première analyse univariée a étudié le lien entre chaque paramètre et le portage à *C. trachomatis* par le test du χ^2 avec un risque alpha de 5%. A partir des résultats obtenus, pour les paramètres les plus significativement associés à l'infection, une régression logistique a été faite et un modèle multivarié avec interactions potentielles construit en incluant les variables pour lesquelles $p < 0,2$

Résultats

Durant l'année de l'étude (avril 2006-2007), 501 patients, 237 filles et 264 garçons ont bénéficié d'un dépistage de *C. trachomatis*. En ne tenant compte que des patients qui déclaraient avoir eu des rapports sexuels (204 filles et 152 garçons) la prévalence était de 10,4% tout sexe confondu, 16,1% chez les filles et 2,6% chez les garçons. L'âge médian de la population est de 17 ans et le pic de fréquence de l'infection est à 19 ans. Les filles sont plus souvent maltraitées, violées et font plus de tentatives de suicide. Elles sont également plus souvent scolarisées et sont plus souvent carencées en fer du fait des règles et des apports insuffisants en fer. L'âge médian du premier rapport sexuel est identique entre les deux sexes, et les filles déclarent plus souvent avoir des rapports protégés. Dans notre étude il n'y a pas de différence en ce qui concerne la fréquence des prises de toxiques. Les filles sont mieux protégées contre le VHB, et les garçons plus souvent atteints d'hépatite B chronique.

L'analyse univariée a été effectuée chez les filles ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles et les résultats révèlent plusieurs paramètres associés à l'infection à *C. trachomatis* : avoir eu un premier RS après l'âge de 14 ans, un temps séparant l'âge des PR de celui de l'âge du premier RS de 5 ou 6 ans, des douleurs abdominales ou des pertes jugées inhabituelles, une leucocyturie, et la protection contre le VHB (8 patientes infectées étaient porteuses de l'anticorps Hbc). L'origine ethnique et le temps de séjour passé en France ne semblent pas influencer significativement la fréquence de l'infection. Les événements tels que la maltraitance, le viol, la toxicomanie, la tentative de suicide, l'IVG, habituellement associés aux situations de rupture et d'errance ne sont pas liés à l'infection à *C. trachomatis*. Enfin, dans cette analyse, la présence d'une leucocyturie à la bandelette urinaire est liée au risque d'infection à *C. trachomatis*. Son intérêt reste celui de sa valeur prédictive négative puisque 88% des cas de bandelettes négatives étaient corrélés à un résultat négatif de PCR. Par contre sa sensibilité est de 46% et sa valeur prédictive positive de 29%. Chez



Dr A. MARCHAL

Les filles sont mieux protégées contre le VHB, et les garçons plus souvent atteints d'hépatite B chronique.

1. Espace Santé Jeunes Guy Moquet. Hôpital Hôtel-Dieu. 75181 PARIS Cedex 04.

2. Laboratoire de Bactériologie. EA 3671, Centre National de Référence des infections à Chlamydia. Université Victor Segalen Bordeaux2. 33076 Bordeaux Cedex

3. Laboratoire de Biostatistiques. Hôpital Cochin-Université Paris-Descartes.75014 PARIS.

4. Laboratoire de Bactériologie. Hôpital Cochin.75014 PARIS.



les hommes infectés par *C. trachomatis* la bandelette était toujours positive.

L'analyse multivariée a révélé trois variables liées à l'infection à *C. trachomatis* : des plaintes somatiques [OR: 4,19 (1,77-9,92)], plus de 1 partenaire sexuel dans l'histoire de la patiente [OR: 2,46(1,01-6,04)], l'âge de la première relation sexuelle [OR: 1,48(1,1-1,99)]. Le risque d'être infecté augmente avec l'âge de cette première relation. Les patientes ont été traitées pour une grande majorité par doxycycline. Quarante-sept pour cent ont été contrôlées négatives après traitement, 11% à nouveau positives et 42% ont été perdues de vue. Lorsque les partenaires sexuels masculins (n=10) ont pu être dépistés, tous étaient infectés et ont été traités par azithromycine. Les partenaires des hommes ne sont pas venues en consultation et il n'a pas été possible de contrôler la PCR après traitement chez les hommes.

Discussion

La prévalence de l'infection à *C. trachomatis* chez les filles estimée à plus de 16% dans notre étude, situe notre population dans la tranche des populations dites « à risque ». En France, la prévalence dans des populations jugées « non à risque » est évaluée entre 2 et 5% [5, 6]. Pour les populations « à risque » elle est estimée entre 7 et 15% voire plus [4, 7].

Le nombre de filles dépistées positives est beaucoup plus important que celui des garçons. Cette donnée est connue dans la littérature, et les hommes infectés sont plus âgés que les jeunes filles [8]. Cependant, dans notre étude nous n'avons pas retrouvé de différence d'âge entre les filles dépistées et leurs partenaires masculins. Ceci pose la question d'une possible clearance naturelle ou d'une moindre sensibilité du dépistage chez les jeunes garçons rendant le dépistage systématique peu efficace dans cette tranche d'âge. Toutefois, les garçons participent au réservoir silencieux et le dépistage nous semble justifié en cas de partenaires multiples et/ou de leucocyturie à la bandelette urinaire.

La plupart des études révèlent des taux d'échec du traitement de l'ordre de 10% sans en préciser la cause, recontamination ou échec thérapeutique [9]. Dans notre étude, l'échec est évalué à 11% avec 42% de patientes perdues de vue. Certaines études estiment que 11 à 50% des infections diagnostiquées sont en réalité des récidives. Aux Etats-Unis, pour 10 à 15% des femmes traitées pour une infection à *C. trachomatis*, une nouvelle infection apparaît ou se chronicise [9]. Il nous semble indispensable de contrôler régulièrement la PCR chez toute patiente infectée. Une étude Anglaise propose de dépister toutes les femmes entre 16 et 24 ans une fois par an en cas de négativité du test initial, et tous les 6 mois après traitement en cas de dépistage positif [10]. Un intervalle de temps de 3 mois est même recommandé chez les hommes d'après une étude montrant que la recontamination arrive dans les 45 jours qui suivent le premier traitement [11]. En France, le dépistage est conseillé chez les asymptomatiques consultant les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit, le planning familial, les centres d'orthogénie chez les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30ans.

Conclusion

La prévalence de l'infection à *C. trachomatis* est de 16% chez les filles de cette population en rupture. Les facteurs les plus pertinents pour effectuer ce diagnostic étaient : avoir eu plus d'un partenaire sexuel dès le début de la vie sexuelle et/ou présenter des douleurs abdominales chroniques et/ou des pertes vaginales inhabituelles. Cependant, la prévalence de plus de 10% chez les jeunes filles infectées et asymptomatiques impose un dépistage systématique chez celles qui déclarent avoir débuté une vie sexuelle. Ces résultats obtenus chez des adolescents aux parcours difficiles doivent inciter à renforcer l'éducation à la santé en particulier avant et après l'adolescence. Après un premier dépistage positif, nous recommandons de répéter l'examen 2 fois par an y compris si la preuve de l'éradication a été faite.

Bibliographie :

- Gallay A, A. BM, Basselier B and Goulet V. le VIH et les IST en France. In: www.invs.sante.fr/publications/2008/actualites_vih_sida_ist_2008/surveillance_ist.pdf, ed, 2008
- van de Laar MJ, Morre SA. Chlamydia: a major challenge for public health. *Euro Surveill* 2007;12:E1-2. Available on line:<http://www.eurosurveillance.org/em/v12n10/1210-221.asp>
- Paavonen J, Eggert-Kruse W. Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction. *Hum Reprod Update* 1999;5:433-47
- Warszawski J. Dépistage systématique des infections à Chlamydia trachomatis : il est temps d'agir. *Bull Epidémiol Hebd* 2006;N°37-38:275-276
- Barbeyrac de B, Raheison S, Bernabeu A, et al. Dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis dans la population d'étudiantes des universités de Bordeaux, France, 2004. *Bull Epidémiol Hebd* 2006;N°37-38:288-290
- Goulet V, Warszawski J, Barbeyrac de B., Raheison S., Beltzer N., Bozon M., CSF Group. Prevalence of genital Chlamydia trachomatis infection in France in the national population based survey CSF. In: Sixth Meeting of the European Society for Chlamydia Research, 1-4 July, 2008. Aarhus, Denmark, 2008
- Barbeyrac de B, Tilatti K, Raheison S, et al. Dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis dans un centre de planification familiale et un centre d'orthogénie, Bordeaux, France, 2005. *Bull Epidémiol Hebd* 2006;N°37-38:277-279
- Cassell JA, Mercer CH, Fenton KA, et al. A comparison of the population diagnosed with chlamydia in primary care with that diagnosed in sexual health clinics: Implications for a national screening programme. *Public Health* 2006;120:984-988
- Wang SA, Papp JR, Stamm WE, Peeling RW, Martin DH and Holmes KK. Evaluation of antimicrobial resistance and treatment failures for Chlamydia trachomatis: A meeting report. *J Infect Dis* 2005;191:917-923
- Scott Lamontagne D, Baster K, Emmett L, et al. Incidence and reinfection rates of genital chlamydial infection among women aged 16-24 years attending general practice, family planning and genitourinary medicine clinics in England: a prospective cohort study by the Chlamydia Recall Study Advisory Group. *Sex Transm Infect* 2007;83:292-303
- Dunne EF, Chapin JB, Rietmeijer CA, et al. Rate and predictors of repeat Chlamydia trachomatis infection among men. *Sex Transm Dis* 2008;35:S40-4

Le nombre de filles dépistées positives est beaucoup plus important que celui des garçons Cette donnée est connue dans la littérature, et les hommes infectés sont plus âgés que les jeunes filles





Dr Gladys IBANEZ

Les facteurs de vulnérabilité socio-économiques et culturels sont des facteurs de risque importants d'allaitement artificiel

ALLAITEMENT ET INEGALITES SOCIALES DE SANTE

INTRODUCTION

Les médecins généralistes déclarent un quart des grossesses, et plus souvent chez les femmes appartenant à des catégories socioprofessionnelles (CSP) défavorisées. Quelles particularités comprend la promotion de l'allaitement dans ces populations ?

Le premier objectif est de réaliser un état des lieux international des taux d'allaitement maternel et de leur variation en fonction des CSP. Le deuxième objectif est l'étude des interventions efficaces pour la promotion de l'allaitement en population générale et dans ces populations à risque.

MATERIEL ET METHODES

Synthèse méthodique de la littérature par interrogation des bases de données Pubmed et Cochrane. A partir de 2 équations de recherche par mots clés, sélection pour analyse de 42 études et d'une méta-analyse.

RESULTATS

La prévalence de l'allaitement est de 62,5% à la naissance en France, 5% à 4 mois. Les principaux pays développés présentent des taux entre 71,4% et 97,3% à la naissance, 25% à 71,2% à 6 mois.

Les facteurs de vulnérabilité socio-économiques et culturels sont des facteurs de risque importants d'allaitement artificiel : 80% d'allaitement chez les cadres versus 46% chez les ouvrières qualifiées. Les disparités socioprofessionnelles apparaissent moins fortes dans les autres pays développés.

Les méthodes d'intervention efficaces sont les programmes d'éducation continue par les professionnels de santé, et les mesures d'accompagnement par les acteurs relais locaux.

Selon une méta-analyse sur 8 études, le RR d'initiation de l'allaitement par ces mesures est de 1,57 (p= 0,005) dans les classes défavorisées. Aucune étude n'existe en France.

DISCUSSION

Les taux d'allaitement français sont socialement différenciés et sont les plus bas des pays développés. Les moyens d'interventions sont trop peu étudiés dans les populations à risque.

Témoins privilégiés de ces inégalités, les médecins généralistes pourraient s'intégrer dans une réflexion nationale à ce sujet.

Dr Gladys IBANEZ

TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE ET INEGALITES SOCIALES DE SANTE

INTRODUCTION

Les médecins généralistes déclarent un quart des grossesses, et plus souvent chez les femmes appartenant à des catégories socioprofessionnelles (CSP) défavorisées. Quelles particularités comprend le sevrage tabagique dans ces populations ?

Le premier objectif est de réaliser un état des lieux par pays du taux de femmes fumeuses enceintes, avec leur variation en fonction des CSP. Le deuxième objectif est l'étude des interventions efficaces pour le sevrage pendant la grossesse, en population générale, et dans ces populations à risque.

METHODES

Revue de la littérature sur Pubmed et Cochrane. A partir de 2 équations de recherche par mots clés, sélection pour analyse de 48 études.

RESULTATS

36% des françaises fument avant la grossesse, 39% d'entre elles arrêtent avant le 3ème trimestre. Ces chiffres sont respectivement de 32% et de 45% pour l'Angleterre, de 45% et de 70% pour les Etats-Unis.

23% des cadres françaises et 48% des ouvrières fument avant la grossesse. 62% des cadres et 22% des ouvrières arrêtent en cours, donc en fin de grossesse, 9% des cadres fument, versus 38% des ouvrières non qualifiées. Les disparités socioprofessionnelles apparaissent moins fortes dans les autres pays développés.

Les méthodes d'aide au sevrage tabagique sont une prise en charge psycho-comportementale précoce +/- associée à un traitement substitutif nicotinique. Selon une revue Cochrane, le RR d'arrêt du tabac par ces mesures est de 0,94 [0,92-0,95].

Peu d'études concernent l'efficacité de ces mesures en fonction des CSP.

DISCUSSION

Contrastant avec un système de santé « égalitaire », ces données suggèrent un fort gradient socioprofessionnel du sevrage tabagique pendant la grossesse. Les médecins généralistes sont au cœur de la réflexion à ce sujet.

Dr Gladys IBANEZ

Equipe des présentations:

A.M Magnier, Patrick Flores, Mady Denantes, Cyrille de Reynal, Marta Robalo, Nathalie Martin, Xavier Vuillaume



L'ONCOGÉRIATRIE, UN EXEMPLE DE CO-PROFESSIONNALITÉ

L'augmentation des octogénaires et nonagénaires en bon état général, les progrès dans les explorations diagnostiques et dans les thérapeutiques anti-cancéreuses présagent une prise en charge plus active en oncogériatrie. Les autorités dénombrent déjà plus de 30% des néoplasies au-delà de 75 ans et prédisent un pourcentage à plus de 50% à partir de 2025 (inca, rapport « Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie », mai 2009). Cet afflux de patients âgés atteints de cancer demande une mutation de la prise en charge de patients polypathologiques. Cette mutation passe par une prise en charge pluridisciplinaire, dans laquelle les médecins traitants, au même titre que les cancérologues, les gériatres ou les paramédicaux trouvent une place privilégiée.

L'efficacité de cette prise en charge demande l'élaboration de partenariats entre les différents acteurs pour permettre à chacun d'apporter son savoir et assurer une fluidité dans le parcours du patient.

A partir de 2008, notre service, au sein d'un établissement gériatrique situé à Draveil (91), a créé une unité à orientation oncogériatrique de 17 lits. Cette création fait suite à l'étude de l'activité du service qui relevait une nette augmentation des demandes de prises en charge de patients âgés cancéreux, ainsi qu'à l'augmentation des découvertes de néoplasies dans notre service. Ce dernier se positionne comme un acteur pivot de notre territoire de santé, demandant une autorisation officielle d'unité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) spécialisée en oncologie gériatrique. Notre réflexion interne et externe nous a amenés, en coordination avec les médecins généralistes locaux, à élaborer un projet centré sur la personne âgée en perte d'autonomie. Actuellement, notre service peut proposer aux patients une action en amont du traitement (bilan diagnostic ou d'extension, évaluation gériatrique, participation aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)...), ainsi qu'en aval (post-chirurgical, intercure en cas de perte d'autonomie, aplasie, escarres...) en parfaite coordination avec les médecins généralistes, les spécialistes, les EHPAD, les paramédicaux, ou les CLIC. Nous avons, au sein de notre établissement, organisé une action pluridisciplinaire au lit du patient, permettant une action rapide et concertée au sujet de chaque patient. Ainsi le patient peut bénéficier outre de nos compétences gériatriques, de compétences de renutrition grâce à une unité mobile, de prise en charge de la douleur et de soins palliatifs grâce à une unité dédiée, mais également d'une prise en charge de rééducation, d'ergothérapie, de psychologie ou d'orthophonie.

Notre implication locale dans notre territoire de santé nous a incités à collaborer avec les établissements proches permettant la signature de conventions inter-établissements. Ainsi nous pouvons compter sur la participation à la vie du service d'oncologues d'un CH proche. Depuis la création de notre unité, nous avons pu mesurer l'apport d'une collaboration efficace autour de la personne âgée cancéreuse. Souvent le médecin traitant se retrouve confronté à des spécialistes de la cancérologie pour lesquels le patient âgé est une difficulté, non pas en terme de prise en charge cancérologique, mais en terme de gestion plus délicate des effets secondaires des traitements, de perte d'autonomie, de dénutrition ou encore de démence.

Notre nouvelle organisation permet la mise en confrontation des différents points de vue (patient, médecin traitant, famille, gériatre, oncologue...) ouvrant une prise de décisions et une gestion des conséquences plus efficaces dans l'intérêt du patient.

A titre d'exemple, ce patient de 85 ans vivant en EHPAD, dément, aux antécédents de cancer de la vessie 20 ans plus tôt, chez qui, durant une consultation pour douleurs lombaires, nous avons découvert une masse pulmonaire associée à des lésions osseuses. Malgré une démence avancée, le patient a très bien compris le possible diagnostic et a accepté une fibroscopie bronchique. L'antécédent de cancer de la vessie n'est pas anodin ici, car le patient avait gardé en lui cette expérience sur laquelle il a pu s'appuyer pour dialoguer avec la cancérologue et le gériatre. A chaque étape de la réflexion, son médecin traitant et sa famille (dont son tuteur) ont été partie prenante. L'anatomopathologie a montré un cancer pulmonaire. Un traitement par biphosphonates a été introduit et a permis un sevrage total en antalgiques en ce qui concerne les lombalgies, la prise en charge nutritionnelle a permis une renutrition efficace et la psychologue a contribué à la diminution du syndrome dépressif. L'amélioration clinique du patient a permis au cancérologue de lui proposer un traitement ciblé par Tarceva® que le patient a pu prendre en EHPAD. Ainsi, grâce à une concertation entre les acteurs, le patient a pu bénéficier d'un diagnostic de certitude, d'une prise en charge globale de ses difficultés et d'un traitement adapté à sa pathologie tout en privilégiant la qualité de vie.

L'oncogériatrie est pour notre système de soins un défi important à relever dans l'intérêt de tous. Il est à parier qu'une organisation pluridisciplinaire, individualisée et axée sur le patient, sera à l'avenir non pas proposée seulement aux patients âgés en perte d'autonomie, mais à tout patient cancéreux.

Dr Eric DUPUYDUPIN

Notre nouvelle organisation permet la mise en confrontation des différents points de vue (patient, médecin traitant, famille, gériatre, oncologue...) ouvrant une prise de décisions et une gestion des conséquences plus efficaces dans l'intérêt du patient.



Médecine générale en pays de Vaud : co-professionnalité, co-responsabilité.



Dr Daniel WIDMER

Atelier, 3e congrès de la médecine générale, France, Nice, 27.6.2009

Daniel Widmer, médecin généraliste, Institut universitaire de médecine générale (IUMG), médecin-conseil du Centre médico-social (CMS) d'Ouchy, Lausanne.

Jean-Marc Meylan, infirmier en santé publique, responsable du CMS d'Ouchy, Lausanne.

Pour le congrès de Nice, dont le thème était la co-professionnalité, nous avons proposé un atelier, dans le but de présenter le système vaudois d'aide et de soins à domicile (ASD) et de discuter avec les participants des avantages et inconvénients d'un tel système sur le plan de la Santé Publique, des identités professionnelles des soignants, et du point de vue du patient. Un exemple clinique permettait d'initier la discussion.



Jean Marc MEYLAN

LE DISPOSITIF D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE VAUDOIS

L'OMSV, L'ALSMAD, LE CMS D'OUCHY

Le canton de Vaud, 650 000 habitants, compte 47 CMS (Centre Médico Social), répartis en 7 associations, dont l'Association Lausannoise de Santé et de Maintien à Domicile (ALSMAD), au bénéfice des 125 000 lausannois.

L'autorité cantonale donne un mandat, sous la forme d'un contrat de prestations, aux associations régionales par l'intermédiaire de l'Organisme Médico Social Vaudois (OMSV), qui est l'organe central de l'ASD vaudois.

Le CMS d'Ouchy, qui dessert un quartier de Lausanne, est à l'image des quarante-six autres dispersés dans le canton. En effet s'ils sont similaires c'est par la volonté d'offrir des prestations identiques pour tous les habitants du canton, ces derniers ne pouvant choisir « leur » CMS, car c'est le lieu d'habitation qui détermine le centre à solliciter.

L'aide et les soins à domicile sont déclinés en de nombreuses prestations, dont voici les principales :

- Evaluations globales
- Soins infirmiers
- Aide sociale
- Ergothérapie
- Moyens auxiliaires
- Soins de base
- Aide au ménage
- Aide à la famille
- Livraison de repas
- Conseils diététiques
- Bio-télé-vigilance

Les prestations dispensées font l'objet d'une évaluation préalable par une « référente* de situation », qui sera, en fonction de la problématique, une infirmière, une infirmière en psychiatrie, une ergothérapeute, ou une assistante sociale. Le rôle de la référente de situation, est également de récolter l'ensemble des données nécessaires auprès des partenaires concernés, tels que les médecins, les hôpitaux etc., ainsi que de coordonner et d'organiser, avec le client et/ou son entourage, les différentes prestations correspondant aux besoins identifiés et aux soins prescrits par le médecin.

Le CMS d'Ouchy suit 330 personnes en permanence ; cela correspond à environ 800 personnes suivies par année. Elles sont pour la grande majorité âgées ; ainsi 60% ont plus de 79 ans, et seules 14% ont moins de 65 ans. En regardant les « type de cas », le constat se confirme, avec 50% de « somatique lié à l'âge », et 8% de « psychiatrie de l'âge avancé ». A signaler une petite cohorte de 4% de « psychiatrie adulte », peu significative en nombre de clients, mais bien en terme d'activité.

OU SONT LES MEDECINS ?

Après les prestations dispensées par des infirmières, des ergothérapeutes, des assistantes sociales, des aides soignantes, des aides au ménage, des aides familiales, qu'en est-il des médecins ?

Il y a d'abord le médecin traitant, au centre de la prise en charge, mais externe à la structure. Un partenariat entre le CMS et le médecin est nécessaire et souhaité, mais est également imposé, car toutes les prestations



dispensées dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie doivent faire l'objet d'une prescription médicale. La relation avec le médecin traitant, qui exerce le plus souvent dans un cabinet privé, a lieu essentiellement avec la référente de situation par téléphone. Mais en cas de nécessité, des rencontres dites « de réseau » sont organisées au cabinet médical ou au domicile du client, incluant l'entourage significatif. Un médecin a souvent plusieurs patients qui sont clients du CMS ; dans ce cas, une revue des situations peut se faire lors de rendez-vous téléphoniques ou au cabinet.

Il y a ensuite les médecins conseil du CMS, fonction médicale interne au CMS, mais extérieure à la prise en charge, n'entrant pas en concurrence avec les médecins traitants ni ne se substituant à eux, en cas d'absence. Leur rôle vise à faire entendre la culture médicale, en apportant connaissances et compétences qui favorisent les prises de décisions ou simplement la compréhension des situations traitées par les intervenants du CMS. Ils participent aussi à la compréhension et à la représentation que l'équipe peut avoir du médecin traitant, qui est parfois éloignée de la réalité. Le médecin conseil est aussi là pour créer un pont dans les rares situations où le dialogue se complique. Nous avons deux médecins conseil, l'un médecin généraliste, co-signataire de cet article, participant chaque semaine aux colloques d'équipe, et l'autre, médecin psychiatre, participant une fois par mois aux mêmes colloques.

PATIENTS ET CLIENTS

Les bénéficiaires des CMS sont nommés « clients ». En 1980, le mot devant désigner les personnes aidées et soignées a été longuement discuté. Dans cette recherche plusieurs se sont succédés, ce sont notamment : « patient », « usager », « bénéficiaire », « personne », « client ». Le choix pour ce dernier fut conduit par deux principales raisons : la première est que « client » indique une relation contractuelle et de partenariat, privilégiant l'individu. C'est une raison de ce choix. L'autre raison est plutôt le non-choix du mot « patient ». Ce non-choix a été dicté par une volonté forte de se distancer d'une organisation sanitaire « hospitalo-centrée », où la personne soignée, patiente, était essentiellement passive, se remettant aux spécialistes des soins « qui savent ». Le mot client devait signaler que nous n'avons pas à faire à des personnes uniquement malades, mais aussi à des interlocuteurs, partenaires de leur projet de vie.

Mais aujourd'hui, le mot client est peu à peu remplacé dans les équipes par celui de patient. Car, le mot client est devenu pour de nombreux soignants un « vilain mot », entaché d'une image « qualicienne » que les économistes, les assureurs maladie ont perverti, ne laissant à ce mot que la signification de « consommateur ». Il s'agit encore d'un non-choix. Ce n'est pas tant le « patient » qui revient, que le « client » qui est banni. Peu importe finalement les mots, si l'intention reste. Et l'intention est bien de continuer à accompagner nos clients-patients dans des projets qui leur appartiennent.

LA RELATION CMS – MEDECIN TRAITANT

Au début du programme, la relation entre les équipes des CMS et les médecins installés ne fut pas toujours simple. Ce fut pour certains praticiens l'arrivée d'une concurrence sur le terrain des soins, parfois effectués par eux-mêmes ou par leurs collaboratrices. Pour d'autres, ce fut un rejet partiel pour des raisons plus politiques, car l'arrivée des CMS, structure voulue et organisée par l'Etat, risquait d'être une menace pour la médecine libérale et d'engendrer des conflits de pouvoir. Finalement, peut-être une difficulté de concilier une vision de l'activité autonome, indépendante, voire franchement individualiste avec une nécessité grandissante de travailler en réseau au bénéfice des personnes. Cela impliquait tant les médecins traitants que les équipes de CMS, composées à l'époque pour une part non négligeable d'infirmières issues d'œuvres locales, dont certaines religieuses. Mais en parallèle aux évolutions, réflexions, recherches et études, la réalité des besoins a rapidement dépassé les ressources de chacun sur le terrain. Par pragmatisme, les relations se sont équilibrées, autour des problématiques rencontrées par nos clients/patients, et à leur bénéfice.

RESEAU ? QUELS RESEAUX ?

Durant ces journées à Nice, nous avons entendu parler de réseaux. Cela a attiré notre attention, car nous utilisons ce mot dans notre pratique pour trois significations différentes.

La première, dans le jargon des CMS, correspond aux réunions ponctuelles avec le client, son entourage, le médecin traitant, la référente de situation du CMS et toute autre personne utile à la situation, à un moment significatif. Il n'y pas de semaine sans que plusieurs de ces rencontres soient organisées.

La deuxième, concerne une loi cantonale imposant à tous les acteurs sanitaires subventionnés (et incitant les autres) d'appartenir à un réseau, où les partenaires d'une même région se mettent autour d'une table, pour améliorer la filière de soins, depuis une hospitalisation suivie d'une réadaptation, avant un retour à domicile, voire un hébergement de longue ou de courte durée dans un home. Les projets issus du réseau sont souvent les plus pertinents, car ils sont le résultat de regards croisés sur une même problématique. Les deux réalisations emblématiques du réseau de la région lausannoise sont la création d'unités mobiles en soins palliatifs et en psychiatrie de l'âge avancé, stationnées dans les hôpitaux spécialisés du domaine, et intervenant dans l'ensemble des institutions du réseau, y compris à domicile. L'autre réalisation est la mise en place des infirmières de liaison, salariées par le réseau, mais indépendantes des structures qui le composent, pour faciliter la circulation des usagers.

La troisième, ne correspond pas encore à une réalité dans notre canton, ou de façon très embryonnaire.



C'est le réseau piloté par une assurance maladie, dont les contours sont définis essentiellement par une logique économique à laquelle les acteurs se lient contractuellement.

AUTONOMIE ET BIENVEILLANCE

La réflexion suscitée par les situations rencontrées se fait essentiellement sur deux axes, empruntés à l'éthique. C'est la bienveillance et l'autonomie. Il faut faire confiance aux ressources propres de l'individu, qui est l'acteur de sa propre vie même dans un contexte qui heurte les observateurs-acteurs que nous sommes. Mais c'est aussi un devoir d'intervenir quand est absente ou altérée la capacité à se déterminer, empêchant de se projeter pour envisager les conséquences possibles des choix de façon éclairée. Vaste sujet, jamais totalement exploré.

HISTORIQUE

Très brièvement, en cinq dates, voici retracée la création des CMS vaudois :

1980, rapport de Pierre Gilland, sociologue, parlant de démographie, de qualité de vie et de la comparaison des coûts induits par le vieillissement de la population.

1982, rédaction d'une conception de prise en charge, qui est le fondement du modèle CMS, et qui a été testé durant deux ans, par la création de deux CMS pilotes, l'un en ville, l'autre à la campagne.

1987, décision politique, prise sur la base du rapport de l'expérience pilote, de permettre une alternative à l'hébergement de longue durée sous forme d'un programme de maintien à domicile pour tout le canton, impliquant la création de 10 associations-fondations et d'une quarantaine de CMS.

1988, ouverture du premier CMS à Avenches, puis des suivants durant quatre années.

2009, il y a 47 CMS, qui, 20 ans après, correspondent toujours à l'essentiel des besoins actuels. Mais une évolution se dessine avec des interrogations fondamentales sur la mission prioritaire des CMS : en 1980 la préoccupation était l'alternative à l'hébergement longue durée des personnes âgées, alors qu'en 2009, c'est en plus une pression pour pratiquer davantage de soins qui ne se pratiquaient auparavant qu'en milieu hospitalier. Pour répondre à ce défi et aux suivants qui ne manqueront pas d'arriver, la structure générale est en voie de modification.

Les accords de Bologne mettent actuellement des professions autrefois « ancillaires », sur pied d'égalité avec les médecins. Il importe alors de définir clairement les spécificités professionnelles. A l'heure où les pressions économiques tendent à promouvoir la « nurse practitioner », les généralistes craignent de voir leur rôle limité à celui de prestataire de signature, pour garantir le remboursement des soins.

Il importe alors
de définir
clairement
les spécificités
professionnelles.

UNE SITUATION CLINIQUE

Les situations problématiques sont présentées lors du colloque du mardi par la « référente de situation », qui peut être infirmière, assistante sociale ou ergothérapeute. Le colloque réunit l'équipe du CMS, les médecins conseils (généraliste et psychiatre), sous la présidence du responsable de centre. La présentation commence en principe par la question posée : je vous présente Madame X, parce que... On présente ici Madame Bolomey 60 ans, telle que sa situation s'est présentée lors de 3 colloques.

1er COLLOQUE, JANVIER 2009

La référente se demande si l'on peut ou doit intervenir dans le contexte de cette patiente. Madame Bolomey vit dans un appartement de trois pièces et demi dans des conditions proches de l'insalubrité avec deux chats et un chien. Elle n'a pas de réseau primaire connu hors de son mari éthylo-tabagique et de quelques connaissances de bistrot. Le couple est sans enfant. Elle-même boit, fume et fait des chutes. En novembre 2008 elle a subi une spondylodèse D12L2 suite à une chute avec fracture vertébrale. Elle porte un corset lombaire depuis lors. Sa situation orthopédique l'empêche de se mobiliser correctement et de faire son ménage. On signalera aussi un trouble bipolaire traité, avec des hospitalisations psychiatriques. A chaque hospitalisation elle demande un retour à domicile prématuré, contre l'avis des équipes soignantes. La situation sociale est aussi problématique avec de nombreuses créances et des coupures de téléphone. Madame B. fait appel au CMS un mois après sa dernière hospitalisation pour spondylodèse. Elle demande des repas à domicile ainsi qu'une aide à la toilette et au ménage. Lors de la visite d'évaluation la référente constate que l'appartement est très sale et que l'hygiène personnelle de la patiente est mauvaise avec aussi une inadéquation du corset, conséquence probable d'un amaigrissement récent (mauvaise alimentation). Elle n'a pas revu son médecin traitant depuis sa sortie de l'hôpital. Lors du colloque il est décidé d'intervenir pour les repas, les soins de base avec un projet de remise en état de l'appartement. Une demande est faite au médecin traitant de réévaluer la situation, notamment l'adéquation du corset. Les choses ne seront pas mises en place, la patiente ayant dû être ré-hospitalisée lors de la visite suivante du CMS, en raison de diarrhées avec déshydratation. La référente doit alors faire appel au médecin de garde, le médecin traitant



n'étant pas disponible.

2ème COLLOQUE, FEVRIER 2009

La référente se demande si l'on doit signaler le cas à la justice de paix pour obtenir une curatelle. La patiente est sortie de l'hôpital et demande de reprendre l'aide à domicile. L'appartement est dans un état pire que précédemment : le mari n'a pas sorti le chien. Le référente ne pourra d'ailleurs pas rencontrer le mari qui fuit lors de ses visites. Les factures impayées s'accumulent. La patiente accepte l'intervention d'une entreprise de nettoyage pour que les lieux soient accessibles à l'aide. Le médecin traitant peut être contacté. Il connaît ce couple depuis des années et n'imagine pas qu'un changement soit possible. Il accepte de s'associer à une démarche en justice de paix mais souligne qu'il reste sceptique sur l'utilité d'une telle démarche. La discussion en colloque débouche sur l'idée d'écrire une lettre à la justice de paix pour une demande de curatelle volontaire avec l'accord de la patiente. La patiente donnera son accord.

3ème COLLOQUE, AVRIL 2009

La référente demande s'il est possible d'augmenter l'aide au ménage et souligne sa difficulté de collaborer avec le médecin traitant : comment faire ? Le mari est mort après une brève hospitalisation. Le désordre de l'appartement augmente malgré une aide au ménage tous les 15 j. La patiente semble avoir de plus en plus de difficultés à se mouvoir. Y-a-t-il un état dépressif surajouté lié au deuil ? Le médecin traitant n'a pas la vision d'une situation critique. Il s'agit pour lui d'un état chronique et il n'y a pas grand-chose à faire. Dans un premier temps il est décidé d'augmenter le ménage à une intervention hebdomadaire. Une rencontre avec le médecin traitant et la référente au domicile de la patiente est envisagée.

AVANTAGES ET INCONVENIENTS DU SYSTEME

Sur la base de l'exemple clinique, les participants à l'atelier ont pu discuter des avantages et inconvénients d'un tel système. La structure en réseau est un avantage du point de vue de la santé publique : utilisation efficace des ressources, délégation des tâches à la personne compétente, circulation de l'information. La formalisation de l'action et de la collaboration, avec des besoins reconnus et des buts négociés et admis par tous, évite les lenteurs d'une structure hiérarchique. On l'a vu, certaines décisions sont parfois prises à côté du médecin traitant qui ne devient partie prenante que dans un second temps. Le groupe a discuté de l'attitude défaitiste de certains médecins, par méconnaissance des possibilités de soutien.

Le travail en réseau a des conséquences sur l'identité professionnelle des soignants. Dans l'exemple donné plus haut, le médecin peut se sentir disqualifié par l'intervention de la référente. Son rôle peut lui sembler réduit à une fonction administrative : apposer sa signature au bas d'un formulaire pour le remboursement. On voit aussi que la relation peut devenir plus significative avec l'infirmière qu'avec le médecin. A l'inverse la référente peut se sentir aussi disqualifiée dans ses compétences (d'assistante sociale, d'ergothérapeute, d'infirmière en psychiatrie, etc...) si le médecin ne l'écoute pas. Le mandat de chaque soignant doit être clair et le mérite de chacun reconnu par l'autre. La multiplication des intervenants fait aussi que dans des situations complexes, le titulaire du cas (médecin ou référent) n'est plus seul, mais a la possibilité de partager avec d'autres ses propres réflexions autour du cas. A ce propos le groupe a trouvé que la place faite au médecin traitant par le système était un peu trop périphérique et suggère de l'intégrer davantage aux réflexions d'équipe.

Enfin du point de vue du patient, ce système a l'avantage de privilégier la continuité des soins et d'offrir une aide bio-psycho-sociale ou globale. Reste le problème du secret partagé, avec le dossier informatisé, accessible à divers intervenants. La confidentialité est-elle garantie ? L'amélioration des compétences de chacun investit les soignants d'une fonction apostolique nouvelle, chacun étant certain de connaître le bien du patient : laisser aller ou mise en curatelle, dans l'exemple cité. L'interchangeabilité des équipes lorsque les soins sont fréquents et réguliers n'est pas exempte du risque de collusion de l'anonymat, décrit par Balint. Enfin chez des patients avec des troubles de la personnalité, le conflit d'équipe est possible, comme par exportation du clivage vécu par le patient (les bons et les mauvais).

Le congrès de Nice a été l'occasion pour les auteurs de formaliser une collaboration de bientôt cinq ans, et d'entendre avec intérêt les réactions des participants qui connaissent des systèmes différents.

**Afin de ne pas alourdir le texte, les professions sont ici féminisées, mais l'équipe est composée d'hommes et de femmes.*

Dr Daniel WIDMER
Mr Jean Marc MEYLAN

Le travail
en réseau
a des
conséquences
sur l'identité
professionnelle
des soignants.

Du point de vue
du patient,
ce système
a l'avantage
de privilégier
la continuité
des soins
et d'offrir
une aide
bio-psycho-sociale
ou globale



Peut-on prévenir les pathologies liées à l'environnement ?



Dr Johanna LEVY

Le MG
est très bien
placé
pour réaliser
cette démarche :
il connaît
son patient,
son activité
professionnelle,
ses conditions
de vie,
ses coexpositions..

Cet atelier a réuni des MG (libéraux en majorité, chefs de clinique, et internes) des 4 coins de France et d'Outre-Mer venant chercher des réponses à leurs interrogations.

Face aux questions des patients, aux dérives sectaires, aux industries de proximité, au constat de recrudescence de certaines pathologies : que dire ? Que faire ?

La question majeure était : « peut-on prévenir les cancers en intervenant suffisamment tôt ? »

La pression médiatique et les dérives sectaires ne constituent pas une réponse ; le MG, par la connaissance de son patient, son interrogatoire rigoureux et son examen clinique, est à même de peser le risque face au danger.

Ainsi, à son niveau, s'il applique une démarche d'évaluation du risque en identifiant les dangers et en mesurant les expositions, il pourra désamorcer de nombreuses inquiétudes :

Par exemple une substance « dangereuse » comme le mercure peut présenter un risque en cas d'exposition. Il convient donc de se pencher sur les diverses voies d'exposition, schématiquement :

- respiratoire : évaporation + inhalation = exposition
- orale : consommation régulière de poissons prédateurs = exposition

Nous avons donc là pour chaque individu 2 voies principales d'exposition, cependant certains individus ont un risque supérieur à l'individu lambda :

- En cas d'exposition répétée quasi quotidiennement : c'est le cas de certaines professions comme les dentistes (qui s'ils ne s'équipent pas de masques adéquats peuvent respirer pluriquotidiennement les vapeurs de mercure).

- En cas d'exposition intervenant à une période critique comme la période du développement in utero : ainsi une exposition massive comme la pose et la dépose d'amalgame renfermant du mercure pendant la grossesse ou la consommation trop fréquente de poissons prédateurs peut présenter un risque.

Il faut aussi s'enquérir des coexpositions comme nous le faisons régulièrement : tabac, alcool, mais aussi dans le cas de la grossesse l'exposition aux composés organiques volatils issus de travaux récents, une exposition professionnelle (pollution automobile pour les agents de circulation, produits d'entretiens toxiques pour les femmes de ménage usant régulièrement de produits particulièrement caustiques dans certaines entreprises...).

Au total il convient d'identifier les dangers et de quantifier les expositions donc d'adopter une démarche scientifique en santé-environnement pour évaluer le risque individuel.

Le MG est très bien placé pour réaliser cette démarche : il connaît son patient, son activité professionnelle, ses conditions de vie, ses coexpositions....

Concernant les champs électro magnétiques qui font régulièrement parler d'eux, les conseils de bon sens sont de mise : de nombreuses mesures ont montré qu'une antenne relais expose à un Champs Electro Magnétique (CEM) bien moindre que celui d'un portable mal utilisé : ainsi il faut téléphoner uniquement lorsque le portable atteste une bonne réception (4 barres à 5 barres), éviter de téléphoner en se déplaçant, ne pas porter l'appareil à même le corps lorsqu'il sonne ou lorsqu'on appelle, attendre que la communication soit établie pour porter à l'oreille, utiliser si possible le haut parleur ou une oreillette pour limiter la proximité du cerveau...

Les hyperfréquences des antennes relais sont atténuées par les enceintes de l'immeuble, cependant si l'on se trouve dans le faisceau principal en permanence, il peut y avoir une surexposition (dose quotidienne répétée sur une longue période), des mesures peuvent être effectuées sur site.

Si un patient atteste des symptômes, comment les relier aux milieux de vie ou professionnel ? (Céphalée, insomnies, acouphènes, vertiges, difficulté de concentration, perte de connaissance, trouble du comportement, dyspnée, lésions cutanées, irritation ORL, fausses couches, HTA...)

Notre rôle de praticien est en premier lieu d'entendre la plainte, de s'assurer de l'absence de cause organique et d'interroger sur les expositions potentielles : une « évaluation schématique des milieux » en quelque sorte :

Inhalation toxique ou allergénique sur lieu de vie ou professionnel, exposition au bruit, alimentation : s'assurer de l'absence d'abus de certains aliments même courants, beaucoup d'expositions peuvent être évaluées lors de l'interrogatoire, cependant dans certains cas, cette évaluation nécessitera des mesures comme



l'exposition aux Champs Electro-Magnétiques (CEM) qui est plus complexe : il s'agit en général d'une mauvaise installation électrique du logement ou du bureau (quelques débranchement ou modification peuvent suffire à réduire les CEM) et donc l'intervention d'une tierce personne.

L'évaluation des milieux est un complément à l'évaluation médicale, elle est accessible au médecin généraliste par l'interrogatoire. Cette évaluation peut aussi être effectuée à domicile par des personnes ressources comme les conseillers médicaux en environnement intérieur, sur lieu de travail par le médecin du travail, il existe aussi dans les cas complexes des consultations spécialisées...

Nous voyons à travers ces exemples que le champ de la santé-environnement est vaste : un symptôme commun pouvant traduire une exposition qui, si elle n'est pas détectée, peut, à condition de susceptibilité et coexposition, déboucher sur des processus mutagènes ou délétères pour les générations futures (trouble de la fertilité) et à moindre degré sur une gêne fonctionnelle particulièrement handicapante.

L'exposition professionnelle, loin d'être parfaitement reconnue, mérite que le praticien s'y intéresse. Par exemple : le patient non sensibilisé aux conséquences de l'exposition trouvera plus pratique de travailler sans masque, vécu souvent comme une contrainte supplémentaire de l'employeur et peu pratique (exemple goudronnage des routes, certaines femmes de ménage, agents de circulation, agriculteurs...) ; si le MG explique que cela évite la pénétration de toxiques dans les voies respiratoires pouvant causer asthme, BPCO, processus mutagènes et, par passage sanguin, des phénomènes de perturbations endocrines avec tout ce que cela implique sur fertilité et cancers hormono-dépendants, le patient ne manquera pas de se protéger à coup sûr ! De même de nombreuses professions n'ayant pas de médecins « spécialisés en santé au travail » sont exposées (artiste peintres, garagistes,...). Le problème étant l'exposition quotidienne sans conscience des conséquences sanitaires et donc trop souvent l'absence de protections.

La consultation de MG est justement le lieu de prévention adéquate :

- conseils aux femmes enceintes ou en âge de procréer,
- conseils aux jeunes parents pour éviter une exposition de l'enfant alors que les poumons sont encore en développement

Le lieu de détection d'une exposition répétée :

- Dr j'ai emménagé dans un nouveau logement depuis lors j'ai des migraines
- Cela fait 6 mois que je travaille sur ce nouveau poste mon nez coule régulièrement depuis 3 mois
- Dr j'ai une toux répétée depuis 8mois j'ai refait tout mon logement il y a 1 an

Le MG peut aussi constater dans sa patientèle un excès de cas géographique de certains cancers : à qui déclarer et comment ?

Si il les détecte, le MG peut résoudre beaucoup de problèmes d'exposition par des simples conseils ou par une collaboration avec le médecin spécialisé : allergologue, neurologue, pneumologue, santé au travail, signalement à l'InVS ou les DRASS, dans certains cas plus complexes cela nécessitera l'intervention d'un tiers médical ou paramédical (conseillers médicaux en environnement intérieur)

Afin d'aider le MG dans sa démarche la SFTG a élaboré le 1er questionnaire d'une série évaluant les diverses voies d'expositions (inhalation, orale, bruit, Champs Electro-Magnétique) :

Ainsi : « POLAIR » prochainement mis en ligne sur le site de la SFTG, évalue en la chiffrant l'exposition aérienne du patient, assorti d'une fiche d'information médecin donnant explications et recours

Pour répondre à la demande de formation et devant le succès remporté par le colloque SFTG santé environnement au Palais du Luxembourg en janvier 2009, nous prévoyons la mise en place de séminaires de 2 jours en collaboration avec l'université de Strasbourg. Ils couvriront les divers champs de la santé environnementale utiles dans la pratique du généraliste : cancer et environnement, air intérieur, conséquences santé d'une mauvaise qualité de l'air et solutions pour l'améliorer, maladies neuro-dégénératives et environnement, grossesse et environnement...

Le blog d'information en santé environnement sera poursuivi devant son succès auprès des généralistes www.biblio.sosblog.fr

Pour conclure : si tout MG est enclin à se pencher sur l'environnement de son patient, il lui manque quelques outils pour le faire de manière scientifique. De même il est essentiel de connaître les recours possibles. Cela s'acquiert assez vite au moyen de formations adaptées que nous mettrons en place prochainement. Cet atelier en fut une première approche.

Dr Johanna LEVY

L'exposition
professionnelle
loin d'être
parfaitement
reconnue
mérite que
le praticien
s'y intéresse.



4 échelles d'évaluation de la relation parents enfant.



Dr Elodie Perez

Cette communication orale a réuni des médecins intéressés par le suivi de l'enfant et de l'adolescent. Cliniciens et chercheurs reconnaissent l'importance de l'utilisation d'échelles d'évaluation des interactions entre le bébé et l'adulte.

« Un nourrisson tout seul cela n'existe pas » dit Winnicott.

Il a besoin de quelqu'un pour tous ses besoins corporels mais même s'il survivait corporellement il a besoin d'être en relation psychique avec d'autres personnes pour mettre en place son appareil psychique.

En pédopsychiatrie les interactions parent-enfant sont évaluées à l'aide de différentes grilles :

- GEDAN : Guide pour l'Evaluation du Dialogue Adulte-Nourrisson
- Echelle de BRAZELTON
- Grilles d'Evaluation des interactions précoces de BOBIGNY

Nous présenterons ici les Grilles d'Evaluation des interactions précoces de BOBIGNY, car utilisées en consultation pédopsychiatrique, grâce à leur simplicité (pas de vidéo) elles pourraient être un outil en médecine générale.

Ces grilles ont été élaborées dans le cadre d'une Recherche-Action-Formation (RAF) menée conjointement de 1980 à 1993 :

- par le département de psychopathologie de la faculté de Médecine de Bobigny, dirigé par le Professeur Lebovici et son équipe
- les équipes pédiatriques de quatre centres de PMI
- l'INSERM.

Il existe quatre grilles suivant l'âge de l'enfant : deux à trois mois, 11 à 13 mois, deux et trois ans.

Nous présenterons la première grille et détaillerons la partie décrivant les interactions (les trois autres grilles fonctionnent sur le même mode)

Un
nourrisson
tout seul cela
n'existe pas

WINNICOTT

INTERACTIONS MERE-NOURRISSON 3 mois (avant l'examen physique)												
Interactions	Corporelles		Visuelles		Vocales		Sourires					
	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non		
B E B E	Recherche le fuissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maintient le regard à regard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vocalise vers sa mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sourit spontanément à sa mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	S'agrippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évite le regard de sa mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pleure-t-il fréquemment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réponds au sourire de sa mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apprécie les contacts corporels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A un regard fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hurle-t-il fréquemment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				Explore l'environnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
M E R E	Berce son bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maintient le regard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parle au bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sourit spontanément à son bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tient son bébé confortablement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évite le regard du bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeux vocaux réciproques mère-bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Répond au sourire de son bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tient son bébé à distance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suit le bébé des yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crie fréquemment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Caresse son bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Peut rester silencieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Embrasse son bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Les échanges mère-enfant vous paraissent-ils dans ce domaine ?	Excessifs	<input type="checkbox"/>		Excessifs	<input type="checkbox"/>		Excessifs	<input type="checkbox"/>		Excessifs	<input type="checkbox"/>	
	Dans la moyenne	<input type="checkbox"/>		Dans la moyenne	<input type="checkbox"/>		Dans la moyenne	<input type="checkbox"/>		Dans la moyenne	<input type="checkbox"/>	
	Rares	<input type="checkbox"/>		Rares	<input type="checkbox"/>		Rares	<input type="checkbox"/>		Rares	<input type="checkbox"/>	
	Absents	<input type="checkbox"/>		Absents	<input type="checkbox"/>		Absents	<input type="checkbox"/>		Absents	<input type="checkbox"/>	



La grille des interactions avant l'examen physique (3 mois) explore 4 dimensions du côté du bébé :

- Corporelles (exemple : le bébé s'agrippe-t-il ? Oui, non),
- Visuelles (exemple : le bébé a-t-il un regard fixe ? Oui, non),
- Vocale (exemple : le bébé vocalise-t-il vers sa mère ? Oui, non),
- Sourires (exemple : le bébé sourit-il spontanément vers sa mère ? Oui, non)

Et du côté de la mère :

- Corporelles (exemple : la mère berce-t-elle son bébé ? Oui, non),
- Visuelles (exemple : La mère évite-t-elle le regard du bébé ? Oui, non),
- Vocales (exemple : la mère peut-elle rester silencieuse ? Oui, non),
- Sourires (exemple : la mère répond-elle au sourire de son bébé ? Oui, non)

Nous vous présentons le modèle de la partie interaction de la grille des 3 mois :

Chacune de ces 4 dimensions donne lieu à une évaluation :

Les échanges mère-enfant vous paraissent-ils dans ce domaine ?

- excessifs,
- dans la moyenne,
- rares,
- absents.

Puis nous abordons le module Évaluation qui explore 5 caractéristiques des interactions :

- Qui initie les échanges ?
- La réciprocité des échanges
- La tonalité affective dominante (plaisir, tristesse, indifférence, excitation, vide) qui se retrouve dans les exemples 1, plaisir et 3, vide.
- La continuité des échanges
- Les interactions père nourrisson au travers du discours de la mère et au travers d'item direct.

Ces deux modules Évaluation et Interactions précoces permettent en repérant des clignotants une évaluation globale de la relation parent-enfant.

Et à partir de ces clignotants :

- de suspecter un trouble de la relation mère enfant
- de suspecter pour l'enfant un risque de sévices, de négligences graves et/ou de troubles psychopathologiques.

Et suivant la gravité des troubles constatés par le médecin, de pouvoir prendre la décision soit de réaliser une surveillance rapprochée de la mère et de l'enfant, soit d'adresser au centre de PMI, ou au pédopsychiatre pour avis spécialisé.

Car comme le rappelle le professeur Bernard Golse, même si nous avons l'impression de ne pas être suffisamment efficaces dans le domaine de la prévention des troubles de la relation parent-enfant, « l'attention portée par un professionnel à l'interaction parent-enfant a déjà un effet thérapeutique ».

Bibliographie :

GLATIGNY-DALLAYE, LACAZEI. Evaluation des interactions précoces. Annales Médico-Psychologiques 163 (2005) p 535-540.

BUR V, GOZLAN Z, LAMOUR M. Présentation de grilles d'évaluation des interactions précoces à l'intention des consultations pédiatriques In : LEBOVICI S, MAZET P. L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Paris. Eshel, Médecine et Hygiène; 1989. p 427-462.

GOLSE B. L'être bébé. 2006. Puf éditions. Paris. 331p.

l'attention
portée par un
professionnel
à l'interaction
parent-enfant
a déjà
un effet
thérapeutique

Pr Bernard GOLSE

Dr Elodie PEREZ



Mesurer l'impact d'une recommandation par l'appropriation et l'utilisation des outils proposés.

A-M Magnier (1 et 3), d'après la présentation orale présentée au congrès de Médecine Générale de Nice avec pour co-auteurs I.de Beco (1 et 3), M. Favre (2 et 3), I.Dupie (3), H. Falcoff(2 et 3)



Pr Anne Marie
MAGNIER

Les groupes de généralistes engagés dans l'action d'EPP ont analysé la recommandation, sélectionné certains outils et explicité leurs préférences dans des compte-rendu écrits.

Une des manières d'apprécier l'impact des recommandations est d'étudier la manière dont les médecins s'approprient et utilisent les outils proposés. La recommandation élaborée par la SFTG sur la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale a servi d'exemple pour ce travail. Depuis des années un groupe de travail composé des 4 sociétés scientifiques de médecine générale : Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), Société Française de Médecine Générale (SFMG), Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale (SFDRMG) et la SFTG collabore avec la Haute Autorité de Santé (HAS) sur les recommandations de bonne pratique. Ces réunions de concertation ont abouti en 2006 à la mise en œuvre de recommandations dont l'élaboration a été pour la première fois déléguée aux sociétés scientifiques de médecine générale. Trois thèmes avaient été retenus : prévention des chutes chez les personnes âgées, sujet traité par la SFDRMG, l'hygiène au cabinet médical et l'insomnie de l'adulte. Ces deux derniers sujets ont été traités par la SFTG. La recommandation sur l'insomnie s'est donc penchée sur un sujet fréquent en médecine générale, puisqu'on estime que la moitié des consultants en médecine générale souffrent de troubles du sommeil : 5 à 17 % d'insomnies légères, 12 à 17 % d'insomnies modérées et 19 à 23 % d'insomnies sévères (Hohagen F, Rink K, Kappler C, Schramm E, Riemann D, Weyerer S, et al. Prevalence and treatment of insomnia in general practice. A longitudinal study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1993;242(6):329-36). Les deux tiers de la population ont déjà connu un problème de sommeil (Léger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. J Sleep Res 2000;9(1):35-42). Le poids médico-économique est important puisqu'il représentait en 2003, 130 millions d'euros en remboursement d'hypnotiques.

La recommandation a été élaborée selon les modalités habituelles en partenariat avec la HAS et avec l'aide bibliographique et méthodologique de la HAS. Le groupe de travail présidé par le Dr Patrick Ouvrard (3), s'est attaché à poser les questions de pratique courante afin de proposer des réponses qui puissent être opérationnelles en pratique courante de médecine générale. Les principales difficultés ont été bien sûr d'ordre méthodologique à savoir la recherche bibliographique qui retrouve essentiellement des essais thérapeutiques sur les molécules chimiques les plus récentes et très peu d'études menées en pratique de ville. Néanmoins la recommandation a proposé un éventail d'outils utilisables en médecine générale et ceci a permis de construire un programme d'évaluation des pratiques professionnelles. Le compte rendu de cette évaluation sert de support à ce travail.

Il s'agit d'étudier quels types d'outils sont choisis et selon quels critères (propres aux outils ou spécifiques aux médecins) et les processus par lesquels les médecins généralistes se sont approprié ces outils.

Il s'agissait d'outils d'aide diagnostique : caractérisation de l'insomnie, agenda du sommeil, échelles d'évaluation de l'anxiété et de la dépression (Pichot, HAD), échelle de somnolence résiduelle (Epworth) et d'outils d'aide thérapeutique : conseils d'hygiène du sommeil, de thérapie comportementale : restriction du sommeil, contrôle du stimulus.

Les groupes de généralistes engagés dans l'action d'EPP ont analysé la recommandation, sélectionné certains outils et explicité leurs préférences dans des compte-rendu écrits. L'analyse de contenu des compte-rendu a permis de relever les réticences, les critères de choix (pertinence, faisabilité) et la manière dont les participants ont utilisé les outils (ex : utilisation de l'agenda du sommeil pour justifier auprès des patients de consultations dédiées à ce problème)

Chaque groupe s'est réuni 4 fois en l'espace de 10 mois environ.

La 1^o réunion comportait un recueil des besoins à partir des cas apportés par les participants selon la méthode d'échanges de pratiques. Après la 1^o réunion, les participants étaient invités à lire la recommandation et tous documents issus de leur recherche bibliographique personnelle et susceptibles de répondre aux questions posées. Lors de la 2^o réunion les participants choisissaient les outils qui allaient être testés entre la 2^o et 3^o réunion. Lors de la 3^o réunion, un premier bilan d'utilisation était fait : certains outils conservés d'autres étaient rejetés. La 4^o réunion permettait de faire un bilan final. Entre les réunions, devait être tenu un registre des cas comportant le motif de consultation, les problèmes posés et la nature des outils utilisés.

Il y a eu 9 groupes d'EPP comprenant 6 à 12 médecins (78 participants au total).

Les motifs de consultation n'ont pas été étudiés de manière exhaustive, il ne s'agissait pas d'une enquête



de prévalence mais dès la 1^o réunion, il est apparu que les renouvellements de prescription sont plus fréquents que les premières prescriptions. Les difficultés rencontrées sont d'une grande variabilité : l'insomnie «symptôme isolé» est rare, les consultations complexes bien plus fréquentes. Les questionnements des médecins nombreux, allant des difficultés diagnostiques aux questionnements sur l'accoutumance et le sevrage en passant par les éléments de négociation et la gestion du temps et enfin les problèmes thérapeutiques.

Ainsi pour l'un des groupes, lors de la 1^o réunion, 8 cas étaient rapportés concernant des patients de 28 à 88 ans dont 5 insomnies chroniques, 8 prescriptions de somnifère, 1 consultation spécialisée et 1 tentative de sevrage. Lors de la 4^o réunion, 9 cas étaient rapportés concernant des patients de 15 à 81 ans dont 5 insomnies chroniques, 2 prescriptions de somnifères et 2 prescriptions d'anxiolytiques, 1 agenda du sommeil, 1 échelle de somnolence (Epworth), 4 conseils d'hygiène du sommeil, 2 arrêts de prescription et 1 sevrage.

Dans tous les groupes ont été utilisés de manière significative et par fréquence décroissante : l'agenda du sommeil, le questionnaire de Pichot, les règles d'hygiène, le questionnaire HAD, les règles d'hygiène du sommeil, les conseils de contrôle du stimulus, l'échelle de somnolence (Epworth).

L'analyse qualitative des compte-rendus met en évidence des réticences importantes lors des premières réunions à l'utilisation d'outils, d'échelles diagnostiques. Lors des dernières réunions les médecins disent avoir acquis un nouveau savoir-faire : être capables de « proposer des sevrages » dans des situations qui leur paraissaient pourtant bloquées auparavant, ne plus être obligés de noter de « fausses posologies », pouvoir prescrire autrement et autre chose que des médicaments.

L'utilisation des agendas et des auto-questionnaires a permis de faire intervenir le patient dans sa propre prise en charge en dédramatisant le problème sans le banaliser pour autant. L'agenda du sommeil a permis surtout de dédier des consultations spécifiques au trouble du sommeil.

Dans 8 des 9 groupes, 95 % des médecins ont utilisé un ou plusieurs outils. Dans un des groupes, 60 % des participants disent qu'ils ne les utiliseront pas car « ça ne correspond pas à leurs pratiques » et ils ont l'impression « d'être sous pression pour moins prescrire ».

Ont persisté des difficultés et des questions sans réponses notamment sur l'évaluation des médicaments anciens ou d'herboristerie et sur les formations aux thérapies cognitivo-comportementales.

Ces résultats montrent clairement une appropriation des outils. Néanmoins cette action d'évaluation des pratiques professionnelles n'a pas été construite comme une action de recherche. Ainsi les registres et recueils de cas n'ont pas été exhaustifs, les modifications notées sont de type avant/après sans groupe témoin, les registres de consultation sont centrés sur l'utilisation des outils et pas sur la caractérisation des insomnies. Les outils sont utilisés mais on ne sait pas si les diagnostics sont plus précis, si les outils sont utilisés à bon escient. Il reste à savoir si l'utilisation des outils persiste, et si les patients vont mieux : moins de morbidité et meilleure qualité de vie.

Si l'on étudiait la diminution des prescriptions de somnifères, il faudrait veiller aux glissements possibles des prescriptions vers d'autres substances moins bien connues et s'interroger sur les difficultés d'accès aux thérapies cognitivo-comportementales : peu de professionnels les pratiquent et cette thérapie n'est pas remboursée.

Cette action d'évaluation des pratiques professionnelles à partir d'une recommandation sur un motif de consultation fréquente en médecine générale entraîne un changement de comportements sur des situations complexes où la conduite à tenir est difficile à protocoliser. La mise à disposition d'une «boites à outils» a constitué un support pertinent.

(1) Université Pierre et Marie Curie, Faculté de Médecine, Département de Médecine Générale

(2) Université Paris Descartes, Faculté de Médecine, Département de Médecine Générale

(3) Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG)

Pr Anne Marie MAGNIER

Lors des
dernières
réunions
les médecins
disent avoir
acquis
un nouveau
savoir faire





233 bis rue de Tolbiac
75013 Paris

Téléphone :
01 45 81 09 63

Télécopie :
01 45 81 09 81

Adresse de messagerie
sftg@wanadoo.fr

La passion
de la formation
La convivialité
des échanges

**Retrouvez-nous
sur notre site
Web !**

Contactez-nous à :
www.sftg.net

Ecrits SFTG
Trimestriel

Directeur de la publication :

•Patrick OUVARD

Comité Scientifique :

- Antoine de Beco
- Luc Beaumadier
- Patrick Ouvard
- Luc Beziau
- Philippe Regard

Maquette/Réalisation :

•Patrick Ouvard

© SFTG 2009

Mieux connaître le rôle du médecin du travail

Le congrès portant sur la co-professionnalité, c'est naturellement que j'ai proposé de présenter les résultats d'un mémoire que j'avais réalisé au cours de ma reconversion de médecin généraliste en médecin du travail. Il s'agissait d'analyser les relations entre ces deux professions à partir d'un questionnaire adressé à des médecins généralistes de l'Essonne tirés au sort.

Une première constatation s'impose : les relations sont trop épisodiques alors que les pathologies liées au travail sont fréquentes, les médecins généralistes reconnaissent d'ailleurs leur insuffisance dans ce domaine.

Parmi les points abordés, deux justifient qu'on les développe plus particulièrement.

Il s'agit de la visite de pré-reprise, destinée à adresser un patient au médecin du travail pendant son arrêt afin de mettre en place précocement les procédures de reclassement ou d'aménagement de poste que son état de santé va nécessiter. Cette visite est trop peu sollicitée alors qu'elle permet une véritable anticipation quand le retour au travail risque d'être difficile. Mon impression est que le médecin traitant, « médecin de soins » n'envisage la problématique professionnelle qu'une fois que toutes les thérapeutiques ont été envisagées et épuisées. Pourtant, le patient est le plus souvent un travailleur, et la crainte de perdre son emploi est souvent présente même si elle est inexprimée. Aborder le problème très tôt peut avoir un rôle thérapeutique et en tout cas permet d'éviter la case chômage. Cette éventualité risque pourtant d'être la seule solution pour conserver des revenus quand la fin des indemnités journalières prononcée par le médecin conseil n'a pas été anticipée.

Beaucoup plus fréquent est le certificat médical établi à la demande du patient pour son employeur. Il s'agit pourtant d'une procédure déconseillée. En effet le seul interlocuteur de l'entreprise est le médecin du travail, un avis de médecin traitant n'a aucune valeur légale. Les entreprises bien informées adressent le patient au médecin du travail quand elles sont saisies d'un tel certificat. D'autres vont le prendre en considération. Certaines enfin vont le trouver abusif, inadapté, impossible à suivre, etc. Le salarié était peut-être déjà mal considéré et ce certificat va exaspérer l'employeur. Le salarié essaie peut-être d'éviter un poste pénible qui risque d'être attribué à d'autres qui ne vont pas apprécier. Dans de rares cas ce certificat sera utilisé par un employeur mal informé comme prétexte à licenciement. Mieux vaut adresser le patient au médecin du travail qui connaît souvent l'entreprise et qui peut rencontrer l'employeur pour évaluer les possibilités d'aménagement de poste.

Je passe rapidement sur les maladies professionnelles car la sécurité sociale a fait un effort d'informations auprès des généralistes et leur déclaration est plus fréquente. Il n'en demeure pas moins que c'est souvent assez complexe, le médecin du travail peut dans ce domaine intervenir en tant que consultant spécialisé, tout comme il peut aider le médecin traitant dans ses dossiers de patients handicapés.

Après 8 ans d'exercice de la médecine du travail, j'ai l'impression que l'image de marque de cette profession s'est améliorée auprès des médecins de ville et que les relations deviennent plus fréquentes. On peut probablement encore faire mieux, tel est l'objectif de cette communication.



Ouri CHAPIRO
Médecin du travail

L'édition précédente du CMGF a remporté un très large succès en réunissant 1800 participants et a prouvé que la discipline avait désormais son évènement : un Congrès organisé par et pour les médecins généralistes.

L'édition 2010, sera à nouveau portée par les 14 principales structures actrices de la Médecine Générale en France, Sociétés Scientifiques et Organismes de Formation Médicale Continue.

Le thème : « **Spécialiste en Médecine Générale : spécificités et diversité** » abordera les multiples facettes de la discipline et de notre système de soins. Un programme scientifique de grande qualité traitera de la Médecine Générale dans sa globalité au travers des champs des soins, de la formation et de la recherche. Si la Médecine Générale est reconnue comme une spécialité à part entière, son mode d'exercice, sa recherche et son enseignement sont en pleine évolution et possèdent leurs spécificités sur lesquelles porteront les communications. L'implication de nos confrères francophones, largement représentés, enrichira la réflexion.



4^e CONGRÈS
DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE 2010
Spécialiste en Médecine Générale : spécificités et diversité



24-26
juin 2010
Nice
Acropolis