



Liste des articles :

- Editorial
page 1
- La consultation avec un patient âgé. Comment faire avec le tiers
page 2
- Santé et environnement
page 4
- Charte Ethique de l'information médicale
page 7
- Place du généraliste dans le dépistage des cancers du col utérin
page 8
- L'EPP en réseau améliore le suivi et les résultats des soins aux diabétiques de type II
page 13
- Les tableaux de bord de suivi informatique (TBS)
page 14
- Réflexions sur les limites actuelles des recommandations
page 15
- Evaluer un séminaire de formation professionnelle sur la mortalité prématurée
page 16

Communications de la SFTG au Congrès de la médecine Générale Lyon 2008

Le premier congrès de médecine générale s'est déroulé à Lyon les 12, 13 et 14 Juin 2008.

Il était grand temps que les acteurs généralistes francophones qui sont impliqués dans la formation et la recherche en médecine générale se rencontrent et donnent la parole aux effecteurs de travaux qui parlent de notre métier.

La SFTG avait bien évidemment toute sa place dans ce congrès.

Le thème de ce premier congrès était :

« Du premier recours au long cours »

L'évolution politique et sociale de l'organisation des soins en France a finalement abouti à confier à la médecine générale un rôle de premier plan en faisant du couple patient-médecin traitant le pivot du système de santé.

Cette mission première a mis les médecins généralistes devant des responsabilités cruciales :

- la nécessité de l'évaluation des pratiques professionnelles dans un souci de transparence vis à vis de la société

- le développement de la formation continue, la participation à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques

- la fonction de relais des actions de santé publique par le dépistage, l'information et l'éducation thérapeutiques des patients

- la prise en charge de la formation initiale des futurs médecins généralistes

Ces responsabilités ne pourront être assumées qu'en continuant d'explorer tous les champs de la médecine générale : pédagogie, recherche, sciences humaines et sociales dans l'indépendance la plus grande vis à vis de l'industrie pharmaceutique et des structures politico syndicales. La médecine générale doit prendre la place qui lui revient à l'Université et accéder à un niveau d'expertise comparable aux autres spécialités

C'est pourquoi ce premier vrai Congrès Français de Médecine Générale fut l'occasion d'une réflexion et d'un travail en commun sur les procédures à élaborer pour organiser les soins dans cette démarche du premier recours au long cours.

Les communications de la SFTG (coorganisatrice de ce Congrès) recouvrent tous ces champs : **santé publique** (mortalité prématurée et inégalités sociales de

santé, dépistage du cancer du col de l'utérus, santé et environnement) **amélioration des pratiques professionnelles** (appropriation d'outils comme les recommandations professionnelles, les tableaux de bord de suivi informatiques) **sciences humaines et sociales** (psychologie, charte éthique)

Je crois que ce fut très positif d'avoir été là, présents, actifs, dynamiques, nombreux. Nous avons partagé un beau moment de retrouvailles de toute la profession, tout au moins de celles et ceux qui s'engagent et se battent, chacun avec son approche, pour notre exercice. Et nous en étions, et nous comptons dans ce paysage pas toujours facile, parfois un peu hostile, mais globalement plutôt favorable à cette SFTG, maison d'empêcheurs de penser en rond, mais appréciée et respectée, car nous avons cette éthique que nous tentons de porter.

Et il était bien, ce congrès, de bonne ambiance, de bonne qualité, avec des présentations, des ateliers, des débats, des posters, de la production de belle facture. Et ce n'est certes pas ce que la SFTG a produit qui était le moindre.

Voici certaines des interventions qui ont été présentées au nom de la SFTG.

J'en remercie encore les auteurs et ne doute pas que leur lecture va vous intéresser.

Mais l'aventure ne s'est pas close à Lyon.

Arrivera rapidement 2009 et le Congrès de Nice, qui se déroulera les 25, 26 et 27 Juin.

Le thème en sera :

« De la santé des personnes à la santé des populations Médecine générale et co-professionnalité »

J'espère que nombre d'entre vous qui allez lire ce numéro d'Écrits aura envie d'y participer et pourquoi pas publier et intervenir au congrès.



Antoine de BECO

Membre du comité d'organisation du Congrès de Lyon

Vice Président de la SFTG

Chargé des groupes locaux



La consultation avec un patient âgé : comment faire avec le tiers ?

Les personnes âgées, qu'elles soient vues en consultation ou en visite, le sont souvent en présence d'un tiers, tiers familial ou professionnel, simple accompagnant ou aidant principal.

Cette constatation nous amène à nous poser plusieurs questions :

Cette présence est-elle utile ou non ? Gênante ou enrichissante ? Ou les deux ?

Pourquoi cette présence, et qui la souhaite, quels en sont les impacts et comment faire avec, comment aménager la consultation ?

Pourquoi cette présence ?

Parce que le vieux est vieux, moins efficient voire déficient.

Moins efficient : il est ralenti, peu performant et volontiers fragile psychologiquement.

Déficient : il a des troubles locomoteurs, possiblement des troubles cognitifs, des troubles sensoriels. Il est en perte d'autonomie.

Pour qui cette présence, qui la souhaite ?

Le patient ? Le tiers ? Le médecin ?

Le patient lui-même peut la souhaiter :

Il en attend aide, assistance, il peut penser que le médecin entendra mieux le tiers que lui-même.

Il recherche un soutien, et en allant plus loin, il attend une appropriation, par son aidant, de ses problèmes à lui, patient âgé.

Le tiers peut souhaiter assister à la consultation :

Pour y recueillir des informations, des précisions sur l'état de son protégé.

Il peut attendre une reconnaissance, une approbation de son rôle d'aidant.

Il peut souhaiter communiquer au médecin des informations que le patient oublierait de préciser (oubli volontaire ou non, et on voit poindre ici une difficulté : le patient, même âgé, n'aurait-il plus le droit de ne pas tout dire à son médecin ?).

Le médecin peut souhaiter la présence du tiers :

Pour faciliter la consultation, car apportant des informations plus fiables, car permettant de déboucher sur une meilleure observance de la thérapeutique qui sera proposée.

En quoi cette présence modifie-t-elle la consultation ?

Elle introduit un certain nombre de biais dans la communication.

Une étude de Greene¹ basée sur des enregistrements audio a notamment montré qu'en présence d'un tiers le médecin a tendance à parler du patient avec le tiers au lieu de s'adresser directement à lui, se référant à lui à la troisième personne (18 fois en moyenne lorsque l'interlocuteur est un tiers familial). De même, les tiers familiaux parlent en moyenne 27 fois de leur proche à la troisième personne. Cette même étude montrait que le temps de consultation n'était significativement pas plus élevé et que les patients abordaient spontanément moins de sujets, étaient moins réactifs, plus passifs que les patients du groupe contrôle (vus seul à seul).

Interrogés² sur l'effet de censure éventuel, une trentaine de médecins généralistes reconnaissaient que cette présence tierce accentuait les non-dits de part et d'autre.

Cependant, malgré ces biais, ces mêmes médecins percevaient rarement cette présence comme gênante.

Une seconde incidence porte sur la dynamique psychique des sujets en présence qui sera influencée, le plus souvent inconsciemment, par la façon dont s'est structurée puis remaniée tout au long de notre existence notre première relation à trois : la relation triangulaire oedipienne. Chaque médecin peut ainsi tenter de comprendre ce qu'il éprouve lors d'une consultation à trois, non plus à partir de la seule objectivité des éléments qu'il observe (tels trait de caractère, réflexion, attitude...), mais en tant qu'ils peuvent, à un moment donné, entrer en collusion avec leurs propres objets oedipiens.

La troisième modification majeure concerne le mode de fonctionnement propre des triades, induisant notamment la constitution de coalitions, définies comme l'association de deux personnes qui adoptent une stratégie commune à l'encontre d'une troisième. Ces dernières se mettent en place lorsque le pouvoir est inégal.

Trois types de coalitions peuvent se rencontrer dans une consultation. Nous les présentons ici



Dr Jérôme Lurcel



succinctement.

Médecin + patient / tiers : en général ce type d'alliance se met en place pour défendre le patient (face aux disqualifications, agressions, dénigrement des propos du patient par le tiers). Le risque est d'exclure le tiers avec les multiples réactions que cette exclusion peut engendrer (désengagement, sabotage du projet thérapeutique, etc.).

Médecin + tiers / patient : ces alliances sont particulièrement déterminées par les représentations de la vieillesse et de la maladie que le médecin a de son patient âgé et qu'il partagera avec le tiers (par exemple : vision négative, volonté de « protéger » ce patient fatigué et malade, lui épargner la dureté d'un diagnostic ou lui imposer l'usage d'une canne ... etc.). Position discutable qui risque d'engendrer une relation infantilissante ou encore une moindre implication dans le traitement.

Patient + tiers / médecin. Ce type d'alliance démarre souvent en amont de la consultation. Le patient peut rechercher auprès du tiers un soutien, une parole de poids pour obtenir quelque chose qu'il ne pense pas pouvoir obtenir par lui-même (médicaments, examens supplémentaires, etc.). Il peut aussi, tout comme le tiers, chercher à exclure cet intrus pour préserver une relation exclusive. Le tiers peut également utiliser le médecin comme responsable de ses propres insuffisances. Le risque, outre l'attaque en règle, très désagréable, est que ce patient finisse par ne plus être soigné, faute de médecin.

Coe³ a montré que chaque consultation est concernée non par une, mais par plusieurs coalitions (la durée, les objectifs et les sujets étant variables) et que dans ce jeu à trois, le médecin possède un pouvoir que les deux autres n'ont pas. Il reste malgré tout dépendant des deux autres membres pour poursuivre ses buts. Il ne s'agit donc pas de se « débarrasser » du tiers mais de lui accorder une juste place. Cela amène ainsi à penser la consultation différemment. Il peut s'agir de rendre cette présence acceptable vis-à-vis d'un adulte vieilli qui a longtemps connu et apprécié un colloque singulier avec son médecin. C'est aussi réfléchir à l'aménagement possible du cadre de la consultation en prévoyant des temps séparés.

Alors comment faire avec, comment rendre la présence du tiers acceptable, comment aménager la consultation ?

Etre d'abord conscient de l'interférence obligatoire que la présence du tiers engendre.

Ceci impose d'être attentif à la qualité de la communication du patient âgé.

Et d'être également attentif à ce qui se passe entre les deux, le tiers et le patient, et cela sans juger, sans porter de jugement de valeur sur cette relation dont nous ne sommes que témoins, voire un témoin tardif.

Il convient certainement aussi de bien différencier à qui on s'adresse; le plus caricatural étant de parler du patient au tiers à la troisième personne.

Quand on s'adresse au patient, le faire à niveau, presque en aparté; le plus caricatural étant de parler en étant debout, au tiers également debout, alors que le patient est assis ou couché.

Et puis, la présence du tiers, voire des tiers, n'est pas une fatalité : il faut se laisser la possibilité de faire sortir le tiers. Sous prétexte de l'examen clinique, sous prétexte de tests neuropsychologiques, etc..

Se laisser ainsi la possibilité de temps séparés, autrement dit aménager la consultation.

Parfois, des temps séparés peuvent permettre d'entendre ce que le patient a réellement à vous dire.

Il faut probablement, dès la première consultation en présence du tiers, annoncer la possibilité de temps séparés. Si cet aménagement du cadre a été envisagé, il sera plus facile à réaliser.

L'objectif étant de minorer les censures, et de déjouer les alliances.

N'oubliez pas, le tiers est parfois payant !

Juin 2008

Séverine ROSE, Jérôme LURCEL

*Le patient
peut
rechercher
auprès
du tiers
un soutien,
une parole
de poids
pour obtenir
quelque chose
qu'il ne pense
pas pouvoir
obtenir par
lui-même*

1. Greene MG, Majerovitz D, Adelman R, Rizzo C. The effects of the presence of a third person on the physician-older patient medical interview. J Am Geriatr Soc 1994; 42 : 413-419

2. Rose S, Lurcel J, Zientara B. La relation à trois dans la consultation avec un patient âgé. NPG Neurologie - Psychiatrie - Geriatrie (2008) à paraître.

3 Coe R, Prendergast C. The formation of coalitions : interaction strategies in triads. Sociology of Health and Illness 1985 ; 7 : 236-47



Atelier santé environnement

prévenir des maladies graves par la connaissance des nouveaux polluants

Les maladies et symptômes en lien avec des contaminants environnementaux sont en constante augmentation : 35% de cancer en plus en 20 ans à âge constant, 14% de couples européens infertiles, 10 à 20 % d'augmentation annuelle des maladies allergiques. La pollution atmosphérique est associée aux maladies respiratoires, et cardio-vasculaires, ainsi qu'à certains cancers. Les pesticides et les phtalates sont des perturbateurs endocriniens. Les composés organiques volatils et le formaldéhyde, très présents dans l'habitat, contenus dans des cosmétiques et de nombreux produits d'entretien, sont irritants et cancérigènes. Les médecins généralistes sont rarement sensibilisés à ces problèmes. Pourtant il existe des outils simples pour le repérage et la prévention.

Nous sommes

les détecteurs,

les alerteurs,

nous pouvons

prévenir

à condition

de connaître

ces risques.

Cet atelier a rassemblé des médecins déjà sensibilisés à la santé environnementale soit parce qu'ils y étaient confrontés dans leur pratique, soit par sensibilité personnelle, soit de jeunes médecins qui comme les patients se posent des questions concernant ces nouveaux polluants qui déchaînent régulièrement les chroniques et forum (téléphones, perturbateurs endocriniens, wi-fi, pollution de l'eau)... Alors ces inquiétudes sont elles justifiées ou non ?

Notre formation de médecin n'apporte aucune réponse en la matière, le domaine n'est pas traité. Il faut donc se renseigner par soi même et c'est là que beaucoup abandonnent car il s'agit d'un risque « environnemental non infectieux » dont on parle. La différence est dans la difficulté de la démonstration de causalité : elle n'est pas univoque du type un agent infectieux donne une pathologie avec une période d'incubation brève.. Là le temps d'apparition sera souvent de l'ordre d'une génération, les symptômes qui peuvent alerter sont non spécifiques (céphalées, toux, asthme...)

Tout ceci explique les termes retrouvées dans les nombreuses études présentées aux médecins dans les revues professionnelles du domaine de la « probabilité » du risque « faible » du manque de données... il y a de quoi abandonner l'affaire pour un médecin généraliste non sensibilisé ! Or, nous savons bien qu'il ne faut pas attendre que les épidémiologistes comptent les morts : l'exemple le plus célèbre étant bien celui de l'amiante..

Nous sommes les détecteurs, les alerteurs, nous pouvons prévenir à condition de connaître ces risques. Encore étonnant est la non connaissance de la toxicité du chlore des piscines par de nombreux médecins qui doit nous amener à mentionner sur un certificat de sport d'un asthmatique de ne pas fréquenter les piscines chlorées

De même donner systématiquement les recommandations d'éviter l'utilisation de cosmétiques en spray, d'anti-moustiques, de se méfier des agglomérés neufs, des peintures, etc

Les recommandations chez la femme enceinte ou mieux lors de la consultation prénuptiale devraient être données, s'enquérir du travail et des expositions du couple doit être notre préoccupation pour la santé des générations futures !

Les objectifs pédagogiques de l'atelier visent :

-à rendre capable les médecins généralistes de questionner leur patients de manière adéquate afin de dépister une exposition à un polluant et de pouvoir identifier les symptômes imputables à ces polluants.

-à découvrir et s'approprier un outil simple pour le dépistage et la prévention.

Méthode :

Pré-test, apport de connaissances introductif, puis travail interactif sur des cas cliniques, avec une discussion orientée sur l'analyse des pratiques actuelles et les possibilités d'évolution, puis correction du pré-test.



Résultats :

Les participants ont été alertés, et ont acquis les bases d'une approche opérationnelle concernant les contaminants environnementaux.

Le médecin généraliste, en connaissant mieux les polluants dans l'environnement, peut contribuer à améliorer la prévention et éviter les récides de nombreuses maladies.

BIBLIOGRAPHIE**La pollution atmosphérique (PA):**

PA et retentissement sanitaire : chiffres !

http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/these_levy.pdf p 128, 129;

30000 DC « prématurés »/ an en France seraient attribuables à la PA !!! (OMS chiffres pour 1996)

Comment ? : IResp, Mie CV, Asthme, K

Quels Polluants atmosphériques : définition PA extérieurs et intérieurs (p 14 à 19)

Voir aussi site INVS : <http://www.invs.sante.fr/> Etudes Européennes (APHEIS) et française (PSAS9) aller dans publication : résumé psas9 les 2 phases dans « prévalence » n°7 fév 2003 p10 et 11

PA = fdr pulmonaire et cardiaque consulter l'aide mémoire de l'invs+++ 6pages synthétiques : www.invs.sante.fr/surveillance/psas9/aide_memoire.html

Généralités, effets à court terme, effets à long terme, mécanismes d'action (stress oxydatif et SNA), effets sanitaires des principaux polluants mesurés (O₃, p.m, SO₂, NOx)...et liens savoir+

les cardiaques seraient plus touchés (PSAS9) surtout s'ils sont fumeurs :

Via particules fines (équipe Dr Cottin Dijon)

Via CO (Equipe D. Panagiotakos Athènes) Ces études ont été présentées lors des sessions scientifiques annuelles de l'Association américaine de cardiologie, organisées à Orlando (Floride) du 9 au 12 novembre 2003

www.lexpress.mu/display_news_dimanche.php?news_id=7982

Via O₃ (Equipe Dr Ruidavets, Inserm, Toulouse : relation linéaire taux d'ozone et IDM) : <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/abstract/111/5/563>

En savoir + sur la relation PA et pathologies cardio vasculaires:

www.invs.sante.fr connaître les mécanismes physiopathologiques : extrapole n°32 sept 2007 (analyse critique des publications internationales) et accès à l'ensemble des études référencées en inscrivant dans l'onglet de recherche du site : « cœur pollution »

www.americanheart.org accès aux études référencées en anglais via le moteur de recherche en haut à gauche inscrire « pollution »

Les autres corrélations :

- particules diesel et cerveau (Dr Bjoern Cruts en 2008 étude exp chez des volontaires) survenue d'un stress oxydatif

- particules fines et retard pondéral à la naissance : inserm juin 2007

- PA et diabète <http://www.sciencedaily.com/releases/2002/07/020731080856.htm>

Le conseiller médical en environnement intérieur (CMEI) nouvel intervenant :

<http://cmei.france.free.fr/>

Autres références bibliographiques citées (ordre alphabétique : entrée par polluant) :

Aspartame : <http://www.ehponline.org/docs/2005/8711/abstract.html>

Chlore : Etudes chez les bébés nageurs lésions épithéliales P 10a après

Étude belge 847 adolescents (A. Bernard) effet adjuvant sur le développement des allergies : asthme+++ et rhinites

Éthers de glycols : <http://docsite.cgt.fr/1082038991.pdf>.

Formaldéhyde : http://www.inrs.fr/htm/le_circ_classe_formol_comme_cancerogene_pour_homme.html

Incinérateurs : études de l'invs derniers résultats 2008 voir www.biblio.sosblog.fr « incinérateurs »

Lignes haute tension ELF <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/abstract/330/7503/1290>

Ondes : « Champs électromagnétiques et santé publique » (OMS) : http://www.who.int/peh-emf/publications/chapitre1_lesfaits.pdf 4 pages

Ordinateurs portables : <http://www.eshre.com/emc.asp?pageId=570>

Perturbateurs endocriniens et références :

-Parabens et tumeurs mammaires : Journal of Applied Toxicology (vol 24, p5)

Plastiques et obésité : www.biblio.sosblog.fr inscrire « plastique » dans l'onglet de recherche

Pesticides et leucémie de l'enfant : <http://oem.bmjournals.com/cgi/content/abstract/63/2/131?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=Menegaux>

Et parkinson : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2377-8-6.pdf> + étude cas témoins « terre »

Et troubles cognitifs: enquête « Phytoner » (Gironde)

Et diabètes : 1. "Incident diabetes and pesticide exposure among licensed pesticide applicators: Agricultural Health Study 1993-2003", Amer J Epidemiol, 2008;167:1235-46.

2. 'Environmental pollution and diabetes: A neglected relationship' appear in the 25 January 2008 edition of The Lancet. <http://www.sciencedaily.com/releases/2008/01/080125125108.htm>

Phtalates : Environ Health Perspect 113: 1056-1061 (2005). doi:10.1289/ehp.8100 available via <http://dx.doi.org/> [Online 27 May 2005].

Solvants et COV : Risque chimique pour la fonction de reproduction en milieu professionnel

Dossier INRS : http://www.inrs.fr/htm/les_solvants.html.

Téléphones mobiles et antennes relais :

Site de l'AFSSET : les activités scientifiques/ les agents physiques / téléphonie mobile et santé dépliant synthétique mars 2007, FAQ, références, lien oms

Dernière corrélation : Téléphone mobile et Hyperactivité : Epidemiology. 2008 May 7 « Prenatal and Postnatal Exposure to Cell Phone Use and Behavioral Problems in Children ». Divan HA et coll <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18467962>

Autres références bibliographiques citées (ordre alphabétique : entrée par auteur(s))

CASSET A ; DONNAY C ; DEBLAY F. Le rôle de l'environnement dans l'asthme : hypothèses et contradictions. La rev. du prat. Monographie, 2005 : 55 : 1299-1304.

CNOM : dossier bulletin N°9 Novembre 2005 « À quand une médecine environnementale ? » <http://bulletin.conseil-national.medecin.fr> puis voir les « archives ».

INRS : Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale : ED 835 téléchargeable : http://www.inrs.fr/htm/les_maladies_professionnelles_guide_acces_tableaux.html 350p

Liste (tel + adresse) des consultations de pathologies professionnelles et environnementales : p344-346

Formulaire de déclaration de maladie professionnelle : victime et Dr : p14-15

SPLF : actualisation 2003 des recommandations de la splf sur la prise en charge de la BPCO : organisation et argumentaire. Rev Mal Resp 2003 ; 20 ; p294-299 (téléchargeable sur site SPLF) www.splf.org

ZMIROU D ; GAUVIN S ; PIN I et al. Traffic-related air pollution and incidence of childhood asthma : result of the VESTA case control study. Journal of epid. And community health, 2004 ; 58



Affirmations	Réponse
1- La pollution automobile menace uniquement les poumons ?	Faux : le cœur est également menacé. (biblio)
2- Les ondes électromagnétiques des téléphones cellulaires augmentent le risque : 1 - de troubles du sommeil 2 - de trouble du comportement, 3 - de céphalées, 4 - de maladies neurodégénératives, 5 - de troubles de la reproduction 6 - de cancer cérébral chez l'enfant.	Vrai pour 1, 2, 3 non démontré pour 4, 5, 6 mais recul insuffisant ! + Risque accru de neurinome de l'acoustique prouvé Probable pour méningiome, tumeur bénigne de la parotide, gliome (interphone) (biblio)
3- L'aspartame augmente les risques de cancer ?	Doute étude chez le rat lymphome et leucémie ? (biblio)
4- La pollution atmosphérique tue moins que les AVP ?	Faux (biblio)
5- Un enfant vivant à la campagne a plus de risques de développer un asthme qu'un citadin ?	Faux théorie hygiéniste (CASSET) et étude d'exposition d'enfants aux émanations automobiles (ZMIROU)
6- Les pollutions professionnelles, domestiques et urbaines doivent être envisagées comme facteur de risque de BPCO chez une personne non exposée au tabac ?	Vrai (SPLF)
7- Utiliser son ordinateur portable sur les cuisses peut réduire la fertilité ?	Vrai (biblio)
8- Les ondes EM de type basses fréquences (ELF) sont classées « cancérogènes possibles » ?	Vrai (biblio) enfant naissant à moins de 200m d'une ligne haute tension risque + 69% de leucémie puis ↓ pour atteindre + 2% à 600m
9- Seul un médecin du travail peut adresser un patient suspect d'exposition professionnelle à une consultation spécialisée hospitalière.	Faux (INRS)
10-Un agriculteur exposé aux pesticides à plus de risque de présenter un diabète, des troubles cognitifs ou un parkinson	Vrai pour les 3 (biblio)
11-Les pesticides (domestiques et industriels) sont fortement suspectés dans les leucémies de l'enfant ?	Vrai (biblio) x 2 si exposition durant grossesse et enfance
12- Le formaldéhyde (un Composé Organique Volatil présent dans les matériaux de construction, parfums d'intérieurs, tapis, colles, nettoyeurs ménagers..) provoque des crises d'asthme mais n'est pas cancérogène ?	Faux (biblio) les 2 ! Classe I du CIRC / K rhinopharynx +/- fosses nasales, sinus, leucémies
13-Les produits cosmétiques contiennent des substances suspectées favoriser le cancer du sein ?	Vrai (biblio) les parabens qui sont des « perturbateurs endocriniens » ; ces conservateurs sont aussi dans l'alimentation et l'eau (non éliminé par station d'épuration), retrouvés dans K sein.(propyl, butylpben)
14-Les plastiques alimentaires (perturb endoc) sont suspectés favoriser l'obésité	Vrai (biblio) études sur souris avec le BPA (dégagé lors du chauffage) ou l'APFO
15-Le MG peut gratuitement faire intervenir un « CMEI » s'il suspecte une pollution domestique ?	Vrai (biblio) mais +/- gratuit
16-Une pathologie potentiellement professionnelle non inscrite au tableau ne pourra être prise en charge au titre « maladie professionnelle » ?	Faux (INRS)
17-Un médecin peut déclarer un cas suspect de pathologie environnementale à l'INVS 24h/24 et 7j/7 ?	Vrai (CNOM) le « 0820 42 67 15 » invs alerte
18-L'air est plus pollué en ville qu'à la campagne ?	Vrai en général mais dépend de l'environnement (usines, épandages pesticides, pic d'O3, pollution intérieure...)
19-Vivre à proximité d'un incinérateur majore le risque de K	Vrai jusqu'à 22 % supplémentaires pour les sarcomes des tissus mous, 16 % pour les cancers du foie, 9 % pour les cancers du sein...(biblio)

Le Dr **johanna LEVY**
est à l'origine de la naissance
du **blog santé environnement sftg** :
(www.biblio.sosblog.fr)

Ce blog répond au besoin de connaissance dans le domaine de la santé environnement où les études deviennent chaque jour plus nombreuses apportant des faisceaux de preuves permettant souvent même à l'oms de modifier son classement des agents cancérogènes.



Colloque SFTG

*Le médecin, le patient et l'environnement
Quelle information pour agir ?*

30 janvier 2009

Palais du luxembourg

Renseignements et inscriptions
SFTG@wanadoo.fr
Tél : 01 45 81 09 63



Recueil et partage des données de santé : une charte pour une éthique de l'information médicale.

M. Favre, M. de Jonghe, B. Seys, M. Jamouille, L. Letrilliart.

Contexte :

Pour recueillir des données dans sa pratique de soins, le généraliste a besoin d'un langage lui permettant de décrire puis d'identifier et assembler des faits qui laisseront une trace pour le suivi au long cours du patient. Cette information peut aussi servir à transmettre et compter des données communes si le langage est commun. Des classifications de l'information médicale existent et n'ont pas attendu l'informatisation du dossier médical.

Objectif :

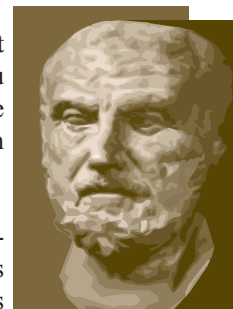
Des médecins et informaticiens francophones se réunissent depuis 1995 au sein du CISP-Club (club d'utilisateurs francophones de la Classification Internationale des Soins Primaires) pour proposer des réponses aux interrogations générées par le traitement de l'information. La tension existant entre l'utilisation des données au service du patient et au service de la santé publique nous a incités à tenir compte de principes que nous avons colligés dans une charte.

Méthode :

Nous avons étudié les textes existants (la déclaration d'Helsinki, la déclaration de Barcelone, la charte de l'union européenne) et avons relevé les incidents critiques apparus en Europe (Pays Basque...).

Résultats :

Une charte a été élaborée par le CISP Club, en partenariat avec la SFTG. Elle repose sur les principes fondateurs de la médecine depuis Hippocrate, respectant les droits et devoirs de tous les intervenants : patient, professionnel de santé, fournisseur de services informatiques, partenaires intervenant dans les politiques de santé publique.



Nous, professionnels de la santé ou informaticiens, familiers dans le traitement de l'information médicale,

Déclarons

Etre attachés à la relation thérapeutique au travers du colloque singulier,
Promouvoir une utilisation éclairée par les professionnels de la santé des nouvelles technologies de communication,
Vouloir attirer l'attention de nos collègues sur le devenir des données médicales (ou informations personnelles de santé (IPS) ou nominatives) de nos patients,
Reconnaître que les professionnels de la santé se trouvent souvent démunis devant la technicité de la mise en conformité des logiciels aux recommandations,
Etre vigilants quant à l'intrusion de tiers (Etat, politique, intérêts commerciaux, assurances, employeurs) dans le domaine de la vie privée pouvant entraîner à tout moment une rupture du secret professionnel,
Etre interpellés par les expériences malheureuses vécues par certains de nos collègues attentifs au droit à l'information du patient,
Etre interpellés par la valorisation commerciale croissante des IPS,
Prendre en compte la complexité de la relation médicale à notre époque contemporaine,

Réaffirmons clairement notre conviction dans les trois principes éthiques fondamentaux régissant tout traitement de données médicales, à savoir :

Respect de la vie privée,
Confidentialité et secret professionnel,
Consentement du patient
./.

www.cispclub.org



Dr Madeleine Favre



Place du médecin généraliste dans le dépistage des lésions du col utérin

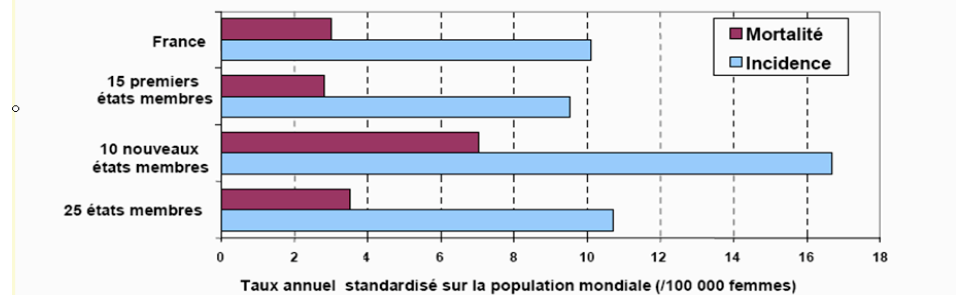


Dr Alain Siary

Le cancer invasif du col utérin se situe au 2ème rang des cancers de la femme dans le monde et est le premier en terme de mortalité dans les pays en voie de développement. En France il est le 9ème cancer de la femme et le 12ème en terme de mortalité (1).

En 2005 sa fréquence estimée est de 3068 avec 1067 décès (1).

Figure 1. Incidence et mortalité en 2004 par cancer du col utérin en France comparé à l'Union Européenne. [Arbyn, 2007]



Dépistage des lésions dysplasiques et du cancer

L'ANAES recommande 1 dépistage de 25 ans à 65 ans par frottis cervicovaginal avec initialement 2 frotts à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans en cas d'absence d'anomalie. (2)

2 techniques sont possibles pour le prélèvement :

- Technique classique sur lames
- Prélèvement en milieu liquide.

Ces techniques ont la même sensibilité et la même spécificité, mais la deuxième a le double avantage de donner lieu à moins de résultats ininterprétables et de permettre en cas de nécessité une recherche de HPV oncogènes par test Hybrid Capture 2. (11)

Interprétation : Le système Bethesda 2001

Qualité du prélèvement

Absence de lésion malpighienne

Anomalies de cellules malpighiennes

- ASC US Atypie de signification indéterminée.
- ASCH Atypie ne permettant pas d'exclure un haut grade
- LSIL Lésion de bas grade
- HSIL Lésion de haut grade

Anomalies des cellules glandulaires

- AGC : Atypie de cellules glandulaires
- AIS : Adénocarcinome in situ

A la cytologie correspondent des lésions histologiques :

- CIN1 : Cervical Intra Néoplasie de grade 1
- CIN2 : Grade 2
- CIN3 : Grade 3
- AIS : Adénocarcinome In Situ

Correspondance entre cytologie et histologie

Dysplasie	Cytologie	Histologie
Légère	LSIL	CIN1
Koilocytes		
Moyenne	HSIL	CIN2
Sévère	HSIL	CIN3

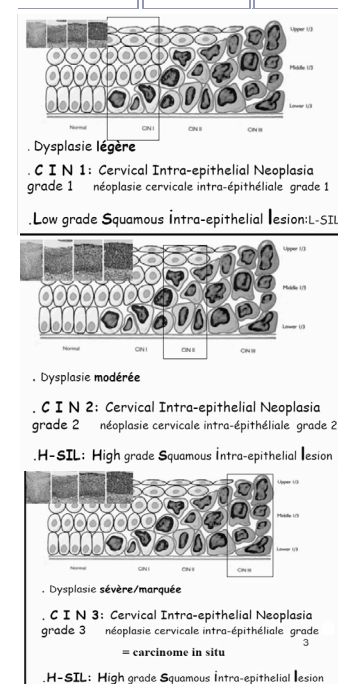
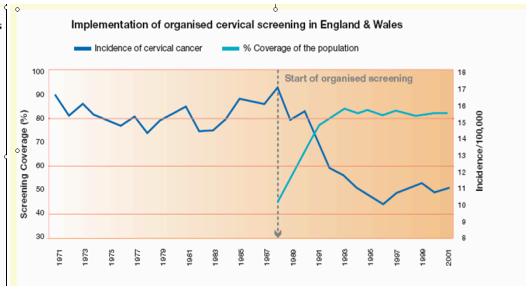
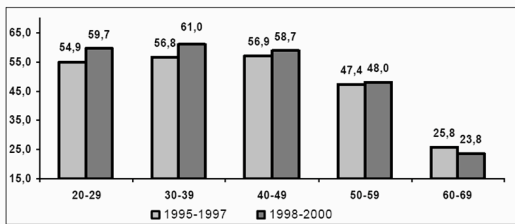


Figure 7 : Taux de couverture du frottis cervical chez les femmes de 20 à 69 ans sur deux périodes (Epas - CnamTS) [51]



En France plus de 6 millions de frottis sont pratiqués chaque année alors que 60 % des femmes seulement se font régulièrement dépister. Ceci représente un nombre suffisant de frottis pour couvrir l'ensemble des femmes concernées par le dépistage. Actuellement certaines sont dépistées tous les ans et d'autres jamais : c'est donc surtout un problème de répartition.

Les études épidémiologiques montrent toutes une corrélation entre la proportion de femmes dépistées et l'incidence du cancer du col.

Ainsi, l'introduction du dépistage de masse au Royaume Uni en 88 s'est accompagné d'une chute de l'incidence des cancers invasifs (4).

Le facteur de risque le plus important reste l'absence de dépistage.

Ainsi sur 524 cas de cancers invasifs tirés au sort (5):

- 24% Absence de frottis
- 43% Intervalle > 3ans
- 27% Frottis normal dans les 3 ans
- 3% Non revues après frottis anormal
- 3% Cancer malgré traitement d'un CIN

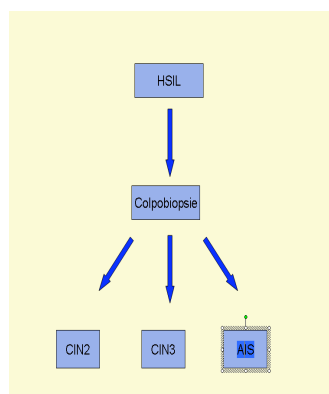
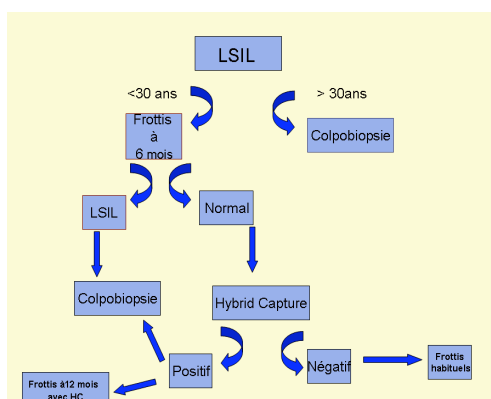
L'enquête du CRISAP effectué en 2002 en Ile De France a évalué à 4% la proportion de frottis effectués par les généralistes.

Dans les départements où s'effectuent le dépistage de masse : Martinique, Haut-Rhin, Bas-Rhin et Isère, la proportion de frottis effectuée par les généralistes est de 20% avec une participation au dépistage de ces derniers de 50%.

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE ANOMALIE CYTOLOGIQUE :

ASCUS : Il y a 10% d'anomalies de haut grade. On propose un test Hybrid capture 2 seule indication pour laquelle il est remboursé. En cas de négativité on fera un frottis un an plus tard. En cas de positivité, on proposera une colposcopie (3)

ASCH : il y a 40% d'anomalies de haut grade. On propose une colposcopie d'emblée :



Après un CIN1, pas de traitement en raison de la régression spontanée des lésions dans la majorité des cas et du risque iatrogène de la conisation pour les futures grossesses. Une surveillance par frottis et recherche de HPV oncogène est suffisante. Le même type de surveillance est proposé en cas de CIN2 ou CIN3 traités par conisation : en cas de HPV oncogène malgré un frottis normal une nouvelle colposcopie sera proposée



EPIDEMIOLOGIE DES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS

- 120 virus ont été identifiés, dont 40 à l'origine d'infections génitales
- On estime que 70% des femmes sexuellement actives sont à un moment de leur existence infectées par le HPV.
- La prévalence des HPV varie selon les régions
- L'Afrique reste le continent le plus touché de 14% à 37% en Afrique de l'Est.
- Amérique du nord : 15% Amérique du Sud : 19%
- Europe : Est : 12%. Europe occidentale : diminution du Nord : 8.5 % au Sud : 6.1%
- Asie : 7.5%
- La prévalence des infections à HPV diminue significativement après 30 ans

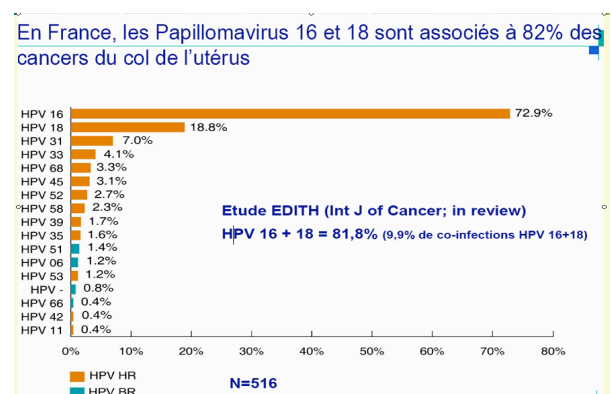
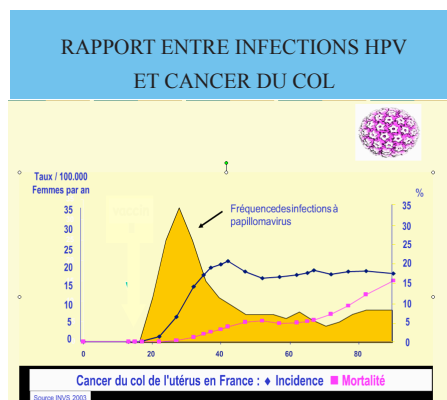
CARACTERES DES INFECTIONS A HPV

- 15 virus à potentiel carcinogène
- Caractérisés par la capacité d'intégration dans les chromosomes de la cellule hôte.
- Les infections sont plus fréquentes dans le groupe d'âge 20-29 ans
- Après 30 ans, la prévalence diminue, indépendamment de l'activité sexuelle
- Augmentent avec le nombre de partenaires sexuels et l'âge précoce des premiers rapports
- 70% des femmes sont infectées à un moment de leur vie par un HPV
- Parmi les IST les plus fréquentes
- Le préservatif réduit la transmission de 75%
- Elimination des virus chez 90% en 24 mois
- **La persistance d'un virus oncogène est la cause principale du cancer du col utérin**
- Cofacteurs : IST à Chlamydiae et HV,HIV, Tabac, contraception orale > 5 ans

Chez les femmes porteuses de HPV à potentiel oncogène :

- Pas de différence entre fumeuses et non fumeuses pour les bas grades
- Les lésions de haut grade sont 3 fois plus fréquentes chez les fumeuses
- Le tabac semble empêcher la guérison spontanée des lésions intra épithéliales

*La persistance
d'un virus
oncogène
est la cause
principale
du cancer
du col utérin*



Les HPV oncogènes sont présents dans près de 100% des cancers invasifs du col

HPV 16 et 18 retrouvés dans 82 % des cancers en France (8)

Les infections à HPV connaissent un pic avant 30 ans alors que l'incidence des cancers du col est la plus importante après 40 ans : une durée moyenne de 15 ans s'écoule entre une infection et un cancer invasif. Les HPV sont des virus nus sans enveloppe. Leur génome est constitué d'ADN double brin.

On distingue 3 régions génomiques :

- Région Late qui code pour les protéines de structure L1 et L2 composant la capsid
- Région Early qui code pour les protéines non structurales E1 à E7 qui ont pour propriété d'immortaliser les cellules
- Région non codante



TEST DIAGNOSTIC A LA RECHERCHE DE HPV ONCOGENE

- La PCR est surtout réservée pour la recherche
- Le test remboursé depuis 2004 est l'Hybrid capture 2
 - ADN dénaturé et hybridé par sonde ARN, puis détecté par anticorps conjugué à la Pho Alc qui réagit ensuite avec un substrat chimioluminescent.
 - Moins spécifique que le frottis cervicovaginal (FCV). Moins bonne prédictivité positive.
 - La sensibilité par rapport à la cytologie est meilleure de l'ordre de 95%
 - Détecte les 13 HPV à potentiel carcinogène
 - Actuellement remboursé dans les cytologies ASCUS où il est plus performant qu'un nouveau frottis.

*Le dépistage
relève
de la
prévention
secondaire*

CYCLE DU HPV A POTENTIEL ONCOGENE

- Phase quiescente : RAS. Elimination spontanée
- Phase épisomique et productive Koïlocytes (CIN1)
 - Phase génomique et répliquante : expression des Protéines E6 et E7 (CIN2 et CIN3) Elles interfèrent avec les protéines de régulation du cycle cellulaire (P53 et P16) ce qui conduit à une dérégulation et à une immortalisation cellulaire.
 - Codage des protéines des capsides par L1 et L2 : constituent les Viral Like Particle des vaccins obtenus par génie génétique.
 - Il peut y avoir passage de la première phase au CIN3 sans les stades intermédiaires

*La vaccination
relève
de la
prévention
primaire*

LA VACCINATION

Les vaccins sont préparés à partir de particules L1 spécifiques assemblées sous formes pseudo-virales VLP dépourvues de propriétés infectieuses.

Il s'agit de vaccins recombinants prophylactiques sans action thérapeutique : ils préviennent l'infection, mais ne la soignent pas.

Le dépistage relève de la prévention secondaire

La vaccination relève de la prévention primaire

Efficacité du vaccin tétravalent sur les lésions cervicales de haut grade

femmes de 16 à 26 ans : CIN2 CIN3 AIS

Future 2 Study Group (9)

Comparaison des propriétés des deux vaccins HPV <small>(information concernant Gardasil® provient de la notice scientifique; celle concernant le Cervarix® des études publiées)</small>		
	Gardasil®	Cervarix®
Type de vaccin	Protéine L1 VLP	Protéine L1 VLP
Composition	HPV 6 : 20 µg HPV 11 : 40 µg HPV 16 : 40 µg HPV 18 : 20 µg	HPV 16 : 40 µg HPV 18 : 20 µg
Vecteur eucaryote pour la production de VLP	Cellules de levure Saccharomyces cerevisiae	Cellules d'insectes Trichoplusia ni HI-5
Adjuvant	Sulfate d'hydrophosphate d'aluminium	AS04(hydroxyde d'aluminium + dérivé lipidique A purifié de Salmonella Minnesota)

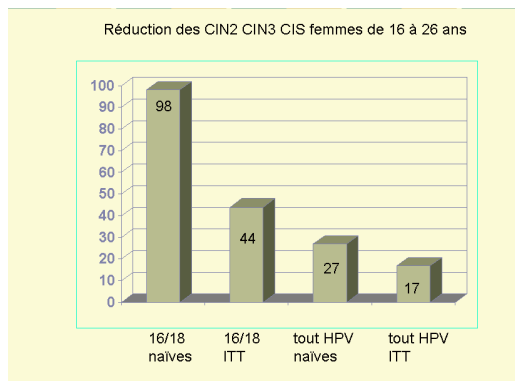
98 % Per Protocole Naïves HPV 16/18

44 % En intention de traiter HPV 16/18

27 % Naïves en intention de traiter tout type de HPV

17% Infectées ou non en intention de traiter tout type de HPV





Incertitudes et limites de la vaccination

Efficacité en terme de prévention du cancer du col non prouvée
 Pas de protection contre les autres HPV oncogènes (30% des cancers)
 Incertitude sur l'efficacité au-delà de 5 ans
 Risque de sélection d'autres HPV
 Risque de relâchement de l'utilisation du préservatif et de la pratique des frottis
 Vaccin et grossesse
 Tolérance à long terme

Indications

Jeunes filles de 14 ans
 Femmes de 15 à 23 ans n'ayant pas eu de rapports sexuels ou dans l'année suivant le 1er rapport
 Coût : 406 €
 1 940 000 femmes concernées

Etait-il urgent de commercialiser ces vaccins ?

L'HAS recommandait le dépistage généralisé par frottis avant la commercialisation (10)
 Trop d'incertitudes concernant l'effet de ces vaccins à long terme surtout du SAO4 entrant dans la composition du Cervarix
 Les 2 vaccins sont quand même commercialisés, sans tenir compte des recommandations
 L'intérêt commercial des laboratoires a primé sur la santé publique

*L'HAS
 recommandait
 le dépistage
 généralisé
 par frottis
 avant
 la
 commercialisation*

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

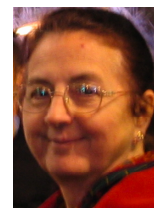
- 1) Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus : Actualisation 2008
Dr Nicolas Duport InVS
- 2) Conduite à tenir devant une patiente ayant un FCU anormal ANAES Actualisation 2002
- 3) Evaluation de l'intérêt de la recherche de HPV dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin ANAES 2004
- 4) ECCA : www.ecca.info : Cervical screening in Europe consulté le 24/06/2008
- 5) CNGOF: Prévention du cancer du col www.cngof.asso.fr consulté le 24/06/2008
- 6) Moscicki : Régression of LSIL in young women Lancet 2004 : 364 : 1678-83
- 7) Lésions précancéreuses du col utérin diagnostiquées par le FCU en IDF Crisap 2002
BEH N° 2/2005
- 8) Edith Study Int J Cancer 2008 122(2) : 428-432
- 9) Quadrivalent vaccine against HPV to prevent HSIL. The Future 2 Study group NEJM 356: 1915-1927 10/05/2007
- 10) Quelle place pour le vaccin dans la prévention du cancer du col 24/09/2007
www.has.santé.fr Consulté le 24/06/2008
- 11) Ronco et al : Accuracy of liquid based versus conventional cytology BMJ 21/05/2007

Dr Alain SIARY



L'EPP en réseau améliore le suivi et les résultats des patients diabétiques de type 2

G. Henry (Généraliste), A. de Beco (Généraliste), M. Varroud-Vial (Diabétologue)



Dr Ghislaine Henry

Présentation les résultats d'une évaluation des pratiques de soins (EPP) aux diabétiques de type 2 du réseau REVESDIAB de 2005 à 2007.

Méthode :

- 62 médecins ont évalué par la méthode d'audit :
 - la prise en charge de 824 patients en 2005,
 - 82 médecins celle de 1221 patients en 2006,
 - 98 médecins celle de 1715 patients en 2007
- (résultats préliminaires sur 31 médecins, 464 patients).

Année	Nombre de médecins	Nombre de patients
2006	62	824
2007	82	1221
2008	98	1715

Résultats :

La **qualité du suivi** annuel était déjà élevée en 2005 : Une amélioration a été obtenue en 2006 et 2007 sur la gradation du risque podologique (97%) et le FO (77%).

Année	2005	2006	2007	Ecodia 2
IMC	95	94	90	
Au moins 1 HbA1c	96	80	98	
3 HbA1c	67	73	69	53
µalbuminurie/ Protéinurie	77	83	80	34
Créatininémie	90	87	88	
EAL	83	93	93	
FO	72	72	75	
Gradation risque podologique	83	93	97	

Grade 2 : absence de perception du monofofflement + artérielle ou déformation, ou grade 3 : antécédent d'amputation ou de lésion ayant duré plus de 4 semaines * au moins une fois depuis un an.

Résultats thérapeutiques :

	2006	2007
HbA1c < 7%	52	50
PA ≤ 140/80	58	69
LDL < 1.30g/l	70	78

1Maladie Cardio-vasculaire avérée ou atteint rénale (albumine > 300 mg/é/h ou clairance < 60 ml/mn) ou diabète de plus de 10 ans+ au moins 2 facteurs de risque cardio-vasculaire: âge > 50 ans (hommes) ou 60 ans (femmes), antécédent familiaux d'accident cardiaque (IDM ou mort subite) avant 55 ans chez le père et 65 ans chez la mère, antécédents familiaux d'AVC avant 45 ans, tabagisme actif ou stoppé depuis moins de 3 ans, HTA permanente traitée ou non., HDL < 0,40g/l (1 mmol/l), LDL > 1,60 g/l, microalbuminurie > 20 mg/l ou > 30mg/24h

Année	2006	2007	ENTRED 2001
Patient à HRCV ¹ à qui a été prescrit une statine	62	68	
Patient ayant une µalbuminurie /protéinurie à qui a été prescrit un IEC/sartan	76	78	59
Patient en prévention secondaire recevant un antiagrégant	94	95	73
Patient interrogé sur l'observance	25	63	

Conclusion : la pratique d'une EPP en réseau de santé basée sur la méthode d'audit de pratique est faisable et elle recueille l'adhésion d'un nombre croissant de médecins de soins primaires. Elle améliore la qualité et les résultats des soins aux diabétiques de type 2. Cependant après 3 ans, la moitié des patients gardent encore une HbA1c supérieure à l'objectif recommandé. Ceci invite à l'associer à d'autres interventions dirigées vers les professionnels et les patients.

Bibliographie

- Agence française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Traitement du diabète de type 2. 1999. HAS/AFSSAPS ; Traitement médicamenteux du diabète de type 2. (actualisation). Paris : HAS ; 2006. Disponible sur : www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_459270
- HAS. ALD 8 Guide médecin sur le diabète de type 2 : actualisation juillet 2007. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_419389
- Recommandations HAS Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Actualisation 2005
- Recommandations ANAES-AFSSAPS «Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique» Mars 2005
- Puel J., Valensi P., Vanzetto G et al SFC/Alfédiem. Identification de l'ischémie myocardique chez le diabétique. Recommandations conjointes SFC/Alfédiem. Arch Mal Cœur Vaiss. 2004 ; 94 (4) :338-57.)
- Faot-campana A, Romon I, Fosse S, et al. Les principaux résultats de l'étude nationale Entred 2001-2003. Diabétologie pratique 2007 ; 17:5-6
- Recommandations ESH 2007 pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. Traduction de Journal of hypertension 2007 ; 25/ 1105-87
- Varroud-Vial M, Henry G, Legrelle M, Lemoine JL, Petit C, Quinio C. Évaluation des pratiques de soins dans un réseau de santé diabète:La revue du Praticien. 2006; 20 (718/719) :122-124



Les tableaux de bord de suivi (TBS) dans les dossiers médicaux informatisés

H. Falcoff, M. Favre, M. Denantes, A-M Magnier, M. Nougairède, D. Monié, C. Simon (SILK INFORMATIQUE), et le consortium ASTI.



Dr Hector Falcoff

*Lorsqu'un
élément
de suivi
approche
de l'échéance
de réalisation
un rappel
automatique
en avertit
le médecin.*

*ASTI
est l'acronyme
d'Aide
au Suivi
et à la
Thérapeutique
Informatisée*

Le suivi des patients atteints de pathologies chroniques en médecine générale est un travail exigeant. En effet il faut :

- évaluer l'efficacité du traitement
- surveiller sa tolérance
- détecter précocement des complications
- éduquer le patient...

Et en même temps :

- gérer les problèmes aigus, répondre aux demandes diverses du sujet
- assurer les autres aspects de la prévention et du dépistage.

La SFTG mène depuis 1998 un partenariat avec la société Silk Informatique. Cette société développe le logiciel de gestion du dossier médical « éO Médecin ». Le partenariat a permis d'implémenter dans éO plusieurs fonctionnalités visant à améliorer la qualité des pratiques.

éO Médecin est équipé d'un module particulièrement intéressant pour aider au suivi des pathologies chroniques et à la prévention : le module « tableaux de bord de suivi » (TBS).

A partir d'une bibliothèque de TBS disponible dans le logiciel, le médecin insère dans le dossier le TBS correspondant à la pathologie du patient, ou à son groupe à risque pour la prévention et le dépistage, et l'utilise pour gérer le suivi.

Un TBS porte sur une pathologie chronique ou des procédures de prévention et de dépistage faisant l'objet de recommandations. Il est composé d'éléments de suivi cliniques, paracliniques et biologiques. A chaque élément de suivi sont associés une fréquence de réalisation, des modalités de réalisation, un objectif à atteindre, une interprétation. Lorsqu'un élément de suivi approche de l'échéance de réalisation un rappel automatique en avertit le médecin. Le TBS permet non seulement de visualiser mais aussi de saisir les données. Il permet donc de « piloter » la consultation.

Le dossier d'un patient peut comprendre différents TBS pour différentes pathologies.

A tout moment le médecin peut connaître la proportion de patients à jour pour un élément de suivi, ou la proportion de patients dont l'objectif est atteint. Par exemple pour les patients bénéficiant d'un TBS diabète : proportion de patients qui ont bénéficié d'au moins 3 dosages d'HbA1c dans l'année qui précède, proportion de patients dont la dernière HbA1c est inférieure à 6,5%. Il peut produire (visualiser, imprimer, exporter) un état du suivi des patients pour un TBS donné. Cet état peut être anonymisé dans une perspective d'utilisation au sein d'un groupe d'EPP. Le médecin peut également, par un simple click, accéder aux dossiers des patients « mal » suivis, dans le cadre par exemple d'une revue de dossiers.

Le TBS est donc à la fois :

- face au patient : un instrument de protocollisation, d'application des recommandations d'évaluation et d'amélioration du suivi.
- dans le cadre de l'EPP : un instrument permettant de produire et de suivre des indicateurs (approche quantitative), et de repérer et d'analyser de manière approfondie les dossiers des patients chez qui les recommandations semblent mal respectées (approche qualitative).

Jusqu'ici les TBS sont basés exclusivement sur les recommandations de la HAS.

Les TBS sont une « retombée » de deux projets de recherche, ASTI 2 et ASTI 3. (ASTI est l'acronyme d'Aide au Suivi et à la Thérapeutique Informatisée). Globalement le projet ASTI porte sur un module d'aide au suivi (TBS) et deux modules d'aide à la décision thérapeutique.

ASTI 2 est une recherche financée par la CNAMTS. C'est une étude d'intervention randomisée avec une randomisation au niveau des cabinets (cabinets ayant accès aux TBS et cabinets témoins). Les TBS portent sur le diabète de type 2 et l'HTA. Les investigateurs sont tous des utilisateurs du logiciel éO Médecin. L'objectif est de montrer que les TBS améliorent la qualité du suivi. L'analyse des données est en cours. Un deuxième volet de l'étude va concerner les modules thérapeutiques.

ASTI 3 est une recherche financée par la HAS. Il s'agit de vérifier que les modules (TBS et modules thérapeutiques) développés pour ASTI 2 peuvent s'étendre à d'autres logiciels que éO et à d'autres pathologies que l'HTA et le diabète. Il s'agit aussi de tester l'acceptabilité des modules par les utilisateurs d'autres logiciels. L'étude est en cours. Concernant l'extension à d'autres logiciels les premiers résultats ont montré que l'implémentation des TBS nécessite un paramétrage relativement simple que la plupart des logiciels du marché peuvent réaliser.

Concernant l'extension à d'autres pathologies nous avons développé sans difficulté une « bibliothèque » à partir des recommandations de la HAS, qui, en plus d'HTA et diabète, contient les TBS suivants : dyslipidémie, tabagisme, fibrillation auriculaire, hépatite C, asthme, insuffisance rénale chronique, grossesse, prévention et dépistage hommes de 50 à 74 ans, femmes de 50 à 74 ans.



Réflexions sur les limites actuelles des recommandations. Comment progresser ?

Dr Hector Falcoff

Trois illustrations des limites actuelles des recommandations sont exposées.

1) Les recommandations sur le suivi des diabétiques de type 2 sont-elles applicables ?

Nous avons évalué le temps nécessaire pour conduire une consultation « complète » (annuelle) de suivi d'un patient diabétique de type 2, en respectant les recommandations de l'ANAES de 1999. Le temps nécessaire est d'une heure environ.

2) Des chercheurs (B. Seroussi et al) ont analysé une série de situations de prescription d'antihypertenseur pour savoir dans quelle mesure elles étaient « couvertes » par les recommandations de la HAS de 2005. Dans la clientèle d'un médecin généraliste, sur 435 situations étudiées, environ la moitié des situations était couverte. Le nombre de situations couvertes par des recommandations ayant un niveau de preuve supérieur au consensus professionnel était inférieure à 10%.

3) L'estimation du risque cardiovasculaire est aujourd'hui basée sur les facteurs de risque « classiques » (antécédants familiaux, HTA, diabète, tabac, LDL, HDL), soit par dénombrement, soit à l'aide d'un calculeur. Les seuils d'intervention, qui découlent de l'estimation du risque, ne prennent donc pas en compte la position sociale du patient.

Pourtant le risque de décéder avant 65 ans d'un accident cardiovasculaire ou cérébrovasculaire est multiplié par 3 chez les ouvriers / employés par rapport aux cadres / professions libérales (Jouglu, INSERM 2000).

Les seuils d'intervention actuellement recommandés ne pénalisent-ils pas les ouvriers / employés ? « Les effets de la position socio-économique sur la santé ont été largement ignorés des recommandations » (Aldrich, BMJ 2003).

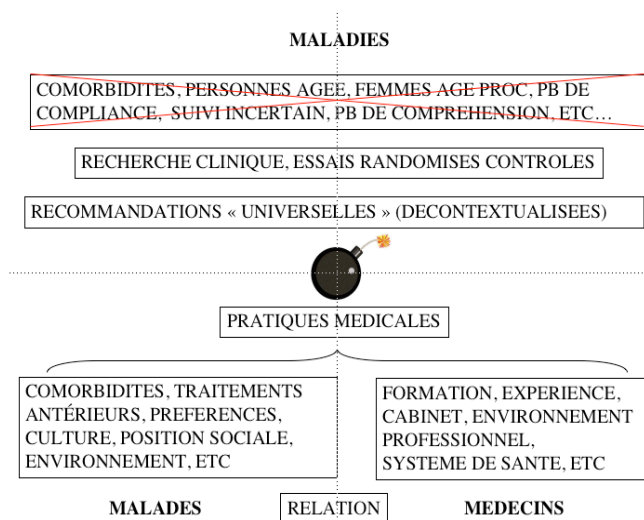
Face à la diversité des situations, des trajectoires, des interférences psychosociales et relationnelles, le médecin généraliste, s'il voulait s'appuyer strictement sur les données de la science, serait démuné et en souffrance. Les recommandations, portant sur des maladies et basées sur les données de la science, sont décontextualisées « par construction », alors que dans les pratiques médicales le contexte (du patient et du médecin) est le plus souvent prioritaire dans la prise de décision (figure).

Pour améliorer la situation et produire des recommandations plus adaptées, il pourrait être utile de développer de nouveaux champs de recherche :

1) Recherche sur les effets du contexte sur la santé et sur les pratiques :

- les méthodes épidémiologiques permettent aujourd'hui de prendre en compte à la fois les facteurs liés au patient, au médecin et à leur environnement (à condition de les s'y intéresser !)
- les méthodes qualitatives mobilisées par les sociologues et les anthropologues permettent de rendre compte de la complexité des situations.

2) « Implementation research » : c'est l'étude scientifique des méthodes visant à améliorer l'appropriation des résultats de la recherche et à promouvoir les pratiques basées sur des preuves ; le champ inclut les études sur les modifications de comportement des professionnels et sur les effets des changements organisationnels (Eccles, Implementation science 2006)



*Les seuils
d'intervention,
qui découlent
de l'estimation
du risque
ne prennent
donc pas
en compte
la position
sociale
du patient*





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 OUVRARD
- Comité Scientifique :
- Isabelle de Beco
- François Baumann
- Luc Beaumadier
- Patrick Ouvrard
- Luc Beziau
- Philippe Regard

Maquette/Réalisation :

- Patrick Ouvrard

© SFTG 2008

Evaluer un séminaire de formation professionnelle sur la mortalité prématurée : une méthode de sociologie qualitative.

A. Rode, P. Florès, H. Beccegatto, M. Favre, D. Lagabrielle, P. Aïach, H. Falcoff

L'évaluation des séminaires de formation des médecins généralistes fait principalement appel à des méthodes quantitatives, de type questionnaire. Pour notre part, nous avons opté pour une démarche originale et complémentaire à ces dernières. Aux approches habituelles, examinant quantitativement le contenu pédagogique et la forme du séminaire à son issue, une démarche qualitative a été associée, mobilisant les compétences et outils de la sociologie qualitative. L'objectif poursuivi était de repérer, dans le discours des médecins participant à un séminaire sur la mortalité prématurée, les modifications éventuelles des représentations et pratiques professionnelles liées à cette question particulièrement complexe.

Présentation du séminaire évalué :

Le séminaire formation professionnelle conventionnelle ayant fait l'objet de l'évaluation s'intitulait « comprendre et réduire la mortalité prématurée : le rôle des médecins généralistes ». Organisé par la SFTG, en collaboration avec MG-Form, il a réuni une vingtaine de médecins le 4 et 5 mai 2007.

Ce séminaire s'intéressait à une question rarement traitée en médecine générale, la mortalité prématurée (c'est-à-dire les décès avant 65 ans), et ce malgré les enjeux sanitaires et sociaux dont elle témoigne. Il s'agissait d'améliorer la compréhension de cette mortalité, dans ses aspects épidémiologiques et sociaux, et de réfléchir aux compétences professionnelles qui permettraient d'en réduire la part dite « évitable ».

Description de la méthode qualitative :

L'évaluation qualitative a été conduite en externe, dans le sens où l'évaluateur ne faisait pas partie de l'équipe organisatrice du séminaire, de façon à favoriser l'indépendance et l'objectivité.

Elle a consisté à réaliser deux entretiens téléphoniques avec chaque médecin. Le premier, mené peu de temps avant le séminaire, permettait à la fois de mieux connaître le profil et les attentes des médecins participants au séminaire (pour adapter son contenu si nécessaire) et de recueillir leurs représentations et pratiques vis-à-vis de la mortalité prématurée. Ces derniers éléments étaient alors confrontés avec ce que les médecins avaient déclaré dans le second entretien. Celui-ci a été mené entre trois et cinq mois après le séminaire, laissant le recul nécessaire par rapport aux acquis d'un séminaire dense.

Ces entretiens, d'une durée moyenne de vingt minutes, portaient sur plusieurs items communs et fixes, sélectionnés après réflexion avec les organisateurs du séminaire. Les items abordaient la perception générale de la mortalité prématurée (facteurs explicatifs, caractéristiques des personnes à risque...), les pratiques mises en place pour y répondre (repérage des groupes à risque, plans de prévention...) et le rôle du médecin généraliste dans la réduction de la mortalité prématurée évitable, et plus largement dans la réduction des inégalités sociales de santé. Sur cette base commune, il était alors possible de comparer plus rigoureusement, et les discours d'un même médecin, d'une part, et ceux de l'ensemble des médecins, d'autre part.

Enfin, les entretiens, après recueil téléphonique et retranscription, ont fait l'objet d'une analyse sociologique pour aboutir à un jugement de synthèse.

Résultats :

L'analyse des entretiens, que nous présentons ici succinctement, a mis en évidence l'impact principal du séminaire sur la perception de la mortalité prématurée. Jusque-là essentiellement associée à des facteurs de risques médicaux, elle est davantage identifiée lors des entretiens effectués après le séminaire dans sa relation avec la position sociale des patients.

Après ce constat valant pour l'ensemble des médecins participants, certes à des degrés divers, il restait à évaluer dans quelle mesure les modifications des représentations de la mortalité prématurée avaient ou non une influence sur les pratiques professionnelles. Question d'autant plus importante que les attentes des médecins par rapport au séminaire portaient précisément sur le besoin de pratiques destinées à prévenir la mortalité prématurée, ce phénomène qui les « bouscule », voire les « bouleverse », comme cela a été dit dans les entretiens. Nous avons observé une diversité de positionnements des médecins face à la mortalité prématurée des patients socialement vulnérables. Nous ne la pouvons détailler ici. Ce qui retient davantage l'attention, c'est l'intérêt exprimé par les médecins pour un débat plus global sur le rôle du médecin généraliste dans la réduction des inégalités sociales de santé ; débat suscitant des questions complexes, quant au positionnement éthique et aux pratiques susceptibles d'y faire face, auxquelles le séminaire n'a pas pu toujours être en mesure de répondre selon une partie des médecins.

Conclusion générale :

Quelles qu'en soient les observations pour ce séminaire en particulier, le « pari » d'une méthode d'évaluation qualitative nous a semblé être un pari gagnant, et ce pour deux principales raisons. D'une part, cette méthode a décelé les retombées du séminaire sur de nouveaux indicateurs, qualitatifs, comme les représentations sociales des médecins. D'autre part, elle s'est avérée être un moyen utile pour la conception d'un séminaire, favorisant les adaptations du contenu aux attentes des participants et ouvrant des pistes d'amélioration pour des séminaires suivants. Autant d'éléments qui encouragent à mobiliser ce type d'évaluation, souple et efficace, dans le cadre d'autres séminaires de formation professionnelle.