



1 ... 2 ... 3 ... Soleil ?



15^{ème} congrès annuel
du CNGE



Département
Médecine Générale
<http://www.dumg-toulouse.fr>

SOMMAIRE

11 / mars 2016



Édito 3

Billet 4

Actualités médicales 5

Actualités universitaires 10

Retour sur les annonces de Madame la Ministre Marisol Touraine lors de son allocution au congrès du CNGE à Dijon, Novembre 2015

Actualités professionnelles 11

Présentation du Service Inter-universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIMPPS)

Tranche de vie 32

Stage de formation Médecin-Pompier en Aveyron

Soins primaires 14

Le refus de soins de la part du patient vu par le médecin généraliste

Cas cliniques 19

Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil

Allergie aux protéines de lait de vache

Des filaments sur le frottis ?

Infection urinaire

Mastite

Lecture critique d'article 30

Evaluation du col utérin à 22 et 27 semaines dans la prédiction

d'accouchement spontané avant 34 semaines dans les grossesses

gémellaires : l'échographie transvaginale est-elle plus précise que l'examen digital ?

DIRECTEURS DE LA PUBLICATION

Ingrid BASTIDE
Stéphane OUSTRIC

RÉDACTEURS EN CHEF

Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT
Thierry BRILLAC
Camille TRICART

Responsables de la Communication

Brigitte ESCOURROU
David OUTH GAUER

Responsable administratif et financier

Serge BISMUTH

Responsable numérique, internet et coordination multimédia

Pierre BOYER

Responsables de la section actualités

Stéphane MUNCK
Bruno CHICOULAA
Emile ESCOURROU
Lucie BIDOUZE

Responsables de la section soins primaires

Julie DUPOUY
Julie SUBRA
Damien DRIOT
Emile ESCOURROU

Responsables de la section cas cliniques

Anne FREYENS
Anne Lise YVERNES
Julie GOUTAY
Camille TRICART

Responsables de la section lecture critique d'article

Inès LAKBAR
Gérard LEROUX
Damien DRIOT
Juliette BOUCHET

Responsables de la section article en anglais

Jennifer PHILIPS
Vincent GUION
Sirine LAKBAR

Responsables de la section associations

président AIMG
président ACEMT

Conseillers éditoriaux

Hervé MAISONNEUVE
Vincent RENARD

Création graphique

g-design.net

contact@e-respect.fr
www.e-respect.fr

ÉDITO

1...2...3...Soleil.

Chers lecteurs,

Nouvelle année, nouveau cycle,
Nouvelle équipe, nouvelles perspectives,

1...

Enfin, la Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG) est en place et bien en place.

Le 22 janvier dernier, la **sous section 53-03** « *Médecine Générale* » était portée sur les fonts baptismaux.

Ne vous y trompez pas ...Ce n'est pas une fin ...C'est le début... de notre responsabilité collective, de notre place universitaire, de notre respect disciplinaire et de notre engagement pour « demain ».

2...

Voici venue la MSP...U.

Annoncée et attendue, la Maison de santé pluriprofessionnelle **universitaire** a été promulguée à l'occasion de la *loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*.

Porté par le **CNGE** depuis 2014, ce projet est un pas supplémentaire et pas des moindres. Il doit permettre l'accélération souhaitée dans la création d'une recherche scientifique en soins primaires, faite par les MG pour les patients.

3...

@-respect pour tous et par tous...

LA revue scientifique médicale **NATIONALE** faite par et pour les étudiants et internes spécialistes en Soins Primaires.

Certains pourraient y voir une perte d'identité, d'autre l'arrogance de prétendre à une diffusion nationale et internationale, ou encore l'abandon d'un idéal initial.

Il n'en sera rien.

@-respect n'appartient qu'aux JUNIORS et SENIORS qui y contribuent depuis le début et continuent à passer le flambeau au fil du temps.

SOLEIL...

Notre Département universitaire inaugure ce jour ses nouveaux locaux...

Un chiffre ... Simple... Efficace ... Redoutable ... **480 m2**

Merci à Messieurs les Doyens Daniel ROUGE et Elie SERRANO de leur confiance...et +.

Alors OUI en 2016,

Je me sens pleinement, follement, éperdument **UNIVERSITAIRE**.

Pr Stéphane Oustric,

Médecin Généraliste - Professeur des Universités



Billet

Lettre à Mr le président du CNGE

**Conseil national des universités
Pour les disciplines médicales**

Section 53

Sous section 53-03 « Médecine Générale »

A Paris le 22 janvier 2016

Monsieur le Président du Collège Académique des généralistes enseignants,

Je suis particulièrement honoré de porter à votre connaissance, l'installation officielle de la **sous section 53-03 « Médecine Générale »** au sein du Conseil national des Universités ce jour, le 22 janvier 2016.

Par vote à l'unanimité, les 9 membres de la 53-03 ont décidé de me confier la présidence avec un rôle de fédérateur et d'animateur.

J'en mesure, avec émotion, respect et humilité, l'immense responsabilité et la disponibilité qui en découle afin de répondre aux attentes de l'ensemble des enseignants de notre discipline universitaire dont vous avez la charge au sein du collège académique.

En retour, je souhaite vous assurer de l'entière implication de chacun des membres de la sous section 53-03 afin de répondre à la charge réglementaire qui est maintenant la notre.

Je vous confirme que nous comptons collectivement que cette mandature, qui commence, s'envisage pleinement par **un partage réel et effectif de responsabilités** entre les compétences et les valeurs portées par ses 9 membres.

Nous avons tous insisté sur l'exemplarité de nos profils autour d'un double principe qui guidera notre action : **Equilibre et Cohérence**.

Nous avons manifesté notre attachement collectif à :

- Une activité de soins effective construite autour du premier recours et de l'ambulatoire,
- Une implication forte dans une pédagogie basée sur l'acquisition des compétences en situation et contexte de soins primaires, permettant à terme une certification,
- Une construction d'une recherche spécifique à notre spécialité clinique,
- Une participation active au rayonnement de la discipline.

Vous pouvez compter sur nous tous.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'expression de notre haute considération respectueuse.

Pr Stéphane OUSTRIC
Président de la sous section 53-03



CNU Sous section 53-03 « Médecine Générale » : Pr Lehr-Drylewicz, Beis, Letriliart, Oustric,

Actualités médicales

David Outh Gauer, externe - Bruno Favre, interne - Bruno Chicoulaa, médecin

Baclofène : points d'étapes et bilan de l'ANSM.

item 45

Au cours des années 90, une utilisation hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) du Baclofène voit le jour dans le cadre de la prise en charge de l'alcoolodépendance. En 2004, le Pr Olivier Ameisen (cardiologue) affirme avoir soigné sa dépendance à l'alcool par l'administration à haute dose de Baclofène en auto médication. 4 ans plus tard, il publie « *Un dernier Verre* », ouvrage qui enflamme le monde médical et accroît de manière considérable la prescription hors AMM de Baclofène en France. En 2011, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a tiré la sonnette d'alarme et s'est inquiétée de l'utilisation « sauvage » de cette molécule aux mécanismes d'actions incertains et aux effets indésirables potentiellement graves. Elle pointait notamment le manque de recul de la communauté médicale sur la balance bénéfice-risque liée à cette utilisation. En 2012, après la parution de résultats encourageants sur la prescription du Baclofène dans l'alcoolodépendance, l'ANSM est revenue sur ses positions, et a promis d'instaurer un cadre réglementaire et sécurisant afin d'accompagner les prescripteurs et les patients. La même année, l'ANSM a autorisé le lancement de deux essais cliniques: les essais Alpadir⁽¹⁾ et Bacloville⁽²⁾ visant à déterminer l'efficacité et la tolérance du traitement⁽³⁾. En mars 2014, l'ANSM a officialisé la Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) Baclofène⁽⁴⁾. Celle-ci comporte de nombreuses restrictions (fortes doses, comorbidités psychiatriques, etc). Après les 6 premiers mois de la RTU, l'ANSM a publié les premières données collectées. Sur cette période, 3570 patients ont été enregistrés par 679 médecins. Les résultats d'efficacité portaient sur les 2032 patients ayant effectué au moins une visite de suivi. Les données d'efficacité du Baclofène ont montré une diminution moyenne de la consommation journalière d'alcool de 56 g/j chez les patients en initiation de traitement (n=782) et de 15 g/j chez ceux déjà traités avant le début de la RTU (n=1194). Concernant la sécurité d'emploi, 14 % des patients ont rapporté au moins un effet indésirable et, pour 9 % de l'ensemble des patients, ces effets étaient possiblement liés au Baclofène. Au total, 1,7 % des patients ont eu un effet indésirable grave. Depuis fin 2014, deux autres études ont vu le jour : une première étude allemande⁽⁵⁾ censée évaluer l'efficacité du Baclofène à forte dose, et l'étude Baclophone,

une étude de phase 4 lancée au CHRU de Lille visant à mieux cerner les effets indésirables du Baclofène⁽⁶⁾. Si les résultats de ces études sont concluants, il est probable que le libellé de l'AMM du Baclofène sera modifié (la RTU n'étant valable que pour 3 ans).

Références

1. <http://bit.ly/1SyNX9V>
2. <http://bit.ly/1PQXpji>
3. <http://bit.ly/1SyOfO2>
4. <http://bit.ly/1SyOjNO>
5. <http://bit.ly/1SyOo4e>
6. <http://bit.ly/1SyOpVN>

Boire de l'eau avant les repas peut faciliter la perte de poids

item 267

L'obésité connaît depuis plus de 30 ans une progression spectaculaire, notamment aux Etats-Unis parmi les classes les plus défavorisées, mais également en Europe avec 14 millions d'obèses. Une équipe britannique a testé un moyen simple d'accroître la perte de poids : absorber de l'eau dans la demi-heure précédant les repas. 84 personnes obèses ont participé à une étude randomisée en deux groupes sur 12 semaines. Le premier groupe (41 personnes) a bu de l'eau (500 mL) avant chaque repas. La perte de poids était significativement supérieure dans le groupe soumis à l'ingestion d'eau avec une perte en moyenne d'1,3 kg de plus que le groupe contrôle. L'ingestion d'un demi-litre d'eau avant les repas serait un moyen simple, peu contraignant et accessible dans le but de favoriser la perte de poids à un rythme modéré et sans risque pour la santé des personnes obèses en compléments des conseils sommaires de diététique et d'activité physique.

Références

1. Helen M. Parretti & al. Efficacy of water preloading before main meals as a strategy for weight loss in primary care patients with obesity. *Obesity* 2015 ; 9 : 1785-91
2. <http://bit.ly/1SyOQzl>
3. <http://bit.ly/1SyOYyJ>

Toujours trop de médicaments prescrits hors AMM aux enfants

items 319, 323, 326

En janvier dernier, l'INSERM mettait en garde les médecins sur le nombre de prescriptions inadaptées (hors AMM), notamment celles figurant sur les ordonnances destinées aux enfants. L'AMM ou Autorisation de Mise sur le Marché représente le sésame que les laboratoires pharmaceutiques cherchent à recevoir des autorités sanitaires compétentes, après une série d'études expérimentales et d'essais cliniques, leur permettant de commercialiser leurs produits. Pour chaque indication, c'est l'efficacité thérapeutique en regard du médicament et de la maladie qui sera évaluée: on parle de « balance-bénéfice/risque ». Entre 2000 et 2011, une équipe de chercheurs de l'INSERM a étudié la qualité des consultations de 46 médecins généralistes maîtres de stage volontaires du sud de la France. Ils ont constaté que près de 38 % des enfants de moins de 16 ans avaient été exposés à au moins une prescription hors AMM en 2011 (contre 42 % en 2000)⁽¹⁾. Ces prescriptions hors AMM relevaient pour 56 % d'une indication autre que celle fixée pour le médicament, pour 26 % de dosages inférieurs, et pour 20 % de dosages supérieurs. Cette problématique concernait notamment les pathologies fréquentes comme les infections ORL et les allergies. L'équipe a relevé que les prescriptions respectaient rarement l'âge minimal de délivrance, les voies d'administration ou les possibles contre-indications. En tête de liste des traitements mal prescrits : les décongestionnants nasaux, les antihistaminiques (H1) et les corticoïdes⁽²⁾. L'étude pointe le faible nombre de médicaments réellement adaptés au profil des jeunes patients. Selon les chercheurs, la solution au problème réside dans les difficultés associées à la réalisation d'essais cliniques chez les enfants. Pour autant, dans la plupart situations, les auteurs soulignent les nombreuses possibilités offertes au corps médical à l'occasion desquelles « l'usage du médicament peut être remplacé par d'autres approches thérapeutiques: kinésithérapie respiratoire en cas d'obstruction bronchique chez le nourrisson, utilisation de solutés de réhydratation en cas de diarrhées, etc. » Si ces observations ne sont pas nouvelles (prescriptions hors AMM toujours aussi fréquentes), il n'y a pas d'augmentation évidente des effets indésirables associés. Un constat positif à mettre en comparaison avec une étude réalisée au début des années 2000 par la même équipe⁽³⁾.

Références

1. <http://bit.ly/1SyPEEq>
2. <http://bit.ly/1SyPL2R>
3. <http://bit.ly/1SyPNYm>

La sieste at-elle un effet anti hypertenseur ?

items 319, 323, 326

À l'occasion du congrès européen de cardiologie organisé par l'European Society of Cardiology⁽¹⁾ qui s'est tenu fin août dernier à Londres, une équipe grecque a dévoilé ses travaux sur les bienfaits de la sieste et son effet protecteur sur le système cardio-vasculaire. D'après les auteurs, ces résultats pourraient, à terme, permettre une diminution des posologies des médicaments hypertenseurs⁽²⁾. L'équipe grecque de l'hôpital général d'Athènes a étudié les habitudes post-prandiales de 386 patients souffrant d'hypertension (200 hommes et 186 femmes), âgés en moyenne de 61,4 ans. Et l'étude prospective observationnelle a montré que les patients qui avaient pour habitude de faire une sieste dans l'après-midi avaient une pression artérielle moins importante, de jour comme de nuit, mais aussi des artères et un cœur en meilleur état⁽³⁾. Une fois les autres facteurs de risque d'hypertension pris en compte (âge, sexe, poids, activité physique, consommation de tabac, sel, alcool et café), la pression artérielle systolique des adeptes de la sieste était inférieure de 5% (soit 6 mmHg) par rapport aux non-dormeurs. Cette diminution, loin d'être négligeable, pourrait réduire de manière significative le risque d'événements cardiovasculaires. Il semble également y avoir une corrélation entre la durée de la sieste et ses effets bénéfiques puisque les siestes d'une heure semblent être associées à une baisse supplémentaire de la pression systolique artérielle comparée aux siestes plus courtes.

Références

1. <http://bit.ly/1SyQeSE>
2. <http://bit.ly/1SyQgdj>
3. <http://bit.ly/1SyQmS1>

La metformine : une place dans le traitement du diabète gestationnel et la prévention et le traitement de la prééclampsie ?

items 17, 233

Dans les recommandations actuelles concernant le diabète gestationnel, la règle d'or reste l'insulinothérapie en cas de non-suffisance des règles diététiques seules, plusieurs travaux indiquent que l'utilisation de la metformine pourrait être une alternative intéressante⁽¹⁾. Mais à l'heure actuelle, l'AMM n'a pas été retenue. Elle pourrait être réévaluée dans les années à venir notamment grâce à son action intéressante dans la pré-éclampsie. Cette dernière affecte une grossesse sur 20 et est responsable du décès d'environ 70 000 femmes dans le monde. Le diabète gestationnel quant à

lui concerne environ 5 % des grossesses en France. La dysfonction endothéliale dans la pré-éclampsie semble causée notamment par la production excessive de 2 toxines (s-Flt1 et s-ENG). A l'heure actuelle, aucun médicament dans l'arsenal thérapeutique de la pré-éclampsie n'a d'impact sur la production de ces toxines. Une équipe australienne⁽²⁾ a testé en laboratoire l'action de la metformine sur des tissus et a mis en évidence que cette dernière permettait non seulement de diminuer la production de ces deux toxines, mais également de réparer les vaisseaux sanguins lésés. Alors que l'innocuité de la metformine durant la grossesse semble se confirmer, son rôle potentiel dans la pré-éclampsie en ferait une molécule de choix dans la prise en charge des grossesses compliquées. Il est donc utile de mener des études cliniques dans lesquelles la metformine est testée chez les femmes enceintes afin de confirmer cette action protectrice.

Références

1. Metformin versus insulin for gestational diabetes mellitus: a meta-analysis. Zhao L-P, Sheng X-Y, Zhou S, Yang T, Ma L-Y, Zhou Y, et al. *Br J Clin Pharmacol*. nov 2015;80(5):1224-34.
2. Metformin as a prevention and treatment for preeclampsia: effects on soluble fms-like tyrosine kinase 1 and soluble endoglin secretion and endothelial dysfunction. Brownfoot FC, Hastie R, Hannan NJ, Cannon P, Tuohey L, Parry LJ, Senadheera S, Illanes SE, Kaitu'u-Lino TJ, Tong S. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Dec 22. pii: S0002-9378(15)02540-5. doi: 10.1016/j.ajog.2015.12.019.

Revoir la place de la radiographie de thorax dans la prise en charge des pneumonies aiguës communautaires ?

Item 151

Selon la recommandation française de 2010⁽¹⁾ le diagnostic de pneumonie aiguë communautaire (PAC) repose sur l'association de symptômes cliniques et d'arguments radiographiques. Or, si cette prise en charge diagnostique semble cohérente au sein d'une structure hospitalière, plusieurs questions sont soulevées dans un parcours ambulatoire. Tout d'abord, pour ces mêmes recommandations l'antibiothérapie⁽²⁾ doit être initiée « dès le diagnostic porté », idéalement dans les 4 heures en raison de la virulence du *S. pneumoniae* et l'accès au cliché thoracique en urgence est décalé en ambulatoire. Ensuite, cette imagerie manque de précision diagnostique. Une étude française⁽³⁾ s'est penchée sur la prise en charge ambulatoire de 886 patients ayant une suspicion de PAC. Parmi eux, 19 % (172) n'ont pas eu de cliché thoracique et ce dernier était négatif pour 36 % (151). Pour l'immense majorité des patients (95 %, soit 836 patients), l'antibiothérapie a été initiée dès

la première consultation. La réalisation et les résultats des radiographies n'ont pas modifié la prise en charge. De plus, l'évolution de la maladie qui est favorable dans la majorité des cas n'est pas modifiée par la réalisation ou non d'une imagerie. Le conseil scientifique du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) encourage à repenser les recommandations françaises sur la prise en charge des patients atteints d'une infection respiratoire basse à l'instar des recommandations de la British Thoracic Society⁽⁴⁾ qui privilégient l'évaluation du risque de décès du patient aux dépens de la confirmation diagnostique. La radiographie systématique n'est plus recommandée sauf en cas de doute diagnostique, d'évolution défavorable ou pour les patients considérés à risque de pathologies sous-jacentes. En France, d'autres études ambulatoires restent nécessaires pour identifier les éventuels critères cliniques déterminants permettant de mieux cibler l'antibiothérapie selon la situation clinique.

Références

1. Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent. XVe Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. SPILF. *Médecine et maladies infectieuses* 2006;36:235-44.
2. AFSSAPS, SPILF, SPLF. Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte. *Pneumonie aiguë communautaire. Exacerbations de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive. Mise au point*. Juillet 2010. Disponible sur : <http://bit.ly/1SyRm8N>
3. Partouche H, Buffel du Vaure C, Personne V, et al. Suspected Community-Acquired Pneumonia in an Ambulatory setting (CAPA): a French prospective observational cohort study in general practice. *NPJ Prim Care Respir Med* 2015;25:15010.
4. National Clinical Guideline Centre (UK). *Pneumonia: Diagnosis and Management of Community- and Hospital-Acquired Pneumonia in Adults* [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014.

Une révolution dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ischémiques ?

Item 335

La thrombectomie mécanique est une technique, récente, encore minoritaire dans les unités neurovasculaires (UNV). Elle consiste à enlever directement dans le cerveau du patient le caillot sanguin responsable de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC). Mais cette technique n'est possible que chez les patients qui présentent une occlusion de l'artère carotide interne ou de ses premières branches, c'est-à-dire environ un tiers des infarctus cérébraux. Plusieurs études randomisées ont étudié l'efficacité de la thrombectomie mécanique associée à la prise en charge de référence (hospitalisa-

tion en UNV, thrombolyse intra veineuse, aspirine), versus prise en charge de référence seule. La première étude hollandaise⁽¹⁾ sur 500 patients a montré deux fois plus de patients ayant une bonne récupération dans le groupe prise en charge de référence suivie d'une thrombectomie mécanique, versus prise en charge de référence seule. Devant ce résultat prometteur, les études suivantes ont dû réaliser des bilans intermédiaires (en cours d'étude). Elles ont été toutes arrêtées en raison d'un bénéfice clinique dans le groupe traité par voie endovasculaire associé à la prise en charge de référence, et donc d'une perte de chance dans le bras prise en charge de référence seule. Un des éléments à prendre en compte devant ces résultats tient aussi compte de fait de l'extrême rapidité de prise de charge des patients inclus (moins de 2 h pour la thrombolyse et moins de 4 h 30 pour la thrombectomie mécanique). Malgré ces réserves, c'est peut-être les premiers pas d'une révolution dans la prise en charge des AVC ischémiques. C'est en ces termes que le communiqué de l'académie de médecine du 30 Juin recommande «que les autorités sanitaires et le corps médical œuvrent le plus rapidement possible ensemble pour qu'un maximum de patients puisse avoir, en extrême urgence, accès aux traitements par thrombolyse intraveineuse et par thrombectomie mécanique, afin que soit ainsi diminué le risque de séquelles après infarctus cérébral.»

Références

1. A Randomized Trial of Intraarterial Treatment for Acute Ischemic Stroke. Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, et al. N Engl J Med. 2014 Dec 17.
2. <http://bit.ly/1SyRMfu>
3. <http://bit.ly/1SyRZz5>

VIH et traitement préventif

item 85

À la suite de la décision des pouvoirs publics, dans le cadre d'une stratégie de prophylaxie préexposition (PrEP) du VIH, l'ANSM a établi en novembre 2015 une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour l'association emtricitabine – ténofovir disoproxil (TRUVADA ®). Cette PrEP ne s'adresse pas à la population générale, mais uniquement par le biais de prescription hospitalière :

- Uniquement aux personnes majeures
- Aux hommes ayant des rapports homosexuels et aux personnes transgenres avec un niveau de risque élevé d'acquisition du VIH par voie sexuelle.
- Et toutes personnes jugées à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle «sujet en situation de vulnérabilité exposant

à des rapports sexuels non protégés avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence du VIH élevée»

Cette prescription s'intègre dans un suivi régulier, avec une sérologie tous les 3 mois, déclaration des séroconversions, et promotion du préservatif. La France est le 2e pays après les USA à autoriser cette prophylaxie. A noter qu'une boîte de trente comprimés de TRUVADA ® est remboursée sur la base de 500,88 euros.

Références

1. <http://bit.ly/1SySoBQ>
2. <http://bit.ly/1SySwBk>

Le débat sur la vaccination obligatoire est ouvert aussi bien sur le plan médical que politique.

item 143

Seuls trois vaccins relèvent d'un régime obligatoire (diphtérie, tétanos poliomyélite). Or la prévalence de ces trois maladies ciblées dans la vaccination obligatoire est bien moindre que les autres pathologies infectieuses (hépatite, pneumocoque, rougeole, rubéole..), que protègent les vaccins qui eux ne s'intègrent que dans des recommandations. Cette réalité, ainsi que l'association sur le marché de vaccins ayant réuni en une seule injection, des valences obligatoires et recommandées, sont source de confusion pour le grand public, voire même pour les professionnels de santé. Les pouvoirs publics par le biais de Madame la Ministre de la santé Marisol Touraine, proposent un plan à plusieurs facettes: un débat public sur l'obligation vaccinale pour répondre à la défiance, une lutte contre la pénurie de certains vaccins, un carnet de vaccination électronique, et un rattachement du comité technique des vaccinations à l'HAS. L'Académie de médecine et le conseil de l'ordre des médecins recommandent de ne pas remettre en cause l'obligation vaccinale, et souhaitent évoluer vers une exigibilité de preuve de la vaccination dans certaines situations (entrée en collectivités, certaines professions ou certains voyages). Elle rappelle que «le terme recommandé n'ayant pas la même force que dans les pays anglo-saxons», il est difficile de se comparer aux politiques des autres pays européens. Dans tous les cas, ceci nécessitera auparavant un véritable travail de communication envers le grand public et les professionnels de santé.

Références

1. <http://bit.ly/1SySYiU>
2. <http://bit.ly/1SyT4He>

La e-cigarette devient-elle un médicament ?

item 45 et 73

A l'heure où le tabac représente la première cause de mortalité évitable, et est responsable du décès d'un fumeur sur deux, la place de la cigarette électronique est on ne peut plus floue, allant de l'interdiction pure et dure en Suisse à l'absence de restriction au Portugal. Initialement unanimement décriée en Europe quant à son rôle dans la lutte contre le tabagisme, certains pays pourraient sauter le pas et revoir leur réglementation et considérer le produit comme un médicament. C'est le cas de la Suède où, bien qu'interdit dans le pays, la justice a estimé que toute cigarette électronique contenant de la nicotine est un médicament et ne peut être vendue sans l'autorisation de l'Agence Nationale du Médicament. Cette dernière réfléchit à son utilisation dans une optique de santé publique. Parallèlement en France, l'idée d'une e-cigarette «médicament» est loin d'être désuète comme en témoigne le rapport de mars 2015 de l'Académie de Médecine qui appuie l'utilisation de ce produit dans la lutte contre le tabagisme. En effet, l'instance propose d'utiliser la cigarette électronique en tant que médicament en réglementant sa fabrication ainsi que la teneur en nicotine et la voit comme un atout supplémentaire d'aide au sevrage. L'académie propose également d'en interdire la vente aux mineurs ainsi que son utilisation dans les lieux publics où le tabac est interdit.

Références

1. <http://bit.ly/1SyTtth>
2. <http://bit.ly/1SyTAF4>
3. <http://bit.ly/1SyTE7V>



Actualités universitaires

Retour sur les annonces de Madame la Ministre Marisol Touraine lors de son allocution au congrès du CNGE à Dijon, Novembre 2015

Emile Escourrou, Médecin

En novembre 2015 se tenait à Dijon le 15^e congrès annuel du Collège National des Généralistes Enseignants Collège Académique. A cette occasion, les congressistes ont pu assister à l'allocution de Madame la Ministre des Affaires sociales, de la Santé, et des Droits des femmes Marisol Touraine (l'intégralité du discours est disponible en ligne sous format texte et vidéo¹). Parmi les mesures citées, nous reviendrons particulièrement sur celles qui impliquent la vie universitaire : des étudiants aux Maîtres de Stage des Universités (MSU)².

Afin de favoriser le choix de la médecine de ville par les étudiants, Madame la Ministre prévoit **d'augmenter le nombre de stages disponibles en médecine de ville** lors du deuxième cycle. Les stages pourraient aussi être ouverts à d'autres spécialités libérales comme la pédiatrie, la psychiatrie et la gynécologie médicale. En ce sens, le **montant de la rémunération des MSU serait augmenté** pour encourager un encadrement et une formation professionnelle de qualité.

L'augmentation du numerus clausus sera « région dépendante ». Dès cette année, 10 universités situées en région de densité médicale faible voient leur nombre de place augmenter (Dijon, Clermont Ferrand, Tours par exemple). L'idée étant de fidéliser les étudiants à leur région de formation pour répondre à la demande de la population en matière de soins. De même les **contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG)**³ et les **contrats d'engagement de service public (CESP)**⁴ sont un des autres axes pour inciter à l'installation en zone déficitaire avec un objectif de 1000 PTMG et 1700 CESP (médecins ou dentistes) signataires en 2017.

Le **nombre de médecins généralistes chefs de clinique**⁵ **doublera dans les deux ans** à venir : « 40 postes ont ainsi été intégrés et budgétés au sein du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Quarante autres postes seront créés en 2017. » Ce double exercice médecine de ville-université pourrait s'étendre à la pédiatrie et la psychiatrie.

Afin de promouvoir la recherche en soins primaires, le **label « maison ou centre de santé universitaire »** voit le jour. L'objectif fixé étant que chaque département en accueille une d'ici 2017. « Ces futurs centres ou maisons de santé universitaires seront une structure de référence pour la recherche en soins primaires. » Le cahier des charges de telles structures reste encore à établir.

Enfin, des mesures sur la pratique quotidienne des soins primaires ont été annoncées ou ré-annoncées telles que l'accès aux soins urgents, le renforcement du travail en équipe, le parcours des patients atteints de maladie chronique et l'usage de la télémédecine notamment.

Les mesures annoncées par Madame la Ministre et reprise au sein de cet article sont ancrées dans une réalité majeure: répondre aux besoins en santé de la population et continuer à développer la filière universitaire de médecine générale. Cependant ces annonces peuvent concerner à la fois le ministère de la santé et le ministère de l'éducation, espérons que ces deux entités collaborent ensemble pour le bien de nos patients et de nos pratiques. Certaines des mesures annoncées ne sont que peu inscrites dans la durée: l'augmentation des postes de chefs de clinique par exemple. Un renouvellement tous les 2 ou 4 ans des titulaires et/ou l'absence de poste universitaire plus stable à leur proposer ensuite pourrait entraver un développement et une construction auxquels Madame la Ministre aimerait les faire participer. Enfin, nous ne pouvons que nous réjouir des annonces de Madame la Ministre réaffirmant la volonté « d'inciter » plutôt que « d'obliger » l'installation des jeunes médecins en zone de densité médicale faible.

Références

1. Cnge.fr [internet]. Montreuil : Collège National des Généralistes Enseignants Collège Académique. Congrès Nationaux : Congrès annuel du CNGE - Dijon 2015 : vidéos des plénières et allocutions Dijon 2015. Allocution de Mme la Ministre de la Santé Marisol Touraine. [consulté le 12/01/2016] <http://bit.ly/1Vs5sab>
2. Chanau F, Escourrou E. Maîtres de stage universitaires : entre aspects législatifs et retours d'expériences de maîtres de stage universitaires. E Respect Mars 2015;(9):8-10.
3. Social-sante.gouv.fr [internet]. Paris : Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Le dispositif «Praticien territorial de médecine générale» (PTMG). Publié le 20.11.2015, mise à jour le 06.01.2016. [consulté le 12/01/2016] <http://bit.ly/1Q5rJud>
4. Social-sante.gouv.fr [internet]. Paris : Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Le principe du CESP. Publié le 08.2010, mise à jour le 06.01.2016. [consulté le 12.01.2016] <http://bit.ly/1Vs5zT4>
5. Escourrou E, Bismuth P. Qu'est qu'un chef de clinique en médecine générale ? E Respect Oct-Nov 2012;(2):11-2.

Actualités professionnelles

Présentation du Service Inter-universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIMPPS)

Marion Monti, Interne

Vous souvenez-vous d'avoir été convoqué(e) par l'Université pour passer une visite médicale au cours de vos premières années de médecine ? Mais si, c'était il n'y a pas si longtemps, faites un effort. Un médecin avait vérifié vos vaccinations, notamment celle contre l'hépatite B, la fameuse, et peut-être vous avait posé d'autres questions, sur vous, votre mode de vie... Déclic, cela vous revient ? Oui ! Eh bien ce lieu où vous aviez été reçu(e) s'appelle le Service Inter-universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIMPPS). Si nous avons choisi de vous le présenter dans ce numéro c'est parce que le SIMPPS pourrait à nouveau vous être utile au cours de vos études médicales. Tant au cours de l'externat que de l'internat, mais différemment. Faisons connaissance !

Qu'est-ce que le SIMPPS ?

Dans le domaine de la santé, la politique poursuivie par le gouvernement vise à améliorer le suivi sanitaire des étudiants et à développer des actions de prévention et d'éducation à la santé¹. Ces missions sont assurées dans les universités par les SIMPPS. Ce sont des services médico-sociaux. A Toulouse, le SIMPPS est composé de 3 centres : l'Université Paul Sabatier (dont dépendent les étudiants en médecine), l'Université du Mirail et l'Université du Capitole. La direction est assurée par le Pr SOULAT, chef du Service des Maladies Professionnelles et Environnementales au CHU PURPAN. Le Dr Virginie Rivière, médecin généraliste, en est la directrice adjointe². Le SIMPPS est un service médico-social composé de médecins généralistes et spécialistes (psychiatre, endocrinologue, dermatologue, gynécologue), d'infirmières, d'assistantes sociales et de psychologues.

Le décret n°2008-1026 du 7 octobre 2008 définit les missions du SIMPPS. Certaines sont obligatoires, d'autres sont facultatives. Sans faire une liste exhaustive de toutes ces missions, nous pouvons en citer quelques-unes¹ :

L'examen préventif obligatoire au cours des trois premières années d'étude dans l'enseignement supérieur. Il comporte une dimension médicale (assurée par des médecins généralistes), psychologique et sociale. Ce bilan permet notamment de mettre les vaccinations à jour, d'initier une démarche d'éducation à la santé (par exemple thème des addictions, des infections sexuellement transmissibles...). C'est l'occasion d'informer l'étudiant de ses droits en matière de santé et de le guider dans le parcours d'accès aux soins.

La veille sanitaire : Avec la mise en place de mesures en cas de crise sanitaire, mais aussi avec l'observation sanitaire qui permet l'étude de la santé de la population étudiante

L'accompagnement et l'intégration des étudiants handicapés

La visite médicale destinée aux étudiants exposés à des risques particuliers durant leur cursus. Par exemple un risque de tuberculose, une exposition aux rayonnements ionisants.

Le SIMPPS de Toulouse est agréé par l'Agence Régionale de Santé pour être **Centre de Santé**. Il s'agit de consultations de médecine générale, en tiers-payant.

Centre de vaccination agréé.

L'impulsion et la coordination des programmes d'éducation à la santé. Des actions de promotion de la santé sont effectuées auprès des étudiants sur des problématiques telles que la lutte contre les conduites addictives, la nutrition, le mal-être, la sexualité, etc.

A Toulouse, sur les trois sites précités, sont accessibles des consultations gratuites auprès de divers professionnels

de santé. Ainsi l'étudiant toulousain peut avoir accès à des consultations de nutrition, de tabacologie, de gynécologie, de psychiatrie, de dermatologie. Peuvent également être rencontrés : psychologues, diététiciens, éducateurs sportifs...

Pour les externes : savoir consulter si le besoin s'en fait sentir.

Tout le monde connaît le fameux dicton « les cordonniers sont les plus mal chaussés ». Les médecins seraient-ils les plus mal soignés ? En tout cas, ils ne vont pas tous bien. Psychologiquement du moins. En médecine générale, le travail de thèse mené au niveau national en 2012 par les Drs V. Komly et A. Le Tourneur a montré que 46.5 % des internes en médecine générale (IMG) se sentent menacés par le syndrome de burn-out (BOS)³. En 2003, une enquête réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) met en évidence que 14.6% des décès chez les médecins ont pour cause un suicide, contre 5.6% dans la population générale⁴.

Cet état des lieux succinct pose question, ces difficultés psychologiques débuteraient-elles dès l'externat ?

La période du deuxième cycle des études médicales, ou externat, expose à certains facteurs de stress: un ECN (Examen Classant National) à réviser dès la 4^{ème} année, en parallèle des stages hospitaliers ; un rôle à l'hôpital souvent flou, entre formation médicale et secrétariat, un chef parfois très exigeant, une confrontation à la maladie et à la mort, etc. Ainsi une enquête nationale menée par l'ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France) en 2013 auprès des externes (du DCEM2 au DCEM4 à l'époque) montre que 52% d'entre eux ne se sentent pas épanouis dans les études de médecine, 56% s'estiment exploités en stage. Près de la moitié de ces étudiants ne se sent pas capable de lutter contre le stress engendré.

Par ailleurs, toujours d'après l'étude de l'ANEMF, quasiment 75% des externes déclarent que leur cercle d'amis s'est restreint à cause de leurs études. Ce qui peut mener à un certain isolement personnel. Sur le plan de la santé, les conséquences peuvent être réelles puisqu'après le début de l'externat, 11,5% des étudiants ont augmenté leur consommation de tabac. Pour l'alcool ce sont 14% des externes qui boivent plus. Chiffre éloquent, 21% des externes ont eu au moins une fois des idées suicidaires. Or, dans le monde médical, dire que l'on ne va pas bien est tabou: regard des co-externes, des seniors, injonction à la connaissance et à la performance, difficulté

à aborder les erreurs médicales, pression de la famille et de la société, pour qui notre métier est une vocation et justifie donc tous les sacrifices...

Ainsi, toujours selon l'étude de l'ANEMF, si 47% des externes ressentent le besoin d'être aidés psychologiquement, seuls 12% ont déjà consulté un psychologue ou un psychiatre. Le message est donc simple : ne restez pas seuls avec votre mal être. Si au cours de l'externat, vous ressentez le besoin d'être aidé(e), l'Université offre un lieu d'écoute et de prise en charge. Que les difficultés psychologiques soient d'origine personnelle ou dues à vos études, le SIMPPS dispose d'une équipe de quatre psychologues et d'un médecin psychiatre. L'accès à des consultations de tabacologie est également possible. Les consultations sont gratuites, et bien sûr le tout reste confidentiel. Ni les seniors, ni les enseignants ne sont mis au courant. Pour les étudiants en médecine, le site de référence est celui de l'Université Paul Sabatier. En pratique ? Juste à la sortie du métro, dans le bâtiment Louis Lareng. La prise de rendez-vous se fait soit directement sur place, soit par téléphone. De plus, certains étudiants ne sont pas originaires de Toulouse, leur médecin traitant est donc éloigné, d'autres manquent de moyens financiers. Le SIMPPS permet de pouvoir bénéficier de consultations de médecine générale dans le cadre de son agrément à être centre de santé. L'accès à un gynécologue est possible via des permanences du Centre Départemental de Planification et d'Education Familiale (CDPEF). Des consultations de dermatologie, des bilans de dépistages auditifs et visuels sont également proposés. Le SIMPPS permet donc dans un certain nombre de cas de réduire les freins financiers ou géographiques à l'accès au soin des étudiants. Les étudiants en médecine sont peu nombreux à y consulter. Par méconnaissance ou parce qu'ils ne se sentent pas concernés ? Via cet article de présentation du SIMPPS, nous espérons que certains externes se réinséreront dans le parcours de soin, si besoin.

Pour les internes en ambulatoire et les MSU toulousains: savoir orienter votre patientèle étudiante.

Les internes sont certes encore étudiants de l'Université Paul Sabatier, mais ils ont également le statut de salarié. Les internes ne relèvent donc plus de la prise en charge du SIMPPS, mais de la médecine de travail. En revanche, connaître l'existence de ce service peut très certainement être bénéfique aux internes en stage chez le praticien niveau 1 ou en SASPAS à Toulouse, ainsi qu'à leurs Maîtres de Stage Universitaires (MSU).

La population pouvant bénéficier de l'accès au SIMPPS comprend les étudiants :

- **de l'Université de Sciences Sociales (UT1 Capitole)**
- **de l'Université du Mirail (UT2 Mirail)**
- **de l'Université Paul Sabatier (UT3 ou UPS, avec les Instituts Universitaires de Toulouse (IUT) et les sites délocalisés**
- de l'Institut National des Sciences Appliquées (INSA)
- de l'Institut National Polytechnique (INPT)

Cela représente 90 000 étudiants. Il est donc fort probable qu'au cours de son stage, un interne croise un patient étudiant dans l'une de ses universités. Connaître l'existence du SIMPPS peut alors permettre de trouver une solution à certaines situations. Qui n'a jamais été dans l'impasse lors d'une consultation avec un jeune en surpoids qui n'a pas le budget ni pour avoir recours à un diététicien, ni pour manger plus équilibré ? Le SIMPPS propose par exemple l'accès à un panier maraîcher bio hebdomadaire pour 5 euros. En cas de surpoids ou d'obésité, l'étudiant peut bénéficier de consultations avec un nutritionniste, ou selon certains critères, entrer dans le programme VITAFORM. Un suivi sera alors organisé au sein d'une équipe composée d'un nutritionniste, un diététicien, une éducatrice sportive, une infirmière et un psychologue. De même si le patient étudiant présente un mal-être, sans toutefois relever d'une prise en charge psychiatrique, l'accès à des psychologues peut être bénéfique, en s'affranchissant du frein financier habituel. Il existe de nombreux autres recours que le SIMPPS bien entendu, mais ce service reste mal connu, à la fois de la population étudiante, et des médecins toulousains. Nous avons donc pensé qu'une présentation de ce service permettrait peut-être d'apporter une solution à certains d'entre vous. Que ce soit pour votre prise en charge personnelle en tant qu'externes, ou pour une meilleure connaissance du maillage toulousain afin d'orienter au mieux vos patients pour les internes et MSU.

Références

1. BO n°14 du 8 avril 2010 : médecine préventive
2. Organigramme du SIMPPS de Toulouse 2014-2015
3. Thèse. Burn-out des Internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. V.KOMLY et A. Le TOURNEUR. 2012
4. Enquête CNOM 2003
5. Conditions de travail et de formation des étudiants en médecine: chiffres et ressentis. Enquête de l'ANEMF. 2013 <http://bit.ly/1Vs7Qxx>





Le refus de soins de la part du patient vu par le médecin généraliste

Anne Cella, interne - Serge Bismuth, médecin

Introduction

Depuis quelques décennies, nous assistons à une transformation importante en matière des droits du malade et de la relation médecin-malade. Le patient « objet de soins » est devenu « acteur de sa santé » grâce à un des principes fondamentaux de l'éthique médicale : le consentement aux soins ^[1]. L'ancien modèle paternaliste, s'appuyant sur le principe de bienfaisance est détrôné par un modèle basé sur le principe d'autonomie du patient. Cette métamorphose récente soulève de nouvelles réflexions éthiques du côté des médecins. Il apparaît en miroir, inévitablement, la notion de refus de soins de la part du patient. Quelles qu'en soient les significations, il déstabilise le soignant, créant des tensions au sein de la relation de soin. Le respect de ce droit entraîne parfois, un dilemme éthique quand il semble contraire au bien être de notre

patient et à notre logique médicale. Il est important de définir le terme de « refus de soins » pour éviter la confusion langagière avec le refus thérapeutique. Le terme « refus de soins » peut être défini par la non-adhésion, à tout moment révoquant, d'un patient à un projet dans lequel nous veillons à son bien-être ^[2,3]. Il peut être utile de rappeler le contexte juridique, légal et les textes fondamentaux relatifs à ce sujet.

« Un principe fondamental du droit veut que chacun est libre de refuser toute intervention portant atteinte à son intégrité corporelle, même si elle est de son intérêt le plus direct, même si sa vie est en péril. L'individu est seul juge. » ^[4]

Implicite jusqu'en 1995, en France, le consentement entre dans le Code Civil à l'article 16-3 à la suite de la loi du 29 juillet 1994 [5] relative au respect du corps humain. L'année suivante, il entre aussi, explicitement, dans le nouveau Code de déontologie médicale [6] et dans la charte du patient hospitalisé [7] : « *Tout patient informé...des risques encourus peut refuser un acte de diagnostic ou de traitement à tout moment* » [7]. L'information devient donc l'élément clé alimentant l'autonomie du patient dans ses décisions. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé renforce le droit au consentement des soins pour le malade et introduit la notion de personne de confiance et de directives anticipées: « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qui lui sont fournies, les décisions concernant sa santé* » [8].

« *Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables* » [8].

« *Aucun acte médical, ni traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* » [8].

L'ordonnance du 16 août 2002 [9] stipule que le médecin puisse passer outre le refus du patient dans trois situations : lors des situations d'urgence et d'extrême urgence où le patient est incapable de consentir, lors d'accouchement en urgence et lors des situations où la sécurité d'un groupe est en jeu. La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie réaffirme ce droit au consentement et au refus : « *Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L.1110-10.* » [10]

Ainsi ces dispositions, en faveur du droit des patients, fondent une sorte d'« alliance » entre le malade et le médecin. Le refus de soin de la part du patient a été peu étudié en médecine générale. C'est pourquoi le point de vue des médecins généralistes, installés en Haute-Garonne, nous paraît intéressant. L'objectif de cette enquête préliminaire était d'explorer les difficultés de prise en charge des médecins généralistes lors d'un refus de soins de la part leur patient.

Matériels et méthode

Il s'agit d'une étude préliminaire descriptive et observationnelle réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes en Haute-Garonne. Etaient inclus les médecins généralistes volontaires, installés et exerçant en ambulatoire dans le département de la Haute-Garonne. En mai et juin 2014, un questionnaire a été distribué à un échantillon de médecins généralistes de la Haute-Garonne, lors de réunions professionnelles (groupe de Pairs ...). Il comportait 15 questions à choix unique ou multiple et était composé de trois parties. La première étudiait les données socio-démographiques des médecins, la deuxième s'intéressait à leur formation sur le refus de soins, leurs connaissances en droit médical, et le nombre estimé de refus de soins depuis le 1er janvier 2014 (5mois), et la troisième partie concernait une situation de refus de soins (au choix du médecin généraliste) rencontrée depuis le 1er janvier 2014, avec les caractéristiques du patient « refusant », le ressenti, les réactions et les difficultés du médecin généraliste. Les données ont été recueillies et analysées avec Microsoft Office EXCEL 2007®.

Résultats

Nous avons recueilli 57 réponses de la part des médecins généralistes. Le tableau 1 compare les données démographiques des médecins inclus avec la population des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Il existait une différence significative pour le sexe et le type d'activité (cf. Tableau 1)

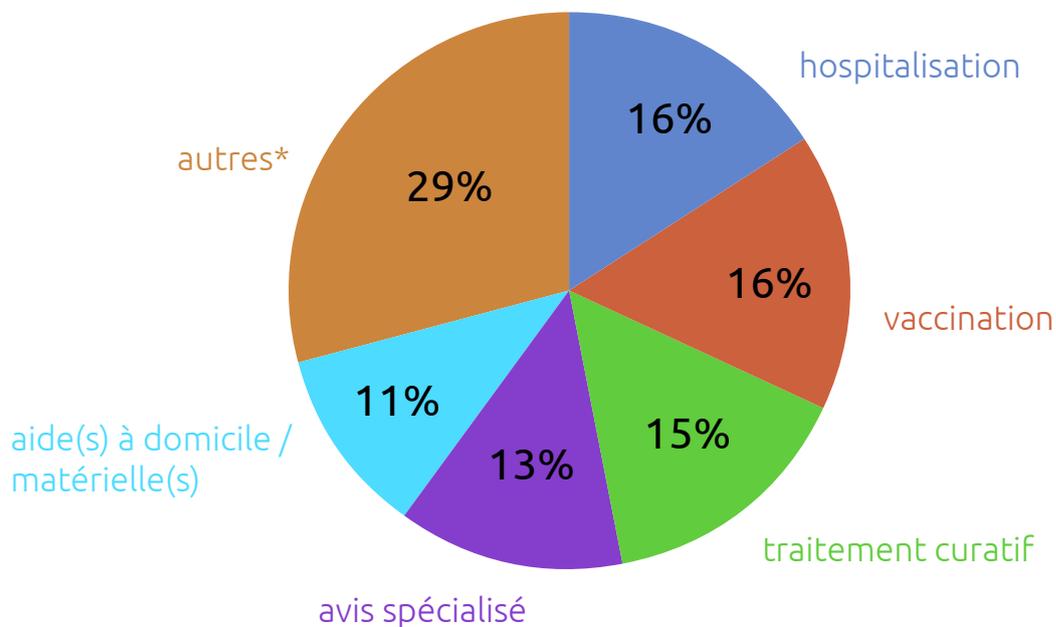
Ces deux dernières années, aucun des 57 médecins n'a participé à une formation professionnelle concernant le refus de soins des patients. Les textes législatifs (code de déontologie, code de la santé publique, les lois du 4 mars 2002 et du 22 avril 2005) sont connus par 12 médecins sur 57 (21%). En majorité, le nombre estimé de patients refusant les soins est compris entre 1 et 4 sur une période de 5 mois. 89 % (n=51) des médecins généralistes inclus ont été confrontés au cours des 5 mois à un refus de soins. Nous avons analysé les réponses des 51 médecins généralistes dans cette situation. Les quatre types de refus de soins prédominants étaient le refus de vaccination et d'hospitalisation (16% chacun) puis le refus d'un traitement curatif (15%) et le refus d'un avis spécialisé (13%). Le moins fréquent rencontré était le refus d'hydratation (1%). Le graphique 1 montre les différents types de refus de soins.

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques de la population de médecin étudiée avec la population des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées (d'après l'Ordre National des Médecins. La démographie médicale en région Midi-Pyrénées. Situation en 2013) [12]

Caractéristiques	Population de médecins étudiés (%)	Population de médecins en Midi-Pyrénées (%)
Sexe		
Homme	72*	53
Femme	28*	47
Age		
< 35 ans	12	8
entre 35 et 45 ans	19	18
> 45 ans	68	74
Type d'activité		
Rural	12*	30
Semi-rural	39	36
Urbaine	49*	34

* différence statistiquement significative ($p \geq 0.05$)

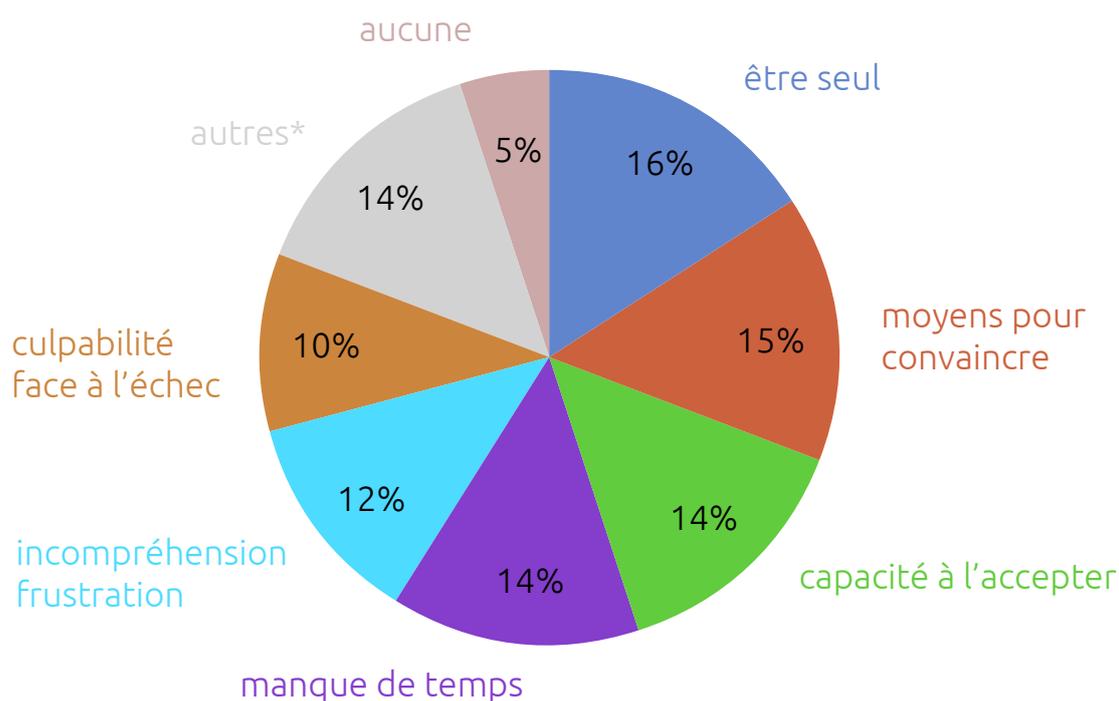
Graphique 1 : Types de refus



* traitement préventif (8%), soins de base (8%), aide (s) paramédicale(s) (8%), alimentation (3%) et hydratation(1%).

Les pathologies sous-jacentes des patients étaient représentées principalement par les pathologies organiques (28%) puis par les troubles cognitifs (22%). 19% ne présentaient aucune pathologie. La plus grande proportion des patients « refusant » étaient les personnes âgées (39%) puis les adultes (28%) et les personnes en fin de vie (15%). Selon les médecins généralistes, 61% pensaient ce refus injustifié, 12% pensaient qu'il était justifié et 27% n'avaient pas d'opinion. Pour le plus grand nombre, la prise en charge face à une situation de refus de soins était d'essayer d'argumenter et de convaincre (44%). 7% ont mis en place les soins sans le consentement du patient. Les médecins généralistes ont rencontré des difficultés principalement sur le fait d'être seuls dans la prise en charge (16%), pour convaincre (15%), la capacité d'accepter (14%) et le manque de temps (13%). Le graphique 2 montre les difficultés de prise en charge rencontrées par les médecins.

Graphique 2 : Difficultés rencontrées par les médecins



*manque de formation médicale (5%), manque de formation en droit médical (5%), face aux propositions alternatives (5%)

Si le refus de soins de la part du patient persistait malgré la prise en charge, 78% des médecins généralistes (n=40) l'ont accepté. Le refus de vaccination (17%) et le refus de traitement curatif (16%) étaient les mieux acceptés.

Discussion

Les médecins généralistes sont en première ligne dans ces situations, confirmant leur rôle en matière de soins primaires, de coordination de soins et en santé publique [11]. L'intérêt de cette étude est de faire un état des lieux sur ce problème, à la fois médical, éthique et relationnel. Cette enquête est descriptive et observationnelle. Elle évalue subjectivement le comportement des médecins généralistes. Elle entraîne des biais de mémorisation et de déclaration. Ce modèle d'étude est adapté aux enquêtes préliminaires. Elle ne peut prétendre être un état des lieux exhaustif ou une évaluation des difficultés des médecins généralistes de tout notre département, compte tenu du faible effectif de notre population. Pour

l'affiner, il faudrait une étude de pratique prospective sur plusieurs mois des médecins généralistes et de leur ressenti afin d'évaluer plus clairement leurs difficultés et les solutions qu'ils proposent. Cet échantillon, basé sur le volontariat entraîne un biais de sélection. La population urbaine et, dans une moindre mesure, semi-rurale est majoritairement représentée. Enfin, notre échantillon est composé de deux tiers d'hommes pour un ratio équilibré dans la population des médecins de Midi-Pyrénées [12]. Il semble donc délicat d'extrapoler nos résultats à toute la population de la Haute-Garonne. Afin d'être représentatif, il faudrait réaliser une étude de plus grande envergure. Aucun médecin inclus n'a participé à une formation professionnelle concernant le refus de soins et seule-

ment 21% nous déclarent connaître les textes législatifs relatifs à ce sujet. Est-ce par désintérêt ? Une étude qualitative ^[13] réalisée en 2011 sur la perception des droits des patients par les professionnels de santé montre un grand intérêt des personnes interrogées mais un manque de formation professionnelle et de connaissances en droit. Ils ont une perception globale des droits des patients sans connaître les textes législatifs. Le nombre de patients « refusant » a été estimé pour la majorité des médecins entre 1 et 4 sur 5 mois. Il s'agit d'un critère subjectif soumis au biais de mémorisation. Il révèle une tendance. Aucune étude n'a été faite à ce sujet pour connaître la fréquence. Une thèse sur le refus d'hospitalisation en médecine générale ^[14] estime cette situation peu fréquente, avec une majorité de 1 à 2 patients refusant l'hospitalisation par an et par médecin.

Nos résultats principaux montrent que la majorité des médecins ont été confrontés à un refus de soins (près de 90%). Le refus d'hospitalisation et de vaccination (16%) puis le refus de traitement curatif (15%) prédominent. L'avis n°87 [15] du Comité Consultatif National d'Éthique explique que ces situations sont vécues comme invasives par le patient. La conjoncture économique et la pression médiatique peuvent jouer un rôle certain sur les questions de santé (par exemple : l'affaire du Médiateur®, les pilules de troisième génération, la polémique sur la vaccination anti-VHB...) ^[16]. Les patients « refusant » étaient principalement les sujets âgés et les adultes. Seuls 1% des refus étaient de la part de la personne de confiance et 7% d'un tiers. Le statut de « personne de confiance » est encadré par la loi du 4 mars 2002 ^[8]. Le refus de la part d'un tiers doit être entendu avec précaution. Les médecins devraient anticiper au maximum et demander à leurs patients de désigner par écrit une personne de confiance. Plus de la moitié des médecins interrogés pensent que ce refus est injustifié. Il en émane inévitablement un conflit dans la relation de soin. La prise en charge est premièrement basée sur l'argumentation pour tenter de convaincre (47%) puis la gestion du refus avec des propositions alternatives (19%). Cependant 7% des médecins mettaient en place les soins sans le consentement du patient. Les principales difficultés rencontrées sont la solitude dans la prise en charge, le manque de temps, la capacité à accepter et l'incompréhension, la frustration de ces situations. L'inclusion de réflexion éthique à la formation médicale continue permettrait de modérer nos prises en charge et d'adopter une démarche compréhensive. « *Le soin est un art qui doit être constamment adapté aux besoins et à la personnalité de chacun* ». ^[17]

Conclusion

Cette problématique du refus de soin amène irrémédiablement le médecin généraliste à s'interroger sur ses pratiques, sa mentalité et l'exercice de ses responsabilités. Ce droit pose des difficultés au médecin généraliste. Le médecin généraliste a un devoir d'assistance et de soins en ayant comme objectif principal l'intérêt du patient. Il ne devrait pas perdre de vue qu'il s'agit toujours de l'histoire singulière d'un patient à un moment donné, pour lequel les « solutions » seront toujours individuelles. Cette enquête souligne l'enjeu de la nécessité d'un questionnement éthique réel autour du refus de soins, afin d'assurer au mieux la santé des patients. Nous terminerons par la citation de G. Moutel : « **Accepter un refus de soins, une position de funambule à la recherche de sens** » ^[18]

Références

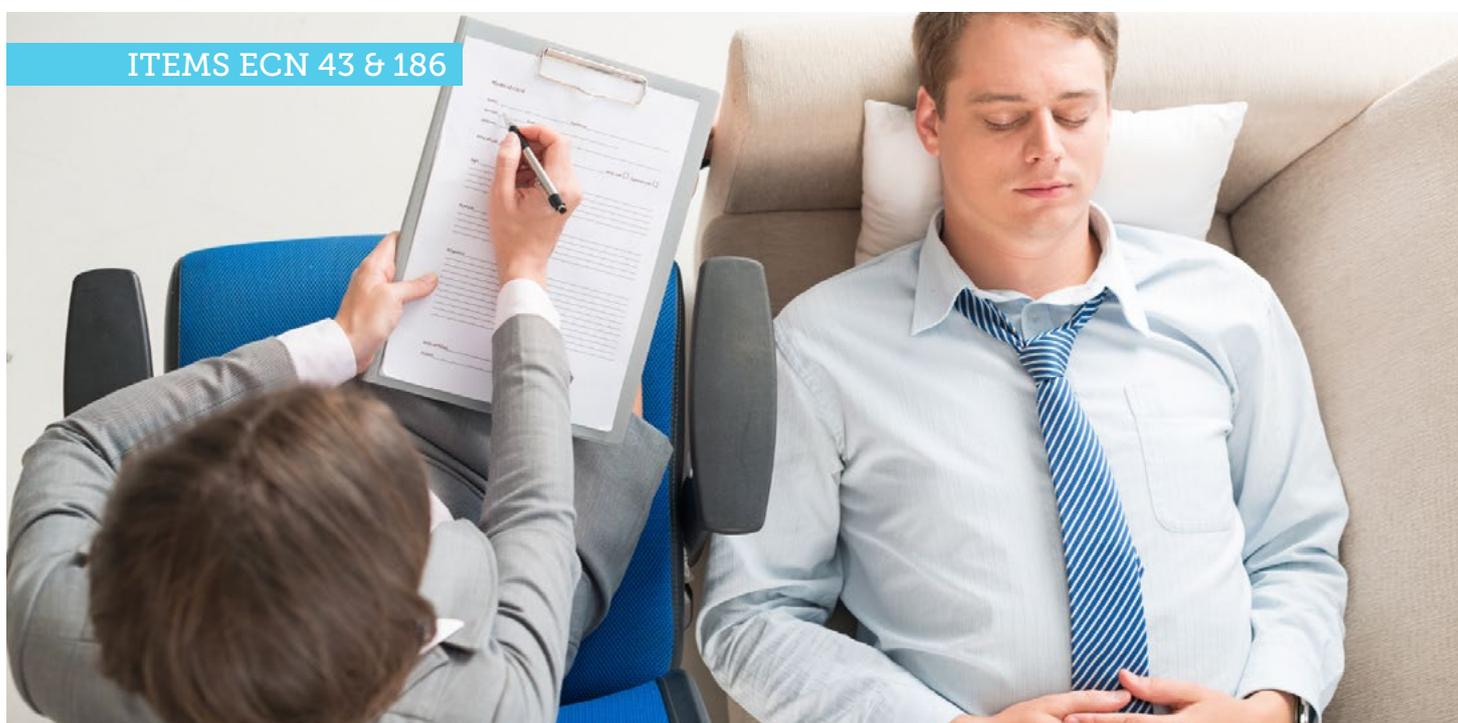
1. Refuser le traitement : responsabilité et autonomie. A propos de l'avis n°87 (avril 2005) du Comité consultatif national d'éthique. D. Oppenheim, S. Dauchy, O. Hartmann. Bull cancer 2006 ; 93 (1) : 133-7.
2. Larousse. « Refus ». In : Dictionnaire de Français.
3. Larousse. « Soins ». In : Dictionnaire de Français
4. HOERNI B, SAURY R. Le consentement : information, autonomie et décision en médecine. Edition Masson, Paris, 1998 ; p. 123.
5. Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain.
6. Code de Déontologie Médicale, Figurant dans le Code de la Santé publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112 (Mise à jour du 14 déc. 2006).
7. Charte du patient hospitalisé, annexe de la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés.
8. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002.
9. Conseil d'Etat, juge des référés. Ordonnance du 16 août 2002.
10. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
11. Définition européenne de la médecine générale. WONCA EUROPE 2002.
12. Ordre National des Médecins. La démographie médicale en région Midi-Pyrénées. Situation en 2013.
13. Tns-Sofres, Ministère de la santé. Perception des droits des patients par les professionnels de santé. Etude qualitative. Note de synthèse. 4 mars 2011.
14. C. Cazottes. Le refus d'hospitalisation en médecine générale, enquête auprès de 94 médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse pour le diplôme d'état en médecine, qualification Médecine générale. 2007.
15. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Refus de traitement et autonomie de la personne, avis n°87, 14 avril 2005.
16. J Fiquet-Peuch. Les réticences des patients à la vaccination. Approche du ressenti des patients. Etude sur 3 vaccinations. Thèse pour le diplôme d'état en médecine, qualification Médecine générale. 2014.
17. E. Hirsch. Face au refus de soin, une exigence de démocratie. Presse médicale, 2005 ; 34 :835-836.
18. G. Moutel. Le refus de soins en question. Soins gérontologiques 2007 ; 12 : 24-27.

Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil

« Docteur, je suis fatigué »

Arthur They, interne

ITEMS ECN 43 & 186



Questions

- * Quel diagnostic évoquez-vous ?
- * Comment quantifier la somnolence diurne du patient ?
- * Comment confirmer le diagnostic ?
- * Quelles sont les complications du SAHOS ?
- * Quel traitement pourra être proposé au patient si le diagnostic est confirmé ?

Il s'agit d'un homme de 72 ans consultant pour asthénie. L'histoire de la maladie remonte à plusieurs mois avec une sensation de fatigue, de sommeil non réparateur et de somnolence diurne, il se plaint également de réveils nocturnes fréquents pour uriner. Son épouse rapporte des ronflements quotidiens ainsi que des pauses respiratoires pendant le sommeil. Ce patient présente comme antécédents médicaux une hypertension artérielle habituellement bien équilibrée sous bithérapie associant un ARA2 (Candésartan) et un bêta-bloquant

(Acébutolol). Il prend ce traitement depuis plusieurs années. Ce patient ne fume pas, consomme de façon occasionnelle de l'alcool. L'examen clinique montre un patient en bon état général, un IMC à 27. Sa pression artérielle est à 150/90. L'examen ORL et la palpation thyroïdienne sont normaux..

1 Quel diagnostic évoquez-vous ?

Il faut évoquer un Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil¹ (SAHOS). Il s'agit d'un trouble respiratoire du sommeil causé par une diminution du calibre des voies aériennes supérieures. On peut schématiquement regrouper les signes cliniques de ce syndrome en 2 groupes. Le premier groupe correspond aux signes nocturnes: ronflements, éveils nocturnes, sensation d'étouffement, nycturie et pauses respiratoires dont l'entourage peut être témoin. Le deuxième groupe correspond aux signes diurnes : somnolence, asthénie et fatigabilité à l'effort, sensation de sommeil non «réparateur», trouble de la concentration, troubles de la libido, céphalées matinales. Le questionnaire de Berlin² peut aider le praticien dans sa démarche diagnostique. Il s'agit d'un auto-questionnaire rempli avec l'aide du praticien permettant d'évaluer le risque pour le patient testé d'avoir un SAHOS.

2 Comment quantifier la somnolence diurne du patient ?

On peut évaluer la somnolence diurne par le questionnaire d'Epworth. Il s'agit d'un auto-questionnaire, recommandé par la Société de Pneumologie de Langue Française³, qui évalue le risque de somnoler dans huit situations de la vie quotidienne. La somnolence diurne est un facteur permettant d'évaluer la gravité du SAHOS.

3 Comment confirmer le diagnostic ?

La Société de Pneumologie de Langue Française définit le SAHOS³ par la présence des critères A ou B et du critère C :

- A. Somnolence diurne excessive non expliquée par d'autres facteurs.
- B. Deux au moins des critères suivants non expliqués par d'autres facteurs :
- Ronflements sévères et quotidiens
 - Sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil
 - Sommeil non réparateur
 - Fatigue diurne
 - Difficultés de concentration
 - Nycturie (plus d'une miction par nuit).

- C. Critère polysomnographique ou polygraphique : Index d'Apnées et Hypopnées (IAH) (nombre d'apnées et d'hypopnées par heure de sommeil) ≥ 5 .

L'IAH est le deuxième critère permettant de juger de la gravité du SAHOS :

- SAHOS léger si $5 \leq \text{IAH} \leq 15/\text{h}$
- SAHOS modéré si $15 \leq \text{IAH} \leq 30/\text{h}$
- SAHOS sévère si $\text{IAH} \geq 30/\text{h}$

Ainsi pour confirmer le diagnostic de SAHOS, bien que l'examen de référence soit la polysomnographie, il est recommandé de demander en première intention une polygraphie ventilatoire nocturne aux heures habituelles de sommeil de l'individu, sur au moins 6 heures. La polysomnographie est indiquée dans les circonstances suivantes :

- en première intention pour les patients présentant des signes cliniques de pathologie du sommeil autre que le SAHOS avec une probabilité élevée de SAHOS,
- en deuxième intention, en cas de discordance entre les résultats de la polygraphie ventilatoire nocturne et la probabilité clinique de SAHOS.

La différence entre les 2 examens se situe au niveau des capteurs utilisés et des paramètres enregistrés. La polysomnographie est plus coûteuse, moins disponible mais permet de connaître l'architecture du sommeil du patient et notamment de chercher la présence de micro-éveils.

4 Quelles sont les complications du SAHOS ?⁴

Un patient souffrant de SAHOS est à risque de complications cardio-vasculaires. Il peut favoriser l'apparition ou l'augmentation d'une hypertension artérielle. Puis on note un risque accru de trouble du rythme cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, d'insuffisance cardiaque et de troubles coronariens. Le SAHOS favorise les troubles métaboliques tels que le diabète et les dyslipidémies. Enfin, il existe des risques inhérents à la somnolence diurne (accident de la voie publique). Un retentissement sur la mémoire, la concentration et donc sur la vie sociale et professionnelle du patient peuvent être aussi des conséquences du SAHOS.

5 Quel traitement pourra être proposé au patient si le diagnostic est confirmé ?

Deux traitements médicaux ont fait la preuve de leur efficacité⁵ :

- La Pression Positive Continue (PPC) nocturne, permet, grâce à un générateur d'air, de libérer les voies aériennes supérieures.
- L'Orthèse d'Avancée Mandibulaire (OAM), permet de diminuer l'obstruction des voies aériennes supérieures grâce à un appareil bucco-dentaire entraînant la propulsion de la mandibule du patient pendant le sommeil.

La HAS recommande un traitement médical par PPC en première intention lorsque l'IAH est supérieur à 30 (SAHOS sévère).

Si l'IAH est compris entre 15 et 30 (SAHOS modérée), la PPC est indiquée dans 2 situations :

- La présence d'au moins 10 micro-éveils par heure de sommeil associés à des efforts respiratoires à l'analyse polysomnographique
- La présence d'une maladie cardio-vasculaire grave associée au SAHOS (définie comme suit : hypertension artérielle résistante, fibrillation auriculaire récidivante, insuffisance ventriculaire gauche sévère ou maladie coronaire mal contrôlée, antécédent d'accident vasculaire cérébral).

L'OAM est recommandée dans les situations suivantes :

- En deuxième intention en cas de refus ou d'intolérance de la PPC
- En première intention en cas d'IAH compris entre 15 et 30 sans maladie cardiovasculaire grave associée.

La PPC fait l'objet d'une surveillance d'observance par l'Assurance Maladie⁶. Si les critères de surveillance ne sont pas remplis, le patient s'expose au déremboursement du traitement. Le traitement médical doit toujours s'accompagner de mesures hygiéno-diététiques en cas de surcharge pondérale, et de mesures d'hygiène du sommeil : coucher à heure régulière, limiter les excitants et l'activité physique en fin de journée, l'alcool et les hypnotiques

Références

1. Apnées du sommeil - Respir.com - Documentation sur les apnées du sommeil [Internet]. [cité 6 août 2015]. Disponible sur: <http://bit.ly/1Rj44D8>
2. Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med.* 5 oct 1999;131(7):485-91.
3. Société de Pneumologie de Langue Française-Recommandations pour la pratique clinique (RPC) du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil SAHOS de l'adulte (Document de travail- SPLF-SFRMS) [Internet]. [cité 6 août 2015]. Disponible sur: <http://bit.ly/24yS8a6>
4. Collège des Enseignants de Pneumologie-item 108-Troubles du sommeil de l'Adulte-item_108_SOMMEIL.pdf [Internet]. [cité 6 août 2015]. Disponible sur: <http://bit.ly/24ySe1a>
5. Haute Autorité de Santé-Volet medico-économique - SAHOS - rapport_sahos_-_evaluation_economique.pdf [Internet]. [cité 6 août 2015]. Disponible sur: <http://bit.ly/24ySeyt>
6. LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS REMBOURSABLES PRÉVUE À L'ARTICLE L 165-1 DU CODE DE LA SS - LPP.pdf [Internet]. [cité 6 août 2015]. Disponible sur: <http://bit.ly/24ySi0Z>

Items ECN

- 43. Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte
- 186. Asthénie et fatigabilité

Allergie aux protéines de lait de vache

« Une histoire de laits »

Marie Vuillequez, interne

ITEMS ECN 24, 114, 194 & 345



Les parents de Léo se présentent en consultation pour l'examen du deuxième mois de leur enfant. Il est né à terme. Il a été nourri au sein de façon exclusive jusqu'à 2 mois. La maman devant reprendre le travail, un biberon de préparation pour nourrisson (anciennement lait premier âge) à base de lait de vache a été introduit cette semaine le midi. Léo présente moins de régurgitations et est un peu plus constipé qu'habituellement. Il pèse alors 4,9 Kg. Dans la semaine qui suit, Léo consulte à nouveau à plusieurs reprises pour diarrhées liquides avec quelques filets de sang. Il est apyrétique et il n'y a pas de notion de contagé. Ces symptômes s'amendent dès la reprise d'un allaitement maternel exclusif. Ils réapparaissent lors de l'introduction du second biberon de lait artificiel quotidien, que l'on stoppe à nouveau. Quinze jours après la consultation des deux mois, il pèse 5,120 Kg. Une allergie aux protéines de lait de vache (APLV) est suspectée.

Questions

- * Dans quels cas évoquer le diagnostic d'une allergie aux protéines de lait de vache ?
- * Quels sont les examens complémentaires recommandés ?
- * Quelle alimentation mettre en place ?
- * Comment réintroduire les protéines de lait de vache ?

1 Dans quels cas évoquer le diagnostic d'une allergie aux protéines de lait de vache ?¹

L'allergie aux protéines de lait de vache est la survenue de symptômes d'allergie après l'ingestion de protéines de lait de vache (PLV). Les symptômes dont la survenue est immédiate après l'ingestion de PLV sont généralement le signe d'une réaction IgE-médiée : urticaire, angio-œdème, prurit, vomissements et douleurs abdominales, rhino-conjonctivites, bronchospasme, choc anaphylactique. Les symptômes, dont la survenue est retardée une à deux

heures après l'ingestion, sont le signe d'une réaction non IgE-médiée: douleurs abdominales, vomissements, diarrhées, sang dans les selles et retard de croissance, sont non IgE-médiées. Le diagnostic d'APLV repose sur une épreuve d'exclusion-réintroduction des protéines de lait de vache.

2 Quels sont les examens complémentaires recommandés ?^{2 3 4}

Les examens à réaliser en première intention sont le prick-test et le dosage des IgE totales et spécifiques (de lait de vache, de caséine, de bêta-lactoglobuline et d'alpha lactalbumine). Ils se révéleront positifs dans les allergies IgE-médiées. En seconde intention, dans le cadre des réactions non IgE-médiées et dont les résultats des premiers tests sont négatifs, il est possible de réaliser des patch-test. Il existe de nombreux faux négatifs. Dans tous les cas, l'efficacité du régime d'éviction et les tests de provocation orale confirmeront le diagnostic. Le dosage annuel des IgE peut être utile pour le suivi au long cours de l'APLV.

3 Quelle alimentation mettre en place ?^{1 4 5 6}

Les parents doivent être informés de l'existence d'allergie croisée au lait de chèvre et de brebis dans 90% des cas. Les laits hypoallergéniques (HA) ne sont jamais indiqués dans l'APLV. Si le diagnostic d'APLV a été posé chez un enfant exclusivement allaité, un régime sans PLV chez la mère pendant 2 à 4 semaines est recommandé. En cas d'efficacité, ce régime sera poursuivi, avec élargissement progressif pour trouver la dose maximale de PLV tolérée. Si ce diagnostic a été posé après introduction de lait artificiel chez un enfant par ailleurs toujours allaité, l'allaitement exclusif sans régime d'exclusion chez la mère est conseillé. Chez les enfants pour qui l'allaitement exclusif n'est pas souhaité ou possible, les substituts de lait pourront être prescrits. En première intention on prescrira les hydrolysats poussés de PLV dont la plupart sont dépourvus de lactose. Ils sont composés d'acides aminés libres et petits peptides. Seules quelques-unes de ces préparations ont fait l'objet d'études cliniques de bonne qualité scientifique : Alfaré®, Allernova®, Galliagène®, Nutramigen®, Nutriben®, APLV®, Pepti-Junior®, Pregestimil® et Prégomine®. En seconde intention, lorsque les symptômes persistent malgré la prescription d'hydrolysats, il est possible d'utiliser des préparations à base d'acides aminés, sans protéines : Neocate®, Nutramigen AA®. Les hydrolysats poussés de protéines de riz (Modilac expert riz®) font également partie des alternatives de seconde intention. Les préparations à base de protéines de soja contiennent des phyto-oestrogènes et de l'aluminium, leur utilisation est controversée et n'est pas à conseiller. De plus, les allergies croisées sont fréquentes surtout avant l'âge de 6 mois. Les hydroly-

sats de riz et les préparations à base de soja peuvent être proposés en cas de mauvaise tolérance gustative de l'enfant aux hydrolysats après l'âge de 1 an du fait de leur meilleur goût. Concernant la prise en charge financière de ces préparations, l'arrêté ministériel du 23 février 2010 fixe le prix limite de vente au public. Le montant restant à la charge des familles est comparable à celui des préparations infantiles premier âge classiques. Il existe une possibilité de prise en charge supplémentaire par les mutuelles. La diversification sera débutée de façon progressive à partir de 4 mois. Certains aliments devront être exclus de l'alimentation de l'enfant : le lait de vache sous toutes ses formes, les laitages. Concernant les aliments homogénéisés et les produits issus de préparations industrielles, une vérification des étiquettes est recommandée. Une supplémentation calcique de 500 à 1000mg/j sera discutée si les apports en substituts de lait sont inférieurs à 500ml/j.

4 Comment réintroduire les protéines de lait de vache ?^{5 6}

Une épreuve de réintroduction chez les enfants présentant une allergie d'apparition précoce non IgE-médiée sera proposée dès l'âge de 9 mois. Concernant les APLV plus tardives, IgE-médiées avec manifestations cutanées, aucune épreuve de réintroduction ne sera réalisée avant l'âge de 1 an. Cette réintroduction sera toujours réalisée en milieu hospitalier sous forme de test de provocation orale, suivie d'une réintroduction progressive des PLV au domicile.

Références

1. CH Genève : Laits infantiles dans l'APLV [Internet]. [cited 2015 Feb 10]. Available from: <http://bit.ly/24yJLSn>
2. Atopy patch test, Inserm Lyon [Internet]. [cited 2015 Feb 10]. Available from: <http://bit.ly/24yJOnX>
3. HAS : synthèse des indications de dosage des IgE [Internet]. [cited 2015 Feb 10]. Available from: <http://bit.ly/24yUR3l>
4. Inserm Lyon : Laits infantiles APLV, cas clinique [Internet]. [cited 2015 Feb 10]. Available from: <http://bit.ly/24yUSnJ>
5. SFP recommandations 2011 : prise en charge diététique APLV [Internet]. [cited 2015 Feb 10]. Available from: <http://bit.ly/24yUWUv>
6. Traitement diététique APLV, Inserm Lyon [Internet]. [cited 2015 Feb 10]. Available from: <http://bit.ly/24yUZJf>

Items ECN

24. Allaitement et complications
114. Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte : Dermate (ou eczéma) atopique
194. Diarrhée aiguë et déshydratation chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte
345. Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte (avec le traitement)

Des filaments sur le frottis ?

« Docteur, j'ai une infection ... »

Florence Durrieu, interne

ITEMS ECN 35 & 39



Photo : Laboratoire d'anatomopathologie Alzieu, Deprade, Chausseray - 8 rue Carrière 31700 Blagnac

Mme G. 42 ans vient consulter car elle est inquiète des résultats de son frottis. Il y est mentionné : « présence d'actinomyces ». Elle est porteuse d'un dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre depuis 3 ans qu'elle tolère très bien, mais elle a peur d'avoir attrapé « quelque chose ». A l'examen, il n'y a pas de fièvre, pas de leucorrhée, le col est propre, il n'y a pas de douleur au toucher vaginal. La patiente souhaite garder ce mode de contraception.

Questions

- * Qu'est-ce que l'actinomyces ?
- * Prescrivez-vous des examens complémentaires ?
- * Quelle est votre prise en charge ? Pouvez-vous laisser en place son DIU ?
- * Quelles peuvent être les complications liées à la présence d'un actinomyces ?
- * Si elle avait été symptomatique, quelle aurait été votre prise en charge ?

1 Qu'est-ce que l'actinomyces ?

L'actinomyces est une bactérie gram positif, anaérobie stricte, filamentaire. Elle est saprophyte de la cavité buccale, du tractus digestif et du tractus génital féminin². L'espèce la plus fréquente est *actinomyces israelii*. L'identification de l'actinomyces peut se faire par la cytologie, l'immunofluorescence ou la culture. La fréquence des frottis cervicaux utérin (FCU) dans lesquels on retrouve actinomyces est très variable en fonction des études, le taux moyen est de 7%². Cette variabilité peut être expliquée par la difficulté cytologique à identifier avec certitude l'actinomyces. C'est une bactérie pour laquelle il existe de nombreux diagnostics différentiels. Quarante-vingt pour cent des FCU positifs à actinomyces concernent des femmes porteuses d'un Dispositif Intra Utérin (DIU), et majoritairement des DIU cuivre¹. La fréquence des frottis positifs à actinomyces semble être influencée par la durée d'utilisation du DIU bien que cela nécessite d'être confirmé¹.

2 Prescrivez-vous des examens complémentaires ?

Non, dans la mesure où la patiente est asymptomatique, il n'est pas recommandé de réaliser des examens complémentaires.

3 Quelle est votre prise en charge ? Pouvez-vous laisser en place son DIU ?

Les dernières recommandations quant à la conduite à tenir datent de 2007 du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et ne définissent pas une conduite consensuelle¹. L'ensemble des études menées depuis semblent superposables à celle proposée par le CNGOF¹. Si la patiente est asymptomatique (pas de signes d'infection génitale haute), le DIU peut être laissé en place après avoir informé la patiente sur la positivité à actinomyces et sa signification. Elle doit être informée des risques faibles mais présents de développer une infection génitale haute dans le futur et doit donc connaître les signes cliniques devant la faire consulter rapidement. En cas de souhait de la patiente de retirer le DIU, un FCU de contrôle dans les 3 à 6 mois suivant le retrait du DIU est conseillé afin de confirmer l'élimination de l'actinomyces. Si son élimination est confirmée, un nouveau DIU peut être mis en place. Il n'existe pas de recommandation pour une antibiothérapie systématique en cas de retrait du DIU.

4 Quelles peuvent être les complications liées à la présence d'un actinomyces ?

L'actinomycose pelvienne est une infection très rare mais grave et de diagnostic difficile. Elle peut mimer une pathologie maligne annexielle en raison du tableau symptomatique frustré d'abcès tubaire ou ovarien pouvant faire évoquer une néoplasie (altération de l'état général, perte de poids, syndrome inflammatoire). Il faut donc toujours l'évoquer chez les patientes porteuse d'un DIU. Elle donne essentiellement des abcès pelviens (micro abcès endométriaux, abcès ovariens, abcès tubaires) et des endométrites. Lorsqu'elle est symptomatique, elle donne des symptômes d'infection génitale haute : fièvre, leucorrhée, douleur pelvienne, défense, douleur au toucher vaginal, masse palpable,...

5 Si elle avait été symptomatique, quelle aurait été votre prise en charge ?

Chez les femmes symptomatiques, il faut retirer le DIU en urgence. Une échographie pelvienne doit être réalisée en urgence afin de rechercher un abcès pelvien. Un bilan biologique doit rechercher un syndrome inflammatoire. Un avis en urgence d'un chirurgien gynécologue permettra de déterminer le traitement qui repose soit sur une antibiothérapie longue soit sur un traitement chirurgical avec drainage des abcès.

Références

1. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Conduite à tenir chez les utilisatrices de dispositifs intra-utérins ayant des frottis cervicaux de dépistage positifs pour actinomyces. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale 2007.
2. Luds and colonization or infection with actinomyces. Westhoff C. Contraception 2007; 75: S 48-S 50.

Items ECN

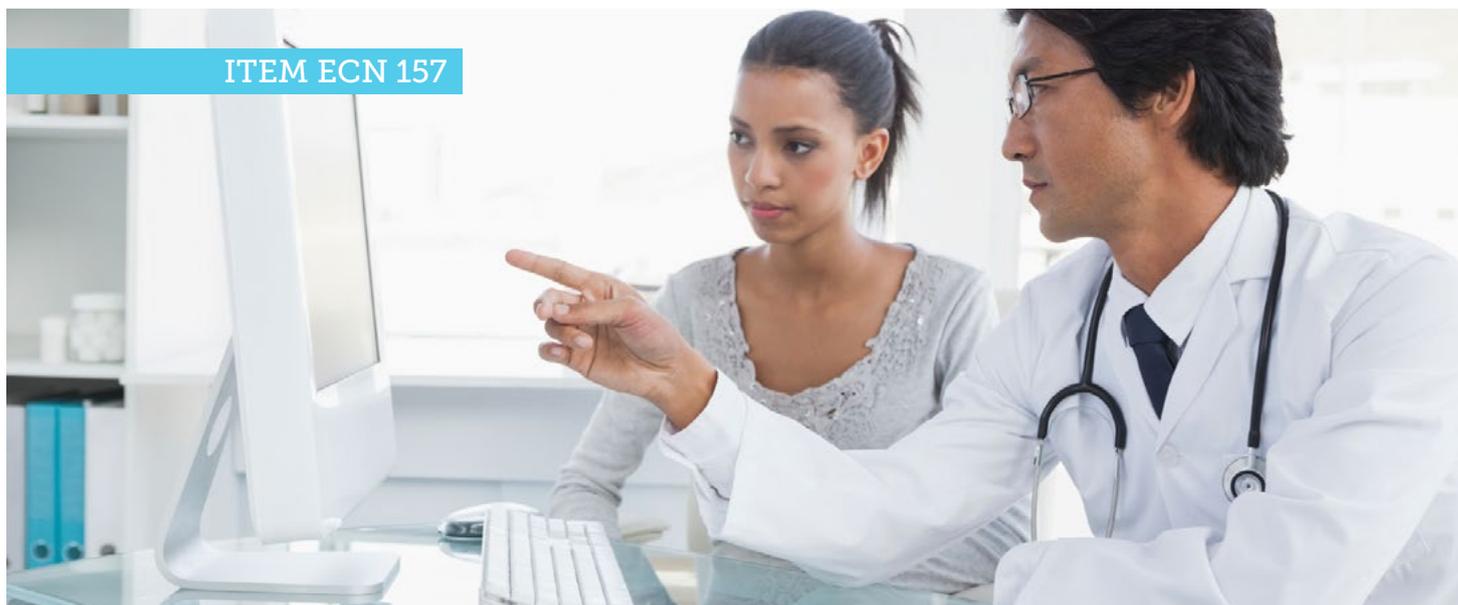
- 35. Contraception
- 39. Algies pelviennes chez la femme

Infection urinaire

« Docteur, ça brûle quand j'urine »

Olivier Metenier, interne

ITEM ECN 157



Mlle C. 26 ans consulte pour brûlures mictionnelles et pollakiurie depuis 2 jours sans fièvre. « Je fais une cystite, j'en ai déjà fait une il y a 2 ou 3 ans ». La patiente ne présente pas de leucorrhée ou d'autre symptôme gynécologique retrouvé. Elle n'a pas de traitement en dehors d'une contraception orale oestro-progestative ni d'antécédent particulier. Elle se souvient avoir été traitée par fosfomycine-trométamol (MONURIL®) en dose unique lors d'un premier épisode et ne souhaite pas de nouveau ce traitement car, « ça m'avait guérie mais ça m'a provoqué des boutons » déclare-t-elle. L'examen clinique ne retrouve pas de douleur lombaire à la percussion ou à la palpation. Elle est apyrétique et présente une petite sensibilité hypogastrique à la palpation abdominale.

Questions

- * Quel examen permet de confirmer le diagnostic ?
- * Quel traitement pouvez-vous proposer ?
- * La patiente vous demande «une analyse d'urines de contrôle pour être sûre d'être guérie». Que lui répondez-vous ?
- * La prise en charge aurait-elle été la même si la patiente était diabétique ?

1 Quel examen permet de confirmer le diagnostic ?

Le diagnostic, principalement clinique, de cystite aiguë simple se confirme par une bandelette urinaire (BU). C'est la seule situation dans les infections urinaires où la BU est suffisante pour la prise en charge. Chez une femme symptomatique, elle a une très bonne valeur prédictive négative : une BU strictement négative (pas de leucocyturie, pas de nitriturie) doit amener à rechercher un autre diagnostic. Chez l'homme, elle a une très bonne valeur prédictive positive (leucocyturie + et/ou nitriturie +) : une BU négative chez l'homme ne permet pas d'éliminer une infection urinaire.

2 Quel traitement pouvez-vous proposer ?

Le traitement nécessite la mise en place de mesures hygiéno-diététiques simples, à poursuivre au long cours pour éviter les récurrences: boire au moins 1,5L d'eau par jour, ne pas retenir les mictions, privilégier les mictions fréquentes, régulariser le transit (lutte contre la constipation), éviter les sous-vêtements synthétiques et uriner après les rapports sexuels. Le traitement par fosfomycine-trométamol (MONURIL®) en dose unique reste le traitement de première intention de la cystite aiguë simple. Chez cette patiente, on ne peut pas lui proposer ce médicament, on peut donc utiliser le Pivmécillinam 400 mg matin et soir pendant 5 jours. Les fluoroquinolones en dose unique sont à prescrire en troisième intention du fait d'une augmentation des résistances bactériennes (et en particulier si le patient a déjà reçu des fluoroquinolones dans les 6 derniers mois). La nitrofurantoïne est également placée en troisième intention pour des raisons de rares toxicités.

3 La patiente vous demande « une analyse d'urines de contrôle pour être sûre d'être guérie ». Que lui répondez-vous ?

Chez l'adulte et en dehors de la femme enceinte, il n'est plus recommandé de faire des Examens Cyto-Bactériologiques des Urines (ECBU) de contrôle systématique pour toutes les infections urinaires. L'ECBU est indiqué après traitement si les signes persistent 3 jours après le début de l'antibiothérapie ou si l'infection urinaire récidive dans les 2 semaines.

Références

1. Mise au point « Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte » SPILF 2014 <http://bit.ly/1TdxwQE> consulté en août 2015.
2. Infections urinaires de l'adulte UE6, N°157 Pilly ECN <http://bit.ly/1LY21m9> consulté en août 2015.
3. « Bon usage des fluoroquinolones administrées par voie systémique chez l'adulte » Diapositives à partir de la mise au point de la SPILF publiée le 26 mai 2015 <http://bit.ly/1TdxEzT> consulté en août 2015.

Items ECN

157. Infections urinaires de l'adulte

4 La prise en charge aurait-elle été la même si la patiente était diabétique ?

Oui, car le diabète n'est plus un critère d'infection urinaire à risque de complications: les infections sont certes plus fréquentes mais les données concernant la gravité des infections sont contradictoires. Il faut donc la traiter comme une infection urinaire simple.

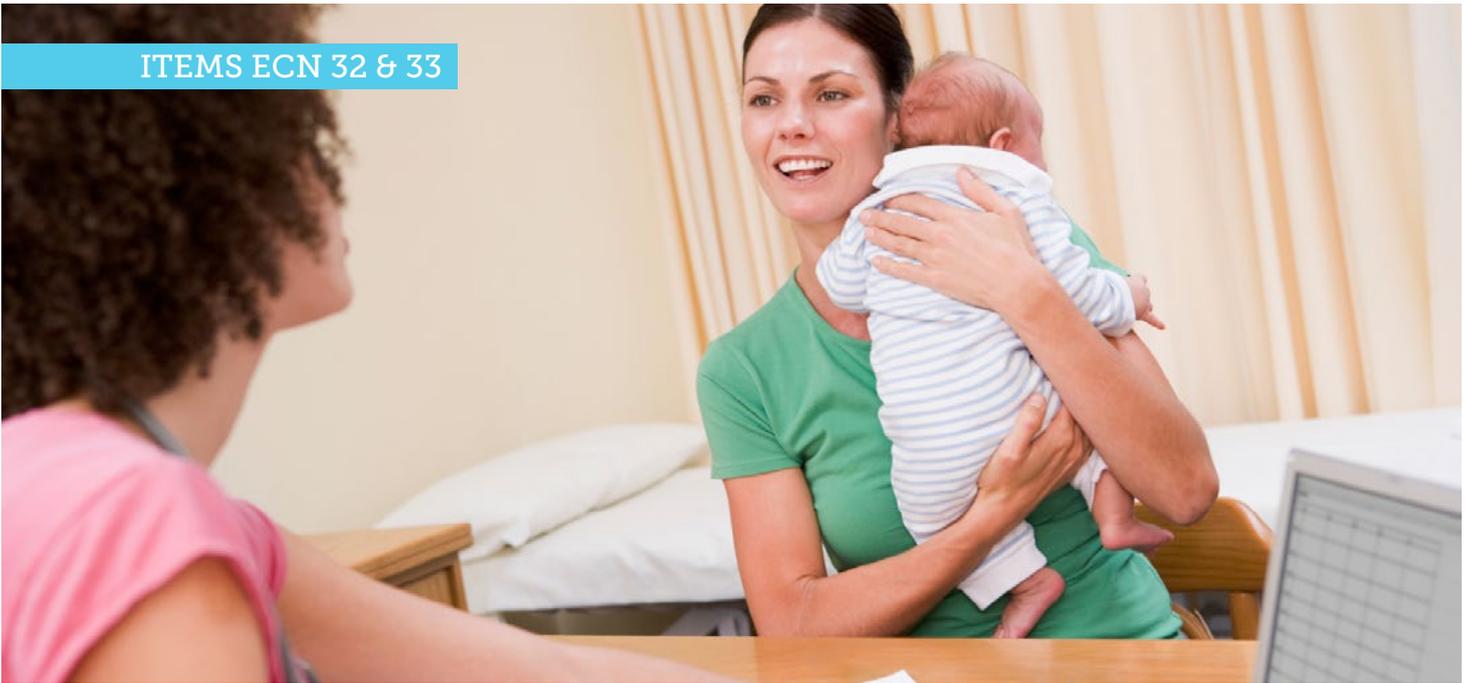


Mastite

« Des débuts difficiles »

Florence Durrieu, interne

ITEMS ECN 32 & 33



Mme X vient vous voir en consultation car elle est « malade » depuis ce matin. Elle présente une fièvre à 39°5, des courbatures et une douleur intense à un sein. Elle est très inquiète de contaminer son nouveau-né de 15 jours qu'elle allaite. Elle ne tousse pas, n'a pas de rhinite, à l'examen elle présente une zone inflammatoire sur le sein droit. Le sein est tendu. Il n'y a pas de masse à la palpation. Vous suspectez une mastite.

Questions

- * Quels facteurs favorisants rechercher à l'interrogatoire ?
- * Est-il nécessaire de stopper l'allaitement ?
- * Quelle sera votre prise en charge ?
- * Comment prévenir les récives ?
- * Quel est le risque évolutif en cas de mauvaise prise en charge ?

1 Quels facteurs favorisants rechercher à l'interrogatoire ?

La mastite est secondaire à un engorgement mammaire par mauvais drainage du sein qui se complique d'une inflammation et/ou d'une infection d'une glande mammaire. Il faut donc rechercher les facteurs responsables d'une diminution de l'extraction du lait dans les jours précédents :

- Tétées peu fréquentes ou à horaires fixes ou de durée limitée.

Diminution du nombre de tétées.

- Mauvaise prise en bouche du sein ou succion peu efficace responsable d'un mauvais écoulement du lait.

- Maladie maternelle ou infantile diminuant le nombre ou l'efficacité des tétées.

Surproduction de lait.

- Tentative de sevrage rapide.
- Pressions sur le sein (soutient gorge trop serré).
- Canal galactophorique bouché.
- Stress et fatigue de la mère.

2 Est-il nécessaire de stopper l'allaitement ?

Non. Aucune étude n'a montré de risque à poursuivre l'allaitement chez un bébé né à terme et en bonne santé. La poursuite de l'allaitement sera à discuter chez les enfants prématurés ou en cas de pathologie chronique. La présence de pus dans le lait est difficile à mettre en évidence et elle ne constitue pas une indication à stopper l'allaitement.

3 Quelle sera votre prise en charge ?

Aucun examen n'est recommandé en première intention. Si les symptômes sont apparus depuis moins de 24h et que la patiente est en bon état général, un traitement symptomatique seul peut être essayé. La principale étape du traitement est de vider fréquemment et efficacement les seins. La maman doit être encouragée à allaiter le plus souvent possible sans limitation de la fréquence ou de la durée des tétées en commençant les tétées par le sein douloureux. Après la tétée, le drainage pourra être complété en tirant du lait de manière manuelle ou avec un tire-lait. Le repos, les apports liquidiens et nutritionnels suffisants sont aussi des mesures essentielles. Le traitement médicamenteux repose sur les antalgiques dont le paracétamol et l'ibuprofène qui ne sont pas contre-indiqués pendant l'allaitement. Si les symptômes sont apparus depuis plus de 24h, que la patiente présente un mauvais état général ou après 24h à 48h d'échec des mesures symptomatiques, une antibiothérapie pourra être débutée par une céphalosporine de première génération en première intention ou la clindamycine en seconde intention (suspicion de SARM : staphylocoque doré résistant à la méticilline) pendant 14 jours. Le lait doit être jeté en cas d'utilisation de clindamycine. Une analyse bactériologique du lait avec antibiogramme est recommandée. La patiente devra être revue systématiquement afin de suivre l'évolution.

4 Comment prévenir les récurrences ?

La technique la plus efficace pour prévenir les récurrences est de prévenir l'engorgement. La patiente doit être conseillée sur les positions des tétées, elle ne doit pas limiter la durée ou la fréquence des tétées, et doit compléter la tétée par un tirage du lait (manuel ou tire-lait) si nécessaire. Les mères doivent pouvoir reconnaître les signes de stase lactée et savoir comment la prendre en charge : repos et hydratation suffisante, augmentation de la fréquence des tétées ou tire lait en supplément après la tétée, massage de la zone indurée pour favoriser l'expulsion du lait.

5 Quel est le risque évolutif en cas de mauvaise prise en charge ?

Le risque évolutif en cas de mauvaise prise en charge est l'abcès mammaire. Il se manifeste par une zone du sein qui reste dure, rouge et douloureuse avec parfois une collection palpable. Une échographie mammaire doit être systématique pour confirmer le diagnostic d'abcès, évaluer la taille et la localisation de l'abcès. Un examen bactériologique du lait avec antibiogramme est recommandé. La poursuite de l'allaitement doit être discutée en fonction de la localisation et de la taille de l'abcès. En cas d'arrêt de l'allaitement sur le sein malade, la mère doit continuer à tirer son lait afin de drainer le sein (en jetant le lait), et elle peut poursuivre l'allaitement sur le sein non malade. Le traitement repose sur le drainage de l'abcès soit par ponction soit par chirurgie associée à une antibiothérapie.

Références

1. Groupe de travail de l'ANAES présidé par Maria B., Allaitement maternel, Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique, nov 2002 ; Tome XXVI.
2. La mastite, protocole clinique N°4 de l'ABM, Breastfeeding med 2008 ; 3 ; 177-180. <http://bit.ly/1Lu16z1>

Items ECN

32. Allaitement maternel
33. Suites de couches pathologiques. Pathologies maternelles dans les 40 jours.

Lecture critique d'article

Evaluation du col utérin à 22 et 27 semaines dans la prédiction d'accouchement spontané avant 34 semaines dans les grossesses gémellaires : l'échographie transvaginale est-elle plus précise que l'examen digital ?

Cervical assessment at 22 and 27 weeks for the prediction of spontaneous birth before 34 weeks in twin pregnancies: is transvaginal sonography more accurate than digital examination?

Vayssière C, Favre R, Audibert F, et al. Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol; 26: 707–712

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.2616/epdf>

Florent CHANAU, externe - Juliette BOUCHET, interne - Gérard LEROUX, sénior

1. De quel type d'étude s'agit-il ? Ce choix est-il judicieux ?

Il s'agit d'une étude épidémiologique de cohorte, prospective, observationnelle, analytique, longitudinale et multicentrique. L'étude est justifiée car les méthodes par examen digital et par échographie ont été utilisées et validées mais n'ont pas été comparées notamment dans les grossesses gémellaires. Ce choix est judicieux car ce schéma d'étude est adapté pour tester la capacité prédictive d'un facteur (ici les mesures digitales versus échographiques du col de l'utérus). C'est le meilleur niveau de preuve possible: une étude cas-témoin serait inadaptée, une étude transversale ne permettrait pas d'avoir le suivi des patientes et donc le critère de jugement, un essai contrôlé ne serait pas adapté.

2. Quel est l'objectif de l'étude ?

L'objectif de l'étude est de comparer la capacité prédictive de la mesure du col de l'utérus à 22 semaines d'aménorrhées (SA) et 27 SA par méthode digitale versus échographique dans la survenue d'un accouchement spontané avant 34 SA, dans une population de femmes ayant des grossesses gémellaires asymptomatiques.

3. Avant cette étude, quelles étaient les méthodes recommandées pour évaluer le risque d'accouchement avant 37 SA dans les grossesses gémellaires ?

Deux méthodes étaient recommandées dans cette situation (avant 37 SA, grossesse gémellaire) :

- Evaluation du score cervical obtenu par la valeur de la longueur cervicale moins celle de la dilatation cervicale, ces

deux valeurs étant mesurées par examen digital (toucher pelvien).

- Evaluation de la longueur du col par l'échographie, sans comparaison avec les résultats de l'examen digital pelvien.

4. Les femmes pouvaient être incluses à 1 seul ou aux 2 temps de l'enquête. Qu'en pensez-vous ?

Les femmes de cette étude pouvaient être incluses entre 21 et 23 SA et/ou entre 26 et 28 SA c'est à dire qu'elles pouvaient être incluses dans 1 seule ou dans les 2 périodes. Les périodes 21-23 et 26-28 ont été analysées séparément il y a donc indépendance des observations.

Le résultat de la première mesure à 21-23 SA pouvait être connu de l'examineur entraînant un non-respect strict de l'insu. Mais cela n'a pas empêché de tester correctement la capacité prédictive de la mesure aux 2 périodes.

5. Quels sont les critères cliniques et échographiques utilisés dans cette étude pour évaluer la situation obstétricale de chaque femme ? Sont-ils fiables ? Justifier

Les critères cliniques (par examen digital pelvien réalisé immédiatement avant le bilan échographique) associaient :

- Le score de Bishop comprenant la dilatation, l'effacement, la consistance et la position du col
- La longueur du col
- Le score cervical selon Houlton (longueur du col moins dilatation)

L'utilisation de ces critères cliniques était recommandée par plusieurs études.

La fiabilité est limitée par les possibles variabilités inter et intra observateur, l'expérience de chaque examinateur pouvant entraîner un biais de mesure. Cependant dans ce travail, cette variabilité est faible pour les 13 expérimentateurs.

Les critères échographiques étaient :

- L'index cervical obtenu par la formule : $[1 + \text{longueur de l'aspect d'entonnoir de l'orifice externe} / \text{longueur du col}]$

Ces critères ont été choisis pour éviter les biais de mesure. L'expérience des échographistes et la performance technique des appareils sont des paramètres habituellement limitant mais dans ce travail les échographistes étaient expérimentés et référents dans leurs centres. Dans une étude concernant des grossesses mono-fœtales, la reproductibilité (en aveugle) des mesures à +/- 1 mm était de 74%, soit un bon résultat en comparaison aux 35% en analyse digitale.

6. Quel est le critère principal de jugement ? Vous paraît-il pertinent ?

Le critère de jugement principal était la survenue d'un accouchement prématuré spontané avant 34 SA, défini comme le début spontané du travail ou la rupture prématurée des membranes

Ce critère est pertinent car il est unique. Il est clinique et facilement évaluable. Il est reproductible et applicable à la population de l'échantillon. Il est suffisamment précis pour exclure les accouchements prématurés secondaires à des affections maternelles ou fœtales (infection, éclampsie) et en adéquation à la question posée.

7. Donner et interpréter la sensibilité (Se), la spécificité (Sp), la valeur prédictive positive (VPP), la valeur prédictive négative (VPN) et le rapport de vraisemblance (RV) du score de Bishop ≥ 1 . (tableau 3).

La Sensibilité (Se) était de 79 % (IC95 : 54-94). Il y a donc une probabilité de 79 % d'avoir un score de Bishop supérieur ou égal à 1 en cas d'accouchement prématuré spontané (APS) avéré. La Spécificité (Sp) était de 54 % (IC95 : 46-62). Un peu plus d'une patiente sur 2 avait un score de Bishop inférieur à 1 en l'absence d'APS avéré. La Valeur Prédictive Positive (VPP) était égale à 18 % (IC95 : 11-28). Cela signifie que 18 % des patientes ayant un score de Bishop ≥ 1 feront un APS. La Valeur Prédictive Négative (VPN) était égale à

95 % (IC95 : 88-99). Cela signifie que 95 % des patientes ayant un score de Bishop inférieur à 1 ne feront pas d'APS.

Le Rapport de Vraisemblance (RV) Positif = 1,7 (IC95 : 1,3-2,3). Un score de Bishop ≥ 1 augmente la probabilité post test de faire un accouchement prématuré spontané : il y a 1,7 fois plus de risque d'avoir un score de Bishop supérieur ou égal à 1 pour les patientes qui auront un APS que pour celles qui n'en feront pas. Le gain diagnostique est faible car < 5 . Ce score ne peut donc pas entraîner de modifications dans la prise en charge de ces patientes. Le RV négatif = 0,4. Un score de Bishop < 1 est 2,5 fois moins fréquent chez les patientes qui font un APS que chez celles qui n'en font pas. Le gain diagnostique est modéré car $> 0,2$

8. Dans le tableau 5, pour la première ligne de résultats concernant « Cervical Index $> 0,04$ », donner les valeurs chiffrées pour les Faux Négatif et les Faux Positifs.

Dans le tableau 5, pour le « Cervical Index », les Faux Négatifs représentent $1 - \text{sensibilité} (92\%) = 8\%$. Les Faux Positifs représentent $1 - \text{spécificité} (74\%) = 26\%$

9. En vous aidant du tableau 4, décrire et interpréter la figure 2 ?

L'axe des abscisses représente (1 - spécificité). Celui des ordonnées la sensibilité. Les courbes de chaque test sont obtenues en représentant les résultats de sensibilité et de spécificité pour différents seuils définis par les auteurs. Cela permet de définir le seuil pour la meilleure sensibilité et la meilleure spécificité pour chaque test, de comparer des tests entre eux par la mesure de leur aire sous la courbe (AUC). La figure 2 compare quatre tests entre eux : l'index cervical, la longueur cervicale, le score cervical et le score de Bishop. Les valeurs des aires sous la courbe (area under curve, AUC) ont une bonne puissance discriminante pour l'index cervical et la longueur cervicale (0,85 et 0,81) et modérée (comprise entre 0,6 et 0,7) pour le score cervical et le score de Bishop. La comparaison des aires sous la courbe indique qu'il n'existe de différence statistiquement significative que pour les résultats entre l'index cervical et le score de Bishop ($p=0.008$) et entre l'index cervical et le score cervical ($p=0.02$). Les différences de résultats entre les autres tests ne sont pas statistiquement significatives. Sur la figure 2, l'apex de la courbe de l'index cervical tend nettement plus que les autres courbes vers l'angle supérieur gauche du graphique (qui représente un test théoriquement parfait avec $Se = Sp = 100\%$). Le meilleur compromis pour l'index cervical serait une sensibilité $> 90\%$ pour une spécificité $> 70\%$ environ. Le test le plus discriminant est, selon la figure 2, l'index cervical

Tranche de vie

« Stage de formation Médecin-Pompier en Aveyron »

Bruno Favre, interne

De mai à octobre 2015, j'ai eu la chance d'effectuer la formation de Médecin Sapeur-Pompier (SP) : elle est proposée aux internes en stage ambulatoire dans l'Aveyron ; je tenais à partager cette expérience à travers les explications du Docteur Patrick Maviel, Médecin SP, un des responsables de la formation, qui est également mon maître de stage de praticien niveau 1 et du Docteur Natalie Alazard, Médecin-chef SP.



J'avais déjà entendu parler de cette formation l'an dernier par des internes en stage en Aveyron : je réalise maintenant que « la mécanique est bien huilée ».

Patrick Maviel (PM) : « Pour faciliter l'engagement des médecins SP, le décret du 17 mai 2013 a permis aux Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) de recruter des étudiants en médecine (externes ou internes). Le Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) des SP de l'Aveyron, en relation avec le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) et le Conseil Départemental de l'Aveyron, a proposé très rapidement une formation spécifique pour les internes en stage chez les généralistes. Depuis maintenant six semestres, cette formation de cinq jours a permis d'accueillir près de 75 internes dont une quinzaine d'entre eux ont ou vont intégrer les Centres de Secours avant une installation prochaine en Aveyron ».



Pouvez-vous nous détailler le contenu de la formation ?

PM : « Au cours de ces 5 journées de formation, nous avons pour principal objectif de faire découvrir aux internes toutes les spécificités et les diversités de l'activité du Médecin SP. Ainsi nous abordons l'organisation de la sécurité civile, le fonctionnement et les missions du SDIS, les problématiques du volontariat, l'aspect associatif du monde des SP, et les rôles et la coordination des différents intervenants du SSSM (infirmiers, pharmaciens, vétérinaires, psychologue) ». Ces 5 jours de formation sont réalisés sur le temps du stage ambulatoire et non pas sur les temps de repos, en effet le DUMG l'a validé comme faisant partie intégrante du stage ambulatoire.

Il s'agit là de la partie théorique de la formation en général le matin, l'après-midi étant réservée à des exercices pratiques.





PM : « Chaque journée est répartie en une demi-journée théorique suivie d'une demi-journée pratique permettant de tester la réalité de l'activité SP. Les internes bénéficient d'un rappel des gestes médico-secouristes ainsi que d'une formation au bilan d'une victime grave. Les autres activités qui revêtent de prime abord un caractère ludique permettent à l'interne de se rendre compte des contraintes physiques auxquelles sont soumis les SP avec notamment : une initiation au port de l'ARI (Appareil Respiratoire Isolant) avec un passage au caisson d'observation des phénomènes thermiques en équipement de feu, une participation à une manœuvre de désincarcération ainsi que deux manœuvres avec les membres de certaines équipes spécialisées : équipe de sauvetage aquatique et groupe de recherche et d'intervention en milieu périlleux. »

Durant une matinée de formation, un médecin SP est venu nous parler de l'exercice plan NOVI auquel il venait de participer pour nous faire part de son expérience, je pense qu'il serait intéressant d'intégrer les internes à ce genre d'exercice durant leur formation.

Natalie Alazard (NA) : « Ce genre d'exercice requiert une préparation énorme qui nous limite à un exercice NOVI (nombreuses victimes) par an. Votre groupe de formation n'a pas pu en bénéficier ce semestre, mais il est prévu d'intégrer les internes vous succédant pour le prochain exercice. »

Bien que courte, cette formation m'a permis de découvrir l'activité de médecin SP, d'acquérir une réelle approche de l'activité des SP avec ses contraintes mais aussi l'avantage du travail en équipe en situation d'urgence. Je découvre aussi, en tant que futur généraliste, un autre aspect du métier, intéressant et enrichissant, permettant de varier son activité et de mieux appréhender l'urgence au niveau d'un cabinet médical.

NA : « Le bilan n'est pas uniquement positif pour les internes : le SSSM recrute et renouvelle son personnel ; le SDIS peut compter sur des médecins engagés pendant leur internat connaissant le fonctionnement, la structure et les équipes de secours ; le DUMG se voit apporter un plus dans la formation des médecins généralistes et le Conseil Départemental profite de nouvelles installations grâce au lien tissé lors de la formation. »