

# 7<sup>e</sup> Colloque de formation continue du CMPR: Prise en charge compétente des jeunes et des moins jeunes

1<sup>er</sup> septembre 2005 au Palais de Beaulieu à Lausanne

Dans le cadre de son cycle saisonnier, le 7<sup>e</sup> Colloque de formation continue du CMPR célébrait l'arrivée de l'automne. Celui-ci est en effet apparu dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005 à Lausanne: Le congrès a été ouvert par le docteur Marc Müller, de Grindelwald, président du CMPR, qui était encore profondément touché par les ravages occasionnés en Suisse par les inondations de la semaine précédente. Des sujets importants et des nouveautés de tous les domaines de la médecine générale ont été proposés encore une fois aux médecins de premier recours. Grâce à une riche palette de thèmes pluridisciplinaires et de séminaires – allant de la pédiatrie à la gériatrie, en passant par la gynécologie – l'occasion a été donnée aux participants de rafraîchir leurs connaissances et maintenir leurs «droits acquis». La prise en charge compétente des jeunes et des moins jeunes, qui exige des connaissances médicales extrêmement vastes, représente un défi particulier pour le médecin de famille. Le médecin de premier recours doit être capable de comprendre les problèmes d'un adolescent, tout en étant prêt à répondre aux questions d'un patient âgé.



Figure 1.  
Le président du congrès, le docteur Marc Müller, prend lui aussi des notes.

## L'automne de la vie: un projet planifiable?

La première conférence principale donnait la priorité à l'âge en traitant de l'allongement significatif de l'espérance de vie dans notre société et de ses conséquences. La séance était ouverte par le professeur Hans Stalder, membre du comité d'organisation, qui introduisait un brillant exposé du professeur Jean-Pierre Fragnière, spécialiste en sciences sociales et pédagogue. La discussion donnait l'occasion à ces deux intervenants d'exprimer les questions qu'ils se posent déjà eux-mêmes quant à leur retraite de la vie professionnelle.

Selon un rapport de l'OMS publié en 2004, portant sur la durée de vie moyenne sans invalidité, la Suisse, pour laquelle cette durée se monte à 72 ans environ, occupe une troisième place réjouissante, juste après le Japon et la Suède [1]. Au début de leur retraite, l'homme et la femme suisses entrent donc dans une étape «active» de leur vie, dont la durée pourrait même nettement dépasser celle de toute leur scolarité et de leur période de formation: vieillir devient un projet de vie qui, comme d'autres phases de la vie, demande à être planifié et organisé.

Au moment de prendre sa retraite, l'individu jouit généralement d'un bon état de santé, qui lui permet de participer activement à la vie socioculturelle. Cette limite d'âge correspond donc plutôt à une limite légale qu'à une limite naturelle; elle efface en outre de plus en plus la répartition dans la population entre les différentes tâches spécifiques aux générations.

Les personnes âgées ont certes depuis toujours occupé une place importante dans la société grâce à leur expérience et



Figure 2.  
Une société jouissant d'une longue espérance de vie: point de vue du professeur Jean-Pierre Fragnière, sociologue.

leur savoir. Toutefois, alors que dans le passé les personnes âgées agissaient principalement en arrière-plan, en partageant leurs expériences passées, elles participent désormais activement à la vie sociale, même longtemps après le retrait de la vie professionnelle. Mais à cause de l'image que se font les générations les unes des autres, il est impossible à la société d'employer utilement cette nouvelle source de forces disponibles. Alors que dans l'esprit des «jeunes», les «vieux» vivent la plupart du temps dans des maisons pour personnes âgées ou des EMS, les «vieux» se sentent méprisés par les «jeunes». Ces préjugés erronés méritent d'être reconnus et corrigés.

## L'alimentation: une fontaine de jouvence?

Le séminaire, placé sous la conduite du professeur Roger Darioli, CHUV PMU, s'est penché sur la question de savoir dans quelle mesure l'alimentation peut contribuer à améliorer la santé et à allonger l'espérance de vie.



**Figure 3.**  
Le professeur R. Darioli recommande une alimentation méditerranéenne équilibrée.

Avec l'âge, l'activité métabolique diminue et les besoins énergétiques sont réduits. Ce processus est influencé par plusieurs facteurs. À côté de la prédisposition génétique et des influences de l'environnement, le stress oxydatif représente un important facteur favorisant le vieillissement. Y sont étroitement liées les maladies cardiovasculaires et cancéreuses ainsi que la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson. Les mécanismes de défense anti-oxydatifs exercent une influence bénéfique à long terme non seulement sur le processus du vieillissement, mais également sur les maladies chroniques.

La plupart des mécanismes de défense anti-oxydatifs sont déterminés par des facteurs génétiques et ne peuvent quasiment pas être modifiés. Certains composants de l'alimentation peuvent toutefois intervenir sur le stress oxydatif, les acides gras jouant un rôle essentiel dans ce contexte. Alors qu'il n'existe que peu ou pas de preuves concernant les suppléments alimentaires tels que les vitamines, les flavonoïdes ou diverses enzymes, il existe des données impressionnantes décrivant l'effet des acides gras polyinsaturés sur le métabolisme oxydatif.

La présence d'acides gras oméga influence la production d'éicosanoïdes, donc des prostaglandines, des prostacyclines, du thromboxane et des leucotriènes. Par l'intermédiaire des éicosanoïdes, les acides gras polyinsaturés interviennent entre autres dans les processus inflammatoires et la régulation du débit

sanguin. Alors que les acides gras oméga-6 sont à l'origine de phénomènes favorisant la coagulation et l'inflammation, les éicosanoïdes provenant d'acides gras oméga-3 exercent des effets contraires, à savoir des effets anticoagulants et anti-inflammatoires [2].

Les acides gras oméga-3 contribuent à réduire le risque de maladies cardiovasculaires, thrombotiques et inflammatoires. Des études ont montré que la mortalité cardiovasculaire de la population est directement liée à la teneur en acides gras saturés de l'alimentation [3]. Le rapport entre acides gras oméga-6 et acides gras oméga-3 joue un rôle important dans ce contexte.

Les acides gras oméga-3 sont d'origine végétale ou animale et se trouvent dans les huiles de colza ou de noix, les graines de lin, le poisson et les crustacés. La viande ne contient que très peu d'acides gras oméga-3. Dans les pays industrialisés, le besoin d'acides gras oméga-6 est couvert par l'alimentation; toutefois, en ce qui concerne la teneur en acides gras oméga-3, des carences existent principalement dans les pays du Nord européen et les Etats-Unis. C'est ainsi que grâce à une alimentation riche en acides gras oméga-3, la population d'Okinawa jouit non seulement d'une plus longue espérance de vie, mais également d'une bonne santé pendant plus longtemps, comme cela a été démontré par des études [4, 5].

Des études scientifiques ont pu montrer qu'une alimentation et un mode de vie méditerranéens ne permettent pas seulement de réduire la morbidité cardiovasculaire, mais également la mortalité totale [6]. Le mode d'alimentation est donc directement associé à la santé et à l'espérance de vie – par l'intermédiaire de l'effet positif des acides gras oméga-3. Par conséquent, le professeur Darioli préconise une alimentation équilibrée d'après le mode méditerranéen et recommande d'éviter à long terme les suppléments alimentaires, dont le bénéfice n'a pas été démontré.



**Figure 4.**  
Autour de la «table ronde», la discussion est menée sous la conduite du docteur Bertrand Kiefer.

### **A qui appartient la confiance du patient?**

Dans le cadre de la discussion menée autour de la table ronde sous la conduite du docteur Bertrand Kiefer, de Genève, la question de l'amélioration de la qualité et de la compliance dans le domaine de la prise en charge interdisciplinaire des patients a pris la direction de la problématique de la confiance du patient. Le professeur A. de Torrenté, de La Chaux-de-Fonds, a fait remarquer que les effets sur la guérison de la confiance du patient en son médecin n'ont encore jamais fait l'objet d'études. Dans l'ensemble toutefois, le fait que la transparence, l'ouverture et une bonne collaboration entre les différents secteurs du domaine de la santé renforcent le degré de confiance que le patient accorde au traitement a été reconnu unanimement.

### **Le médecin scolaire en tant qu'avocat?**

La deuxième conférence principale de la journée a abordé la question des tâches du médecin scolaire. La conférence du docteur Paul Bouvier, Directeur du Service de santé de la jeunesse de Genève, a présenté les différentes étapes du développement de la médecine scolaire durant ces dernières décennies dans notre société en mutation. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, les tâches du médecin scolaire consistaient principalement à reconnaître et à traiter les maladies des écoliers. De nos jours, les besoins concernent de plus en



**Figure 5.**  
Le médecin scolaire au troisième millénaire – un sujet qui captive l'attention des auditeurs.

plus la reconnaissance et la défense par les institutions des intérêts d'ordre physique, psychique et même social des enfants, étant donné que les cas de maltraitance d'enfants par exemple ont connu, ces dernières décennies, une augmentation quasiment exponentielle.

La palette des besoins que le domaine de la médecine scolaire doit couvrir s'est élargie. De l'aide à l'intégration des écoliers atteints de maladies chroniques, jusqu'à l'établissement d'un rapport de confiance permettant d'aborder les abus sexuels, en passant par la reconnaissance de comportements à risque chez les adolescents, l'équipe de médecine scolaire est confrontée à d'importants défis. Pour les relever, il s'agit d'établir un contact individuel et personnel avec les écoliers, aussi bien dans les classes que dans les grandes associations. L'intervention d'une équipe interdisciplinaire composée de médecins, d'infirmières, de psychologues et de diététiciennes est indispensable pour couvrir ces différents niveaux de besoins.

Les tâches du médecin de famille au sens strict sont le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies; le service de médecine scolaire par contre s'occupe, sur mandat public, de la prévention sanitaire, de la promotion générale de la santé et de la protection socioculturelle des enfants. En tant qu'interlocuteur à la fois des parents, de l'école et de la société, le médecin scolaire joue un rôle important.

### Le médecin en tant que personne de confiance?

Lors du séminaire «Urgences pédiatriques», le docteur Mario Gehri, de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne, a donné des recommandations concernant l'établissement de l'anamnèse chez les enfants et les adolescents. L'échelle analogue visuelle a fait ses preuves dans l'évaluation de la douleur chez les enfants en bas âge et les écoliers. Dans cette méthode, différentes intensités de douleur sont visualisées à l'aide de repères visuels, que l'enfant peut ensuite associer aux troubles qu'il ressent de manière subjective.

Lorsqu'il s'agit d'établir l'anamnèse des adolescents par contre, l'obtention de données sur les habitudes et le milieu psychosocial, susceptibles d'influencer durablement l'état de santé, est un véritable défi. Bien que 9 adolescents sur 10 estiment que l'état de leur santé est bon ou même excellent, 4 adolescents sur 5 consultent leur médecin de famille au moins une fois par an. La raison de la consultation peut souvent tout d'abord paraître banale; il faudrait toutefois profiter de la possibilité d'évaluer la situation personnelle du jeune patient. Dans bien des cas, un entretien confidentiel permet de mettre à jour des situations psychosociales difficiles ou des comportements à risque qui pourraient, à long terme, provoquer des problèmes de santé de l'adolescent.

Le docteur Mario Gehri recommande d'utiliser le score HEEADSSS (Home/Education/Eating/Activities/Drugs/Se-



**Figure 6.**  
Le docteur Mario Gehri: évaluation claire de l'état général de l'adolescent.



**Figure 7.**  
«Le chemin vers le but».

xuality/Suicide/Safety) à titre de moyen auxiliaire pour l'établissement de l'anamnèse [7]. Ce moyen n'est utile que si le médecin parvient à susciter la confiance du patient lors de l'entretien. La confidentialité de l'entretien doit être garantie, et l'adolescent doit avoir la possibilité de s'entretenir avec le médecin en l'absence des détenteurs de l'autorité parentale. A la fin de l'entretien, l'adolescent devra être encouragé à s'adresser lui-même à ses parents ou ses enseignants afin de résoudre les problèmes ou les conflits abordés.

L'objectif est un entretien exempt de tout jugement de valeur, avec des questions ouvertes et fermées, lors duquel l'adolescent est libre de ne pas donner de réponse. En fin de compte, l'adolescent doit avoir compris que ces questions contribuent à l'évaluation de l'état de sa santé considérée dans sa globalité.

### Le 8<sup>e</sup> Colloque du CMPR

Le 7<sup>e</sup> congrès du CMPR a également abordé, à côté de l'état actuel des connaissances, des questions de société et d'ordre sociopolitique, des facteurs qui ont une influence durable sur la pratique quotidienne du fournisseur de soins de santé de base. Le 15 juin 2006, le 8<sup>e</sup> colloque de formation continue du CMPR passe de l'automne à l'hiver. Serez-vous des nôtres?

## Références

- 1 The World Health Report. WHO 2004.
- 2 Li Y, Kang JX, Leaf A. Differential effects of various eicosanoids on the production or prevention of arrhythmias in cultured neonatal rat cardiac myocytes. *Prostaglandins* 1997;511–30.
- 3 Keys A, Aravanis C, Blackburn H, Van Buchem FS, Buzina R, Djordjevic BS, et al. Probability of middle-aged men developing coronary heart disease in five years. *Circulation* 1972;45: 815–28.
- 4 Weindruch R, Sohal RS. Caloric Intake and Aging. *N Engl J Med* 1997;337:986–94.
- 5 The World Health Report. WHO 2000.
- 6 Knoops TK, de Groot LC, Kromhout D, Perrin AE, Moreiras-Varela O, Menotti A, et al. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA* 2004;292:1433–9.
- 7 Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescents heads: an essential update. *Contemporary Pediatrics* 2004;21:64–90.

---

 CMPR –

Collège de Médecine de Premier Recours  
 Bureau: Landhausweg 26, 3007 Berne  
 Tél. 031 370 06 70, fax 031 370 06 79  
 mail@kollegium.ch  
 www.kollegium.ch



## ALTE ÄRZTE – SCHLECHTE ÄRZTE?

**Physicians who have been in practice longer may be at risk for providing lower-quality care. Therefore, this subgroup of physicians may need quality improvement interventions.**

Although physicians with more experience are generally believed to have accumulated knowledge and skills during years in practice and therefore to deliver high-quality care, evidence suggests that there is an inverse relationship between the number of years that a physician has been in practice and the quality of care that the physician provides.

To systematically review studies relating medical knowledge and health care quality to years in practice and physician age, Harvard researchers carried out an English-language articles in Medline from 1966 to 2004 and reference lists of retrieved articles. Studies that provided empirical results about knowledge or a quality-of-care outcome and included years since graduation or physician age as explanatory variables were included.

They found: “Overall, 32 of the 62 (52%) evaluations reported decreasing performance with increasing years in practice for all outcomes assessed.”

The journal editors commented: “Only 1 study showed improved performance for all outcomes measured. This review should provoke careful study of the relationship of physician experience and the quality of care. It also raises concerns about the adequacy of continuing professional education in medicine.”

Systematic Review: Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. The relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005;142:260–73.

*[Aus Journal Alerts – Global Family Doctor – www.globalfamilydoctor.com] / BK*