

L'hiver sous le regard du médecin de premier recours

8^e Colloque de formation continue du CMPR, 15 juin 2006, Beaulieu, Lausanne

Heidi Fuchs

La journée s'annonçait caniculaire, mais le 8^e Colloque de formation continue du CMPR apportait une agréable sensation de fraîcheur en abordant «L'hiver» dans le cadre de son cycle saisonnier. C'est en se réjouissant du nombre de personnes inscrites, soit plus de 300, que le docteur Marc Müller, président du CMPR, a ouvert le colloque. Il a également salué le nouveau record de participation atteint par les journées de formation CMPR du 1^{er} et 2 juin 2006, à Lucerne: plus de 1000 médecins y ont assisté.

Les participants s'étaient vus proposer une palette de sujets variés ayant trait à l'hiver. Les thèmes abordés allaient des préoccupations typiques de la saison froide, telles que les vaccinations, les infections, les accidents liés aux sports d'hiver, aux questions relatives à l'«hiver de la vie», portant notamment sur ce que le médecin peut faire pour aider les personnes âgées à garder une bonne qualité de vie. La table ronde a par contre été l'occasion d'aborder un sujet «chaud», soit la question brûlante de la relève des médecins de famille.

«Qui piquer?» – questions pratiques sur la vaccination

La première conférence principale a été donnée par la professeur C. A. Siegrist, présidente de la Commission fédérale pour les vaccinations. La professeur Siegrist a commencé par présenter la ligne d'information sur les vaccinations Infovac [1], un réseau d'experts développé afin de répondre à la complexité croissante des questions liées aux vaccinations. En 2005, la Commission fédérale

pour les vaccinations a introduit un nouveau plan de vaccination. Celui-ci prévoit des vaccinations de base contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, les infections invasives par *Haemophilus influenzae* de type b, ainsi que la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'hépatite B et la varicelle. La majeure partie des questions posées à Infovac porte sur le rattrapage et le rappel de ces vaccins.

S'agissant de la diphtérie, du tétanos et de la coqueluche, le plan de vaccination est simple, étant donné que cinq doses suffisent pour constituer un stock d'immunité mémoire susceptible d'être réactivé par des rappels tous les dix ans. Pour rattrapper ces vaccins, il suffit d'administrer les doses qui manquent. Le rappel de la poliomyélite à l'âge adulte après les cinq doses données durant l'enfance n'est recommandé que chez les voyageurs se rendant en région endémique [2]. A ce propos, la professeur Siegrist a relevé qu'une polémique relative à la sécurité vaccinale au Nigeria a conduit en 2003 à une interruption des campagnes de vaccination et à une explosion des cas de poliomyélite dans ce pays, puis à l'exportation de la maladie vers six pays voisins dans lesquels elle avait disparu.

L'hépatite B fait partie du plan de vaccination de base depuis 1996. Cinq ans plus tard, seul un jeune sur deux était vacciné en Suisse. Cela constitue une situation d'autant plus inquiétante que cette moyenne traduit des écarts énormes entre régions. Pourtant, le plan de vaccination a des répercussions très positives. Dans les cantons où plus de 60% des jeunes ont été vaccinés, le nombre de cas d'hépatite B aiguë avait diminué de plus de 90% en 2005. En outre, la professeur Siegrist a rappelé qu'il est important de proposer la vaccination des nourrissons à toutes les familles qui prévoient de partir



Figure 1
Professeure Claire-Anne Siegrist, présidente de la Commission fédérale pour les vaccinations: «Qui piquer?».

à l'étranger, dans la mesure où tous les pays environnants vaccinent les nourrissons et non les adolescents. Aux enfants voyageurs, on recommande la vaccination combinée contre l'hépatite A et B (deux doses, non remboursées).

Quant au risque de rougeole en Suisse, il est deux à trois fois supérieur à la moyenne européenne. Or, ce risque persistant est souvent négligé. Un rattrapage du vaccin est recommandé pour toute personne non immunisée ou d'anamnèse vaccinale incertaine de moins de 40 ans. Afin de diminuer le nombre de femmes ne présentant pas d'immunité contre la rougeole au début d'une grossesse, la Société de gynécologie et d'obstétrique recommande désormais un contrôle systématique du statut vaccinal sur la base du carnet de vaccination lors de la première consultation gynécologique. Les femmes

qui ont échappé à la vaccination devraient être vaccinées avant leur sortie de la maternité, même si elles allaitent leur enfant [3].

La varicelle, certes fréquente et bénigne chez l'enfant, a été ajoutée au plan de vaccination de base. En effet, lorsqu'elle touche des adultes, le taux d'hospitalisation est de 1 sur 50 et le taux de mortalité de 1 sur 3000. La vaccination est donc recommandée à tous les jeunes et adultes non immuns: deux doses entre le 11^e et le 16^e anniversaire, et une dose de rattrapage chez tous les (jeunes) adultes de moins de 40 ans sans anamnèse certaine de varicelle.

Les vaccins complémentaires protègent contre des maladies plus rares ou moins sévères que celles ayant un impact majeur sur la santé publique. Ils ne sont donc pas considérés comme indispensables en termes de santé publique. Toutefois, ils protègent contre des risques rares, mais qui peuvent être graves, voire très graves. Alors que les vaccins de base doivent être recommandés par les médecins à leurs patients, l'existence des vaccins complémentaires doit faire l'objet d'une information par les médecins à leurs patients. Les vaccins contre les pneumocoques et les méningocoques du groupe C sont les premiers à avoir été introduits dans cette catégorie. Enfin, s'agissant de la vaccination contre l'encéphalite à tiques, l'Office fédéral de la santé publique suisse (OFSP) la recommande désormais à tous les adultes et enfants (dès 6 ans), habitant ou séjournant temporairement dans une zone d'endémie [4].

Le défi de la relève pour les médecins de premier recours

Malgré le titre «hivernal» du colloque, la table ronde de politique professionnelle était consacrée à un sujet «brûlant d'actualité». Conduit par le rédacteur en chef du quotidien «Le Matin», M. Peter Rothenbühler, le débat a été l'occasion d'une discussion nourrie. La manifestation de protestation nationale du 1^{er} avril 2006, qui avait réuni plus de 12000 participants sur la Place fédérale de Berne, a

permis de faire connaître au grand public la crise que vit actuellement la corporation des médecins de premier recours. On constate en effet que le métier est pratiquement en voie de disparition dans certaines régions.



Figure 2

La table ronde de politique professionnelle: «Le défi de la relève pour les médecins de premier recours».

Selon la docteur Hedwige Decrey Wick, vice-présidente des omnipraticiens vaudois, les médecins de famille se sentent malmenés par le monde politique, notamment suite à l'introduction de la clause du besoin et du moratoire sur l'installation, mais aussi par les caisses-maladie, qui n'impliquent quasiment pas les médecins dans les négociations.

Comme l'a souligné le docteur Bernard Borel, pédiatre, médecin-chef à l'Hôpital du Chablais, les médecins de premier recours ont un rôle extrêmement positif à jouer dans le système sanitaire. Certes, ce dernier soulève des problèmes de coûts et de financement. Or, face à ces questions, est-il légitime que les assurances exercent un pouvoir aussi important que celui qui est le leur aujourd'hui? A cet égard, une partie de la solution pourrait résider dans la création d'une caisse unique, gérée par l'Etat, par les prestataires de soins et par les assurés. D'une manière générale, les médecins de premier recours ont, selon le docteur Borel, un rôle très important à défendre, notamment en tant que «fil rouge». En effet, les patients ont besoin d'une personne qui puisse recentrer les problèmes cernés par les spécialistes, en traitant la personne et la famille, et non pas seulement la maladie.

C'est ensuite par une intervention du Conseiller d'Etat vaudois en charge du Département de la santé et de l'action sociale, M. Pierre-Yves Maillard, que s'est poursuivi le colloque. M. Maillard s'est dit convaincu de la nécessité absolue de médecins de premier recours, ne suivant pas la tendance à la spécialisation, mais gardant plutôt une vue d'ensemble. Il a toutefois estimé que les médecins auraient pu mieux se défendre qu'ils ne l'ont fait jusqu'ici. Notamment, il a regretté que la corporation médicale se soit prononcée en faveur de la stabilisation du nombre d'étudiants et de l'introduction du «numerus clausus» en faculté de médecine. Il a en outre souligné que les médecins ne pourront se défendre efficacement que lorsqu'ils proposeront un modèle d'organisation de la santé. Ils devraient s'inscrire dans le débat politique plutôt que de se limiter à la seule défense de la profession. La manifestation de Berne était donc un pas dans la bonne direction.

Le professeur Hans Stalder, Directeur du Département de médecine communautaire de l'HUG, a déploré lors de son intervention le fait que la médecine communautaire se trouve un peu isolée au sein de la faculté de médecine. Cette dernière s'est identifiée, depuis près d'un siècle, à la médecine hospitalière. Autrefois, la plupart des professeurs étaient issus de la médecine pratique, alors que depuis une trentaine d'années, plus aucun professeur n'a pratiqué la médecine générale. Les séjours hospitaliers se raccourcissent de plus en plus, et il devient extrêmement difficile d'enseigner la prise en charge de patients chroniques, le suivi d'une famille, les aspects sociaux de la maladie, etc.

Enfin, le constat a été fait que le nombre d'assistants prévoyant de travailler en cabinet baisse continuellement. Une projection basée sur l'âge moyen des médecins et le nombre de départs en retraite prévus donne des résultats alarmants. Or, de plus en plus de patients ont recours aux services d'urgence des hôpitaux. Pourtant, l'Etat a plutôt intérêt à ce que les patients consultent des médecins généralistes. Quelques mesures politiques ont d'ail-

leurs été prises en ce sens dans le canton de Vaud. Il y a près d'une année, la possibilité de faire des stages post-grades en cabinet y a été introduite. En outre, la faculté a été incitée à introduire un stage de médecine générale pendant le cursus et la clause du besoin a été assouplie.

La dyspnée chez la personne âgée

La dyspnée est le symptôme majeur de l'insuffisance cardiaque, qui touche préférentiellement la personne âgée. Le docteur Charles Seydoux, de Lausanne, a présenté différentes approches de sa prise en charge. Que faire lorsque le statut clinique et l'anamnèse d'un patient atteint de dyspnée font suspecter une insuffisance cardiaque? Dans de tels cas, le docteur Seydoux préconise entre autres d'établir tout d'abord un bilan biologique standard (formule sanguine, taux de créatinine, tests hépatiques, taux de troponine, créatinine kinase, LDH, TSH) et de réaliser un ECG ainsi qu'une radiographie du thorax. Il a souligné l'utilité de la détermination du taux de BNP (brain natriuretic peptide, une hormone natriurétique) dans certaines situations. Ce taux est souvent directement corrélé à la gravité des symptômes et à la fraction d'éjection ventriculaire gauche, et possède une valeur pronostique importante pour la survie. En dernier lieu, l'évaluation de la fonction ventriculaire par échocardiographie permet de préciser le diagnostic.

Le traitement est tout d'abord symptomatique et fait appel surtout aux diurétiques (diurétiques de l'anse, furosémide, ensuite torasémide). Un peu plus tard, un traitement à visée pronostique peut être instauré. Celui-ci repose principalement sur les inhibiteurs de l'ECA, ou en cas d'intolérance à ces derniers, sur les antagonistes de l'angiotensine II. Dans certaines situations, la spironolactone est susceptible de prévenir les récidives. Les bêtabloquants peuvent diminuer la stimulation adrénérgique. Néanmoins, même avec le meilleur traitement possible, le

pronostic de l'insuffisance cardiaque reste sombre. En effet, chez les patients atteints des stades II ou III au départ, la mortalité avoisine les 30% après 2 ans.

Vieillir avec succès

La deuxième conférence principale de la journée portait sur différents aspects de «l'hiver qui nous attend tous». Le professeur Pavel Kucera, de l'Institut de physiologie de l'Université de Lausanne, a tout d'abord présenté les changements biologiques défavorables qui caractérisent la vieillesse, à savoir principalement la diminution du nombre de cellules et de synthèses cellulaires, ainsi que les erreurs dans les processus de renouvellement cellulaire, la diminution du rendement métabolique, les altérations fonctionnelles (par exemple les pontages intra- et intermoléculaires au niveau du collagène et de l'élastine).

Quelles sont les raisons du vieillissement? Selon les théories génétiques, le vieillissement est programmé dans le matériel génétique. L'accumulation des dommages à l'ADN entraînerait des erreurs au niveau de la transmission de l'information génétique, ce qui conduirait à des altérations fonctionnelles, puis finalement soit à l'apoptose (mort) cellulaire, soit à la sénescence cellulaire, un état dans lequel les cellules ne se divisent plus mais restent métaboliquement actives. D'autres théories se basent sur des facteurs systémiques, notamment le déclin de la production d'hormones et de facteurs de croissance, la diminution de la surveillance immunologique ou encore les dommages causés par les radicaux libres (stress oxydatif). Finalement, le professeur Kucera a cité les causes «externes» de vieillissement, telles que la nutrition, les polluants, les radiations et les virus.

Avec humour, le professeur Kucera a relevé qu'il n'avait trouvé aucune performance physiologique dans l'organisme humaine ne déclinant pas avec l'âge... Ce déclin réduit à son tour la résistance au

stress, ce qui enclenche un cercle vicieux extrêmement dangereux, dans lequel la fatigue entraîne une inactivité, et par conséquent une atrophie, qui elle-même diminue la résistance au stress. L'exercice physique peut être un moyen de ralentir ce cercle vicieux.

L'OMS met l'accent sur la qualité de vie de la personne âgée [5, 6]. Pour favoriser celle-ci, le rôle du médecin généraliste consiste à informer, motiver et aider les personnes âgées. Parmi les mesures d'hygiène de vie bénéfiques, le professeur Kucera a cité notamment une nutrition correcte (alimentation équilibrée, apport calorique restreint mais non inférieur aux besoins, compléments alimentaires), l'exercice physique et l'exercice cognitif. Il a en outre souligné l'importance des contacts sociaux, de la gestion du stress, d'une participation à la vie des plus jeunes, ainsi que de l'acceptation des handicaps et de l'inéluctable.

Le 6 septembre 2007, le 9^e Colloque de formation continue du CMPR ouvrira un nouveau cycle, intitulé «Les contraires: bien et mal». Il abordera des sujets tels que l'évaluation du risque, le dépistage et l'interventionnisme médical, que nous nous réjouissons d'approfondir avec vous.

Références

- 1 Available from: www.infovac.ch.
- 2 Available from: www.polieradication.org/casecount.asp.
- 3 Supplément XX: Classeur «Maladies infectieuses – Diagnostic et prévention». OFSP Février 2006.
- 4 Bulletin OFSP, 27. 3. 2006.
- 5 Annals of the New York Academy of Sciences. Towards prolongation of the healthy life span: practical approaches to intervention. 1998; vol. 854.
- 6 Available from: www.who.int/hpt/ageing.

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