



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II

*Faculté de Médecine de Marseille
Université Aix – Marseille II*

Maître de stage : Dr Gérard Rozenbaum

Mémoire de stage

Prise en charge d'un ulcère vasculaire du membre inférieur

Semestre de stage : S1 2010

Nom et Prénom : Mouly Philippe

IMG – DES Médecine Générale

Adresse internet universitaire : philippe.mouly@etumel.univmed.fr

Autre Adresse E-mail : heulphabo@hotmail.com

PLAN MEMOIRE FIN DE STAGE

(RSCA = Récit d'une Situation Complexe en Situation Authentique)

1. Introduction

2. Présentation du cas clinique

1.1 Antécédents

1.2 Consultation

3. Prise en charge, recommandations et consensus.

4. Prise en charge et spécificités de la Médecine Générale

4.1 Le premier recours

4.2 La prise en charge globale

4.3 La coordination des soins

4.4 La continuité des soins

4.5 Le rôle d'acteur de santé publique

5. Conclusion

6. Bibliographie

1. INTRODUCTION

Mr L., 85 ans, 1m85, 90Kg est un patient de longue date de mon maître de stage, ancien militaire à la retraite, vivant avec son fils dans une maison de plein pied dans un quartier résidentiel de La Londe Les Maures.

2. PRESENTATION DU CAS CLINIQUE

Patient aux multiples antécédents médicaux et chirurgicaux:

2.1 ANTECEDENTS

Antécédents médicaux chirurgicaux

- Cancer du colon traité chirurgicalement par colectomie (1976)
- HTA (1990)
- Pontages fémoropoplité bilatéral des membres inférieurs sur claudications intermittentes (1991)
- Insuffisance coronaire avec pontage aortocoronaire (1994)
- Pace maker sur FA mal tolérée (en Aout 2002)
- Insuffisance rénale chronique (2004)
- Cancer de l'estomac traité par radiothérapie (2007)
- Amputation du tarse droit sur AOMI stade IV (2008)
- Episode de déglobulisation accidentelle sur lésions d'œsophagite radique + AVK (2008)
- Arthrose de multiples localisations (lombaire, hanche droite)

Traitement habituel :

- Aprovel 75mg 1 cp le matin
- Pravastatine 20mg 1cp le matin
- Inexium 40mg 1 cp le matin
- Tardyferon 80mg 1 cp le midi
- Dafalgan 500mg 2 gélules en cas de douleurs sans dépasser 6/j.
- Lovenox 0.4ml

2.2 CONSULTATIONS

J'ai rencontré Mr L. pour la première fois en Novembre 2009, ce patient a pris rendez vous pour une visite à domicile auprès de la secrétaire de mon maître de stage. Il ne sort pas souvent de chez lui.

Les visites sont toujours un moment privilégié pour moi, dès la première fois j'ai ressenti la préparation de la mallette de visite et le départ dans le véhicule de mon maître de stage comme une bouffée d'air frais.

Je vois pour la première fois Mr L. à travers les larges fenêtres ouvertes de sa véranda donnant sur son jardin, dans un confortable fauteuil ce monsieur profite majestueusement du soleil simplement vêtu d'une chemise alors que nous arrivons en blouson... Il fait frais ce matin.

Le patient observe mon maître de stage ouvrir le portail de son jardin et se lève seul pour nous accueillir, c'est un homme à la carrure solide et souriant qui nous serre chaleureusement la main.

Le motif de consultation est le renouvellement de son ordonnance.

Nous nous asseyons tous les trois autour de la table basse du salon sur laquelle se trouve l'ordonnance du mois dernier. Traitement habituel antihypertenseur, statine, inhibiteurs de la pompe à protons au long cours en prévention d'une récurrence d'hémorragie distillante sur lésions œsophagiennes post radiques depuis 2007. Supplémentations en fer pour une anémie chronique sur insuffisance rénale chronique. Dafalgan à la demande pour des arthralgies. Lovenox à doses préventives dont l'indication sera évaluée plus loin.

Mon maître de stage me demande de prendre les constantes du patient. J'ai découvert depuis un mois que quelque soit le motif de consultation, la prise de tension est un moment très particulier. Surtout chez les patients d'un certain âge, le moment où j'enroule le brassard autour du bras, que je le gonfle et que je surveille l'aiguille sur le cadran le stéthoscope sur les oreilles semble avoir pour mes patients un rôle profond, parfois même je lis sur leur visage un grand soulagement, comme si une tension normale cristallisait leur état de santé général, je me vois parfois même amené à rassurer un patient très déçu confondu en excuses et explication si sa tension dépasse « 14 ». Même si la tension est immanquablement normale certains patients venant consulter pour une toute autre raison s'indigneraient si le médecin ne leur proposait pas un contrôle tensionnel (allant jusqu'à le réclamer en dernier recours).

Je trouve cela vraiment très agréable à pratiquer, le geste est assés déroutant en soi, on enserme le bras du patient qui attend ensuite qu'on pose le stéthoscope, symbole de notre métier sur son bras et qu'on lise sur un cadran une information mystérieuse sur leur santé. J'ai remarqué que les patients repartent avec le sourire si leur tension est bonne, reviennent avec appréhension sur la table d'examen si la tension était haute le mois suivant avant d'être absout de cet impair si la tension est convenable lors d'un nouvel examen.

Mon rôle de médecin généraliste est entre autres de bien connaître les personnes en face de moi. L'examen clinique et la prise tension elles font partie des gestes répétitifs que je sais avoir à pratiquer de façon répétitive mais ô combien indispensable pour tisser un lien de confiance entre le patient et moi.

La tension artérielle est mesurée au brassard 130/70 mm Hg, pouls 80, FR 23.

Le patient nous présente un bilan biologique de contrôle réalisé dans la semaine montrant un équilibre ionique et une anémie chronique sur insuffisance rénale constante aux alentours de 10g/dL. Je suis étonné que ce patient n'ait pas de traitement anticoagulant pour sa FA ou d'antiagrégants plaquettaires pour ses stents et son terrain vasculaire.

La raison est une décision en concertation avec le cardiologue selon le rapport bénéfice risque suite aux deux épisodes d'hémorragie distilante sur lésions d'œsophagite radique.

Ce patient est en bon état général pour un homme qui a déjà eu plusieurs chirurgies lourdes, sternotomie pour pontage coronaire, laparotomie pour cancer du colon, avec plusieurs reprises chirurgicales sur éventration, un « terrain vasculaire lourd ».

Mon maître de stage me demande d'examiner davantage le patient, à qui je demande de se dévêtir. Il existe une large cicatrice de sternotomie, une éventration contenue par la ceinture de contention lombaire qui ne semble pas déranger le patient sommes toutes. En enlevant son pantalon je remarque une compresse sur la face antérieure de la jambe droite, imprégnée de pus.

« C'est rien docteur »

Ce patient en a probablement vu d'autres en effet, ex-militaire au cours de mes conversations avec lui il m'a parlé de certains événements de l'histoire dont je n'ai que de vagues notions: l'Indochine ou l'Algérie... Par ailleurs ses multiples opérations chirurgicales ont prélevé un lourd tribut sur ce monsieur. Le pansement est une simple bande entourant la jambe avec un bout de sparadrap pour maintenir le tout. Ce monsieur a probablement minimisé cette plaie et je préfère regarder sa jambe

« Est ce que je peux regarder ? »

Une ulcération de la face antérieure du tibia droit, localisée sur le membre inférieur déjà amputé du tarse antérieur suite à des lésions de nécrose ischémique de deux orteils.

Il existe de multiples ulcérations indolentes, à l'emporte-pièce de topographie suspendue sur la face antérieure de la jambe, la peau est dépilée et froide sur un lit de dermite ocre. Le tableau de cet ulcère semble mixte.

Le patient explique que cette lésion est apparue « comme ça », sans facteur déclenchant et qu'il a l'habitude.

« ca arrive de temps en temps, et ca se rebouche tout seul ».

L'examen clinique étant par ailleurs normal nous prescrivons des soins à domicile pour favoriser la cicatrisation.

« On peut vous aider un peu pour cette plaie, monsieur »

J'essaye d'expliquer au patient qu'il existe un terrain vasculaire ne favorisant pas la cicatrisation et qu'il faudrait des soins infirmiers...

En première intention des soins de réfection du pansement simple semblent indiqués. Toutefois le patient semble réticent. Il est autonome et veut s'en occuper seul. Mon maître de stage m'explique que dans un certain nombre de cas les patients refusent la prise en charge à domicile de leurs soins et qu'il faut respecter leur volonté.

En effet ce patient aime sa tranquillité, il vit seul avec son fils âgé d'une 50aine d'année. Je ne sais que peu sur son fils, il ne m'a jamais adressé la parole et mon maître de stage m'a dit de ne pas insister.

Au bout d'une semaine le patient se présente spontanément au cabinet pour nous montrer l'évolution de sa plaie.

Il se déplace lentement avec sa canne. C'est surprenant qu'il sorte de chez lui m'explique mon maître de stage. L'ulcère persiste et la suppuration est inchangée.

Il semblerait que mes commentaires sur l'ulcère et sa prise en charge l'aient interpellé.

La prise en charge à domicile est intensifiée. Plutôt qu'un pansement simple un pansement gras est prescrit pour éviter le décollement de la peau péri-ulcéreuse.

La conduite à tenir sera nettoyage au sérum physiologique pour limiter le risque d'infection, déterision à la pince puis application d'un pansement gras de type Cellosorb, compresses stérile et un filet pour maintenir le tout sous les vêtements, le tout renouvelé tout les jours à domicile par un infirmier libéral.

Vu les antécédents d'artériopathie diffuse du patient une consultation spécialisée est recommandée, en effet mon maître de stage aimerait favoriser la cicatrisation grâce à l'oxygénothérapie hyperbare. Un courrier est rédigé à l'attention du service de médecine hyperbare de l'hôpital Ste Anne à Toulon pour évaluer l'indication.

Un mois plus tard, un courrier nous informe qu'après examen clinique et examen dermatologique il apparait que les lésions d'ulcération nécessitent d'avantage de soins locaux et d'OHB dans un second temps, du fait de la composante essentiellement veino-lymphatique avec œdème de stase et dermite ocre.

La mise à jour du vaccin antitétanique a été pratiquée.

Par la suite Mr L. bénéficia de plusieurs séances d'OHB.

Un avis cardiologique est demandé par ailleurs. Le patient présente en effet une FA bien tolérée cliniquement. Mais pas d'AVK. Après deux épisodes d'hémorragie distilante sur des lésions d'œsophagique radique l'anticoagulation efficace a été contre-indiquée. Suite à ce nouvel épisode d'ulcère du membre inférieur une réévaluation des indications de l'antiagrégation et/ou anticoagulation semble de mise.

Le cardiologue répond que dans le contexte d'œsophagite radique l'association AVK et aspirine peut être arrêtée, quand bien même le score de CHADS2 indique un traitement par AVK les épisodes de déglobulisation sont un risque supérieur au bénéfice escompté. Une prévention HBPM semble le dernier recours envisageable.

3. PRISE EN CHARGE, RECOMMANDATIONS ET CONSENSUS

3.1 Contre-indication des antiagrégants et anticoagulants

3.2 Rappel vaccinal antianique

3.3 Prise en charge de l'ulcère

3.4 Indication de l'oxygénothérapie hyperbare

3.1 Contre-indication des antiagrégants et anticoagulants

La définition du sujet âgé est pour le moins fluctuante : pour l'OMS, on est "âgé" après 60 ans(1). Passés les 90 ans, 10 % des patients sont en fibrillation auriculaire (FA) et 80% hypertendus; âge élevé et HTA suffisent à donner un score de risque thrombotique en cas de FA CHADS2 (tableau 1) supérieur à 2 requérant donc des anti vitamines K (AVK) qui seraient donc indiqués chez 8 % des plus de 80 ans(2). Ce score de CHADS2, corrélé avec le risque d'AVC en cas de FA, est un outil simple à utiliser en pratique. Ainsi, un diabétique hypertendu de plus de 75 ans a un CHADS2 à 2, soit un risque de 6 % d'AVC dans l'année. Quant au risque hémorragique, il est évalué par l'Index HEMORR2AGES (3 et tableau 2).

Les AVK confèrent une excellente protection (réduction du risque relatif d'AVC de 64% vs aspirine) et ce quel que soit l'âge, avantage que les recommandations américaines et européennes ont entériné en préconisant la mise sous AVK dès que le CHADS2 est > 2 (2). Toutefois. Ces recommandations ne prennent pas en compte le risque hémorragique : c'est au praticien qu'il appartient d'évaluer la nécessité de surseoir aux AVK si le danger de saignement est trop élevé. Le bon sens est à l'honneur car aucune recommandation précise ne peut venir en aide au praticien.

Selon les recommandations 2008 de la HAS, les AVK doivent être débutés à demi-dose : 2 à 3 mg/jour de warfarine, préférée pour sa stabilité et l'absence de risque immunoallergique sous fluindione, rare mais redoutable chez un sujet âgé. Si besoin, ne pas hésiter à demander un avis gériatrique sur la fonction cognitive : la démence n'est pas une contre-indication sauf si le patient chute fréquemment, sous réserve de déterminer avec le gériatre l'identité de l'aidant

«réfèrent » devant s'assurer de l'observance thérapeutique. La coordination médecin traitant/cardiologue est nécessaire pour préciser la cible d'anticoagulation et étudier le risque d'interactions avec le reste de l'ordonnance. L'association aux antimycotiques, en particulier au miconazole (y compris sous forme de gel), est absolument proscrite ; elle expose à des élévations brutales de l'INR.

La plus grande prudence est de rigueur en cas de prise d'antidépresseurs type IRS, d'AINS, mais aussi d'antibiotiques ou d'amiodarone. L'INR sera systématiquement vérifiée en cas de modification du traitement associé. Le rapport bénéfice/risque sera régulièrement réévalué. Chez le coronarien, les stents « actifs » doivent être évités en cas de FA pour ne pas se confronter à la problématique «AVK et bithérapies antiplaquettaires », ce qui expose à un risque de saignement majeur de 10 à 20 % par an (3).

Dans le cas présent le fils de Mr L. surveille les contrôles réguliers d'INR faits à domicile.

Un nouvel antithrombine, Le dabigatran, serait une bonne alternative aux AVK ; le plus faible dosage de ce nouveau traitement a prouvé dans l'étude RELY(4) sa non-infériorité par rapport aux AVK, avec un risque hémorragique plus faible. IL nous faudra apprendre à bien l'utiliser et à évaluer la possibilité d'accumulation et de surdosage chez le sujet âgé en fonction de la créatinine.

Dans le cas présent le score de CHADS2 est à 2 (âge + HTA), toutefois plusieurs épisodes hémorragiques cliniques ont été signalés, le score HEMORR2AGES est à 5 d'où un risque de 12.3% annuel d'hémorragie sous traitement AVK, d'où la contre-indication statistique des AVK (4). L'avis du cardiologue dans nos correspondances avec lui, est l'arrêt définitif des AVK et de l'aspirine et la prescription d'une injection sou cutanée d'héparine de bas poids moléculaire (quand bien même il existe une insuffisance rénale) par mesure de prévention, avec contrôle régulier des plaquettes.

3.2 Rappel vaccinal antitétanique

De nombreux retraités se livrent à des travaux ménagers et de jardinage, et ne sont pas toujours à jour de leur vaccination. Ce sont donc les premières victimes du tétanos. Grâce à la généralisation de la vaccination, les cas de tétanos et les décès ont fortement diminué au cours des cinquante dernières années, mais ils n'ont jamais totalement disparu. Entre 2005 et 2007, 41 cas de tétanos ont été déclarés en France et ont entraîné 13 décès, soit un taux de létalité de 32% (5). Ce sont les personnes âgées qui payent le plus lourd tribut à cette toxi-infection aiguë. Sur les 41 personnes touchées, 90 % avaient plus de 70 ans, et les femmes représentaient 76 % de l'ensemble. Tous étaient mal vaccinés ou non vaccinés et ces cas auraient donc pu être évités. « Les personnes de plus de 70 ans sont particulièrement à risque car leur vaccination est souvent ancienne et leurs défenses immunitaires moins efficaces. Elles ne sont plus suivies par la médecine du travail, et oublient donc souvent de faire leur rappel. Il faut donc rattraper les vaccinations des "distracts" lors des formalités de retraite, de consultations de prévention ou encore de la vaccination anti grippale, gratuite à partir de 65 ans. Un traitement lourd, mais une prévention simple. Dans 68 % des cas, l'inoculation du bacille tétanique se fait par une blessure récente, par exemple lors de travaux de jardinage ou de bricolage, de brûlures... Mais elle peut aussi s'effectuer par des plaies chroniques ou, exceptionnellement, lors d'une intervention chirurgicale, si une faute d'asepsie est commise. Parfois, le bacille passe même par le tube digestif. Le tétanos demeure une maladie redoutable qui, une fois déclarée, nécessite un traitement difficile et onéreux. Il nécessite une hospitalisation en réanimation dans 100 % des cas (47 jours en moyenne). L'incubation de la maladie varie entre 4 jours et 2 semaines environ. Plus elle est rapide, plus grave sera sa forme. Elle peut se présenter sous forme généralisée (plus de 80 % des cas, la plus grave), localisée à la région de la plaie, ou céphalique (atteinte de l'encéphale et/ou des nerfs crâniens). Au départ, il s'agit d'une contracture douloureuse et permanente des muscles masséters qui interdit l'ouverture de la bouche, puis les contractures se généralisent aux muscles du cou, du thorax, de l'abdomen et des membres, en créant des troubles respiratoires majeurs. La moitié seulement des patients guérit totalement. Disponible depuis 1938, le vaccin anti-tétanos est obligatoire depuis 1952. C'est le plus sûr et le plus efficace de tous les vaccins actuellement utilisés. En cas de blessure chez une personne dont la vaccination n'est pas à jour, il faut nettoyer soigneusement la plaie, vacciner contre le tétanos et injecter des gammaglobulines (250 UI). Ces dernières sont aussi indiquées en curatif en cas de tétanos avéré (3000 à 6000 UI).

Chez l'adulte, les rappels sont administrés tous les dix ans. Pour les adultes non vaccinés, la primo-vaccination comporte deux doses à un mois d'intervalle, avec un rappel un an après, puis tous les dix ans. Pour un dernier rappel supérieur à dix ans, et dans le cas d'une plaie propre un rappel d'anatoxine tétanique: 1 dose de 0,5 ml (6). Le tétanos ne crée pas d'immunité, il ne faut donc pas oublier de vacciner un sujet qui

vient de guérir du tétanos. Dans le cas présent le dernier rappel vaccinal était incertain, un nouveau rappel était donc préconisé devant la présence d'une plaie chronique(6).

3.3 Prise en charge de l'ulcère de jambe

L'ulcère de jambe doit être considéré comme un symptôme d'une affection qui est, dans la grande majorité des cas, vasculaire. Il importe de prendre en compte le traitement local, mais aussi le traitement étiologique. Il est essentiel. La prévalence de la maladie ulcéreuse augmente avec l'âge jusqu'à atteindre 3 % chez les sujets âgés de plus de 65 ans (7). L'origine veineuse est la plus fréquente : une insuffisance veineuse est retrouvée chez environ 65 % des patients porteurs de plaie chronique de jambe. Dans environ 20 % des cas, une atteinte artérielle (ulcère mixte) est associée. L'ulcère veineux siège à la face interne de la jambe, ou plus rarement en région péri malléolaire externe alors que l'ulcère artériel est plutôt situé à la face antérieure de la jambe ou en région sous-malléolaire, parfois associé à des ulcérations du bord du pied ou des orteils. Certains examens complémentaires sont indispensables pour préciser l'étiologie et les localisations des lésions : l'indice de pression systolique et l'écho-Doppler couleur artériel et veineux. L'IPS normal est compris entre 1 et 1,2. S'il est supérieur 0,9, on considère qu'il n'y a pas de participation artérielle(8). En dessous de 0,9, l'existence d'une artériopathie est très probable et cet examen est particulièrement intéressant si l'examen clinique des pouls est difficile (obésité, plaie en regard). Une pression à la cheville inférieure à 50 mm Hg ou un IPS inférieur à 0,5 signe une artériopathie sévère. La cicatrisation de la plaie est alors peu probable en l'absence de geste de revascularisation. Les limites de cette mesure sont les patients diabétiques ou insuffisants rénaux, dont les artères sont incompressibles en raison d'une médiocalcose. Dans le cas présent cet examen n'a pas été réalisé.

La contention élastique est le traitement étiologique indispensable de l'ulcère veineux ou mixte (IPS > 0,55). Elle doit être adaptée à l'autonomie du patient et aux possibilités qu'il a de la poser (avant le lever ou après un repos d'au moins 30 minutes). Elle s'applique de la racine des orteils jusqu'en dessous du genou, en englobant le talon. Les bandes amovibles élastiques sont souvent utilisées : elles doivent être enlevées le soir. Les bandages multicouches qui comportent 3 ou 4 couches de bandes successives (coton, crêpe, élastique, cohésive) commercialisées

sous forme de kit (Profore), renouvelées une ou deux fois par semaine sont aussi souvent employées (8).

Le traitement local de la plaie commence par un nettoyage au sérum physiologique ou à l'eau du robinet au savon. Les antiseptiques sont susceptibles d'entraîner des eczémas de contact, des dermatites irritatives ou des résistances bactériennes et de retarder la cicatrisation. L'enduit fibrinoleucocytaire doit être retiré lors de chaque pansement. Les moyens mécaniques de déterision restent la référence (bistouri, curette, pince) au besoin après anesthésie locale (Emla®). Certains pansements tels que les hydro colloïdes, les alginates et les hydrogels aident à la déterision grâce au milieu humide qu'ils entretiennent(8).

Chaque catégorie de pansement a des indications relatives au stade de la plaie et à ses caractéristiques. Savoir prévenir. La prévention de la récurrence de l'ulcère veineux est assurée par le port permanent d'une contention (mi-bas jarret), La prévention de l'ulcère, artériel repose sur la correction des facteurs de risque vasculaire, la revascularisation des patients artéritiques et les règles d'hygiène visant à éviter les traumatismes de membres inférieurs.

Dans le cas présent un pansement hydro colloïde en complément des soins sus cités a été pratiqué. Dans l'impossibilité de pratiquer un geste chirurgical vu le terrain l'oxygénothérapie hyperbare itérative a permis une nette amélioration dans l'évolution de la lésion du patient.

3.4 Indication de l'oxygénothérapie hyperbare

Les ulcères ischémiques regroupent les ulcères survenant au cours de l'ischémie critique chronique du diabétique (pied diabétique) et/ou athérosclérotique, auxquels on peut par analogie ajouter les lésions d'ischémie-reperfusion et les ulcères d'origine veineuse. L'oxygénothérapie hyperbare peut être utile par le biais de l'amélioration de l'oxygénation locale, la lutte contre l'infection et la stimulation des processus de cicatrisation. Seuls certains patients peuvent répondre favorablement au traitement hyperbare apprécié au mieux par la mesure de l'oxymétrie transcutanée en atmosphère hyperbare. Dans tous les cas, la prise en charge des ulcères ischémiques doit s'intégrer dans une approche multidisciplinaire dont l'oxygénothérapie hyperbare n'est qu'une des composantes(9).

L'OHB adjuvante est plus efficace que les soins courants seuls pour traiter l'ulcère (10). La proportion d'AMI majeures peut passer de 32 % chez des

patients recevant des soins courants à 11 % chez ceux recevant une OHB adjuvante. L'OHB a engendré une diminution de la proportion d'ulcères non guéris.

L'OHB dans l'ulcère est rentable comparativement aux soins courants. Le coût de prise en charge est réduit de 19%, l'OHB a donné lieu à une hausse de 0,63 année de vie pondérée par la qualité (QALY) soit 3,64 QALY par rapport à 3,01 QALY pour les soins courants (11).

Il faudra des examens supplémentaires pour arriver à une utilisation optimale de l'OHB. Il serait utile d'appliquer des lignes directrices pour déterminer à quels patients l'OHB convient le mieux. Au fur et à mesure de l'évolution des soins courants et de l'arrivée d'études de meilleure qualité, l'estimation de l'avantage comparatif de l'OHB est susceptible de changer.

Dans le cas présent l'indication est la résistance au traitement habituel, et la présence d'un caisson hyperbare dans la région. Sur ce terrain vasculaire connu, l'efficacité clinique a été incontestable.

4. PRISE EN CHARGE ET SPECIFICITE DE LA MEDECINE GENERALE

4.1 Le premier recours

Le médecin généraliste est le premier élément d'ordre médical du système de soins. Il a la possibilité de se rendre au domicile d'un patient au cours d'une visite, chez des patients qu'il connaît par un suivi de plusieurs années.

4.2 La prise en charge globale

En contraste de la médecine d'organe spécialisée, la médecine générale se veut globale. Dans le cas présent la prise en charge comporte de multiples axes de surveillance et traitement faisant appel à des chapitres variés de la médecine.

4.3 La coordination des soins

Le médecin traitant a accès au large éventail de spécialistes médicaux et de professionnels paramédicaux pour l'assister dans sa pratique quotidienne. Pour un avis ou une prise en charge spécifique.

Il ne peut plus travailler de manière isolée et doit coordonner son action avec celles des autres acteurs de santé. Ici, il faudra coordonner les actions pour maintenir à domicile un patient atteint de maladie d'Alzheimer. Là, il conviendra d'inscrire un patient diabétique dans un programme d'éducation thérapeutique ou de mobiliser des aides pour un accompagnement en fin de vie à domicile. Dans l'idéal, il serait intéressant que le médecin traitant puisse connaître de façon fine les ressources disponibles de son environnement sanitaire : l'hôpital bien sûr mais aussi les activités de réseau de son territoire de santé, les services d'aide et des soins à domicile, les programmes d'éducation thérapeutique en cours, les associations de malades...

4.4 La continuité des soins

Après chaque prise en charge spécifique c'est au médecin généraliste de : maintenir une prise en charge de haute technicité, maintenir la cohérence de tous les soignants. La continuité des soins à la sortie de l'hôpital est un processus multidisciplinaire complexe qui peut conduire, s'il est mal préparé, à une non-adhérence ou à des erreurs médicamenteuses, avec un risque d'aggravation de l'état de santé du patient. Plusieurs difficultés, comme se procurer les produits auprès des pharmacies d'officine, prendre les médicaments selon un schéma thérapeutique correct ou comprendre le but d'un traitement, peuvent amener à des interruptions ou des modifications de traitements après une hospitalisation.

4.5 Le rôle d'acteur de santé publique

Placé au centre du système de soin le médecin généraliste a un atout majeur, celui de pouvoir assurer le lien entre l'individuel et le collectif par sa connaissance des individus, ses possibilités d'apprécier l'état de santé d'une population (dont le plus petit dénominateur commun est sa patientelle) au sein de laquelle il travaille. Il relaie, contextualise et personnalise les messages de santé publique de dimension collective (nationale ou locorégionale) en des messages individualisés, audibles par chacun car émis dans le langage de chacun, connu du médecin traitant. De par cette position d'interlocuteur de confiance, il donne ainsi à ces messages la meilleure chance d'être reçus et appliqués.

On peut relever plusieurs sortes d'activités :

- de la prévention: prévention primaire (vaccin), conseils (tabac, cannabis) ; prévention secondaire, (dépistage du cancer du sein, col, colorectal), synthèses annuelles (dans les ALD).
- de l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- de la coordination de la concertation, de la coopération ;
- mais aussi de fonctions plus générales de service public (veille sanitaire, gestion des risques, expertises...) ;
- de la recherche spécifique en médecine générale et santé publique.

D'autres entrent dans le champ de l'éducation pour la santé. L'éducation ne se réduit pas à des conseils. Dans toutes ces activités d'éducation, il s'agit de permettre aux personnes d'acquérir des compétences pour faire des choix concernant leur santé : aide au choix d'une méthode contraceptive, éducation à la vie sexuelle, accompagnement à la parentalité, chirurgie...

5. Conclusion

La spécificité des médecins traitants peut se décliner en atouts:

- Ecoute, empathie, capacités de dialogue et de communication avec leurs patients...
- Proximité géographique : ils sont répartis sur l'ensemble du territoire
- Capacité à se rendre à domicile
- Connaissance du patient dans son environnement (famille, village, quartier, etc.)
- Capacité à aborder de nombreux sujets, avec toutes les générations ;
- Suivi sur la durée (suivi longitudinal) ;

- Accessibilité : financière (tarif pour la grande majorité de secteur I) et temporelle, avec des rendez-vous qui peuvent en cas de besoin être obtenus dans la journée ;
- Stabilité dans l'espace et dans le temps (80% des personnes en France ont le même médecin généraliste depuis plus de 5 ans, avec des soins sur plusieurs générations (12)).

6. Bibliographie

- (1) Dossier de l'Organisation mondiale de la santé, relatif aux personnes âgées,
<http://www.who.int/topics/ageing/en/>
- (2) Sécurité_patient_AVK_fibrillation_auriculaire_Référentiel_2006_Recommandation HAS,
http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_833207
- (3) Indications des antivitamine K et de l'aspirine chez les sujets âgés en fibrillation atriale, La Revue de Médecine Interne, Volume 30, Issue 8, August 2009, Pages 671-677,
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VMG-4V5GCM8-2&_user=10&_coverDate=08%2F31%2F2009&_alid=1231763256&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=searh&_cdi=6150&_docanchor=&_view=c&_ct=1&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_u serid=10&md5=dfb5b5a7c9b1c5a7be04cab450ae9def
- (4) Fin de règne annoncée pour les antivitamine K, résultats de l'étude RELY,
<http://www.medical-congress.com/article338>
- (5) Antona D. Le tétanos en France en 2005-2007 BEH 22 Juillet 2008 / n° 30-31.
http://www.invs.sante.fr/beh/2008/30_31/index.htm
- (6) Recommandations HAS 2009 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_748415/vaccin-tetanique-pasteur-ct-5922.
- (7) Recommandations HAS 2009: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_459541/prise-en-charge-de-lulcere-de-jambe-a-predominance-veineuse-hors-pansement
- (8) Collège de Médecine Vasculaire et de Chirurgie Vasculaire, <http://cemv.vascular-e-learning.net/poly/137.pdf>
- (9) BAUER P.; LARCAN A.; Oxygénothérapie hyperbare dans le traitement des ulcères ischémiques, STV. Sang thrombose vaisseaux, 1997, vol. 9, n°8, pp. 497-503 <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=2070240>
- (10) Green Y, Berney JY Elective indication for hyperbaric oxygen therapy, Revue médicale suisse. 2009 Aug 19; 5(213):1615-8
- (11) Aperçu de l'oxygénothérapie hyperbare adjuvante,
<http://www.acmts.ca/index.php/fr/publication/689>
- (12) Des missions de santé publique pour les médecins généralistes
<http://www.sfsp.fr/activites/file/MedecintraitantSP.pdf>

Tableau 1

Critères de risque CHADS2	Points
ATCD AVC ou AIT	2
âge > 75ans	1
HTA	1
Diabète	1
Insuffisance cardiaque	1

Tableau 2

		*Score	% risque annuel (IC 95%)
• Hepatic or renal disease	1	•0	1,9 (0,6-4,4)
• Ethanol abuse	1	•1	2,5 (1,3-4,3)
• Malignancy	1	•2	5,3 (3,4-8,1)
• Older (age > 75)	1	•3	8,4 (4,9-13,6)
• Reduced platelet nb or fct	1	•4	10,4 (5,1-18,9)
• Rebleeding risk	2	•5	12,3 (5,8-23,1)
• Hypertension uncontrolled	1		
• Genetic factors	1		
• Excessive fall risk	1		
• Stroke	1	*GLOBAL 4,9	(3,9-6,3)

Index HEMORR2AGES	Points
Insuffisance rénale ou Hépatique	1
Alcoolisme (E)thanol)	1
Néoplasie (M)aligne)	1
Age>75 ans (O)ld age)	1
Réduction plaquettaires	1
Antécédent hémorragique (R)écidivant)	2
H)TA non contrôlée	1
Facteurs G)néétiques	1
Chutes fréquentes (E)ccessives)	1
AVC (S)troke)	1