

La solitude du médecin de terrain face à son patient fébrile et/ou douloureux

COLLOQUE INTERNATIONAL

« *La Gouvernance des crises sanitaires en milieu tropical* »

<http://www.vipsantereunion.com/2011chick/20110520-21-colloque.html>

« Retour sur l'épidémie de chikungunya,
en a-t-on tiré suffisamment de leçons ? »

Dr Philippe de Chazournes,
(sans conflits ni liens d'intérêts
avec l'industrie des produits de santé)

La solitude du médecin de terrain face à son patient fébrile et/ou douloureux

- 100 % des patients
(versus moins de 5% pour les hôpitaux)
- 0 % de moyen diagnostique rapide
(v.100% pour les hôpitaux)
- 0 % d'erreur diagnostique
...admise par le patient
- 100% de soulagement
... exigé par le patient

La solitude du médecin de terrain face à son patient fébrile et/ou douloureux

- Patient connu ou inconnu
- Patient voyageur ou pas
- Du « nez qui coule » à la méningite
- Du « chômeur » au « travailleur » (A.T.)



M E D O C E A N



Allons déchiker ensemble ! (avril 2006)

Nous sommes à plus d'un an du premier cas...

il serait temps de nous demander sur quels critères nous posons le diagnostic de chik !

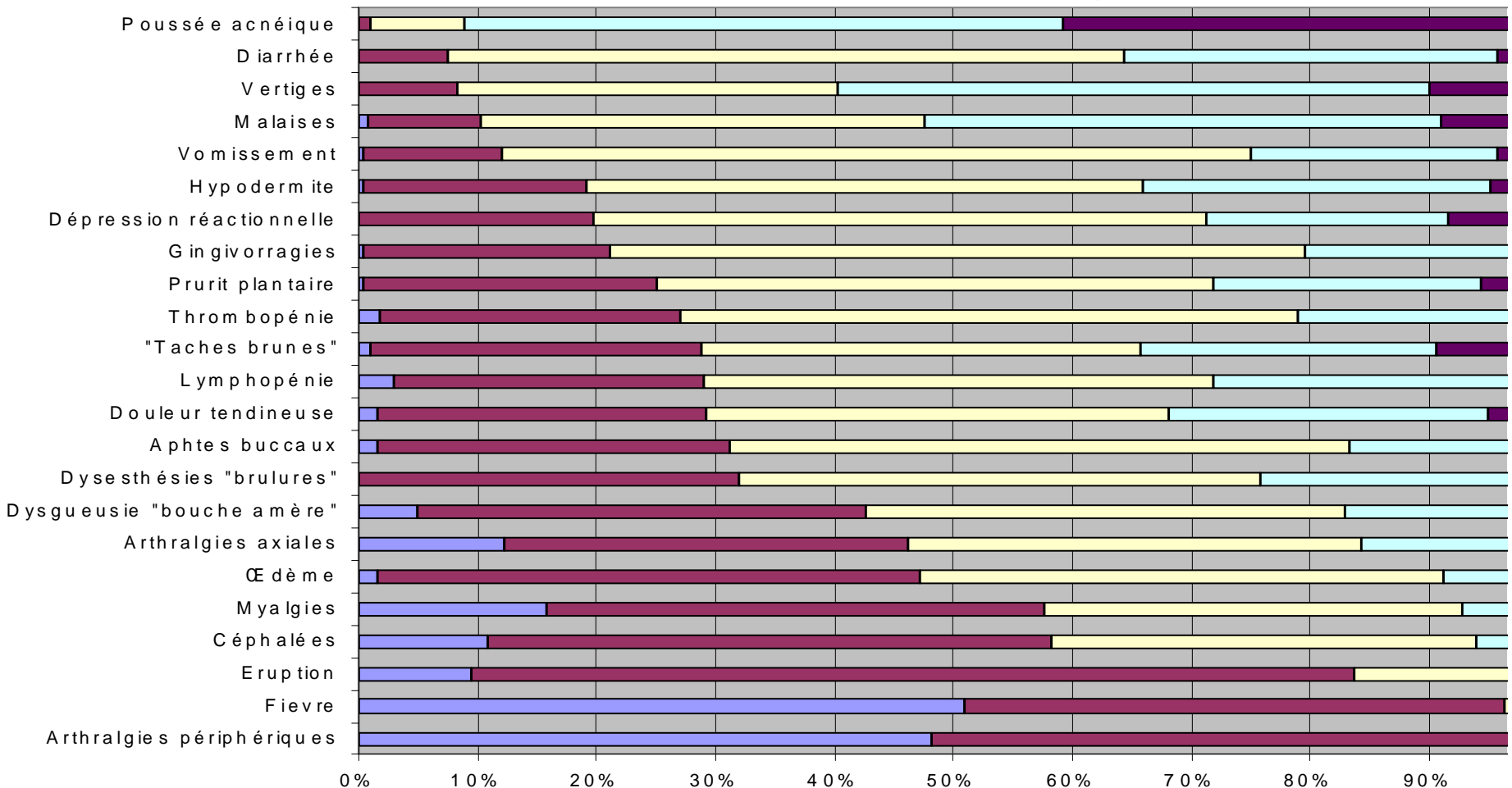
il serait temps de se demander que prescrire pour prendre en charge au mieux nos patients !

afin d'éviter toute anarchie dans les prescriptions et les diagnostics posés et pour aider nos chercheurs à dégager des pistes intéressantes de recherches médicamenteuses.



Utilité en 5 classes, des **critères de diagnostics** selon les **médecins (N = 253)**

INDISPENSABLE – TRES EN FAVEUR – PLUTOT EN FAVEUR – PLUTOT SANS RAPPORT – SANS RAPPORT



La solitude du médecin de terrain face à son patient fébrile et/ou douloureux

Qu'est ce que la fièvre

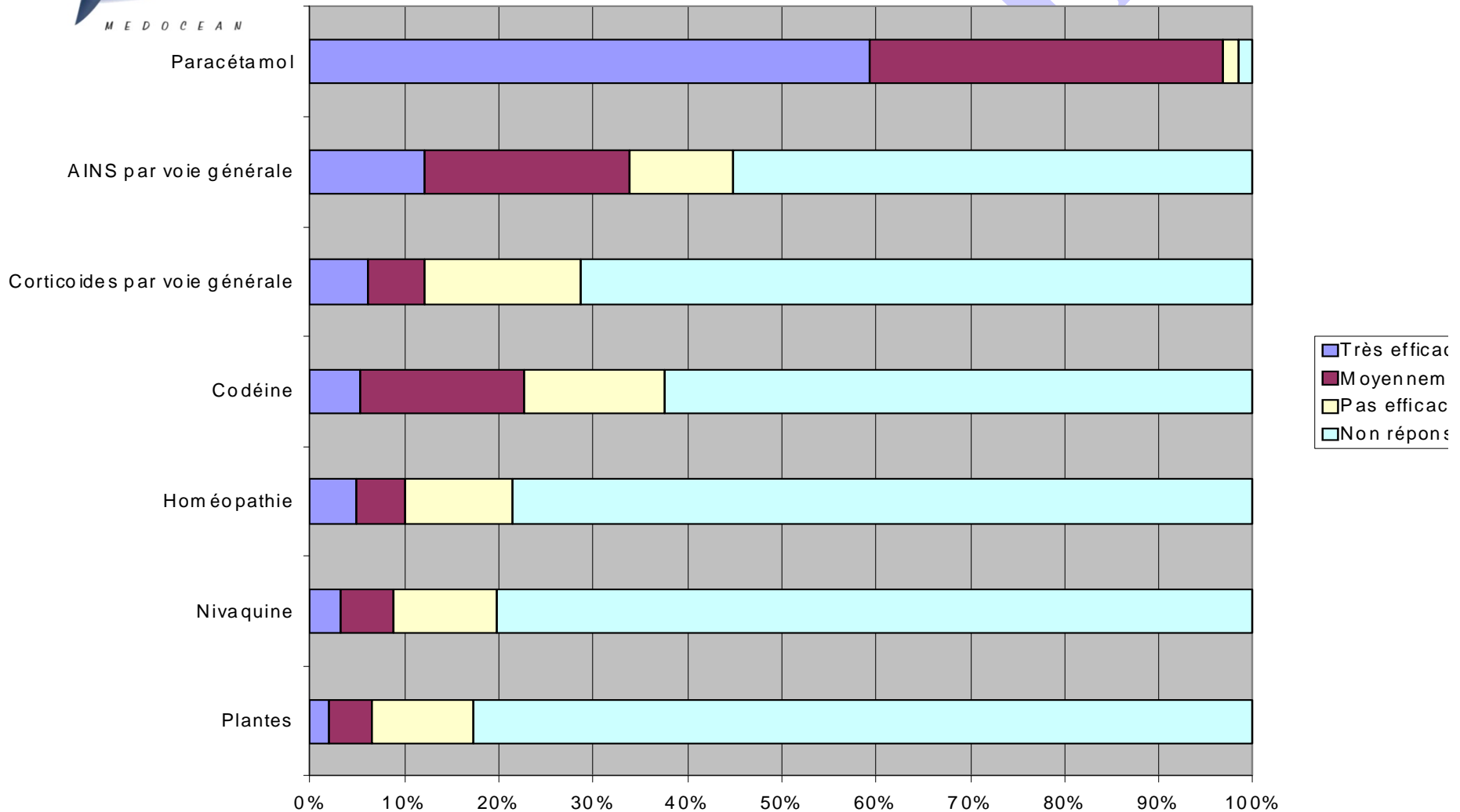
A-t-elle été mesurée?

... et comment traiter cette fièvre?

Comment répondre sans se tromper, dans le cadre de la PDS ou lors d'une régulation libérale au centre 15 ?



Description de l'utilisation des thérapeutiques selon les médecins pour les formes fébriles (N = 248)

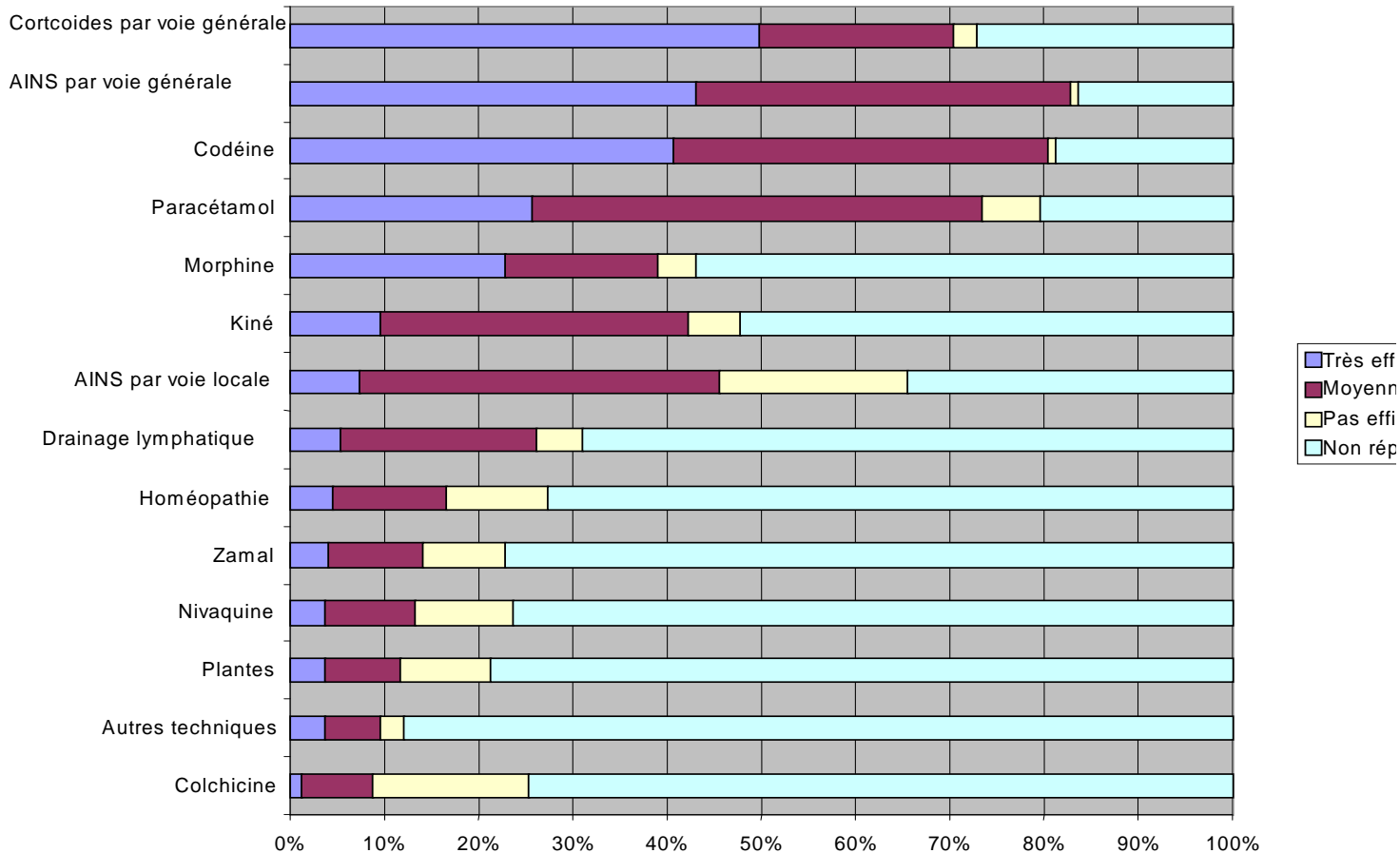


La solitude du médecin de terrain face à son patient fébrile et/ou douloureux

... et comment traiter cette douleur ?



Description de l'utilisation des thérapeutiques selon les médecins pour les *formes algiques* (N = 248)



Étude originale

Infection par le virus du chikungunya

Quels sont les critères diagnostiques et les approches thérapeutiques des médecins de terrain ?

Par
Philippe de Chazournes,
médecin généraliste,
président de
MédOcéan* ;
Cécile Dalban,
statisticienne au
Centre d'investigation
clinique et
d'épidémiologie
clinique (CIC-EC)
de la Réunion ;
François Favier,
directeur du CIC-EC de
la Réunion.

* MédOcéan est une
association médicale créée
par les docteurs J.M. Franco
et Ph. de Chazournes
en 2000 et engagée dans
la qualité en santé à la
Réunion et dans l'océan
Indien au travers d'un
certain nombre d'actions,
notamment de visites
de pairs.

RÉSUMÉ

Objectif : afin de limiter toute anarchie dans les diagnostics posés et les prescriptions, recueillir, auprès des médecins généralistes et spécialistes de l'île de la Réunion, les critères cliniques qu'ils jugent utiles au diagnostic de l'infection par le chikungunya et les traitements qu'ils jugent efficaces selon les différentes formes de la maladie.

Méthode : étude d'observation descriptive avec diffusion, aux 1200 médecins libéraux de l'île, d'un questionnaire qui comportait deux grilles à remplir. La première concernait les critères diagnostiques « pour » le médecin, la seconde « les » thérapeutiques qu'il utilisait.

Les médecins devaient répondre en fonction de leur ressenti et non à partir d'une analyse précise et exhaustive des cas cliniques qu'ils avaient pris en charge.

Résultats : 265 médecins ont répondu à ce questionnaire. L'analyse des grilles de réponses montre la diversité d'appréciation des médecins quant à l'importance des 23 critères diagnostiques proposés avec, cependant, l'association fièvre, arthralgies, éruption qui émerge comme principal critère diagnostique pour ces médecins de terrain. Dans les formes aiguës fébriles, le paracétamol est le traitement qui apparaît de loin le plus plébiscité par les médecins qui ont répondu à cette enquête. Dans les formes

algiques, les 4 médicaments jugés de « très efficaces » à « moyennement efficaces » par plus de 70 % des médecins de cette étude sont les corticoïdes, les AINS, la codéine, et le paracétamol. **Discussion** : cette étude non expérimentale sur le ressenti des médecins de terrain après une année de prise en charge de cette épidémie met en évidence la diversité de la clinique, tout du moins ressentie par les médecins, et de la prise en charge de cette maladie montrant ainsi le désarroi des médecins devant une épidémie non prouvée et une infection encore mal définie.

Rev Prat Med Gen 2006;20:000-0.

La Réunion, département français d'outre-mer situé dans l'océan Indien, a été frappée, en mars 2005, par une épidémie de chikungunya (chik) aussi importante qu'imprévisible. On estimait, à la mi-juin 2006, que 265 000 personnes (sur 750 000 habitants) avaient été atteintes avec 237 décès de façon directe ou indirecte.

Cette maladie qui se transmet d'homme à homme par l'intermédiaire du moustique *Aedes albopictus* est liée en partie aux modifications de l'environnement, notamment la production et le dépôt sauvage de déchets (sources de gîtes des vecteurs) et à la baisse de la vigilance antivectorielle depuis l'éradication officielle du paludisme à la Réunion en 1979.

Connue depuis plusieurs dizaines d'années en Afrique, cette maladie n'avait jusqu'à présent suscité que peu d'intérêt de la part des pays occidentaux qui n'avaient pas encore été touchés...

L'infection par le virus du chikungunya est une arbovirose classée algo-éruptive¹ dont l'incubation est de 4 à 7 jours en moyenne. Ensuite apparaît brutalement une fièvre élevée, accompagnée de douleurs articulaires pouvant être très intenses. Cette infection, qui peut être rapidement favorable, peut aussi évoluer vers une phase chronique marquée par des arthralgies² importantes et persistantes. Réputée bénigne, des formes graves non décrites dans la littérature médicale³ ont été observées à la Réunion :

hépatites aiguës sévères,⁴ myélo-méningo-encéphalites,⁵ myocardites et péricardites, épidermolyse bulleuse chez l'enfant.⁶ Il n'existe pas de traitement antiviral spécifique, mais des recherches sont en cours.⁷ Le traitement classique est uniquement symptomatique :⁸ paracétamol en première intention et anti-inflammatoires non stéroïdiens dans le respect des contre-indications.

Au niveau individuel, la prévention passe préférentiellement par l'utilisation de moyens de protection physique (vêtements, moustiquaire, répulsifs...). Au niveau communautaire, des actions de lutte contre le vecteur diurne et urbain sont indispensables.⁹

Objectifs de l'étude. Devant la diversité des formes cliniques observées et de leur sévérité, devant l'absence de signes cliniques spécifiques et une apparente anarchie thérapeutique et, enfin, devant l'inertie des pouvoirs publics à réagir après un an d'épidémie en ignorant les messages d'alerte des praticiens de terrain, une étude d'observation descriptive, clinique et thérapeutique, a été réalisée auprès de l'ensemble des 1 200 médecins libéraux de l'île. L'objectif était de recueillir, auprès des médecins généralistes et spécialistes, les critères cliniques qu'ils jugent utiles au diagnostic de l'infection par le chikungunya et les traitements qu'ils jugent efficaces selon les différentes formes de la maladie.

Cette étude a été réalisée par MédOcéan, sans aucune ressource financière dédiée ni aucun moyen logistique ou humain

<http://www.medocean.re/category/publications-et-etudes/etude-chikungunya/>

La solitude du médecin de terrain face à son patient fébrile et/ou douloureux

Face à son patient ...et à sa responsabilité

- Notion de médecin traitant et du parcours de soins
- Son patient : exigence particulière mais aussi connaissance particulière

La solitude du médecin de terrain face à son patient fébrile et/ou douloureux

Face à ses questions : où les trouver en temps réel ?

Face à ses réponses : comment apprécier leurs pertinences ?

Face aux « recommandations » : mais sur quelles bases ?

La solitude du médecin de terrain face à son patient fébrile et/ou douloureux

...et face à la **solitude du patient**, notamment celle de la personne âgée ou célibataire, seule chez elle mais **handicapée++** par ses douleurs

Intervention des services sociaux++ ... et médicaux?

Préconisations

- **Groupes Régionaux de Recherche Régionale de Terrain(G3RT)**
- Fichier aléatoires (Insee / Adeli)
- Volontaires
- Indépendance avec l'industrie ++
- Aide methodo (CIC-EC, CIRE)
- **Avec un exemple chik articulaire 36 (2009)**

Manifestations rhumatologiques à 36 mois de l'infection à Chikungunya à la Réunion : évolution et facteurs associés.

Etude « Chikarticulaire M 36 » NOV 2009

Evelyne Durquétty^{1,3}, Dr Philippe De Chazournes², Dr Marie Christine Jaffar-Bandjee⁵, Christine Catteau⁴, Laurent Filleul¹, Dr Daouda Sissoko¹

1/ Cellule interrégionale d'épidémiologie Réunion-Mayotte 2/ Union régionale des médecins libéraux de la Réunion 3/ ISPED, université Bordeaux II 4/ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de la Réunion 5/ Centre hospitalier régional de la Réunion, site de Saint-Denis



Samedi 21 mai 2011
Ile de la Réunion



Dr Philippe de Chazournes, médecin de terrain
Direction régionale des affaires
sanitaires et sociales



INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

Objectifs

- Estimer la prévalence des manifestations chroniques rhumatologiques, 36 mois (M36) après l'épidémie de chikungunya, chez les personnes de plus de 18 ans résidant à la Réunion
- Investiguer les facteurs associés à la présence de manifestations chroniques rhumatologiques

Méthodes : Schéma d'étude et échantillonnage

■ Schéma d'étude

Enquête transversale menée entre le 14 avril et le 15 mai 2009, en population générale consultant chez le médecin de ville

■ Echantillonnage

- Sondage aléatoire
- Tirage au sort des médecins : à partir du fichier ADELI, volontariat
- Tirage au sort des patients : 2 premiers éligibles de chaque demi-journée

Résultats : échantillon obtenu

- 120 médecins généralistes tirés au sort parmi 863
- 46 réponses favorables, dont 10 abandons en cours d'étude
- 321 patients tirés au sort
- 317 accords de participation
- 273 patients inclus dans l'analyse, 44 exclus (non examinés)

Résultats : étude des associations

- Analyse multivariante : recherche de facteurs associés à la persistance de manifestations articulaires, en tenant compte des facteurs individuels :
 - Age 48 ans et plus : RC=2,03 ; IC 95% = 1,07-3,87
 - IMC 25 et plus : RC=2,26 ; IC 95% = 1,16 - 4,41
 - Diabète : RC=2,12 ; IC 95% = 1,02 - 4,40
 - Mal de dos : RC=2,70 ; IC 95% = 1,40 - 5,20
- En tenant compte des facteurs individuels, les personnes ayant eu le chik n'ont pas plus de manifestations articulaires persistantes

• Au niveau des résultats

- <http://www.urml-reunion.net/chikungunya/medecins/index-chick36.html>
- Ce ne sont que les facteurs : OBESITE, DIABETE, MAL DE DOS, AGE qui font la différence (plus on vieillit et plus on est un peu gros, plus on a de douleurs articulaires !). Mais à titre individuel, rien n'est exclu.
- Plus d'un patient sur deux de plus de 18 ans venant consulter a véritablement eu le chikungunya, symptomatique ou pas (Prévalence de 53% - cohérente car population de plus de 18 ans et consultant un médecin)
- Une personne avec des douleurs articulaires, ayant eu le chik (ou pas) doit inciter à chercher une autre raison à ces douleurs pour chercher un traitement le plus adapté à la cause.

« LE CHIK DEMASQUE : IL AVAIT BON DOS, MAIS IL N'EST PAS A L'ORIGINE DE TOUS NOS MAUX ! »

Remerciements

▪ Médecins libéraux ayant participé à l'étude :

Dr Luc Israel ABEMONTY, Dr Nicole ALMERAS, Dr Georges AUBERT, Dr Jean-Michel BERAL, Dr Partick BOGO, Dr Kathia CADINOUCHE, Dr Rémi CHAN WAI NAM, Dr Voahangy CHARLES, Dr Frédéric DESCHEPPER, Dr Linda DYALL, Dr Rebecca EBODE; Dr Younes FARES, Dr Robert FONLUPT Robert, Dr Rémi FOUBERT, Dr Marie-Josette FOURNIER, Dr Jacques GERARD, Dr Séverin GERARD, Dr Delphine GIBERT, Dr Thierry Robert GOUPIL, Dr Thierry HITIER, Dr Sandrine HOAREAU DUCHAINE, Dr Bénédicte HUBERT DELISLE, Dr Marie-Noelle LAN NANG FAN, Dr Anne-Marie LAVAUT- TISSANDIE, Dr François LO LINE MEI, Dr Marie-José MAIGRAT, Dr Lina MANCHE, Dr Colette MOREL, Dr Jean-Bernard PAUSE, Dr Christian PAUVERT, Dr Daniel PERRIAUX, Dr Guy RABOT, Dr Dominique SINGER, Dr Houzefa TAHERALY, Dr Anna TCHEREMKHOVITCH-MOULTSON, Dr Isabelle TEYSSEBRE, Dr Philippe TREGOUET, Dr Patrick WELMANT.

▪ **Infirmeries libéraux partenaires** : *M Emmanuel ADAIN, Mme Catherine BONNEL, M Pierre CLAVREUL, Mme Cécile DAGUZAN, Mme Béatrice DUDIT, M Christophe DUPLECH, M. Sully HOAREAU, Mme Maryvonne LEICHNIG, Mme Odile LHUILLIER, M Franck SOULIER.*

Groupes Régionaux de Recherche Régionale de Terrain(G3RT)

- **Faciles et rapides à mettre en place**
- **pour réaliser des études cas/témoins dans un premier temps**
- **puis des études randomisées de fortes puissances**
- **dans le cadre de travaux de morbidimortalité (effets du Mediator, de l'Actos, H1N1, grippe saisonnière, ...)**
- **Les ARS ont un rôle à jouer dans ces recherches ++**

<http://www.merocéan.re/2011/05/intervention-sur-le-mediator-a-lassemblee-nationale/>

O, comme oser un indépendance dans la recherche

- **Une recherche indépendante ++**
- **Sans peur de sa hiérarchie hospitalière ou administrative et sans peur... d'obtenir des résultats qui n'iraient pas dans le sens prévu par nos autorités! (gravité réelle de la grippe saisonnière ? intérêt du tamiflu ? etc).**
- **S'appuieraient sur les praticiens de terrain et les méthodologistes régionaux (INVS ? INSERM ?)**
- **Refuser tout PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) qui ne serait pas totalement indépendant de l'industrie, quant à son financement.**
- ***Les autres préconisations sont sur <http://www.medocean.re/>***



M E D O C E A N

Allons déchiquer ensemble !

Nous sommes à plus d'un an du premier cas...

il serait temps de nous demander sur quels critères nous posons le diagnostic de chik !

il serait temps de se demander que prescrire pour prendre en charge au mieux nos patients !

afin d'éviter toute anarchie dans les prescriptions et les diagnostics posés et pour aider nos chercheurs à dégager des pistes intéressantes de recherches médicamenteuses.

C'était en mai 2006 !

*Mieux armés pour
mieux soigner en mai 2011? ...*

Grande Solitude de nos demandes et besoins

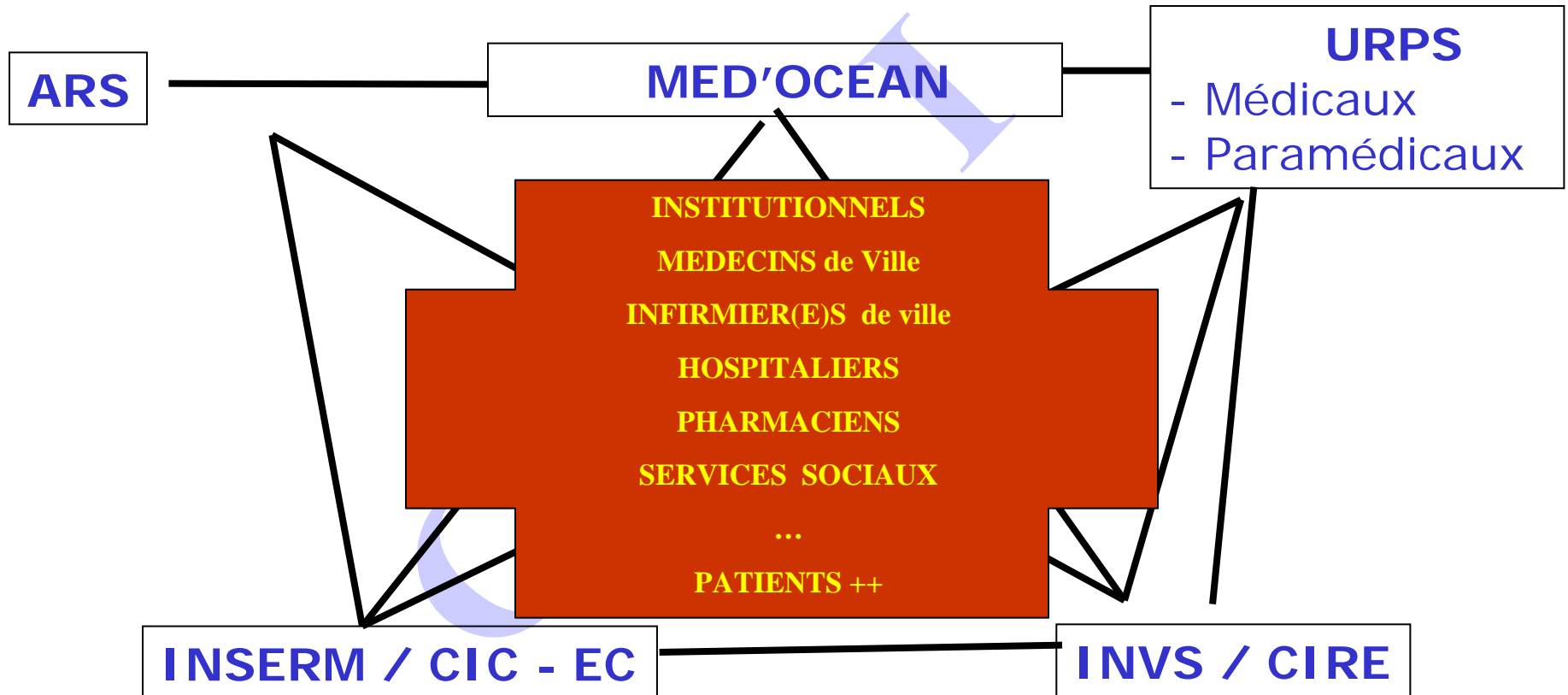
...par rapport à nos tutelles

...parfois (souvent) entre nous-mêmes ...

Des efforts et progrès indiscutables ont été faits depuis le chik, mais

... « tout » reste encore à faire !

Unissons nos compétences !





**Avant de quitter cette salle,
merci de bien vérifier que vous
ne transportez pas un albopictus!**

**MEILLEUR PRISE EN CHARGE DES
PATIENTS
=
ECOUTER LES PROFESSIONNELS DE
TERRAINS**



Je vous remercie !