

## GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

**Compte rendu de la séance du 26/04/2011**

**Secrétaire : Dr FRECHILLA**

**Modérateur : Dr BONFILS**

**Temps 1 :**

**Description du Développement Professionnel Continu (DPC) par le Dr TRAN**

**D.P.C.**

**Développement Professionnel Continu**

- Repose sur l'analyse des pratiques
- Les anglo-saxons pratiquent le DPC depuis plus de 30 ans
- Le thème choisi : optimisation de la prescription médicale chez les «poly-pathologiques» de plus de 65 ans : dans la douleur ou chez le cardio-vasculaire. Pourquoi ce thème ? : 4 lignes de prescriptions génèrent plus de 160 effets secondaires graves et / ou fréquents (1/100).
- Le fonctionnement:
  - 1 > 5 médecins + 1 animateur (ce dernier peut être un médecin retraité, remplaçant ou non , il sera validé DPC cette année )
  2. Biblio à lire avant les 3 soirées = Etude POLYCHROME (cf DVD envoyé par SFMG 3 soirées en < 6 mois : les composantes pharmacologiques des prescriptions, les déterminants des prescriptions côté médecin, les déterminants des prescriptions côté patient
  4. Présentation très bref du cas ... soit : 1 mn pour aller au plus vite à la prescription. Le cas n'est pas forcément aléatoire, il peut être différent sur les 3 soirées
  5. La restauration est prise en charge intégralement (facture du restaurant)
- Les « non-dits » :
  - 1 . La source de financement : OGC. Pour la SFMG, 80% du forfait «repart» dans les groupes de pairs, en tenant compte des choix propres à la SFMG : indemnisation de l'animateur, groupes de « petite taille » (< 10 - 12 personnes)
  2. Le DPC est expérimental, il est dans la loi mais il n'y a pas encore de décret voté, donc le DPC n'existe pas encore ...
  3. L'idée cachée : évaluation de l'impact des soirées sur notre pratique, si le retour sur investissement est bon, il y aura une suite ...

## **POLYCHROME** **Dr Clarc - INSERM**

### 1. Déterminants de la poly-prescription

- La poly-prescription représente 50 % de nos consultations : 37% sont des patients H ou F > 60 ans avec des pathologies cardiovasculaires + rhumatismales, 23% sont des patients majoritairement F (63 %) > 70 ans avec une grande dispersion de pathologies
- Les acteurs : les spécialistes, les recommandations, le patient poly-pathologique, les pressions médiatiques, pharmaceutiques .... Et le médecin généraliste
- Le MG : attention à l'incertitude diagnostique (intervenants), attention à la prescription routinière (informatisation)
- Les spécialistes : surtout le psychiatre et l'ophtalmo
- Le patient : la demande secondaire que l'on n'a pas su entendre. ex : les douleurs chroniques qui sont un «appel» sur un mal être, et que nous répondons par des traitements qui n'aboutiront pas ...

### 2. Iatrogénie : les causes :

- Les logiciels informatiques avec «trop d'alarmes, tue les alarmes»
- L'âge du patient : reins, tensions oculaires...
- Le patient lui-même : ses sources d'informations, l'automédication, les erreurs de piluliers avec les génériques, sa méconnaissance

### 3. Comment optimiser?

- Typologie : reconnaître les types de patients
- Attention aux nouveaux patients mais aussi aux très anciens
- Gérer dans le temps : l'optimisation se fera sur plusieurs mois ou années
- Etre opportuniste «effet médiateur»
- Travail en équipe médecin-patient : médecin-auxiliaires, médecin-pharmacien
- Une étude a permis de montrer qu'un groupe de pairs était capable d'améliorer à hauteur de 80%, l'optimisation obtenu par un colloque d'«hyper-experts hyper-spécialistes»

### 4. Optimiser c'est : sur un projet de soins, à terme

- Diminuer d'1/3 les médicaments
- Mais surtout diminuer l'effet iatrogénique des prescriptions
- Parfois ajouter des médicaments !

## **Inertie clinique**

Comment est-elle possible ?

Dr Reach endocrinologue Hôpital Avicenne

Le malade ne se soigne pas non observance  
Le médecin ne soigne pas inertie clinique

• Les causes du « clinical inertia »

- 1 - le manque de formation au concept de titration (=objectif fixé avant la mise en route du traitement, puis moduler les doses jusqu'à atteindre l'objectif)
- 2 - la surestimation de la compliance des médecins aux recommandations
- 3 - "les bonnes raisons" pour toujours attendre : l'empathie, la myopie clinique (bénéfices présents par rapport aux bénéfices futurs)

• Améliorer l'inertie clinique :

1. les recommandations doivent être connues
2. MAIS
3. sont-elles applicables à mon patient ? : elles sont des données statistiques incluant des patients très précis excluant tous les autres. Ce sont des bases de réflexion
4. si cette démarche est suivie : l'inertie clinique disparaît même si le traitement n'est pas modifié

• Améliorer l'observance :

1. le patient a confiance, car son médecin possède les connaissances
2. le patient doit sentir l'intérêt de son médecin

**Les AMELIORATIONS du Groupe de Pairs**

1. Le cas clinique

- Le cas clinique peut être « thématiser »
- Il est impératif qu'il y ait eu une analyse « réflexive » du cas avant la soirée plus l'analyse est commencée longtemps avant meilleur sera le résultat
- Exposé bref : justification des décisions par rapport aux référencements sans passer par « je suis MT ... »
- Dialogue avec les pairs

2. Les parcours de soins

- Correspondants médicaux mais aussi médico-sociaux

3. Le temps libre

- Le groupe de pairs est aussi un STAFF : «je vous donne RDV dans 3 semaines nous allons discuter de votre dossier au staff»
- Sert à résoudre les problèmes non résolues de la séance précédente
- «on se fait plaisir !»

**[www.drefc.sfm.org](http://www.drefc.sfm.org)**

**Diffusion des Recommandations Francophones en Consultation de MG Dr Michel Arnould**

- Dans résultat de consultation : mettre le résultat de la consultation, cf dictionnaire SFMG

- OMG (Observatoire de la Médecine Générale) permet de connaître la fréquence du résultat de consultation
- Bibliographie Cismef sélectionnée
- Les Guides patient : documentations référencées que l'on peut envoyer par courriel au patient : «lisez, nous en rediscutons dans une semaine»
- Applicable sur Iphone

### •Problèmes soulevés par le groupe

- Dossier 1 : homme de 80 ans avec inertie du praticien
- Dossier 2 : conjonctivite infectieuse chez un enfant de 17 mois et retour en crèche : pas de traitement obligatoire. Intérêt de l'Aziter (2 fois par jour pendant 3 jours)
- Dossier 3 : homme de 50 ans pour renouvellement : adénome prostatique, HTA et RGO
- Dossier 4 : homme de 59 ans pour douleur post-traumatique de l'orteil sur ongle incarné traité par Nitratage
- Dossier 5 : Femme de 46 ans suite à un malaise dans le cadre d'une diarrhée importante. Déclaration obligatoire d'une toxi-infection alimentaire
- Dossier 6 : femme de 60 ans avec douleur de la MCP de l'index traitée par AINS : quels marqueurs demandés en première intention pour détecter une maladie rhumatologique ?

Pas de questions rédigées ce soir car la prochaine réunion sera consacrée au DPC

### •Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe

### •Ecart / à la pratique recommandée par l'HAS ...

## Temps 2

### •Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins

## Temps 3

### •synthèse des cas compliqués :

Réponse aux questions précédentes : Résultats de la prise en charge de l'obésité chez l'adulte (IMC entre 30 et 40) ?

Il faut perdre en moyenne 9 kg pour avoir un résultat sur 10 ans : moins de DNID, moins de HTA, moins de gonarthrose

Revue Prescrire – Mars 2007/Tome 27 N°281. Page 197 à

**Choix du cas clinique pour la prochaine fois : le 13ème cas du 13 avril 2011- on sélectionne le 1<sup>er</sup> cas clinique antérieur qui correspond au sujet**

**On lit la documentation avant le 6 mai**

**A partir du 6 mai on commence à remplir la grille MAI**

**Pour le 24 mai remplissage complet de la grille MAI et du cas clinique**

**Envoyer un exemplaire au Dr TRAN**

**Prochaine réunion du groupe le 26/05/2011**

**Amener le soir de la réunion 9 exemplaires de la grille MAI**