

EDITO

La problématique de la prévention et celle des maladies chroniques sont identiques : la mise à jour d'un facteur de risque a les mêmes répercussions chez le patient que le diagnostic d'une maladie chronique. Quelle différence entre dire à un patient son risque de développer un diabète de type 2, ou que sa glycémie est à un niveau qui conduit à le classer comme diabétique ? Pour beaucoup de patients (et de médecins ?), une HTA est-elle un facteur de risque ou une maladie ? Il faudra faire comprendre de quoi il s'agit, ce qu'il faut faire, négocier, revenir sans cesse sur les problèmes, exigences et moyens à mettre en œuvre. Cette activité est et sera en augmentation constante. Il faut donc s'y préparer.

SANTE : CHANGER DE MODELE DE REFLEXION ?

Dans des sociétés où le gain en années de vie est constant, l'hypothèse d'un « capital santé » à préserver et entretenir est d'autant plus importante que l'objectif est bien de donner « de la vie au temps », maintenant que du temps est donné à la vie... Un guide du « bien vieillir » ?

Prévention et dépistage. La part de la prévention dans l'exercice médical est sans doute sous-estimée¹, aujourd'hui extrêmement large chez tous, bien portants et malades : dépistage des cancers, repérage et prise en charge des risques cardiovasculaires (HTA, dyslipidémie, obésité, diabète...) ou des comportements à risque (alimentation, sédentarité, tabac), contraception, suivi de l'enfant bien portant ou de la grossesse « normale », etc. Il y a là une redéfinition du soin « primaire », en amont de la maladie clinique ou de ses complications ; donc nécessité d'une réforme profonde du système. Cet aspect ne semble pourtant pas essentiel aux « décideurs », sauf s'ils envisagent de très hypothétiques gains financiers. Il n'est que rarement présenté comme tel durant la formation initiale. En miroir, cet aspect « primaire » - primordial - n'est pas « reconnu » dans tous les sens du terme, par nos patients à qui l'on montre plutôt du « spectaculaire »...

Maladies chroniques et vieillissement de la population. L'exercice médical traditionnel gérait avant tout des problèmes aigus. Actuellement 80% des consultations de médecine ambulatoire concerneraient des maladies chroniques ou des facteurs de risque, dont la prévalence et l'importance augmentent avec le vieillissement de la population¹. Pourtant, de nombreuses études montrent une observance imparfaite ou médiocre des prescriptions chez 30 à 80% de ces patients. Il y a donc *obligation* pour le médecin subordonné à l'expérience et aux décisions du patient à la *négociation* avec lui. Il est souvent amené à reconnaître les limites de sa maîtrise, à tolérer les tâtonnements de ses patients, à gérer l'approximation. Ce qui oblige à sortir d'une pratique routinière et à cultiver un constant regard critique sur sa pratique, mais paraît riche de perspectives pour l'exercice généraliste.

Risque : évitable ou non ? Parmi les 4 comportements à risque les plus fréquents – tabagisme, abus d'alcool, sédentarité, excès alimentaires – au moins 2 sont présents chez plus de la moitié de nos patients. Pourtant, les simples conseils donnés à cette occasion sont rarement suivis d'effet, parfois même contre-productifs... Ce qui rejoint le problème général de l'observance au long cours : annoncer un risque, conseiller des modifications plus ou moins profondes des habitudes et du style de vie est beaucoup plus difficile à mettre en œuvre que prescrire un médicament, nécessitant un mode relationnel différent. C'est pourtant aujourd'hui le « modèle » à développer en santé.

JP VALLEE

¹ SFDRMG. Prévention en médecine générale : Une part croissante et une évolution de l'activité. Médecine. 2007;3(2):74-8.

Le journal f@xé de l'Unaformec**www.unaformec.org**

La FMC au fil de l'actualité



261 rue de Paris
93556
Montreuil Cedex
Tél 01 43 63 80 00

Prochain numéro :

Capital santé : quels enjeux pour demain ?