

Edito

Quel avenir pour la MGC ? Avec plus de 200 médecins qui exercent leur métier en milieu rural dans trois pays, installés avec un dispositif d'accompagnement de qualité, regroupés en associations professionnelles représentatives et démocratiques, la preuve est faite qu'une pratique médicale de proximité est non seulement possible mais utile pour renforcer les systèmes de santé et satisfaire les demandes des populations.

« Le guide du médecin généraliste communautaire » qui vient de paraître, disponible sur le site www.santesud.org, capitalise cette expérience de façon à la rendre le plus accessible possible. De nouveaux pays comme la Guinée, confrontés à un chômage médical de masse, souhaitent adopter ce type d'approche novatrice.

Et maintenant ? Le risque existe aujourd'hui que la médicalisation de la première ligne soit considérée comme une recette, utilisée sans préparation ni encadrement professionnel suffisants. Cette dérive, si elle se répand, aura un impact négatif sur la validité du travail accompli tous ensemble depuis tant d'années.

C'est le moment d'être vigilants : notre crédibilité repose désormais sur les MGC eux-mêmes, leur capacité à s'organiser, à veiller sur les bonnes pratiques et la qualité des soins, à accompagner les plus jeunes où ceux qui sont en difficulté, à défendre leur autonomie professionnelle et une éthique de responsabilité qui sont liées entre elles. Un vaste chantier auquel Santé Sud est prête à s'associer pour continuer à construire une médecine communautaire de bon niveau, au service des populations.

Dominique Desplats

Le clinicien vous souhaite une bonne année 2012, l'épanouissement professionnel et la réussite de vos souhaits personnels.



Actualités médicales

Les crises non épileptiques

Tous les phénomènes cliniques transitoires, impliquant ou non une perte de connaissance, ne sont pas de nature épileptique : le diagnostic différentiel des crises épileptiques est très varié, parfois facile, souvent difficile. La survenue de « convulsions », nom souvent donné à des manifestations motrices anormales, impressionnantes, n'implique pas le diagnostic d'épilepsie.

Les descriptions fournies par des témoins ne sont pas toujours concluantes. Lorsque le médecin se pose la question : « est-ce que ce patient a présenté une crise épileptique ? », il doit avoir constamment à l'esprit un catalogue de diagnostics possibles, et quelques questions bien posées, une bonne expérience clinique

(appréciant en particulier les circonstances de survenue de la « crise »), et une bonne connaissance du patient (terrain psychologique, antécédents pathologiques) permettent souvent de trancher.

Dans les cas douteux, il faut essayer de voir la crise, éventuellement de la provoquer, si elle survient électivement dans certaines circonstances. La fourniture, par l'entourage du patient, d'un document vidéo de la « crise », rendue possible par la disponibilité des téléphones portables comportant une extension vidéo, ne saurait être trop recommandée !!!

Les deux grandes catégories de crises non épileptiques

Il y a deux grandes catégories de « crises non épileptiques » :

1. les crises psychogènes, de mécanisme purement psychologique, avec : les attaques de panique (angoisse majeure, tremblements, sensation de mort imminente...), de longue durée (souvent plus de 15 ou 30 minutes), sur un terrain anxieux majeur ; les crises conversives (ou « hystériques »), toujours devant des témoins signifiants, imitant le plus souvent, plus ou moins bien, une crise généralisée tonico-clonique, sur une personnalité particulière, le plus souvent de sexe féminin ; les crises simulées, toujours dans un but de bénéfices secondaires, plus ou moins apparents (indemnisation, chantage affectif....) mais pouvant aussi relever d'une vraie perversité, lorsque par exemple une mère provoque des pertes de connaissance chez son petit enfant... Les crises organiques, très variées.

2. Celles qui posent, par leur fréquence, le plus de problèmes diagnostiques sont les syncopes, graves car révélatrices d'un trouble du rythme cardiaque dangereux pour la vie si elles sont spontanées ou surviennent électivement à l'effort, beaucoup plus bénignes lorsqu'elles sont provoquées par la chaleur, le stress, la peur (vue du sang). Mais il faut penser aussi à des manifestations d'hypoglycémie (par exemple chez un diabétique sous insuline), à une parasomnie si la crise a lieu au cours du sommeil (sommambulisme, éveil confusionnel, comportement violent au cours du sommeil paradoxal), à des mouvements anormaux (tics pris pour des myoclonies, par exemple).

Comme on le voit, le diagnostic d'épilepsie ne s'impose pas devant toute manifestation anormale transitoire. S'il est encore parfois ignoré, l'épilepsie restant méconnue, il peut aussi être porté par excès, et on ne s'étonnera pas que des patients soient « rebelles » au traitement antiépileptique si le mal que l'on pense soigner n'est pas de nature épileptique... Pour encore compliquer les choses, il faut bien entendu garder à l'esprit qu'un patient épileptique peut aussi présenter des crises non épileptiques, son épilepsie étant considérée à tort comme « résistante ». Prenons donc le temps de bien interroger nos patients, et de rassembler la meilleure documentation possible des « crises » avant de conclure à leur nature épileptique.

Guy Farnarier

Distinguer crises épileptiques, psychogènes et syncopes			
	Crises épileptiques	Crises psychogènes	Syncopes
Durée	brève	longue	très brève
Caractère	stéréotypé, déroulement « logique »	très polymorphe, fluctuant, spectaculaire	stéréotypé brutal
Circonstances	spontanées	anxiété, spectateurs	effort, chaleur, station debout
Perte d'urine	possible (crise GTC)	non	rare
Morsure de langue	latérale (crise GTC)	non	rare, pointe

Connaître le syndrome de West

Le syndrome de West correspond à une forme rare, mais très grave, de l'épilepsie de l'enfant. Il se manifeste chez le bébé entre quatre et douze mois, par des spasmes qui surviennent le plus fréquemment au réveil. On constate souvent des contractions brutales du corps en « flexion » : l'enfant se recroqueville sur lui-même, bras et jambes pliés, et fléchit la tête en avant ; puis s'ensuit un relâchement musculaire. Les spasmes peuvent s'accompagner d'yeux réversés. Au début, ils sont brefs et isolés, mais ils surviennent ensuite par « salves » de dix minutes. Entre les crises, l'enfant est normal. D'où la difficulté de diagnostic : si les parents consultent leur médecin entre deux crises, ce dernier peut penser qu'il s'agit de reflux gastro-oesophagiens ou de coliques du nourrisson. Or, pour être efficace, la prise en charge, en service de pédiatrie, doit démarrer le plus tôt possible. Elle associe souvent des corticoïdes avec un antiépileptique. Un retard de diagnostic de plusieurs semaines après les crises entraîne des dommages sur le cerveau, et parfois un lourd retard psychomoteur : difficultés à marcher, à parler, troubles du comportement...

Sites internet :

<http://sudwest.free.fr/> et www.orphanet.fr

Axiome du MGC

La formation continue est effective et les échanges de pratiques entre pairs sont réalisés de façon régulière.

La Position Latérale de Sécurité (PLS)

Elle doit être utilisée lors d'une perte de connaissance en dehors de toute détresse respiratoire, ceci afin d'éviter des inhalations dans l'arbre trachéo-bronchique. Il faut mettre la personne sur le côté avec le membre inférieur le plus haut en flexion. Il est conseillé de mettre un coussin sous la tête pour respecter autant que possible l'axe tête-cou-tronc. Cependant, la PLS reste contre indiquée lors des traumatismes crânio-cervicaux.

Les hépatites virales aiguës

Rappel de quelques pièges à bien connaître:

1. La plupart des hépatites virales sont peu ou pas symptomatiques (tant à la phase aiguë que chronique).
2. Il existe à l'opposé des formes pseudo-chirurgicales : douleur abdominale intense avec parfois presque une défense à la palpation ; épaissement de la paroi vésiculaire en échographie (fréquente en cas d'hépatite aiguë). Le diagnostic repose sur le dosage des transaminases puis les sérologies.
3. L'hépatite aiguë évolue classiquement (mais pas toujours) en trois phases.
 - ▶ **Incubation** : elle est silencieuse ; sa durée est fonction du virus
 - ▶ **Phase pré-ictérique** : elle dure de 5 à 10 jours ; elle peut comprendre un syndrome pseudo-grippal (asthénie, fébricule, nausées, myalgies, arthralgies) ; le risque à ce stade est la prise de médicaments susceptibles d'aggraver l'hépatite (paracétamol, AINS).
 - ▶ **Ictère** : Lorsqu'il est présent, il comporte une augmentation de la bilirubine conjuguée ; Il n'est parfois visible qu'au niveau des yeux examinés à la lumière du jour, L'asthénie est le symptôme le plus fréquent à ce stade.

Les formes cliniques

1. Les formes asymptomatiques ou pauci-symptomatiques (syndrome pseudo-grippal) sont les plus fréquentes.
2. Les formes graves sont rares (ainsi l'hépatite B évolue vers une forme fulminante ou subfulminante dans 1% des cas), mais elles mettent en jeu le pronostic vital. Elles compliquent certaines hépatites ictériques et elles surviennent généralement dans un contexte particulier : prise d'alcool ou de médicaments hépatotoxiques, grossesse (hépatite E, hépatite herpétique), immunodépression.
3. Les hépatites cholestatiques s'accompagnent de prurit et comportent une élévation des phosphates alcalines et de la gamma-GT. Leur évolution est parfois prolongée (hépatite A chez l'adulte).
4. Les formes biphasiques (qui comportent une aggravation après une amélioration initiale) s'observent notamment : au cours de certaines hépatites A, en cas d'infection B-Delta (le 2ème pic correspond à la durée d'incubation du virus Delta).

Dr Claude Eugène
Clinique Saint-Louis (Poissy)

Prise en charge d'une fièvre aiguë inexpliquée

Sur le terrain, une fièvre aiguë inexpliquée se résume en une fièvre de moins de 5 jours, sans point d'appel ni foyer infectieux évidents. Cette situation très fréquente nécessite un raisonnement clinique rigoureux, indispensable pour assurer une bonne prise en charge des malades.

La démarche diagnostique commence par la confirmation de la fièvre (température > 38°C) et la recherche des signes de gravité. La présence d'un ou plusieurs signes de gravité nécessite une prise en charge urgente (Schéma 1).

S'il n'y a pas de signes de gravité, la suite de la prise en charge repose essentiellement sur la présence ou l'absence d'un point d'appel ou d'un foyer infectieux (Schéma 2).

SCHÉMA 1

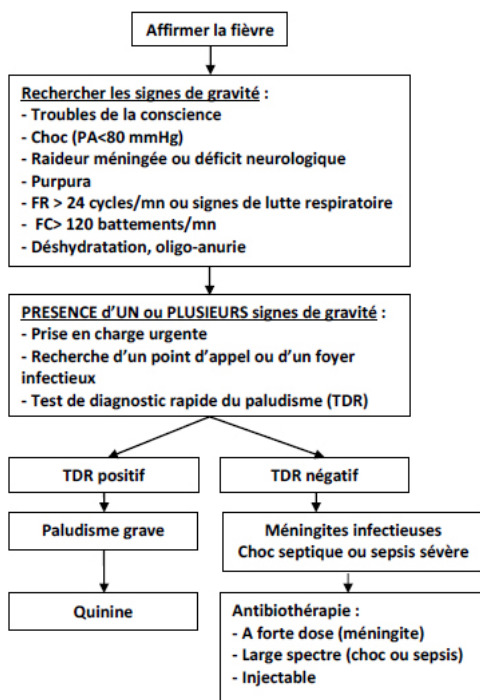
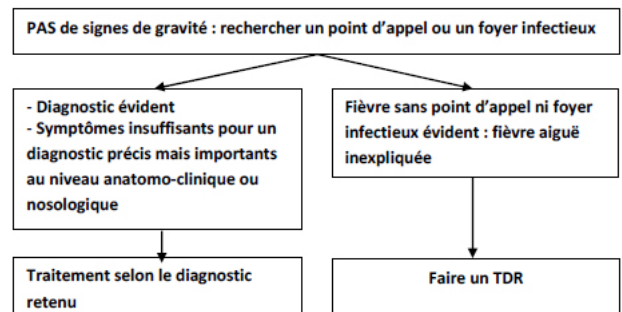
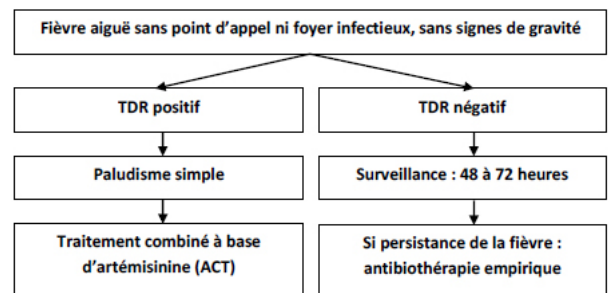


SCHÉMA 2



Au cours d'une fièvre aiguë sans point d'appel ni foyer infectieux évident, la conduite thérapeutique repose sur le résultat du TDR. L'antibiothérapie empirique dépend de l'épidémiologie locale des principales infections bactériennes les plus fréquentes dans la région (Schéma 3)

SCHÉMA 3



Dr Rakotoarivelo Rivo Andry
(HJR de Befelatanana - CHU d'Antananarivo)
Expert du Réseau Fièvres-Paludisme (RFP) de l'AMC-MAD



6èmes assises de la MGC à Antananarivo

Les sixièmes assises de la MGC se sont tenues à l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC) le 13 octobre 2011. L'amphithéâtre était plein, marqué par la présence des responsables de l'INSPC, de l'Ordre National des Médecins (ONM) et du Ministère de la Santé Publique, d'une délégation de Santé Sud France, des MGC de l'association des médecins communautaires de Madagascar (AMC-MAD) et de l'association des médecins de brousse de Tulear (Tealongo).

Le renouvellement de la convention entre Santé Sud Madagascar et l'ONM a été signé à cette occasion. Dominique Desplats et Clément Razakarison ont présenté « Le guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar » qui a été ensuite diffusé à tous les médecins. Pour la première fois, les MGC ont présenté des communications qui ont été discutées ensuite avec l'auditoire :

- ▶ « la prise en charge des épileptiques en situation isolée » par le Dr Mamisoa Herizo Lala ;
- ▶ « l'évaluation d'une stratégie de prise en charge des cas de fièvre par des MGC dans les Hautes terres centrales de Madagascar » par le Dr Randrianiriana Gervais ;
- ▶ « le rôle social du médecin généraliste communautaire » par le Dr Randrianiasimanana Ionisoa ;
- ▶ « la formation continue en groupe de pairs » par le Dr Ranaivoson Fenomanana.

Après cette belle journée qui a grandement renforcé la notoriété des médecins communautaires, l'AMC-MAD a tenu le lendemain son Assemblée Générale avec l'élection d'un nouveau bureau dont le président est désormais le Dr Rabenjahiriana Herimanjaka. A signaler également que l'association Tealongo a signé un nouvel accord de collaboration avec la délégation de Santé Sud à Madagascar.

Vers un projet MGC en Guinée ?

Une mission exploratoire de Santé Sud s'est rendue en Guinée du 27 novembre au 17 décembre 2011, reçue par FMG (association Fraternité Médicale Guinée) et son directeur, le Dr Abdoulaye Sow. Il s'agissait de faire ensemble une analyse du système de santé guinéen et de voir concrètement si les conditions étaient réunies pour pouvoir envisager un programme d'installation de médecins généralistes en milieu rural. Les rencontres ont été nombreuses et riches en informations, aussi bien à Conakry que sur le terrain.

Le nouveau contexte guinéen plus ouvert à des solutions nouvelles, le grand nombre de médecins formés et sans emploi, la sous médicalisation des zones rurales malgré une bonne couverture sanitaire du pays nous ont incité à proposer un projet-test sur une zone circonscrite. Ce projet expérimental sera suivi par l'INSP (Institut National de Santé Publique) tout au long de sa réalisation de façon à pouvoir l'analyser avant d'envisager un passage à plus grande échelle. Reste à rédiger le projet et à trouver les financements nécessaires !

Lisez et faites connaître « *Le guide du médecin généraliste communautaire* »

Ce livre indispensable est en ligne sur le site www.santesud.org
Vous pouvez le commander ou le télécharger gratuitement !

Réunion à Marseille du groupe MGC de Santé Sud, le 19 novembre 2011, avec les représentants des délégations locales du Mali, de Madagascar, d'Algérie et de Tunisie*.

Même si les situations sont très différentes entre l'Afrique du Nord et l'Afrique Subsaharienne, les discussions ont bien montré des similitudes concernant la « médecine de proximité » qui peuvent être résumées en quelques phrases clés :

- 1/ l'accès inégal des populations à des soins de proximité de qualité ;
- 2/ le manque de reconnaissance de la médecine générale de première ligne, dans l'ensemble peu considérée et peu valorisée ;
- 3/ l'isolement et le manque de mise en réseau des structures médicales de proximité, publiques comme privées, avec une absence de liens entre les deux secteurs.

Ces constatations ont un impact négatif sur les pratiques professionnelles et la qualité des soins en Tunisie et en Algérie. Au Mali et à Madagascar, avec le nombre de plus en plus important de médecins qui s'installent, le problème de la qualité des pratiques se pose également. Il a été convenu que Santé Sud, via le groupe MGC et les responsables des délégations locales, devait garder le leadership de la qualité en soutenant les associations professionnelles locales de façon à renforcer les capacités de leurs équipes-cadres sur la base du « référentiel métier » du MGC.

Espérons que 2012 verra la naissance de nouvelles rencontres avec les médecins généralistes en Afrique du Nord et le renforcement des dispositifs qualité au Mali, à Madagascar et au Bénin. Et que nous pourrions développer davantage les liens Nord-Sud et Sud-Sud sur cette thématique de la pratique médicale de proximité.

* Le Dr Ismaïl Yacoubou, responsable du programme MGC au Bénin, était malheureusement absent : refus de son visa par le consulat français à Cotonou malgré l'invitation de Santé Sud pour ce programme financé par ... une subvention française !

Rédaction et présentation : D. Desplats, G. Santini
Comité de lecture : R. Caplain, G. Farnarier, B. Plailly.

Faites circuler le Clinicien, n'hésitez pas à le photocopier !

SANTE SUD
200 bd National, Le Gyptis Bt. N
13003 Marseille – France
Tél : 33 (0) 4 91 95 63 45
Fax : 33 (0) 4 91 95 68 05
contact@santesud.org
www.santesud.org

SANTE SUD MALI
B.P. E 686
Bamako
Mali
Tél / fax : 223.22.20.227
santesud@africone.net.ml

SANTE SUD MADAGASCAR
Lot IVC 31 4
Ambatomitsangana
101 Antananarivo
Madagascar :
Tél / Fax : 261.20.22.35.956
sante-sud@moov.mg

AIMS
02BP866 Parakou
Bénin
Tél : 229.23.10.06.92
aims_mas@yahoo.fr