le généraliste MEDECIN
www.legeneraliste.fr
Vendredi 19 juin 2009 | N°2493

LES GRANDS PRIX DU GÉNÉRALISTE

8 CONFRÈRES À L'HONNEUR


Dr Mireille BECCHIO
(Villejuif)


Dr J.-C. GEORGE
(Souilly)




Dr Lucie GINOUX
(Marseille)


Dr Alain GOLDCHER
(La Varenne-St-Hilaire)


Dr Régis PROUST
(Beauvoir-sur-Mer)


Dr F.-P. SERRA
(Bergues)


Dr Charles VANBELLE
(Chambéry)


Dr Patrick VUATTOUX
(Besançon)

VOISIN/PHANIE

N°2493
ISSN 0183 4568 - CPPAP N° 0212 T 81255

LE GÉNÉRALISTE **FMC**

DIABÈTE DE TYPE 2
Les nouveaux objectifs thérapeutiques

Lire notre cahier

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
NOUVELLE DONNE DANS LE TRAITEMENT

SYNDICATS
CHASSANG ET JEAMBRUN LACHENT LA CONVENTION

le Généraliste

Vendredi 19 juin 2009 N° 2493



VOISIN/PHANIE

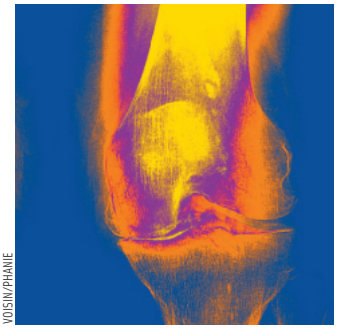
A LA UNE

Grands Prix du Généraliste **Les huit lauréats** P. 9



GARO/PHANIE

Syndicats **Fin de vie pour la convention** P. 12



VOISIN/PHANIE

Rhumatologie **Les temps forts de l'Eular 2009** P. 19

La semaine de Deligne 4
La semaine du généraliste 6

ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

Prescriptions Le tour de vis du gouvernement 8
Grands Prix du Généraliste
Pleins feux sur les huit lauréats de l'année 9
Syndicats La mort annoncée de l'actuelle Convention 12

le Généraliste FMC

Cas clinique Il faut savoir penser à l'ostéoporose cortisonique 14
Mise au point Les nouveaux objectifs thérapeutiques du diabète de type 2. 15

ACTUALITÉ MÉDICALE

Eular 2009 Les rhumatologues revisitent la polyarthrite rhumatoïde, la fibromylagie, l'arthrose et l'ostéoporose. 19
Endocrinologie La piste fertile du syndrome métabolique 24

ACTUALITÉ DU MÉDICAMENT

Prix MEDEC 2009 Un excellent millésime. 25

PETITES ANNONCES 26

GESTION

Tâches administratives
Les astuces à connaître pour se simplifier la vie ! 35

Avec ce numéro, un encart jeté 4 pages « Haute Autorité de santé ».

L'ÉDITORIAL

Trou noir

Gigantesque, abyssal, monstrueux ? Les mots ne suffisent plus pour qualifier le déficit de la Sécu, tel que le prévoit la Commission des comptes pour la fin de l'année. Avec plus de 20 milliards d'euros, dont la moitié pour la seule branche maladie, le « trou » atteint des profondeurs jamais égalées. Et, si l'on cumule ce solde avec les autres déficits publics, on dépasse, de l'aveu même d'Eric Woerth, les 6 % du PIB. Il est vraiment loin, le « Pacte de stabilité » qui imposait à tous les Etats de la zone euro un seuil maximal de 3 % !

Pauvre « ministre des Comptes »... Ce nouvel intitulé était une trouvaille de Sarkozy, censée signifier que, dans son équipe, la rigueur serait de règle et l'équilibre une priorité. Or, voilà Eric Woerth empêtré dans une des pires conjonctures à laquelle ait jamais été confronté un « Duc » de Bercy. La situation est d'autant plus inextricable que le gouvernement se trouve – c'est une première – quasiment dans l'incapacité de bouger. Côté recettes, la crise actuelle lui interdit de faire cracher l'assuré ou le contribuable au bassinet. Sauf à renoncer à tout espoir de relance, hausse de cotisations ou de CSG sont donc inenvisageables avant 2010. Et quant à la TVA sociale, on attendra des périodes plus calmes pour ressortir le mistigri.

L'autre paradoxe du moment, c'est la bonne tenue des dépenses. Grosso modo, tout se déroule conformément aux prévisions de l'Ondam 2009. Et d'ailleurs, le mois dernier, le comité d'alerte n'a rien trouvé à y redire. C'est pourtant sur ce seul versant que l'équipe Fillon dispose d'une (petite) marge de manœuvre. Cette semaine, Eric Woerth et Roselyne Bachelot ont insisté sur la nécessité de serrer encore les boulons. Sus aux assurés dépensiers et aux prescripteurs trop généreux ! Pour l'instant, les pouvoirs publics se focalisent sur les arrêts de travail. Mais il est clair que c'est l'ensemble de votre activité qui va être passé au peigne fin. Roselyne Bachelot souligne que les médecins, a priori, ne remplissent que 60 % de leurs objectifs de maîtrise médicalisée. Et pour elle, ça ne suffit pas. ■



JEAN PAILLARD,
directeur de la rédaction

LES ÉDITIONS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE
21, rue Camille-Desmoulins,
92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9
Tél. : 01.73.28.14.70.
Fax de la direction : 01.73.28.14.71.
http ://www.legeneraliste.fr
S.A.S. au capital de 150000 euros
Durée : 60 ans à compter du 24 décembre 1975
Actionnaire unique: MEDICA Holding
Président-directeurgénéral, directeur de la publication: Dr Gérard Kouchner
Directeur général: Dr Philippe Leduc
pleduc@legeneraliste.fr
Directeur de la rédaction:
Jean Paillard (14.74)
jpaillard@legeneraliste.fr

Abonnements: 01.73.28.14.18.
abonnements@legeneraliste.fr
40 numéros :
- médecins : 82 euros TTC
- étudiants : 49,20 euros TTC

Dépôt légal : à parution.
Commission paritaire : 0212 T 81255
ISSN : 0183 4568
Copyright *Le Généraliste*

Impression, Brochage :
SIEP, 77590 Bois-le-Roi.
Technic Imprim, 91971 Les Ulis.

Le Généraliste est une publication de CMPMedica France

Vous aussi réagissez sur :
redaction@legeneraliste.fr

Ma traditionnelle colère du vendredi...

TÉLÉTRANSMISSION Quand je vois votre publicité sur « *Les bonnes raisons pour vous abonner au Généraliste* », je trouve une bonne raison de ne pas se réabonner : « *la mauvaise parole donnée aux ennemis des médecins libéraux* » en l'occurrence à Madame Marie-Renée Babel, directrice de la Caisse primaire d'assurance-maladie de Paris […] dévoreuse de médecins généralistes.
J'ai toujours été contre la télétransmission des feuilles de soins et j'ai été le dernier à le faire dans mon département de Meurthe-et-Moselle. J'ai été pénalisé d'environ 1 000 euros avant le déconventionnement […] car la convention signée alors faisait, paraît-il, obligation de télétransmettre. En 2006, la nouvelle convention recommandait de télétransmettre, mais sans obligation. J'ai bien sûr exigé de la Cpam de Nancy le remboursement de ces pénalités. La Caisse primaire a refusé en invoquant la non-rétroactivité de la loi en France. […] Tout cela avait été décidé par le président du conseil d'administration de la Cpam de Nancy […].
Ce n'est pas la première fois que j'écris à la rédaction du *Généraliste* et j'avoue que souvent, le vendredi, à la lecture de votre hebdomadaire, je bous de colère car il y a toujours un article qui me déplaît. Pourtant, je me réabonne chaque année car il est intéressant. ■

Dr André Krenner, Heillecourt (Meurthe-et-Moselle).

le généraliste.fr
LES BLOGS DU GÉNÉRALISTE
Les femmes arrivent en force sur notre site avec deux blogs consacrés à la Santé des femmes et à la Médecine au féminin. Et retrouvez aussi nos rubriques : « Blog à blagues », « Réquisactions » et « Brève histoire de la médecine ».

PING PONG

Dr Jean-Louis Martron, Jarnac (Charente).

Progressons ensemble

Les recommandations vaccinales sont une préoccupation et j'essaie de me tenir informé […]. Le généraliste n'est qu'un des acteurs de la vaccination. Deux fois sur trois, les enfants de ma patientèle sont vaccinés par les services de PMI, les pédiatres ou la médecine scolaire. Le Pr Floret pose, dans le n° 2492 du *Généraliste*, la bonne question de l'organisation de notre système de santé. Le « médecin traitant » n'a pas changé grand chose. De grâce, cessez de désigner les généralistes comme les mauvais élèves.

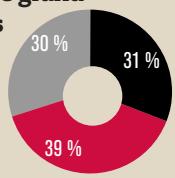
QUESTION DE LA SEMAINE

répondez sur www.legeneraliste.fr

« Quelle est la meilleure idée pour combler le déficit de la Sécu ? »

VOS RÉPONSES À LA QUESTION FLASH

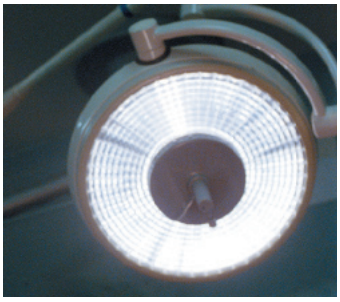
« Pour vous, quel est le grand gagnant des élections européennes ? »



- Nicolas Sarkozy
- Les abstentionnistes
- Les écologistes

LA SEMAINE DE DELIGNE




RAJAU/PHANIE

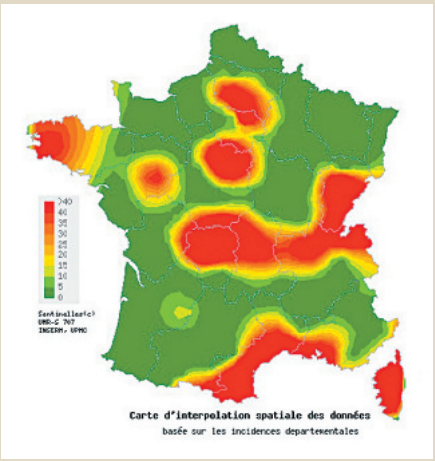
ON EN PARLE…

Greffes d'Icare

MAINS-VISAGE. Le rêve du Pr Lantieri était-il celui d'Icare ? Il est de bon ton ces jours-ci de s'indigner de la prétention des chirurgiens à vouloir remodeler les chairs brûlées et dévastées… Mais le 5 avril dernier, lorsqu'une quinzaine de chirurgiens, dont Laurent Lantieri, réalisaient une première mondiale, tout le monde applaudissait. Le décès du patient met fin à un formidable espoir mais il ne doit pas occulter le succès initial de la double greffe. Le risque d'infection était connu avant et il le sera encore mieux désormais. A la tête du registre international de ces greffes révolutionnaires, le Pr Dubernard, chef d'orchestre de l'exploit de 2005 réalisé avec Bernard Devauchelle et Sylvie Testelin, le souligne humblement : « *Après 16 doubles greffes de mains, 26 greffes d'une seule main et 7 greffes de visages, nous sommes encore dans une phase de recherche même si les données sont solides sur les plans fonctionnel, immunologique ou psychologique. Chaque cas est particulier.* » La médecine en quelque sorte… ■

LA MÉTÉO ÉPIDÉMIQUE DU GÉNÉRALISTE

Incidence de la varicelle du 10 au 16 juin 2009.



Disparités régionales

- Le taux d'incidence de la varicelle en France métropolitaine montre une activité modérée à forte au seuil de l'été.
- Les régions plus particulièrement touchées sont la Bretagne, la Picardie, le Centre, la Franche-Comté, l'Auvergne, Rhône-Alpes, le Limousin, le Languedoc-Roussillon et la Corse.

Source : Sentiweb/Inserm-DGS-InVS.

LE TOP


DR

Dr Arnaud Blessemaille
Ce généraliste de Baume-les-Dames succède au Dr Vuattoux *(lire notre dossier)*, à la présidence de la Fédération des maisons de santé comtoises.

LE FLOP


VOISIN/PHANIE

Christian Saout
Le président du Ciss a perdu son combat. Sa proposition de mise en place du « testing » n'a pas été retenue dans la version définitive de la loi « HPST ».

12,6% C'EST, SELON LA CARMF, le pourcentage d'accroissement des revenus en 2007 pour les médecins généralistes secteur 1. Une hausse qui s'explique par l'âge des médecins qui n'investissent presque plus en fin de carrière et par l'effet des revalorisations du C en 2006 et 2007.

L'AGENDA

Vendredi 19 juin
Deuxième jour du XV[e] Congrès de la SFAP (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs). Jusqu'au 20.
CNIT – 2, place de La Défense – 92053 Paris-La Défense.

Ouverture par Roselyne Bachelot du colloque organisé par la FNAPSY sur la prévention du suicide.
Ministère de la Santé. Paris VII[e].

lundi 22 juin
« Surveillance en santé environnementale : pourquoi et comment ? » Colloque organisé par l'InVs au ministère de la Santé.
renseignements : Colloque-Surveillance-SE@invs.sante.fr

Mardi 23 juin
22[e] édition d'Eurocancer. Jusqu'au 25.
Palais des Congrès – Porte Maillot – Paris.
contact@eurocancer.com
Tél. : 0800.940.883 (numéro vert).

Jeudi 25 juin
III[e] Congrès de la Médecine Générale France 2009. Nice Acropolis.

Conseil d'administration du SML.

Vendredi 26 juin
Cérémonie de Remise des bourses de la Fondation d'Entreprise
Groupe Pasteur Mutualité.

DIXIT

« Il y a des gens qui utilisent les transports sanitaires et qui prennent ensuite leur voiture pour faire leurs courses. La crise n'excuse pas tout… »

Eric Woerth, lundi, à l'issue de la réunion de la Commission des comptes de la Sécurité sociale !

Tour de vis sur les prescriptions

DÉRAPAGE Le déficit de la Sécu devrait atteindre d'ici à la fin de l'année le double de ce qui était prévu, soit plus de 20 milliards d'euros, selon les estimations rendues publiques lundi par la Commission des comptes. Un dérapage historique qui n'est pas dû à une explosion des dépenses mais à l'effondrement des recettes. Pour autant, le gouvernement n'envisage aucune augmentation des prélèvements, mais la maîtrise des dépenses sera plus stricte que jamais.

Lettres d'avertissement Bercy a ainsi demandé à la Cnamts d'adresser dans les prochains jours mille « lettres d'avertissement » aux gros prescripteurs d'arrêt de travail et de mettre sous accord préalable cent cinquante médecins supplémentaires en 2009. L'expérimentation de la contre-visite employeur qui permet à l'assurance-maladie de suspendre les IJ sera généralisée en 2010. De son côté, Roselyne Bachelot souhaite la diffusion rapide aux médecins de « *référentiels portant sur les pathologies les plus fréquemment observées dans les arrêts de travail* ». La Cnamts devra également enquêter sur les deux cents hôpitaux qui prescrivent le plus de transport. ■


GARO/PHANIE

Eric Woerth et Roselyne Bachelot n'envisagent pas d'augmentation des prélèvements.

Compromis parlementaire sur la loi « HPST »

Les sept sénateurs et les députés de la commission mixte paritaire ont bouclé mardi soir la version finale du projet de loi Bachelot. Le texte demeure assez proche de ce qui a été voté au Sénat. Seule surprise : les partenaires conventionnels sont sommés d'aboutir sur le secteur optionnel avant le 15 octobre sinon c'est le gouvernement qui encadrera les dépassements (plus d'infos sur www.legeneraliste.fr).

LE BILAN 2008 DU SECTEUR DU MÉDICAMENT

Le médicament est-il la solution pour sortir de la crise ? Le Leem l'affirme. En présentant mercredi le bilan 2008 du secteur, Les entreprises du médicament ont souligné que l'an passé la pharmacie se situait au quatrième rang des secteurs industriels pour l'importance de l'excédent commercial français et au troisième pour les exportations. **Christian Lajoux (photo)**, président du Leem, estime néanmoins que « *2008 a accentué cette profonde mutation, amorcée au cours des trois dernières années.* » Celle-ci est notamment caractérisée par le développement des génériques qui représentent désormais 10,2 % du chiffre d'affaires du médicament, contre 9,6 % en 2007. Et de ce point de vue, les nouveaux Capi inquiètent les industriels. Mais la principale préoccupation du Leem demeure le retard pris par la France dans le domaine de l'innovation. Ainsi, le Royaume-Uni possède quatre fois plus d'entreprises cotées dans le secteur des biotechnologies. Dans ce contexte, la prochaine réunion du Conseil stratégique pour les industries de santé est attendue avec impatience.


GARO/PHANIE

UN PORTAIL D'AIDE À L'INSTALLATION

Pour lutter contre la crise de la démographie médicale en Ile-de-France, douze partenaires franciliens ont lancé cette semaine un portail d'aide à l'installation : www.soigneneriledefrance.org. Ce dernier contient les cinq étapes du parcours professionnel en libéral.

24 %

C'est l'écart entre la France et la Grande-Bretagne en « *taux d'hospitalisation évitable* ». Une étude réalisée par le Leem en conclut que la qualité des soins primaires est meilleure chez nous.

LA CAMIONNETTE DE L'UNION GÉNÉRALISTE

Inspirés par les déclarations du Pr Guy Vallencien « *qui verrait bien les généralistes se balader en camionnette* », les coprésidents d'UG, les Drs Hamon et Bronner, ont organisé un « happening » devant le ministère de la Santé à bord de leur véhicule relooké pour l'occasion, façon camionnette de médecine foraine.

ÉLECTIONS ORDINALES : LE Dr LEGMANN CONFORTÉ

Treize postes ont été remis en jeu la semaine dernière dans le cadre du renouvellement par tiers de ses membres. Un scrutin qui traduit une claire stabilité de la composition du Cnom. A l'exception d'un battu, tous les membres sortants ont été réélus. Un résultat qui conforte la position du Dr Michel Legmann à la tête de l'institution ordinale.

MÉDECINS EN PROCÈS

Quatre médecins de l'hôpital Ambroise-Paré (Boulogne-Billancourt) comparaissent depuis hier au tribunal de Nanterre pour la mort en 200 d'une patiente dont ils auraient mal diagnostiqué la pathologie. Ils encourent jusqu'à trois ans de prison et 45 000 euros d'amende.

LE LEEM VEUT ATTAQUER LES CAPI

Le conseil d'administration du Leem envisage un recours au Conseil d'Etat contre les CAPI. Ce n'est pour l'instant qu'une menace car « *la concertation avec l'Uncam n'est pas rompue* », a précisé mercredi Christian Lajoux.

LES GRANDS PRIX DU GÉNÉRALISTE
LE PALMARÈS

ET LES GAGNANTS SONT …



REPORTAGE PHOTOS : VOISIN/PHANIE

Une première ! La remise des nouveaux « Grand Prix » du Généraliste a eu lieu le 11 juin. Organisée à Paris, la cérémonie a consacré deux femmes et six hommes dont la sélection – parmi la cinquantaine de dossiers qui nous ont été adressés – a souvent été, mi-mai, le fruit de discussions intenses entre les membres du jury. Comme les « G d'or » les années précédentes, les projets retenus ont consacré le dynamisme de confrères. Mais la définition de catégories de prix a permis de mieux mettre en évidence la diversité et la richesse d'une profession.

Ainsi le prix « Addiction », organisé avec notre partenaire Mylan, a permis de récompenser une initative de réseau dans le Val-de-Marne, le prix « Alzheimer » mis en place avec le laboratoire Lundbeck a honoré le projet d'un médecin coordonateur d'Ephad, et le prix « Prévention » – que parrainait le Groupe Pasteur Mutualité – contribuera à mieux faire connaitre le travail d'un généraliste solitaire de la Meuse sur les maladies transmises par les tiques. Entre autres projets primés, on retiendra aussi un projet humanitaire au Tibet, un DU original centré sur la podologie médicale, un site Internet de traduction pour les migrants et la Femasac (Fédération des maisons de santé comtoises).

Nous n'avons pas eu ici la place de parler des dossiers qui n'ont pas été primés, même s'ils témoignent eux aussi du dynanisme de la profession. Alors, patience, nous aurons l'occasion de les évoquer ultérieurement. Pour le reste, nos « Grands Prix » vous donnent rendez-vous en 2010. ■

Prix de la meilleure initiative en addictologie

Dr BECCHIO, pilote de réseaux



« *Quand j'ai ouvert mon cabinet dans le Val-de-Marne, personne n'était vraiment formé à la prise en charge des addictions et la prévention elle-même n'était pas particulièrement mise en avant dans l'activité ordinaire d'un généraliste* », se souvient le Dr Mireille Becchio. C'était en 1977. Mais la jeune généraliste de l'époque est curieuse, et militante. « *C'est en participant au Planning familial que je me suis aperçue de l'importance des échanges avec les patients dans l'élaboration d'un programme de prévention* », poursuit celle qui organise, depuis, de nombreuses séances de FMC. Une expertise qui la rattrape au début des années 2000 lorsque la Ddass la sollicite pour la mise en place de RAVMO (Réunir, Accompagner, Valoriser, Mettre en œuvre, Optimiser), un réseau transversal entre généralistes, spécialistes et usagers, « *pour le repérage, l'intervention brève et la prise en charge des addictions* ». ■

Prix de la meilleure action de prévention en médecine générale

Dr GEORGE, traqueur de MVT

Souilly ? Un petit village forestier sis dans les confins de la Meuse. Statut ? Chef-lieu de canton. Population ? Environ trois cents habitants. Médecins ? Un. Généraliste ? Oui, mais pas n'importe lequel. Le Dr Jean-Claude George est, en soi, un spécimen. Cet enfant du pays se trouve confronté, dans le milieu des année 1990, à des syndromes grippaux dans sa patientèle. Le généraliste lorrain se livre alors à une véritable enquête épidémiologique qui met en évidence l'origine infectieuse : les maladies vectorielles à tiques. Aujourd'hui, presque vingt ans plus tard, s'appuyant, entre autres, sur les conseils des CDC d'Atlanta (Georgie) avec qui il est toujours en contact, il monte, en avril 2000, un site de référence, libre et gratuit, pour la surveillance des MVT : www.maladies-a-tiques.com. ■



LES GRANDS PRIX DU GÉNÉRALISTE

LE PALMARÈS

Prix Formation médicale continue

Dr GOLDCHER, la passion du pied



Il ne s'en cache pas, bien au contraire. « *J'ai toujours été curieux de nature* », un tantinet hyperactif aussi. La preuve, avant médecine, il avait fait Math Sup', explorant, parallèlement d'autres centres d'intérêt. Arrive l'année 1980. Diplôme de médecine en poche, le Dr Alain Goldcher visse sa plaque de médecin généraliste. Exercice en solo, jusqu'en 1984, année qui sonne la date du coup d'arrêt. Et le début de son exploration des pathologies du pied. Avec reconnaissances universitaires à l'appui. C'est ainsi qu'il participe à la création, en 1987, du DU de podologie. Mais la consécration pour ce père de quatre enfants reste, à ce jour, la reconnaissance par le Conseil de l'Ordre, vingt ans plus tard, de ce même diplôme, en septembre 2008. Ce qui n'empêche pas le Dr Goldcher de poursuivre aujourd'hui son combat, multipliant les séances de formation aux quatre coins de la France. ■

Prix de l'investissement humanitaire

Le Dr PROUST, sur le Toit du monde

Installé pendant vingt-trois en Charente-Maritime, ce généraliste de 56 ans assiste un soir, par curiosité, à une conférence donnée dans son village par un sage tibétain. A l'issue, les deux hommes se mettent à discuter… ce sont les prémices de Tharjay. L'association



à vocation médicale, dont le nom signifie « entraide », voit ainsi le jour en 1998. Elle est aujourd'hui composée d'une trentaine de bénévoles, en majorité des généralistes, quelques spécialistes, ainsi que des dentistes des infirmières et des sages-femmes. « *Tous ont, depuis, foulé les sentiers du Toit du monde, venant ainsi en aide à la population nomade des hauts plateaux du Tibet, éloignée du monde et quasiment abandonné par ce dernier* », relève le Dr Régis Proust, président de l'association depuis 2001. Objectif de ces bénévoles : y élaborer un projet de soins et y construire un établissement médical. La Clinique des hauts plateaux. ■

Prix de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

Dr SERRA, formateur agréé

En 2003, ce médecin généraliste de 58 ans installé dans le nord de la France débute un nouveau job : médecin coordonnateur en Ehpad. Un choc. « *Celui d'être confronté au désarroi du personnel devant les situations d'agitation et surtout des cris* ». Les soignants y tiennent le plus mauvais



rôle, assistant « *impuissants à la misère de la démence, en tentant d'y apporter une réponse affective malheureusement insuffisante et source d'épuisement physique et moral* », se souvient Francis-Pierre Serra. Qui décide alors de suivre, à Lille, une formation gériatrique, doublée d'un diplôme de prise en charge des démences. Quatre ans plus tard, et après avoir à son tour formé l'équipe des quelque soixante-dix soignants de l'Ehpad Saint-Jean de Bergues, le personnel met en place un protocole de prise en charge avec pour objectif d'apporter la preuve de l'intérêt d'une prise en charge non médicamenteuse, dans les troubles psychocomportementaux des démences de la personne âgée. Mission accomplie. Et reconduite l'année prochaine. ■



Dans la salle, l'intérêt est manifeste, notamment celui du P.-D.G. du groupe CMP Medica, le Dr Gérard Kouchner *(au premier plan, 3e en partant de la droite).*



Au premier plan à gauche, le Dr Serra, lauréat, et le Pr Druais (CNGE).



A gauche, le Dr Vanbelle, lauréat, et le Dr Serin, membre du jury.



De gauche à droite : Jean Paillard, directeur de la rédaction, le Dr George, lauréat, le Dr Belon (Groupe Pasteur Mutualité) le Pr Marc Brodin, professeur de santé publique et le Dr Philippe Leduc, D.G. du *Généraliste.*

le généraliste.fr
LE FILM Retrouvez les meilleurs moments de la soirée sur notre site

Prix de la relation médecin-patient



Dr VANBELLE, papa de Traducmed

A l'évidence, le Dr Charles Vanbelle n'est pas seulement un énorme bosseur. C'est aussi un médecin généraliste de cœur d'à peine trente ans. « *Tout a commencé lors de mon dernier semestre de stage du 3e cycle de médecine générale, au cours duquel j'ai été sensibilisé aux problèmes que rencontrent les migrants dans leur parcours de soins* », explique le jeune médecin qui travaille à Chambéry. C'est de ce constat que nait Traducmed, outil complémentaire qui se situe entre traductions écrites et interprétariat. Ce dernier s'appuie sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication. Mis à disposition sur la toile, il est d'un accès national et gratuit et permet au personnel médical d'évaluer, en l'absence de traducteur, les urgences médicales, sociales ou administratives, et d'expliquer au patient le déroulement de l'examen médical. (www.traducmed.fr). Pour l'heure, quatorze langues, de l'allemand au tchèque, y sont référencées. ■

Prix de l'innovation dans l'organisation des soins



Dr VUATTOUX, bâtisseur de maisons de santé

A quarante-deux ans, le Dr Patrick Vuattoux est un précurseur. L'histoire de ce généraliste franc-comtois, et de ses confrères débute en 2007. « *C'est au mois de mars qu'est née, en Franche-Comté, la première fédération régionale des maisons, pôles et centres de santé de France* », se souvient-il. Depuis, la Femasac ou Fédération des maisons de santé comtoises regroupe six maisons ou pôles de santé en fonctionnement. Tandis que deux équipes de professionnels de santé mettent aujourd'hui, dans la région, la dernière touche à leur projet. Entre temps, la Femasac a déjà écrit sa propre charte et sa définition du terme « maison de santé » ainsi que les thèmes qu'elle entend y développer. Comme l'éducation thérapeutique des malades chroniques , la promotion du travail multi- et interprofessionnel ou encore la recherche en soins primaires. ■



JEUDI 14 MAI : Le jury, étudie attentivement la cinquantaine de dossiers de candidature. La sélection est ardue, mais à l'issue de la délibération, il ne peut en rester que huit.
***De gauche à droite*, le Dr Chevillot, le Dr Siegrist, le Dr Maffioli, qui cache le Dr Serin assis. Face à eux, le Pr Gentilini, le Pr Brodin et le Dr Mackowiak.**

Prix spécial du jeune généraliste



Dr GINOUX la benjamine

96e aux ECN 2008, Lucie Ginoux a été la première de l'amphi de garnison à avoir choisi médecine générale. Un choix qui lui ouvrait de droit « le Prix spécial du jeune généraliste » *(lire son portrait dans* Le Généraliste *n° 2484 du 3 avril 2009)*. ■



Le Dr Lucie Ginoux arborant fièrement son prix.



Sur l'estrade, le directeur de la rédaction brosse le portrait d'un des lauréats.



Petite photo de famille des lauréats de l'édition 2009 des « Grands Prix » du *Généraliste*.

SYNDICATS

L'actuelle convention en fin de vie

La Csmf et le SML s'opposent à la reconduction tacite de la convention au-delà de février 2010. Des négociations devraient s'ouvrir rapidement.

Une page se tourne dans l'histoire conventionnelle. Réunie en AG extraordinaire le week-end dernier, la Csmf a adopté une motion selon laquelle elle « *décide, sous réserve que le cadre législatif reste en l'état, de s'opposer à la tacite reconduction* » de la convention actuelle au-delà de son terme légal, le 11 février 2010. Formellement, la Conf' ne dénonce pas la convention actuelle. « *Cela aurait été ridicule et n'aurait rien changé* », précise Michel Chassang, son président. Par conséquent, ses représentants continueront à siéger dans les instances conventionnelles. Mais dès que le directeur de l'Uncam aura accusé réception du courrier de la Csmf, il devra ouvrir sans délai des négociations en vue de l'élaboration d'un nouveau texte.



PHOTOS : GARO/PHANIE

Les Drs Jeambrun (SML) et Chassang (Csmf) veulent négocier une nouvelle convention.

En cas d'absence d'accord avant l'échéance de la convention dans six mois, un arbitre désigné par l'Uncam et au moins un syndicat représentatif (ou à défaut par le président du Haut-Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie) pourra rédiger un « règlement arbitral ». Le SML a déjà fait partir son courrier et il demande l'ouverture immédiate des discussions. En outre, ses représentants ne participent plus aux commissions paritaires. Ainsi, les deux syndicats signataires de la convention de 2005 entendent redonner du souffle à la vie conventionnelle au point mort depuis presque deux ans. Par cette démarche habile, ils contrecarrent aussi les plans du gouvernement qui envisageait de proroger la convention pour une durée de douze à dix-huit mois. Le temps que se mettent en place les ARS et que soient organisées des élections pour les futures unions régionales des professionnelles de santé. Mais ce sont surtout les autres syndicats médicaux qui sont furieux. En bousculant le calendrier, la Csmf et le SML privent le nouveau syndicat Union Généraliste, issu de l'alliance d'Espace Généraliste et de la FMF-G, de la possibilité de négocier la future convention avec eux. Pour l'heure, ils ne sont pas représentatifs et il faudra attendre les prochaines élections professionnelles pour qu'une nouvelle enquête de représentativité soit organisée. ■ ***V. H.***

CONTRATS INDIVIDUELS

Mille CAPI ont déjà été signés

Le Pr Hubert Allemand, médecin conseil de la Cnamts répond aux critiques.

LE GÉNÉRALISTE. Pourquoi souhaitez-vous réagir aux avis d'experts de notre dernier dossier sur les CAPI ?

Pr Hubert Allemand. Ce qui m'a supris de la part de certains de vos interlocuteurs est qu'ils remettent en cause les recommandations de la HAS. C'est leur droit. Rappelons que l'assurance- maladie n'est pas habilitée à émettre des référentiels, il faut donc utiliser ceux qui existent. Et comment pourrait-on gérer un système de soins, si on ne se réfère pas aux recommandations que la profession se donne à elle-même ?

Pourquoi cependant avoir privilégié certains objectifs ?

Pr H. A. Pour éviter tout ajout de travail administratif de la part des médecins, le suivi des objectifs des CAPI doit pouvoir être entièrement réalisé par les caisses à partir de nos bases de données. Le choix des objectifs a été fait là, dans des domaines sanitaires pour lesquels globalement les résultats ne sont pas optimaux comme le suivi des patients diabétiques. Quand on sait que 40 % seulement des diabétiques bénéficient d'un fond d'œil annuel, on se dit qu'il y a encore du chemin à parcourir.

Pourquoi avoir limité les objectifs de dépistage aux cancers du sein ?

Pr H. A. Pour démarrer les CAPI, nous avons préféré une batterie d'objectifs relativement limitée. Mais on peut très bien imaginer que si les médecins adhèrent au dispositif, il soit enrichi. C'est pourquoi, nous proposerons que les CAPI soient intégrés dans la convention médicale afin qu'ils puissent être l'objet d'une évolution concertée.

N'aurait-il pas été plus judicieux de redire les bonnes indications ?

Pr H. A. Nous le faisons déjà dans le cadre de la maîtrise médicalisée. Mais nous ne pouvions pas intégrer des objectifs liés aux indications dans les CAPI, tout simplement parce que les bases de données de l'assurance-maladie ne disent rien sur les diagnostics posés par les médecins.

Avez-vous repris langue avec le Conseil de l'Ordre qui est très opposé au CAPI ?

Dr H. A. Nous sommes bien sûr toujours en contact pour étudier les évolutions. Mais selon nos premières analyses, il ne semble pas certain que les médecins aient besoin de transmettre le contrat individuel qu'ils ont signé à leur CDOM car ce n'est pas un contrat de droit privé. ■

Propos recueillis par le Dr Linda Sitruk et Véronique Hunsinger.

le généraliste FMC
LA FMC DU SPÉCIALISTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

CAS CLINIQUE & EBM

Ostéoporose cortisonique. Les femmes et les hommes de tous âges et toutes origines ethniques perdent de la masse osseuse pendant une corticothérapie systémique. Evaluer et prévenir le risque fracturaire chez ces patients est donc essentiel. → page II

MISE AU POINT

Les nouveaux objectifs du diabète de type 2. L'abaissement de l'HbA1C au-dessous de 7 % doit être envisagé au cas par cas chez les sujets diabétiques de type 2 car le bénéfice de l'intensification du traitement dépend de différents facteurs. → page III

DIABÈTE DE TYPE 2

DES OBJECTIFS SUR MESURE POUR L'HbA1C



MAURITIUS/PHOTONONSTOP

QUIZ *(réponses p. III)*

1. Une prise systémique en cours d'un équivalent de prednisone à la dose de 7,5 mg/j pendant au moins trois mois est susceptible de provoquer une ostéoporose cortisonique dans les cas suivants *(lire p. II)* :
A ❑ Chez la femme ménopausée uniquement.
B ❑ En population générale féminine.
C ❑ Chez l'homme.

2. L'intensification du traitement chez le diabétique de type 2 pour abaisser l'HbA1C au-dessous de 7 % n'est désormais plus systématique *(lire p.III)* :
A ❑ Vrai.
B ❑ Faux.

3. En cas d'ostéoporose cortisonique, un traitement spécifique peut être proposé si à la tomodensitométrie *(lire p. II)* :
A ❑ Le T-Score est ≤ -2,5 avec des facteurs de risque.
B ❑ Le T-Score est < -2,5
C ❑ Le T-Score ≤ -3.

4. Les objectifs d'HbA1C chez le sujet diabétique doivent tenir compte *(lire p. III)* :
A ❑ De l'âge du patient.
B ❑ De l'ancienneté du diabète.
C ❑ De la valeur initiale de l'HbA1C.
D ❑ De la présence d'une obésité.

Rhumatologie La cortisone est la cause la plus fréquente d'ostéoporose induite par les médicaments (1). Les femmes et les hommes de tous âges et toutes origines ethniques perdent de la masse osseuse pendant une corticothérapie générale. Les fractures vertébrales incidentes sont, en l'absence de prévention, très fréquentes chez ces patients (30 à 50 %).

PENSER À L'OSTÉOPOROSE CORTISONIQUE

Dr Eric Thomas (PH, service de Rhumatologie. Hôpital Lapeyronie, 34295 Montpellier cedex 5. Courriel : e-thomas@chu-montpellier.fr).

Christiane R., 63 ans, consulte pour des rachialgies diffuses. Pour des antécédents d'asthme sévère, elle a reçu de façon intermittente de nombreuses cures de Solupred® à des doses oscillant entre 40 et 60 mg/j. Actuellement, elle n'en prend plus que 10 mg/j. Christiane a été ménopausée à 50 ans et n'a pas pris de THS. Elle n'a pas d'antécédent personnel ou familial de fracture. A l'examen, il existe des signes modérés d'hypercorticisme, la taille est stable, il n'y a pas d'impotence fonctionnelle ni de syndrome fracturaire vertébral. Elle présente une cyphoscoliose dorso-lombaire connue de longue date et une insuffisance musculaire globale qui peuvent expliquer les rachialgies. Les radiographies n'objectivent aucune déformation vertébrale. Une rééducation douce de l'ensemble du rachis lui est conseillée. Compte-tenu de la corticothérapie, vous prescrivez une ostéodensitométrie de l'extrémité supérieure du fémur (le rachis risquant d'être difficilement interprétable vu la cyphoscoliose).

LE REMBOURSEMENT D'UNE OSTÉODENSITOMÉTRIE ?

→ Selon les recommandations (2) de la HAS concernant l'ostéodensitométrie, la corticothérapie constitue une des indications remboursées de l'examen *(encadré E1)*. Il existe une nuance importante entre la population générale et la femme ménopausée. Dans le premier cas, il faut **une prise actuelle de corticoïdes par voie générale à une posologie supérieure ou égale à 7,5 mg/j de prednisone pendant une durée minimum de trois mois.** Dans le cas de la femme ménopausée, il suffit d'un antécédent de corticothérapie générale, prise dans les mêmes conditions.

FAUT-IL PRESCRIRE UN TRAITEMENT ?

→ Il faut proposer systématiquement une supplémentation vitamino-calcique. Les doses prescrites dépendent de l'apport alimentaire en calcium, et notamment de la consommation de produits laitiers et d'eaux minérales calciques. Cette supplémentation vitamino-calcique n'est ici qu'un traitement adjuvant et il faut y associer un traitement anti-ostéoporotique. Deux médicaments sont nommément remboursés dans l'indication ostéoporose cortisonique (3). On peut proposer l'étidronate en prise séquentielle de 400 mg/j pendant 14 jours tous les trois mois. Il est également possible d'utiliser le risédronate mais le dosage admis au remboursement dans cette indication est uniquement le 5 mg en prise quotidienne. Le fragment 1-34 de l'hormone parathyroïdienne de synthèse, le tériparatide, a l'AMM pour l'ostéoporose cortisonique mais n'est remboursé que s'il y a au moins deux fractures vertébrales prévalentes. L'alendronate, en prise quotidienne de 10 mg, a également l'AMM mais n'est pas remboursé spécifiquement pour la prévention de l'ostéoporose cortisonique.

→ Cependant, si l'on se réfère au texte de l'HAS pour **le traitement médicamenteux de l'ostéoporose en l'absence de fracture, on peut lire que le traitement peut être proposé si le T-Score à l'ostéodensitométrie est ≤ -2,5 avec des facteurs de risque ou en cas de T-Score ≤ -3** (ce qui est le cas de Christiane). Or, dans les facteurs de risque, figure la corticothérapie générale. On pourrait donc proposer d'autres médicaments, sans déroger aux conditions de remboursement, comme, l'alendronate (en prise quotidienne ou hebdomadaire, seul ou associé à la vitamine D), le zolédronate annuel (5 mg IV), le dosage 35 mg hebdomadaire du risédronate ou le ranélate de strontium. L'ibandronate et le raloxifène paraissent un peu moins indiqués chez cette patiente qui a une déminéralisation majeure de la hanche et un risque fracturaire important à ce niveau. ◆

BIBLIOGRAPHIE

1– Fontana A., Delmas P.-D. L'ostéoporose : épidémiologie, clinique et approches thérapeutiques. Médecine/sciences 2001 ; 17 : 1297-1305.

2– HAS. Comment prévenir les fractures dues à l'ostéoporose ? www.has-sante.fr

3– www.vidalpro.net Rhumatologie/ostéoporose/bisphosphonates.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Le Dr Eric Thomas déclare avoir perçu des honoraires des laboratoires Lilly France, MSD, Novartis Pharma, Procter & Gamble Pharmaceuticals, Roche SAS et Servier.

E1. INDICATIONS DU REMBOURSEMENT DE LA TDM

• Affection ou traitement inducteur d'ostéoporose

1. Corticothérapie systémique en cours, prescrite pour une durée d'au moins trois mois consécutifs, à une dose supérieure ou égale à 7,5 mg/j d'équivalent prednisone. 2. Antécédent documenté d'hypogonadisme prolongé (androgéno- ou estro-génoprivation chirurgicale ou médicamenteuse). 3. Hyperthyroïdie évolutive non traitée. 4. Hypercorticisme. 5. Hyperparathyroïdie primitive. 6. Ostéogénèse imparfaite.

• Signes d'ostéoporose

1. Découverte ou confirmation radiographique d'une fracture vertébrale sans contexte traumatique ni tumoral évident. 2. Antécédent personnel de fracture périphérique de fragilité (sauf les fractures du crâne, des orteils, des doigts et du rachis cervical).

• Indications supplémentaires chez la femme ménopausée

1. Antécédent de corticothérapie générale. 2. IMC < 19. 3. Antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au premier degré. 4. Ménopause avant 40 ans.

Métabolisme Si l'objectif de 7 % pour l'HbA1C n'est absolument pas remis en question chez les sujets diabétiques de type 2, l'abaissement de l'HbA1C au-dessous de 7 % doit être envisagé au cas par cas car le bénéfice de l'intensification du traitement dépend des risques encourus.

LES NOUVEAUX OBJECTIFS DU DIABÈTE DE TYPE 2

Drs Isabela Banu, Paul Valensi (Service d'Endocrinologie Diabétologie Nutrition. Hôpital Jean Verdier. AP-HP, Université Paris Nord. Av du 14 juillet. 93143 Bondy cedex. Correspondance : fmc@legeneraliste.fr).

Le rôle délétère de l'hyperglycémie dans l'apparition et l'aggravation des complications microangiopathiques est bien établi chez les diabétiques de type 2 (DT2) comme chez les diabétiques de type 1. L'UKPDS (*United Kingdom Prospective Diabetes Study*) a été la première grande étude menée chez les DT2 qui ait bien démontré que l'équilibre glycémique étroit diminue de façon significative l'apparition de la microangiopathie (1). Quant au risque macrovasculaire, le bénéfice de l'équilibre glycémique n'était pas aussi clair et la question demeurait non résolue (1). La suite de l'UKPDS et trois essais de grande ampleur, dont les résultats ont été rapportés en 2008, ont essayé de répondre à cette question. Avant d'aborder les résultats de ces trois essais, revoyons les principaux résultats de l'UKPDS et de son prolongement.

UKPDS, LA PREMIÈRE GRANDE ÉTUDE

L'UKPDS (1) a été menée en Angleterre, en Ecosse et en Irlande, de 1977 à 1997, dans le but de répondre à trois questions. Le bon contrôle glycémique permet-il de diminuer les complications micro et macrovasculaires chez les DT2 ? Quels sont les avantages et les inconvénients des différents agents hypoglycémiants ? Le contrôle de la PA diminue-il les complications micro- et macrovasculaires ?

L'étude a inclus 4 209 patients âgés de 25 à 65 ans, ayant un diabète de découverte récente. L'HbA1C était en moyenne à 9,1 % et 39 % des patients étaient aussi hypertendus.

→ Pour le **versant glycémie**, un groupe bénéficiait du « traitement conventionnel » avec maintien de la glycémie à jeun au-dessous de 15,0 mmol/l (2,70 g/l) (sous régime) et l'autre « traitement intensif » avec maintien de la glycémie à jeun au dessous de 6,0 mmol/l (1,08 g/l) (sous sulfamide ± insuline).

Dans le groupe « traitement intensif », une baisse de 0,9 % de l'HbA1C était associée à une réduction à dix ans de 12 % de la survenue des complications liées au diabète, de 25 % du retentissement microvasculaire, de 33 % de la microalbuminurie, 16 % de l'infarctus du myocarde (à la limite de la significativité).

Un seuil d'HbA1C à 7 % augmentait l'incidence des complications microvasculaires tandis qu'il n'existait pas de valeur seuil pour les complications macrovasculaires. Un patient sur deux présentait une complication lors du diagnostic du diabète.

Concernant les moyens thérapeutiques utilisés, l'étude n'a pas permis de recommander un type de traitement plutôt qu'un autre. Seul le sous-groupe des patients en surpoids traités par metformine avait bénéficié d'une réduction de toutes les complications, y compris les IDM.

Le taux d'hypoglycémies sévères était plus élevé dans le bras « traitement intensif » (2,3 % par patient et par an sous insuline ; 0,6 % sous glibenclamide ; et 0 % sous metformine).

→ Pour le versant **pression artérielle**, la population a aussi été répartie en deux bras : un groupe « contrôle tensionnel modéré » avec un objectif de PA < 180/105 mmHg avec des antihypertenseurs autres que les IEC ou les béta-bloquants et un groupe « contrôle tensionnel strict » avec objectif strict de PA < 150/85 mmHg en utilisant un IEC et/ou un béta-bloquant (2).

Une baisse de la PA systolique de 10 mmHg a permis de réduire de 24 % les complications liées au diabète, de 37 % les complications microangiopathiques et de 56 % l'insuffisance cardiaque. L'analyse épidémiologique des données indique une augmentation linéaire de l'incidence des complications micro et macrovasculaires avec les niveaux plus élevés de PA, mais restait deux fois plus importante pour les complications macroangiopathiques (infarctus du myocarde).

→ L'étude UKPDS laissait certaines questions en suspens :

– A quel seuil glycémique les complications macrovasculaires apparaissent ? Jusqu'où faut-il abaisser l'HbA1C ?

– Faut-il intervenir dès les stades prédiabétiques pour prévenir l'apparition des complications micro- ou macrovasculaires ?

– L'amélioration de l'équilibre glycémique permet-elle de prévenir les complications macroangiopathiques et la mortalité cardiovasculaire ? •••

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

RÉPONSES QUIZ

1 : B et C. **2 :** A.
3 : A et C. **4 :** A, B et C.

Résultats commentés et QCM interactif sur legeneraliste.fr

DIX ANS APRÈS UKPDS

La majeure partie (3 277 patients) des participants à l'UKPDS ont été suivis dix ans après la clôture de l'étude ; cliniquement tous les ans pendant cinq ans puis, pendant cinq ans par questionnaire.

→ Les résultats montrent que la différence d'HbA1C observée entre les groupes pendant la phase d'essai thérapeutique a été perdue dès la fin de la première année de suivi en raison essentiellement de l'intensification du traitement antidiabétique chez les patients venant du bras initial « traitement conventionnel ». Chez les patients initialement sous traitement intensif, l'effet bénéfique sur la microangiopathie s'est maintenu et un autre significatif est apparu sur les complications macrovasculaires. Ainsi, chez les patients initialement sous sulfamides ou insuline, la réduction du risque relatif de tout événement lié au diabète persiste à dix ans (RRR = 9 %), de même que la réduction des complications microvasculaires (RRR = 24 %). De plus, la réduction des infarctus, non significative au départ, le devient (RRR = 15 %) (3). Quant aux patients en surpoids initialement sous metformine, le bénéfice de ce traitement sur la réduction des infarctus demeure significatif.

→ En revanche, vis-à-vis de la pression artérielle, l'analyse ne montre pas de maintien du bénéfice dix ans après la clôture de l'étude (4). On peut donc parler d'héritage glycémique et non d'héritage tensionnel. Il y a donc perte du bénéfice du contrôle tensionnel initial et ce qui compte en pratique, c'est le maintien d'un bon contrôle tensionnel.

L'APPORT DES ÉTUDES RÉCENTES

Les trois grandes études* publiées en 2008 ont essayé de répondre aux questions restées non résolues.

L'étude ACCORD

L'objectif principal de l'étude ACCORD (*Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes*), une étude nord-américaine randomisée et contrôlée, était d'évaluer chez des DT2 à haut risque cardiovasculaire l'effet du contrôle glycémique intensif abaissant et maintenant l'HbA1C au-dessous de 6 %, comparativement à un contrôle glycémique moins exigeant (standard) visant un taux d'HbA1C entre 7 et 8 %, sur un critère cardiovasculaire composite (infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux non fatals, mortalité cardiovasculaire) (5). 10 251 patients avec une HbA1C ≥ 7,5 % ont été inclus. Les critères d'inclusion étaient : âge entre 40 et 79 ans et antécédents cardiovasculaires ou âge entre 55 et 79 ans et athérosclérose ou albuminurie ou hypertrophie ventriculaire gauche ou deux autres facteurs de risque cardiovasculaire. La durée du diabète (médiane) était de dix ans. Le taux d'HbA1C à l'entrée était de 8,1 % pour arriver à la fin de l'étude à 6,4 % dans le bras « intensif » et à 7,5 % dans le bras « standard ». Il est important de mentionner que dans le bras « intensif », le niveau d'HbA1C a baissé de près de 1,5 % dès les trois premiers mois. L'intensification thérapeutique a consisté en l'empilement rapide de plusieurs antidiabétiques oraux, l'insulinothérapie et/ou le recours à un analogue du GLP-1. Hélas, les décès d'origine cardiovasculaire ou de toutes causes étaient augmentés significativement de 22 % dans le groupe « intensif », ce qui fit arrêter prématurément l'étude au bout de trois ans et demi au lieu de cinq ans. Les causes de cette surmortalité n'ont pas été clairement identifiées. Il faut signaler, d'après l'analyse en sous-groupes, un bénéfice significatif du traitement intensif sur le critère principal chez les patients ayant un taux d'HbA1C ≤ 8 % à l'inclusion et chez ceux sans antécédent cardiovasculaire.

Quant aux effets indésirables, les hypoglycémies sévères étaient plus fréquentes (4,6 % par an) et la prise de poids plus importante dans le bras « intensif », dépassant même 10 kg chez 28 % des patients.

L'étude VADT

L'objectif de l'étude VADT (*Veterans' Affairs Diabetes Trial*) était d'évaluer l'efficacité d'un contrôle glycémique intensif sur différents événements cardiovasculaires : mort de cause cardiovasculaire, infarctus du myocarde, AVC, revascularisation périphérique, amputation et insuffisance cardiaque (6). Les DT2 mal équilibrés sous traitement antidiabétique oral ou insuline étaient éligibles. Dans vingt centres nord-américains traitant les vétérans de l'armée, ont été recrutés 1 791 patients âgés en moyenne de 60 ans et ayant un diabète connu et traité environ depuis onze ans. Un grand nombre d'entre eux avaient des antécédents cardiovasculaires (40 %) ou des complications microvasculaires (neuropathie : 43 %, rétinopathie : 62 %). Leur HbA1C était en moyenne à 9,4 % au début de l'étude et, à la fin des six ans de suivi, à 6,9 % dans le bras « intensif » et à 8,4 % dans le bras de traitement standard.

L'étude n'a pas réussi à atteindre son objectif principal et le taux d'événements cardiovasculaires majeurs était un peu plus faible (NS) sous traitement intensif (29,5 %) que sous traitement standard (33,5 %). En ce qui concerne la microangiopathie, une tendance à une moindre progression de la rétinopathie avérée et surtout de l'albuminurie était notée sous traitement intensif. Comme dans l'étude ACCORD, le taux d'hypoglycémies était plus élevé dans le groupe intensif et important (autour de 4 % par an). **Ainsi, les résultats de VADT vont dans le même sens que ceux de l'étude ACCORD, c'est-à-dire que l'intensification thérapeutique abaissant l'HbA1C au-dessous de 7 % chez des patients avec un diabète ancien et qui présentent déjà des complications n'apporte pas de bénéfice et serait même néfaste au plan cardiovasculaire.** Dans une analyse *a posteriori*, il a été mentionné qu'un bénéfice serait obtenu lorsque le diabète est connu depuis moins de douze ans.

** Voir le tableau des résultats des études ACCORD, VADT et ADVANDE sur legeneraliste.fr*

le généraliste FMC

COMITÉ DE RÉDACTION
Dr Linda Sitruk (14.78)
rédactrice en chef
lsitruk@legeneraliste.fr
Dr Catherine Freydt,
Dr Pascale Naudin-Rousselle,
Dr Marc Kreuter
fmc@legeneraliste.fr
Les membres de la rédaction signent chaque année une déclaration personnelle d'absence de conflit d'intérêts.

COMITÉ SCIENTIFIQUE
Pr Lucien ABENHAIM (Paris), Dr François BAUMANN (Paris), Pr Marc-André BIGARD (Vandœuvre-lès-Nancy), Dr Philippe BONET (Montbert), Pr Pierre BONFILS (Paris), Pr Jean-François BRETAGNE (Rennes), Pr Éric BRUCKERT (Paris), Pr Pierre DELLAMONICA (Nice), Pr Philippe FROGUEL (Lille), Pr René FRYDMAN (Clamart), Pr Bernard GAY (Rions), Pr Serge GILBERG (Paris), Pr Xavier GIRERD (Paris), Dr Daniel JANNIERE (Paris), Pr Claude JEANDEL (Montpellier), Dr Olivier KANDEL (Poitiers), Dr Jean LAVAUD (Paris), Pr Frédéric LIOTÉ (Paris), Dr William LOWENSTEIN (Boulogne-Billancourt), Dr Sylvie MEAUME (Ivry-sur-Seine), Dr Nadine MEMRAN (Nice), Pr Christian PERRONNE (Garches), Pr Pascal RISCHMANN (Toulouse), Pr Frédéric ROUILLON (Paris), Pr Philippe STEG (Paris), Dr Alain SERRIE (Paris), Pr Paul VALENSI (Bondy), Pr Daniel VERVLOET (Marseille), Dr France WOIMANT (Paris).

L'étude ADVANCE

Cette étude menée en Europe auprès de 11 140 patients diabétiques a testé deux voies pour réduire les complications macro et microvasculaires (7) :
– l'une appréciant le bénéfice du contrôle tensionnel avec une association fixe composée d'un IEC (périndopril) et d'un diurétique (indapamide) ;
– l'autre, les effets d'un contrôle glycémique intensif par un traitement comportant un sulfamide (gliclazide MR) ciblant un taux d'HbA1C ≤ 6,5 %.
Les critères d'inclusion étaient : âge ≥ 55 ans et antécédent cardiovasculaire ou microangiopathique ou au moins un autre facteur de risque cardiovasculaire. Le critère principal de jugement était composite et incluait à la fois des événements micro- et macroangiopathiques.
Les caractéristiques des patients étaient proches de celles de l'étude ACCORD, mais le diabète était plus récent de deux ans (durée moyenne de huit ans) et le contrôle glycémique meilleur à l'inclusion (valeur médiane d'HbA1C à 7,2 %). La baisse de l'HbA1C a été progressive et après un suivi de cinq ans, elle se situait à 6,5 % dans le bras « intensif » et demeurait à 7,3 % dans le bras « standard ».
Le critère principal composite a été réduit de 10 %, alors que les événements macrovasculaires majeurs n'étaient réduits de manière significative (6 %), les événements microvasculaires majeurs baissaient de 14 % en relation avec une diminution de 21 % de l'incidence de nouveaux cas de néphropathie ou d'aggravation de la néphropathie. Il s'agissait essentiellement d'une réduction de 30 % de l'incidence d'une macroalbuminurie. Les événements oculaires totaux n'ont pas baissé.
Par opposition aux résultats de l'étude ACCORD, la mortalité globale était réduite non significativement de 7 % après quatre ans de traitement intensif.
Par rapport à l'étude ACCORD, la baisse glycémique était moins rapide et s'est accompagnée d'un faible taux d'hypoglycémies (0,7 % par an) et de l'absence de gain de poids.

LES LEÇONS À TIRER

L'UKPDS a bien mis en évidence l'importance du contrôle glycémique précoce avec des effets cardiovasculaires bénéfiques sur le long terme. Ces trois grandes études, ACCORD, VADT et ADVANCE, n'ont pas constaté de bénéfice de l'intensification du traitement antidiabétique en termes de risque cardiovasculaire si ce n'est probablement lorsque le diabète est plus récent (moins de douze ans) et en l'absence d'antécédent cardiovasculaire. L'étude ACCORD a révélé une augmentation de la mortalité de toutes causes avec une zone d'ombre sur les mécanismes impliqués. Concernant la microangiopathie, deux études sur trois fournissent des résultats attendus, sans que cela soit spectaculaire dans l'étude VADT. Ce résultat peut s'expliquer par le profil des patients qui étaient plus âgés, avec un diabète plus ancien (onze ans en moyenne) et très déséquilibré, la présence de complications avancées et sous un traitement déjà lourd.
Les études ACCORD et VADT attirent aussi l'attention sur la fréquence accrue des hypoglycémies avec l'intensification du traitement antidiabétique qui était brutale dans ACCORD. Chez les DT2, certaines questions ont trouvé des éléments de réponse :
– Quelle doit être la cinétique de baisse glycémique ? Une cinétique douce semble favorable, selon ADVANCE.
– Quels sont les moyens à utiliser ? Des associations de deux ou trois antidiabétiques oraux, puis le recours à l'insuline, conformément aux recommandations de l'HAS 2007 (8).
– Quelle est la meilleure prise en charge pour éviter les complications micro- et macroangiopathiques ? Le contrôle glycémique n'est qu'une des approches.
– Quant à l'objectif d'HbA1C à atteindre : 7 % ou au-dessous ? La réponse à cette question n'est pas simple et doit être personnalisée.

CONSÉQUENCES PRATIQUES

Si l'objectif de 7 % pour l'HbA1C n'est absolument pas remis en question chez les DT2, le bénéfice d'abaisser l'HbA1C au-dessous de 7 % doit être envisagé au cas par cas et le bénéfice de l'intensification du traitement doit être pondéré par les risques encourus. Un avis diabétologique peut être utile. Trois paramètres semblent essentiels à prendre en compte.
→ **L'âge du patient :** les diabétiques plus âgés sont plus fragiles, avec des comorbidités fréquentes et des complications souvent déjà existantes. Ceci doit moduler l'objectif d'HbA1C plutôt autour de 7 %. Les hypoglycémies doivent être évitées et la baisse glycémique doit être progressive.
→ **L'ancienneté du diabète :** pour contrer la « mémoire glycémique », l'équilibre glycémique doit être assuré précocement dès la découverte du diabète. L'objectif à atteindre en termes d'HbA1C doit être exigeant et se situer au-dessous de 7 % et approcher 6,5 %. A l'opposé, lorsque le diabète évolue depuis plusieurs années et surtout lorsqu'il existe des complications, le risque hypoglycémique est majoré (9) ; l'objectif de 7 % est alors raisonnable.
→ **L'HbA1C :** devant une HbA1C > 8 % de longue date avec présence d'antécédents cardiovasculaires, il est judicieux de viser plutôt un objectif autour de 7 %. A l'inverse, une HbA1C < 8 % en l'absence d'antécédent cardiovasculaire peut justifier un objectif < 7 %, voire de 6,5 %, qui pourra protéger au mieux contre les complications microvasculaires en particulier néphropathiques.
Enfin, dans tous les cas, le contrôle glycémique doit être associé au contrôle tensionnel et lipidique optimal. Cette approche multifactorielle est, en effet, capable de réduire l'incidence des complications micro et macrovasculaires de 50 % chez les DT2 (10). ◆

BIBLIOGRAPHIE

1– UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive Blood-Glucose Control with Sulfonylureas or Insulin Compared with Conventional Treatment and Risk of Complications in Patients with Type 2 Diabetes (UKPDS 33). *The Lancet* 1998 ; 352 : 837-53.

2– Adler A.-I.,Stratton I.-M. et al. Association of Systolic Blood Pressure with Macrovascular and Microvascular Complications of Type 2 Diabetes (UKPDS 36) : Prospective Observational Study. *BMJ.* 2000 Aug ; 321 (7258) : 412 – 419.

3– Holman R.-R., Paul S.-K., Bethel M.-A. et al. 10-Year Follow-up of Intensive Glucose Control in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2008 ; 359 : 1577-89.

4– Holman R.-R., Paul S.-K., Bethel M.-A. et al. Long-Term Follow-up after Tight Control of Blood Pressure in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2008 ; 359 : 1565-76.

5– Gerstein H.-C., Miller M.-E., Byington R.-P. et al. Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2008 ; 358 : 2545-59.

6–Duckworth W., Abraira C., Moritz T. et al. Glucose Control and Vascular Complications in Veterans with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2009 ; 360/ 129 – 39.

7– The ADVANCE Collaborative Group. Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2008 ; 358 (24) : 2560-257.

8– Afssaps-HAS. Recommandation professionnelle. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (actualisation). Novembre 2006. Recommandation de bonne pratique (synthèse et recommandations). *Diabetes Metab* 2007 ; 33 : 1S1-1S105.

9– Valensi P., Benroubi M., Borzi V. et al. IMPROVE Study Group Expert Panel. The IMPROVE study – A Multinational, Observational Study in Type 2 Diabetes: Baseline Characteristics from Eight National Cohorts. *Int J Clin Pract.* 2008 Nov ; 62 (11) : 1809-19. *Epub* 2008 Sep 22.

10– Gaede P., Vedel P., Parving H.-H., Pedersen O. Intensified Multifactorial Intervention in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and Microalbuminuria : the Steno Type 2 Randomised Study. *The Lancet* 1999 ; 353 : 617-22.

DOSSIER MÉDICAL

EULAR 2009

Réunis pour le congrès de l'Eular (10-13 juin, Copenhague), 13 000 rhumatologues ont revisité la polyarthrite rhumatoïde, la fibromyalgie, l'ostéoporose et la maladie arthrosique.

Dossier réalisé par Jean-Pierre Rageau.

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

DIMINUER LA SOUFFRANCE

De nouveaux critères de classification pour la polyarthrite rhumatoïde marquent l'arrivée de nouveaux traitements comme les anti-TNF alpha.

L'arrivée des anti-TNF alpha a fait réviser les critères de classification de la PR pour prévenir plus précocement l'activité de ce rhumatisme inflammatoire et les dommages structurels ostéoarticulaires qui y sont associés. Cette nouvelle classification repose sur le génotypage HLA-DRB1 à partir d'une classification des allèles S1, S2, S3P, S3D. Elle permet de différencier les allèles de prédisposition ou de protection/susceptibilité à la PR, des allèles de prédisposition ou de protection/ sévérité de la PR et des allèles de prédisposition ou de protection/production d'autoanticorps dans la PR. Ceci va permettre d'identifier les patients qui vont devoir bénéficier rapidement des nouveaux traitements comme les anti-TNF alpha.

Fatigue et dépression

L'enjeu est aussi de diminuer la douleur qui accompagne très fréquemment l'évolution de cette maladie. Des douleurs souvent associées à la fatigue et la dépression qui ont longtemps été sous-évaluées et sous-traitées malgré leur répercussion sur la vie sociale et professionnelle. Deux études, l'une chinoise, l'autre sud-africaine, rapportent des taux importants de désordres psychologiques de type anxiodépression chez les patients souffrant de PR, de l'ordre de 44,5 % pour l'étude chinoise et de 50 % dans l'étude sud-africaine pour les patients suivis à l'hôpital public. Les orateurs suggèrent un meilleur dépistage et traitement de ces troubles, la réduction de la douleur par la mise en œuvre des nouvelles approches cliniques et thérapeutiques, et l'indication de groupes de thérapies.



VOISIN/PHANIE

Un patient sur trois hésite à parler de ses douleurs.

Pour les rhumatismes inflammatoires, l'impact de la douleur sur la vie quotidienne est considérable, comme le montre l'étude FLEMISH. Réalisée sur 6 000 patients souffrant de rhumatismes inflammatoires, elle révèle que 75 % d'entre eux souffrent quotidiennement de douleurs (93 % chez les fibromyalgiques), dont le niveau se situe à 7 sur 10. Principal symptôme de leur maladie, la douleur n'est sous contrôle que dans 40 % des cas. Les conséquences de cette souffrance sont la fatigue, le manque de sommeil, des états de tension interne, des symptômes dépressifs réactionnels, un isolement social avec une peur de parler de ses douleurs.

Enfin, cette étude souligne la responsabilité des soignants pour prendre l'initiative d'aborder le problème de la douleur car 35 % des patients ont des difficultés à en parler à leur médecin par peur de ne pas être cru sur leur intensité et leur retentissement. ■

NOUVELLES MOLÉCULES ET EXERCICE PHYSIQUE

Plusieurs communications ont porté sur l'intérêt des traitements discontinus, l'association méthotrexate-anti-TNF alpha, de molécules récentes issues des biotechnologies comme le golimumab, le tocilizumab, voire expérimentales comme le CAM-3001, montrant le dynamisme de la recherche thérapeutique concernant la polyarthrite rhumatoïde. Mais une étude de l'université de Lisbonne a rappelé aussi que l'exercice régulier chez ces patients (aérobic modéré pendant 60 minutes, trois fois par semaine) améliore la fonctionnalité ostéoarticulaire (33 %) et leur permet de réduire les doses de corticostéroïdes pour 62 % d'entre eux.

FIBROMYALGIE

UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

Si certains s'interrogent encore sur la pertinence de ce syndrome, des repères « officiels » existent pour faciliter le diagnostic et la prise en charge thérapeutique.

Une évolution de trois mois de douleurs musculaires diffuses, onze à dix-huit points douloureux à la palpation au doigt, association fréquente avec de la fatigue et des troubles du sommeil (ACR-critères, 1990), autant de critères qui peuvent mener à la fibromyalgie.

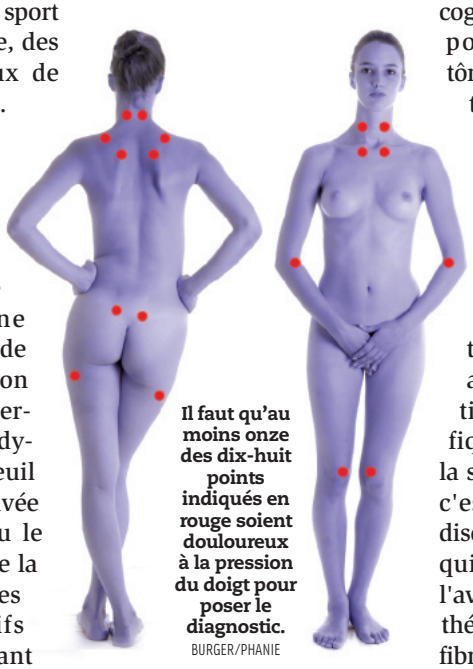
Ce syndrome concernerait entre 2 et 5 % de la population, touchant majoritairement les femmes (sept femmes pour un homme). Pourtant, selon le Pr Bente Danneskiold-Samsoe (Danemark), le diagnostic de fibromyalgie met plus de trois ans à être posé la plupart du temps, témoignant bien de la difficulté des médecins à reconnaître ce syndrome du fait de son polymorphisme.

Pour le diagnostic de ce syndrome, les facteurs de risque devraient pourtant mettre en éveil les cliniciens, comme une activité physique réduite depuis toujours, des antécédents de traumatisme physique comme un accident de sport ou de la voie publique, des antécédents familiaux de douleurs chroniques...

Chaud et froid

La mise en évidence des points douloureux par pression au doigt (entre onze et dix-huit) témoigne d'une baisse du seuil de tolérance à la pression conduisant à une hyperalgie, voire à une allodynie. Cette baisse du seuil de tolérance est retrouvée aussi avec le froid ou le chaud. Des troubles de la nociception à partir des récepteurs nociceptifs musculaires, en passant par le circuit de la douleur, sont à l'origine de ces sensations douloureuses réellement vécues par les patients.

La partie postérieure de l'insula au niveau du cerveau interviendrait dans ces troubles de la nociception. Les traitements relèvent de plusieurs registres différents et déjà l'affirmation du diagnostic de fibromyalgie constitue souvent un soulagement pour le patient du fait de la perspective d'un traitement. Un traitement où l'éducation du patient trouve une place importante pour éviter les facteurs favorisant la survenue de douleurs et pour réaliser des exercices musculaires.Les recommandations de l'Eular *(lire l'encadré)* ont souligné l'intérêt du traitement en piscine chaude, avec ou sans exercice, de l'aérobic modéré et des thérapies cognitivo-comportementales pour soulager les symptômes douloureux et l'impotence fonctionnelle.



Il faut qu'au moins onze des dix-huit points indiqués en rouge soient douloureux à la pression du doigt pour poser le diagnostic.
BURGER/PHANIE

Individualiser les stratégies

De nombreuses classes de médicaments ont fait aussi leur preuve d'efficacité comme les tricycliques, certains analgésiques, anti-épileptiques, inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (IRSS). Enfin, c'est une approche multidisciplinaire et multimodale qui constitue sans doute l'avenir de la prise en charge thérapeutique du syndrome fibromyalgique. Elle permettra d'individualiser les stratégies thérapeutiques avec chaque patient en fonction de ses symptômes, de son profil de fibromyalgique et de ses réponses aux divers traitements. ■

LES DIX RECOMMANDATIONS DE L'EULAR

1. Compréhension globale de la fibromyalgie par une évaluation de la douleur, de la fonction et du contexte psychosocial.
2. Prise en charge thérapeutique multidisciplinaire associant des mesures non pharmacologiques et des traitements médicamenteux.
3. Efficacité de la balnéothérapie avec ou sans exercice *(niveau de preuve IIa/B)*.
4. Bénéfice des programmes d'exercices individualisés en aérobie et d'exercices de renforcement *(niveau de preuve IIb/C)*.
5. Bénéfice des thérapies cognitivo-comportementales.
6. Utilité d'autres approches psychocomportementales (relaxation, rééducation, psychothérapie de soutien, physiothérapie).
7. Efficacité du tramadol dans la prise en charge de la douleur *(niveau de preuve Ib/A)*.
8. D'autres antalgiques peuvent être proposés aussi, comme le paracétamol ou les opioïdes mineurs. La corticothérapie et les opioïdes forts sont déconseillés.
9. Les antidépresseurs tels l'amitriptyline, la fluoxétine, la duloxétine, le milnacipran, le moclobémide et le pirlindole sont indiqués dans la fibromyalgie *(niveau de preuve Ib/A)*.
10. Le tropisétron, le pramipexole et la prégabaline sont recommandés et réduisent aussi la douleur *(niveau de preuve Ib/A)*.

OSTÉOPOROSE

Un col dangereux pour l'homme

Depuis l'arrivée des premiers traitements contre l'ostéoporose par biphosphonates en 1996, le nombre global de fractures du col chez les plus de 50 ans a diminué significativement.

Les fractures du col chez l'homme sont certes moins fréquentes (2 à 16 % des hommes de plus de 50 ans) et plus tardives (souvent après 70 ans), mais présentent une morbimortalité plus importante que chez les femmes (entre 10 à 14 % à un mois et entre 20 et 30 % à un an) avec des complications, un handicap ultérieur, voire le décès. Une fracture du col sur deux chez l'homme serait liée à une ostéoporose secondaire du fait d'une hormonothérapie, par exemple contre un cancer de la prostate, une corticothérapie ou de facteurs de risque importants comme l'alcoolisme.

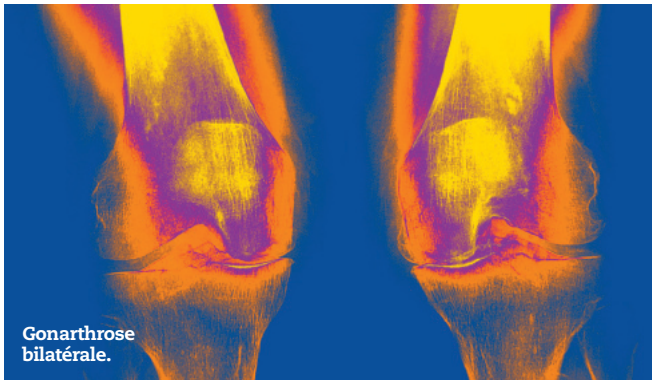
L'ère des biothérapies

Aussi, à l'instar des femmes, des efforts doivent être faits aujourd'hui pour dépister, prévenir et traiter l'ostéoporose au masculin, en particulier en présence de facteurs de risque. Outre l'arsenal thérapeutique déjà à disposition pour traiter l'ostéoporose, le traitement de l'ostéoporose est entré dans l'ère des biothérapies avec de nouvelles molécules comme le dénosumab qui cible un récepteur agissant sur le système Rankl-ostéoprotégérine (OPG) ANKL et bloque l'activité pro-ostéoclastique. Elles pourraient constituer une véritable révolution à terme dans le traitement de l'ostéoporose en général et celle de l'homme en particulier. Une étude sur le dénosumab prescrit à des hommes recevant des anti-androgènes pour cancer de la prostate a montré du reste récemment une réduction de 62 % du nombre de fractures vertébrales. ■

ARTHROSE

Il n'y a pas que les effets mécaniques

La composante mécanique n'est sans doute pas la seule explication pour comprendre la survenue de la maladie arthrosique.



SELLEM-DEMRI-VOISIN/PHANIE

Gonarthrose bilatérale.

Les adipocytes eux-mêmes jouent un rôle actif dans la physiopathologie de l'arthrose par le biais des cytokines (adipokines) qu'ils sécrètent, explique le Pr Francis Berenbaum, rhumatologue à l'hôpital Saint-Antoine de Paris. Il existe à la surface des chondrocytes des récepteurs mécaniques sensibles à la pression et qui semblent à l'origine de cette sécrétion. L'obésité serait donc à l'origine de facteurs métaboliques qui favorisent la mise en place d'arthrose. Une autre hypothèse est que l'obésité aurait un impact vasculaire global par le biais de l'athérome qui se répercuterait au niveau de la vascularisation des articulations en favorisant la dégénérescence ostéocartilagineuse.

Toutes ces hypothèses pourraient expliquer la plus grande fréquence d'arthrose digitale chez les patients obèses et le chiffre élevé du risque d'avoir une arthrose du genou (60 %) avec un IMC supérieur à 30.

Traiter précocement l'arthrose du genou est le meilleur moyen d'en freiner l'évolution. Aussi le diagnostic précoce *(lire encadré)* est-il une aide précieuse pour la mise en place de ce traitement préventif d'autant que la prévalence de l'arthrose du genou après 50 ans est élevée (plus de 40 %). Mais c'est souvent tardivement que les patients consultent quand les douleurs constituent une gêne importante à la marche. Aussi les médecins doivent-ils être vigilants pour dépister une arthrose du genou débutante chez les sujets présentant des facteurs de risque comme l'âge, le sexe féminin, la surcharge pondérale, les antécédents de traumatismes du genou, l'hyperlaxité ligamentaire, des loisirs à risque comme le football ou les antécédents familiaux. ■

LA GONARTHROSE SE RÉVÈLE

Parmi les éléments à surveiller, il faut rechercher les douleurs à la mobilisation du genou, le dérouillage matinal et une limitation de la fonctionnalité. Trois symptômes doivent être aussi recherchés : les bruits à la mobilisation, une amplitude de mobilisation réduite et un gonflement de l'articulation.

Si ces symptômes et signes sont retrouvés, la gonarthrose est confirmée chez 99 % de ces patients. A noter qu'il existe souvent un décalage entre les images radiologiques et la symptomatologie arthrosique, et c'est cette dernière qui doit être privilégiée pour la mise en place d'un traitement de fond de l'arthrose.

ENDOCRINOLOGIE

La piste fertile du syndrome métabolique

10 à 15 % de la clientèle des médecins généralistes est atteinte de syndrome métabolique. La recherche de cette entité permet d'envisager un changement de mode de vie précoce.

Il y a toujours une vive discussion sur la définition du syndrome métabolique, en particulier son côté « artificiel ». Certains avancent l'absence d'intérêt à le dépister car il ne change rien à la prise en charge. « *Je ne partage pas ce point de vue* », affirme le Pr Boris Hansel (hôpital Pitié-Salpêtrière). Au-delà de la polémique rebattue autour d'une construction factice des firmes pharmaceutiques, la définition du syndrome métabolique a une importance sur le plan pratique. D'abord, l'interrelation entre les différents critères est loin d'être fortuite. L'insulino-résistance et l'adiposité viscérale sont des éléments-clés de la cascade de perturbations métaboliques conduisant aux pathologies constituées, puis aux accidents aigus potentiellement mortels. « *On est bien obligé de constater qu'on introduit les mesures hygiéno-diététiques trop tard* », note le Pr Hansel. En faisant la synthèse de petites anomalies, le syndrome métabolique a le mérite de sensibiliser le médecin avant que se développent le diabète, l'hypertension, l'obésité et la dyslipidémie. Un autre point important est qu'il permet de se focaliser sur le mode de vie précocement car il se situe en amont des facteurs de risque reconnus. « *Quand on regarde les études, il y a des groupes où le syndrome métabolique est un facteur de prédiction du risque applicable à la population française. Il permet aussi de rectifier le risque calculé par Euroscore chez des patients à faible risque. La présence d'un syndrome métabolique multiplie par deux le risque cardiovasculaire à dix ans* », poursuit le Pr Hansel. Ainsi, le risque faible de 5 % à dix ans évolue vers un risque intermédiaire de 5-20 % à dix ans lorsque se surajoute le syndrome métabolique. Mêmes constatations pour les études 4S ou Afcaps où la présence d'un syndrome métabolique ajoute à la prédiction du pronostic cardiovasculaire. Conséquence : la prise en charge doit être plus intensive pour coller au plus près du véritable risque cardiovasculaire individuel.

L'*American College of Cardiology* a mis tout le monde d'accord avec le risque cardiométabolique basé sur l'HTA, le diabète et le périmètre abdominal. En France, on n'en est pas encore là. Il n'existe pas de recommandations spécifiques car on ne peut pas prédire le risque à long terme faute d'études sur le traitement spécifique du syndrome métabolique.



L'ACC a basé le risque cardiométabolique sur l'HTA, le diabète et le périmètre abdominal. F.L.

Statines au premier plan

Le syndrome métabolique est aussi le stigmate d'autres pathologies, comme l'hépatopathie métabolique ou le syndrome des ovaire polykystiques augmentant les risques d'infertilité. Idem pour le syndrome d'apnée du sommeil ou le risque de cancer. Quant au risque de diabète, on a la preuve par l'étude DPP (*Diabetes Prevention Program*) que la prise en charge hygiéno-diététique précoce réduit de 58 % le risque ultérieur de devenir diabétique. Lorsque les patients sont en surpoids, la metformine est le traitement de première intention. Les statines restent la référence dans la dyslipidémie même si les anomalies portent sur les triglycérides. « *On garde le LDL-cholestérol comme cible principale*, insiste le Pr Hansel, *et en aucun cas, on ne se base sur le taux de triglycérides pour instaurer le traitement.* » ■

Dr Muriel Gevrey



LE SYNDROME DE LA BEDAINE

« *On doit sortir de ce discours dissuasif du régime astreignant non applicable et culpabilisant et insister sur le développement des compétences du patient sur les aliments et l'activité physique* », affirme le Pr Hansel dans « *Le régime contre-attaque* »*. En dix étapes, il propose le retour à « *un poids d'équilibre* » et une prévention cardiovasculaire éclairée. Avec un chapitre consacré à « *l'obésité et le syndrome de la bedaine* », il offre un guide de prévention avec les conseils d'un médecin et les recettes très simples et rapides d'une diététicienne. « *Les médecins généralistes sont désarmés comme d'ailleurs les spécialistes !* », avoue l'endocrinologue en poursuivant : « *Le livre fait une synthèse des données scientifiques sur la nutrition et l'activité physique pour aider les patients à les mettre en application. Il ne faut pas se focaliser sur la prise de poids mais plutôt écouter son corps et ses besoins et réfléchir à comment on peut changer* », conclut le Pr Hansel.

***Hachette pratique, 336 pages, 14,90 euros. Pour en savoir plus : syndromedelabedaine.org**

PRIX MEDEC

Un excellent millésime

C'est en présence de nombreuses personnalités, rassemblées le 3 juin à l'Hôtel des Invalides, qu'a eu lieu la remise officielle des Prix MEDEC 2009. Les médecins ont distingué par leurs votes les laboratoires qui, à leurs yeux, ont le plus fait progresser l'offre de soins au cours de l'année écoulée.



F. FAVART

De g. à d. : le Dr Gérard Kouchner, le Dr Arnaud Lallouette (Servier), Dominique Amory (Lilly France), Frédéric Soubeyrand (Bouchara Recordati), Christian Deleuze (Daiichi Sankyo) et le Pr Marc Gentilini.

Comme chaque année, la nouvelle édition (la 37e !) du MEDEC a mobilisé en grand nombre les médecins généralistes, dans un climat de convivialité bravant les difficultés économiques du moment. Pas moins de 20 561 professionnels de santé (dont 17 025 médecins) ont fait le déplacement au mois de mars au Palais des Congrès de Paris pour suivre les progrès de l'actualité médicale (dont les cycles de formation devenus payants cette année), socio-professionnelle et médico-économique. « *Le MEDEC est l'occasion de faire le point sur l'actualité médicale grâce à la collaboration du Comité d'orientation médical et scientifique, et de rencontrer ceux qui font l'actualité de leur pratique quotidienne au sein de l'exposition* », a rappelé le Dr Gérard Kouchner, commissaire général du MEDEC. Au cours des trois jours du congrès, les participants ont voté pour les initiatives des laboratoires pharmaceutiques dans différents domaines. ■

Isabelle Gonse

LE PALMARÈS 2009

PROCORALAN®, médicament de l'année

Le laboratoire Servier a reçu la première distinction pour son médicament de l'angor et de l'ischémie myocardique, Procoralan® (ivabradine), une découverte de la recherche Servier. « *La modernité et la sophistication de ce médicament pourraient laisser croire qu'il est réservé à des spécialistes avertis. Pourtant, le vote des généralistes renvoie à la mission première du thérapeute, qui est de soulager la souffrance et d'améliorer la qualité de vie, tout en éclairant l'avenir et le pronostic* », a estimé le **Dr Arnaud Lallouette**, directeur scientifique France des laboratoires Servier.

DAIICHI SANKYO distingué pour sa FMC

Implantée il y a cinq ans, la filiale française du troisième laboratoire japonais décroche un prix dès sa première présence au MEDEC ! « *Nous développons de façon équilibrée trois axes indissociables : une recherche innovante, des produits de qualité et une formation médicale continue adaptée à la pratique des médecins, notamment dans le domaine de l'échographie et de l'HTA. Et nous sommes le seul laboratoire qui continue à recruter des visiteurs médicaux* », a souligné **Christian Deleuze**, président de Daiichi Sankyo.

Deux prix pour BOUCHARA-RECORDATI

C'est la première fois dans l'histoire du MEDEC qu'un laboratoire obtient deux prix la même année. Isimig® (frovatriptan), le triptan lancé fin 2008, remporte le prix de la communication de l'année. Il présente un faible taux de récurrence des crises (17 % contre 40 % en moyenne chez les migraineux), et c'est le moins cher des triptans. Le packaging noir, très épuré, est en totale rupture avec les codes du secteur. Il fait référence à l'obscurité dans laquelle se plongent les patients migraineux pour se soulager lors de leurs crises.

Le prix de l'innovation thérapeutique a été décerné à Zanextra® (énalapril 20 mg/lercanidipine 10 mg), la première association fixe d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion et d'un inhibiteur calcique de type dihydropyridine. « *Il ne faut pas minimiser l'apport des petits progrès, qui permettent de favoriser l'observance en simplifiant le traitement et d'améliorer ainsi le contrôle de l'HTA* », a précisé **Frédéric Soubeyrand**, D. G. de Bouchara-Recordati.

LILLY, laboratoire de l'année

C'est la troisième année consécutive que Lilly France se voit récompensé dans le cadre du MEDEC. En un an, le laboratoire présidé par **Dominique Amory** a proposé aux médecins généralistes deux nouveaux traitements : Byetta® (exénatide) dans le diabète de type 2, et Cymbalta® (duloxétine) dans l'épisode dépressif majeur, la douleur neuropathique périphérique du diabétique, puis le trouble anxiété généralisée. Lilly dispose de 60 molécules en développement (23 en phase II et III, soit deux fois plus qu'en 2006), dont la moitié de biomédicaments. C'est aussi une entreprise où il fait bon travailler. Elle a été élue « employeur de l'année » et « entreprise durable » par le jury des « European Business Award ». Seul laboratoire pharmaceutique sélectionné, Lilly France est nominé dans le top 10 parmi 7 000 entreprises en Europe.

TÂCHES ADMINISTRATIVES

Simplifiez vous la vie !

Et si vous mettiez à profit la période des vacances pour faire le point sur les multiples dispositifs qui vous permettent d'alléger la part administrative de votre exercice ?

Il n'est pas de législature où les simplifications administratives ne soient au programme, les dernières dispositions datant sur un plan juridique très général de la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 dite « *de simplification et de clarification et d'allègement des procédures* ». Le problème résulte toutefois de la superposition de mesures, dites de simplification, qui, s'ajoutant les unes aux autres, finissent, en définitive, par accroître encore la complexité du système qu'elles étaient censées résoudre…

Sécurité sociale

En ce qui concerne plus spécifiquement les médecins, le programme de simplification administrative, mis en place en janvier 2007 par Xavier Bertrand comportait plusieurs axes dont le développement sur Internet de services permettant au professionnel de santé de mieux maîtriser la portée de son activité par rapport à ses confrères et d'être mieux informé des nouveaux dispositifs.

Etaient également inscrits au programme, la simplification et la dématérialisation des formulaires d'assurance-maladie. Pour l'heure, ces différentes mesures ont pris quelque retard dans leur programmation ; ainsi, la dématérialisation des protocoles de soins n'est-elle pas encore opérationnelle, même si l'imprimé lui-même a été simplifié, tout comme l'arrêt de travail et la prescription de transports. Les services en ligne de l'assurance-maladie sont également centralisés sur le portail unique d'Ameli (www.ameli.fr), chaque médecin (1) pouvant, à partir de son espace pro, accessible avec sa carte CPS, consulter son relevé individuel d'activité, son relevé mensuel d'honoraires et les indicateurs de maîtrise médicalisée.

Il peut aussi, par ce même canal, consulter l'historique des remboursements de ses patients, ainsi que les motifs d'hospitalisation et les modes de transport prescrits, tout comme envoyer une commande de formulaires.

Au plan des formalités liées à l'entreprise médicale, le portail de l'Urssaf en tant que centre de formalités des entreprises (CFE) simplifie considérablement vos démarches en les centralisant. Vous trouverez sur le www.cfe.urssaf.fr tous les formulaires qui peuvent être télédéclarés ou téléchargés puis envoyés par courrier pour la mise en œuvre de certaines modalités, telle la déclaration de participation bénévole d'un conjoint.

Personnel

Si vous avez recours à du personnel salarié, deux nouveautés facilitent les tâches de gestionnaire : la première consiste en la possibilité, depuis la loi du 12 mai 2009, d'utiliser le bulletin de paie électronique, à condition que votre salarié soit d'accord.

La seconde est l'entrée en vigueur, depuis le 1er avril dernier, du titre emploi service entreprise (Tese). Ce dispositif permet comme son précurseur, le chèque emploi TPE, de faire l'économie de multiples démarches et formulaires, tels la déclaration unique d'embauche, le remplissage du bordereau de cotisations, ou le calcul fastidieux des cotisations sociales.

Attention ! Cet allègement ne vous dispense pas de respecter la législation du travail, en général, et la convention collective, en particulier.

Couverture sociale

Une des principales dispositions mises récemment en place pour le recouvrement de vos cotisations sociales obligatoires est la mensualisation de principe, applicable au sein de l'Urssaf et du RSI, tant pour la cotisation allocations familiales de travailleur indépendant que pour la cotisation maladie du médecin secteur 2, ou non conventionné, rattaché au régime social des indépendants.

Pour ces contributions, l'échéance est fixée par défaut au 5 de chaque mois, ce qui a le mérite de regrouper la totalité de votre dette sociale (2) à la même date, mais nécessite de votre part une élémentaire prudence pour l'approvisionnement de votre compte…

Bon à savoir : la déclaration commune de revenus (DCR) des libéraux doit être supprimée au 1er janvier 2010 ; mais, cette formalité ne concerne que les médecins non conventionnés ou secteur 2.

Fiscalité

Côté impôts, le régime micro-entreprises utilisable sur le plan fiscal pour les recettes inférieures à 32 000 euros constitue une simplification de taille ; toutefois, à ce jour, le volet social de ce régime simplifié qui est assorti pour certains professionnels libéraux d'un taux global de cotisations de 18,3 %, ne concerne pas encore les médecins et, d'une façon générale, toutes les professions réglementées, les décrets d'application de cette mesure n'étant pas encore publiés. ■

Anne-Sophie Duplessis

(1) En juin 2008, 48 000 médecins utilisaient leur compte Ameli.
Source : Lettre d'information aux médecins n° 29.

(2) Les affiliés Carmf ayant opté en faveur du prélèvement mensuel, sont également débités sur leur compte, le 5 du mois.

LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

› **La protection sociale du créateur d'entreprise (régime des PAMC).**
Document disponible sur www.urssaf.fr/indépendants/Documentation.

› **La convention collective du personnel des cabinets médicaux.**
La brochure 3168 est consultable sur www.legifrance. gouv. fr et disponible en version papier à la Documentation française : 124, rue Henri Barbusse - 93308 Aubervilliers Cedex. Prix 5,40 euros + frais d'envoi 4,95 euros.