

SEMINAIRE : MEDECINE GENERALE

Question n° 1

ENTRE SOINS ÉCLATÉS ET PRISE EN CHARGE GLOBALE

La transformation même du cours des maladies, induite notamment par les avancées médicales, engendre en effet des besoins de prise en charge plus globales et mieux inscrites dans le mode de vie de chaque patient. Inédits ou s'exprimant sous une forme renouvelée, ces besoins sont liés notamment à l'amplification des atteintes chroniques, aux mécanismes du vieillissement, à l'existence de gestion des co-morbidités associées, à la surveillance accrue de diverses variables biologiques, ou encore à la prévention des complications secondaires des traitements prescrits. La réponse pertinente à ces besoins réside essentiellement dans une pratique de médecine générale de proximité.

De plus, les aspects les plus techniques du traitement des maladies étant largement accaparés par des professionnels de plus en plus étroitement spécialisés, la prise en charge se trouve, plus qu'autrefois, « distribuée » entre des intervenants hétérogènes, aux cultures professionnelles différentes, et dont les durées d'implication auprès des malades sont extrêmement variables. Qu'il s'agisse des soins les plus pointus, du traitement au long cours des maladies chroniques, ou des prises en charge médico-sociales, toute intervention appelle plus d'interactions qu'auparavant, et induit dès lors des négociations plus nombreuses entre médecins, malades, familles, équipes soignantes, administrations, etc. Ces situations nouvelles font émerger la nécessité d'un travail de coordination que les patients ne sont pas nécessairement à même d'assurer. Installés seuls dans leur cabinet pour les deux tiers d'entre eux, les médecins généralistes sont nombreux à déplorer leur isolement, peu propice à leur conférer cette place de maillon essentiel dans la chaîne des soins de proximité. Beaucoup constatent aussi que ce rôle d'interlocuteur privilégié du patient et de son entourage, cette fonction de coordonnateur « naturel », ou encore cette position de pivot des nouvelles prises en charge multidisciplinaires et de longue durée, ne sont toujours pas explicitement définis, ni dans le cadre de leur formation, ni dans le référentiel de leurs activités, ni dans leur reconnaissance financière.

Martine BURGNER
'Quelle médecine voulons-nous ?'
Ed La Dispute 2002

A partir de ce texte,

1/ Discuter le rôle de coordination des soins assuré par le médecin généraliste : définition, difficultés, moyens et exemples.
20 lignes maximum

2/ Citer et définir les autres rôles et fonctions de la médecine générale abordées dans ce texte.
Donner des exemples.
10 lignes maximum

3/ Citer quel(s) est(sont) le(s) autre(s) rôles(s) et fonction(s) de la médecine générale, non abordés dans ce texte. Donner des exemples. **10 lignes maximum**

SEMINAIRE : MEDECINE GENERALE**Question n° 2**

Lorsque Mme M. est autorisée à quitter l'hôpital, vous êtes chargé(e) de rédiger les différentes ordonnances et courriers.

Vous avez fait la connaissance de Mme M. quinze jours auparavant alors qu'elle avait été admise pour une tachy-arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire (AC/FA) mal tolérée. Mme M. est âgée de 67 ans, son poids est de 60kg. Elle vit seule dans un petit pavillon avec jardin. Avant cette hospitalisation, elle était suivie régulièrement par son médecin généraliste pour une HTA équilibrée par 50 mg d'enalapril (classe des IEC) et un goitre multinodulaire euthyroïdien (nodules de diamètres inférieurs à 10 mm). Elle est très active, s'occupe d'insertion scolaire pour enfants en difficulté.

Dans ses antécédents plus lointains, il y a une phlébite survenue au décours d'un long voyage en avion pour se rendre en Chine.

Mme M. a bénéficié à l'entrée d'une tentative de réduction de son AC/FA par une prise d'amiodarone (Cordarone ®) à forte dose. Il s'en est suivi une réduction de l'arythmie.

Au cours de l'hospitalisation, Mme M. a récidivé et l'arythmie a été traitée par cardioversion avec un succès transitoire. Toutefois la tolérance de cette AC/FA étant améliorée du fait du ralentissement de la fréquence cardiaque, Mme M. est autorisée à rentrer chez elle. Depuis la veille, Mme M. a été mise au traitement anticoagulant par une héparine de bas poids moléculaire (Inohep 0,5/ j) en sous cutané et Préviscan (AVK) à raison de 1/2 comprimé par jour. Aujourd'hui l'INR est à 1,5 et les plaquettes inchangées à 250 000/ mm³.

1/ Rédiger l'ordonnance de traitement de sortie en mentionnant les précautions s'il en existe. Préciser les éléments d'éducation du patient traité par AVK.

2/ Rédiger les ordonnances de la surveillance du traitement, ainsi que les dispositions pour le retour à domicile.

3/ Rédiger une lettre pour le médecin traitant.

4/ Quelles surveillances à long terme doivent être mises en place pour chacun des médicaments prescrits par cette patiente ?