

Etudiant : Diant Diant

JOURNAL DE BORD

STAGE DE MEDECINE GENERALE DE 2ème CYCLE

Période : mois 2011 à mois 2011

Maitres de stage :

Dr X

Dr Y

Dr Z

SITUATIONS CLINIQUES	Nombre
1/Rôle du MG au sein du système de santé	1
2/ Sémiologie chez le sujet sain	1
3/ Sémiologie chez le sujet affection prévalente	1
4/ Spécificités de la démarche en MG	1
5/ Prise en charge globale	1
6/ Actions de santé publique ou communautaire	1
7/ Relations médecin patient	1
8/ Problèmes éthiques	1
NOMBRE TOTAL DE SITUATIONS	

Situation 1 : Item 1(1) Rôle du médecin généraliste au sein du système de santé

Date (Dr Y) Mme V.C 36 ans.

Prise en charge d'un accident du travail.

Mme V.C 36 ans, consulte dans le cadre d'un accident du travail survenu le jour même (travaille dans une entreprise de nettoyage), afin de rendre officiel son accident du travail et de soulager les lombalgies apparues à cette occasion. Celle-ci se plaint de lombalgies déclenchées à l'effort, en poussant des poubelles, non impulsives, sans irradiation. Ceci n'est pas le 1^{er} épisode, car des lombalgies localisées au même niveau s'étaient déclenchées auparavant également au travail. Celle-ci est accompagnée de sa fille lors de la consultation. Aucun autre ATCD notable.

Examen clinique :

Réalisation d'un examen rhumatologique qui retrouve une raideur rachidienne avec une distance mains-sol augmentée, une douleur lors de la mobilisation du rachis contre résistance ainsi qu'aux rotations du torse, à l'inflexion latérale. Pas de douleur à la palpation des épineuses, absence de signe de la sonnette. Au total, une douleur essentiellement para-vertébrale d'allure musculaire.

L'examen neurologique ne retrouve pas d'anomalie : ROT symétriques, pas de déficit moteur, Lasègue négatif, pas de trouble de la sensibilité.

Dans le cadre du suivi, la patiente est pesée.

L'entretien continue ensuite avec la rédaction de la déclaration d'accident de travail avec arrêt de travail. Il est alors impératif de connaître tous les documents nécessaires afin que la patiente bénéficie des aides auxquelles elle a droit :

Rédaction du certificat médical initial de l'accident de travail :

Feuillet en 4 volets remis à la patiente avec explication de l'utilité des différents feuillets :

- les 2 premiers volets sont remis à la sécurité sociale,
- le 3^{ème} volet est à conserver par la patiente
- 4^{ème} volet est à remettre à l'employeur : celui-ci ne contient pas le motif médical de l'AT (car couvert par le secret médical)

Rédaction du feuillet remis par l'employeur à la patiente : celui-ci permet de notifier tous les actes réalisés en rapport avec l'accident du travail (les consultations médicales, les achats en pharmacie) et permet à la patiente de bénéficier du tiers payant, c'est-à-dire qu'elle n'avance pas les frais.

A chaque consultation ultérieure en rapport avec l'accident du travail, un nouveau certificat médical sera réalisé. Au minimum, il sera nécessaire de revoir la patiente dans 8 jours à la fin de son arrêt de travail pour établir le **certificat médical final** et prévenir la patiente qu'elle devra consulter son médecin du travail avant la reprise (car arrêt > 8 jours).

Sur le plan médical, rédaction en fin de consultation d'une ordonnance regroupant un traitement antalgique, un myorelaxant ainsi qu'un anti inflammatoire pour une dizaine de jours afin de soulager ses lombalgies.

On remarque ainsi le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge médicale (soulager la plainte de la patiente) et également son rôle dans la prise en charge de l'accident de travail, la rédaction d'actes officiels (certificats médicaux initial et final) et son intrication entre employé – patient – sécurité sociale.

Site Améli.fr (site de l'assurance maladie) : certificat médical initial d'arrêt de travail : comment le remplir ?

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/formalites/l-accident-du-travail/etablir-le-certificat-medical-initial.php>

Feuille d'AT remise par l'employeur : comment la remplir ? <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/l-accident-du-travail.php>

Situation 2 : Item 7 (1) Relation médecin -patient

Date (Dr X) : Mme M.C

Contexte d'agression

Cet entretien fait suite à une précédente consultation 15 jours auparavant, le jour même de l'agression dont a été victime Mme M.C. Un homme l'a violemment poussé face contre terre pour lui dérober son sac et s'est enfui vers 17h à proximité du domicile de la patiente. Lors de cette consultation ont été évaluées les différentes lésions (hématomes multiples notamment de la face). Mme M.C présentait également une décompensation de sa BPCO post tabagique (tabac non sevré). Une consultation 15 jours plus tard fut programmée pour suivre l'évolution de la BPCO ainsi que la surveillance du traumatisme physique et psychique lié à l'agression. Ce qui nous ramène à la consultation d'aujourd'hui.

Déroulement de la consultation :

Entretien :

La consultation débute par le rappel de son agression par la patiente. Celle-ci dévoile ses angoisses et sa peur constante dès qu'elle sort dans la rue, la sensation de revivre en permanence l'agression. Elle se plaint d'insomnie avec de nombreux réveils nocturnes et de cauchemars récidivants, d'une anorexie, et d'une irritabilité au contact de ses proches. Elle manifeste également sa crainte vis-vis de certaines tuméfactions persistantes sur son visage.

Examen clinique : Retentissement somatique ?

L'examen clinique retrouve une amélioration sur le plan pulmonaire avec une auscultation pulmonaire quasi normale, l'absence de dyspnée. Les hématomes du visage sont en régression.

La patiente est ainsi rassurée sur le plan clinique, point essentiel car celle-ci avait l'air de se préoccuper principalement de ses hématomes, peut être comme seul lien concret avec son agression, d'autant plus qu'il persiste un intervalle pendant l'agression dont elle ne se souvient pas (entre sa chute face en avant contre terre et le moment où elle se retrouve debout et voit s'éloigner son ravisseur).

Poursuite de l'entretien autour de la prise en charge de cette situation :

Elle nous expose ensuite la demande de ses proches qu'elle consulte un psychiatre, afin que nous lui donnions un avis. Afin de savoir le propre sentiment de la patiente à ce sujet, le médecin lui pose la même question : et vous, qu'en pensez-vous ? et avant de lui donner sa propre pensée, celle-ci dévoile sa réticence à consulter un psychiatre. Elle exprime sa volonté de reprendre les choses en main d'elle-même, un trait de caractère qui laisse un espace de liberté très restreint au médecin, qui je l'apprendrai plus tard, avait eu énormément de mal à gagner sa confiance. Avec ces informations, celui-ci lui expose le fait que le domaine de la psychiatrie a beaucoup changé, que les consultations ne se passent pas plus comme avant afin de convaincre Mme M.C à une prise en charge en psychothérapie malgré ses réticences sans toutefois insister pour éviter de fermer la patiente à toute proposition future.

Au final celle-ci n'acceptera pas la proposition d'une prise en charge psychiatrique mais celle d'un traitement médicamenteux pour l'aider à traverser cette période.

Une nouvelle consultation est alors prévue d'ici une quinzaine de jours afin de suivre son évolution.

En conclusion : Stress aigu post traumatique avec prise en charge médicamenteuse.

==> Il est ainsi nécessaire de prendre en charge la patiente autant sur le plan physique que psychologique. L'abord psychologique passe par la relation médecin-malade qui peut permettre de prendre en charge ses 2 versants ; ici la prise en charge d'un stress aigu qui passe par une écoute attentive ; en effet il s'agit de laisser le patient s'exprimer sans le couper, l'encourager à raconter son histoire sans le juger en aucun cas, laisser des pauses afin qu'il puisse réfléchir à ce qu'il veut dévoiler, tout cela conduisant à un sentiment rassurant pour 1 patient qu'il sait qu'il est écouté, et participe à la relation de confiance qui existe au sein de cette relation médecin-malade.

Situation 3 : Item 8 (1) Problème éthique

Date Dr Y M.J 68 ans

Contexte :

M. MJ, 68 ans consulte ce jour pour persistance de violents vertiges accompagnés de vomissements et d'acouphènes. Une précédente consultation 15 jours auparavant avait conduit à la prescription de Tanganil associé à du Vogalène.

Ses plaintes actuelles concernent la persistance de ces vertiges bien que leur fréquence se soit réduite.

Examen clinique :

Conduite d'un examen clinique devant des vertiges :

- Examen cochléo-vestibulaire : test rapide d'audition sans anomalie, tympans : RAS, pas de nystagmus, légère déviation lors du test de la marche en étoile, pas de déviation des index à la fermeture des yeux, Romberg stable.
- Examen cérébelleux : marche, pas d'élargissement du polygone de sustentation, pas de trouble de la coordination.
- Examen proprioceptif : non effectué (bilan déjà fait auparavant)

Pour rappel, l'année dernière avait déjà été réalisé un bilan ORL complet ayant conclu à une maladie de Ménière.

Le patient évoque également une douleur de l'épaule qui a été infiltrée sans résultat selon le patient bien que par la suite il avoue n'avoir plus que de rares douleurs à celle-ci.

En l'absence d'étiologie organique franche, évaluation du « contexte de vie ».

Sur le plan social, il s'agit d'un ancien chef d'entreprise très actif, qui vit difficilement sa retraite.

Lorsqu'est évoqué le déroulement de la vie de tous les jours, rien ne va mal mais rien ne va bien non plus.

En cherchant les facteurs favorisants est évoquée la consommation d'alcool. Le patient nous apprend qu'il a diminué récemment sa consommation en limitant les apéritifs (whisky, gin tonic), 3 verres de vin environ par jour. Il est cependant difficile d'avoir un reflet exact de sa consommation alcoolique.

Difficile de dire si le patient nous dit la vérité ou non sur sa consommation, de plus que sa femme également suivie par le même médecin traitant l'appelle souvent pour l'informer des soucis de son mari et également de sa consommation alcoolique.

==> D'où le problème éthique de cette situation : peut-on pour le bien du patient s'informer, à son insu ?, auprès de ses proches. Même si ce n'est pas le médecin lui-même qui prend la décision de joindre la femme du patient, peut-il accepter de recevoir ses informations ? Comment gérer cette relation avec la famille des patients quand elle interagit sur la prise en charge et le suivi des patients ?

Il ne s'agit pas ici vraiment du secret médical puisque le médecin ne délivre aucune information sur M. MJ à sa femme (« le secret professionnel [...] s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi, il couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin [...], c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris »). Lorsque celle-ci l'appelle immédiatement après la consultation, il lui répond uniquement qu'il a discuté avec le patient sur sa consommation et qui lui a conseillé de la réduire afin de diminuer les vertiges. Toute la difficulté semble de définir une limite pour les proches dans leur implication concernant la maladie de leur proche ; les soutenir oui, les surveiller sans doute pas.

Code de déontologie médicale

Situation 4 : Item 6 (1) Actions de santé publique ou communautaire

Date Dr W

Mme A. 49 ans : Bilan avant de partir vivre en Angola pour plusieurs années

Il s'agit d'une femme de 49 ans, dont le mari voyage beaucoup qui consulte dans le cadre de son déménagement en Angola afin de s'informer de ce que cela entraîne du point de vue de sa santé et notamment des vaccinations. Elle a également ramené avec elle tous ses anciens documents de vaccination.

Dans ce cadre il s'agit de réaliser de la prévention :

En matière de vaccination : vaccinations obligatoires (DTP, fièvre jaune en Afrique équatoriale), vaccinations recommandées spécifiques à la destination ; pour cela il est nécessaire de consulter soit *le site du ministère des affaires étrangères* et européennes qui pour chaque pays détaille les vaccinations recommandées ou le *bulletin épidémiologique hebdomadaire de 2009 (BEH 23-24)*.

Dans le cas présent : avait déjà été réalisé la vaccination contre la typhoïde, la rubéole, l'hépatite B, l'hépatite A, l'encéphalite japonaise, le BCG, la variole, DTP.

→ nouvelles vaccinations organisées (rappels + méningite, fièvre jaune)

Un « calendrier » vaccinal est alors établi en raison des nombreuses vaccinations nécessaires avant le départ au moins de Septembre sachant qu'il faut attendre un certain délai entre la vaccination de la fièvre jaune (réalisée dans un centre spécifique) et les autres vaccins qui seront d'ailleurs réalisés par paires.

Rappelons que la vaccination est une mesure de prévention individuelle mais également collective permettant de limiter la survenue d'épidémie.

En ce qui concerne le paludisme, les autochtones ne sont pas traités. Ainsi la prophylaxie anti paludéenne dans ce pays de zone 3 ne sera conseillée que pendant 1 période d'un mois. Cependant il sera nécessaire de veiller à ce qu'un centre hospitalier ou habilité à la prise en charge du paludisme reste accessible constamment en moins d'une journée.

Dans le cadre des IST : l'Angola présente une forte population VIH +.

En matière de règles hygiéno-diététiques :

Ne pas boire l'eau courante ou la désinfectée, la faire bouillir.

Préférer l'eau en bouteille non décapsulée.

Ne pas consommer les légumes, la peau des fruits crus.

Vérifier la cuisson de tous les aliments.

Bien se laver les mains avant chaque préparation et consommation de nourritures

En ce qui concerne la gestion des traitements de maladie chronique :

La patiente bénéficie actuellement d'un traitement contre la toxoplasmose oculaire qu'elle nécessite au long cours. Comment se fera le relai des soins ? en attendant, traitement prescrit pour une durée supérieure à celle habituelle, 1 an afin que la patiente puisse avoir accès à un traitement en l'absence de prise en charge efficace là-bas.

Sera également réalisé pendant la consultation, un examen somatique sommaire : TA, poids, auscultation cardio-vasculaire, pulmonaire, examen abdominal sans détecter aucune anomalie.

Situation 5 : Item 2 (1) Sémiologie chez le sujet sain

Date Dr W

M. G R. Certificat médical sportif : tennis

M. GAR. R, 32 ans, consulte ce jour pour obtenir un certificat de non contre-indication à la pratique du tennis en compétition. Il s'agit ici d'un renouvellement de licence.

Dans les antécédents, on retrouve une entorse de la cheville il y a 2 mois.

La pratique actuelle se déroule dans de bonnes conditions, absence de dyspnée, pas de douleur thoracique, pas de douleur musculo-squelettique. Sa précédente entorse de la cheville ne le gêne plus actuellement.

L'examen comporte un

- examen général : poids, tension artérielle, auscultation cardio-pulmonaire sans particularité

- examen postural :

appui plantaire (podoscope)

symétrie des reliefs osseux : pointe de l'omoplate, crête iliaque

déformation des genoux : varus, valgus

axe rachidien, raideur rachidienne ?

- Examen musculo-articulaire :

examen des hanches : amplitude, douleur ?

examen des genoux : amplitude ? Douleur ?

On note une rétraction tendineuse des extenseurs des orteils, une déformation de la cheville (séquelle d'entorse)

Du point de vue cardiovasculaire :

1 test de Ruffier avait été fait il y a 1 an

Un ECG de contrôle sera à refaire en Septembre (dernier datant d'il y a 3 ans)

L'examen ne retrouvera finalement pas de contre-indication.

Rédaction en fin de consultation du certificat de non contre-indication à la pratique du tennis en compétition.

Pour rappel :

Test de Ruffier : Evaluation de l'adaptation à l'effort en fonction de la FC

Fréquence cardiaque de repos : Fc0 / après l'effort (30 flexions en 45 s): Fc1 / après repos 1 min : Fc2

Les pieds doivent être écartés l'un de l'autre d'environ 20 centimètres, les fesses doivent en fin de flexion toucher les talons. Il s'agit donc de flexions talon/fesse. Le buste doit rester droit et à la remontée, doit finir les jambes tendues. La position des bras est indifférente. Ils peuvent maintenir l'équilibre chez un enfant, les bras en avant, les coudes légèrement fléchis donnent un bon équilibre.

Après la série des 30 flexions, on mesure immédiatement la fréquence cardiaque Fc1, selon la technique choisie, et on mesure également la pression artérielle.

(Fc0 + Fc1 + Fc2 – 200) / 10 = indice Ruffier

Indice de Ruffier :

Indice < 0 = très bonne adaptation à l'effort

0 < indice < 5 = bonne adaptation à l'effort

5 < indice < 10 = adaptation à l'effort moyenne

10 < indice < 15 = adaptation à l'effort insuffisante

15 < indice = mauvaise adaptation à l'effort – bilan complémentaire nécessaire

Situation 6 : Item 3 (1) Sémiologie chez le patient présentant une affection prévalente en MG

Date Dr X

D V 6 ans : **toux fébrile**

Contexte :

Toux fébrile (38-39°C) sur ATCD d'asthme. A l'auscultation, crépitants aux 2 bases.

Conduite tenue : traitement de l'asthme (ventoline + Flixotide)

Si persistance de la fièvre, radiographie de thorax face + profil.

Consultation ce jour avec les résultats radiographiques : Syndrome alvéolaire basal bilatéral avec hypertrophie des hiles avec persistance d'une dyspnée associée à une fièvre 39°C.

Examen clinique :

Début progressif de la symptomatologie, pas de contagé, pas de voyage récent

Recherche de signes de gravité :

Présence d'un tirage sus sternal

Pas de tirage sus claviculaire, pas de balancement thoraco-abdominal, pas de respiration paradoxale

Pas de cyanose

Anorexie modéré

=> Absence de signe de gravité nécessitant une hospitalisation

(peut être aurait-il été important de pouvoir mesurer la saturation en cabinet de médecine de ville afin d'avoir un autre indicateur de gravité devant une pneumopathie communautaire ?)

MV bilatéral et symétrique, crépitants aux 2 bases, absence de sibilants

Examen ORL normal.

Pas de douleur abdominale, pas de raideur méningée

Recherche de critères de gravité radiographiques :

pas d'épanchement pleural

pneumopathie < 2 lobes

absence d'abcès

Éléments cliniques en faveur d'une infection à germes atypiques : début progressif, atteinte bilatérale radiologique, état général conservé. Cependant devant la potentielle sévérité d'une infection à pneumocoque, un traitement par Amoxicilline 100mg/Kg est initié avec réévaluation à 48h.

Si absence d'amélioration sous ATB, changement pour un macrolide.

Recommandations AFFSAPS 2005

Antibiothérapie probabiliste la plus rapidement possible en fonction de l'âge et du contexte clinique et radiologique, pas de bithérapie d'emblée.

< 5 ans

Pneumocoque

> 5 ans

Pneumocoque ou germes atypiques

Pas d'AINS ni de corticothérapie

Le statut vaccinal/ Pneumocoque ne modifie pas actuellement le choix de l'antibiothérapie

Pneumocoque : Amoxicilline 80 à 100 mg/kg/j en 3prises pdt 10 jours

Germes atypiques : Macrolides pdt 14 jours

Haemophilus de type b : mal vacciné ou OMA : Aminopénicilline – Inhibiteur de bêta lactamase

Nouvelle évaluation à 48 - 72 heures indispensable

Critères de guérison: diminution de la fièvre +++

Contrôle radiologique à 4 semaines

Situation 7 : Item 4(1) Spécificités de la démarche en médecine générale

Date Dr X

Homme de 29 ans : « boule » paracervicale droite

Motif de consultation : « boule » para cervicale droite de découverte fortuite au cours d'une visite à la médecine du travail.

Le médecin du travail a alors demandé à M.X de consulter rapidement son médecin traitant. M. X inquiet par cette annonce et son médecin traitant étant en vacances, il consulte ce jour.

A l'interrogatoire :

Découverte fortuite, lui même n'ayant pas remarqué, donc absence d'information sur l'apparition et l'évolution de cette « boule ».

Absence de contexte infectieux : pas de syndrome pseudo grippal récent

Pas d'altération de l'état général

ATCD d'une petite « boule » sur la face dorsale de la main gauche, mobile, non douloureuse, ayant spontanément régressé

Pas de tabac

A l'examen :

Masse para cervicale droite, superficielle, mobile non adhérente

Non douloureuse

Absence de signes inflammatoires locaux

Examen régional : pas d'adénopathies (cervicales, sus claviculaire, axillaire)

Examen ORL sans particularité (tympans, gorge)

Masse indépendante de la thyroïde

Examen pulmonaire normal

Hypothèses diagnostiques :

A éliminer : le lymphome (sujet jeune, tumeur para cervicale. En défaveur : absence d'autres adénopathies, pas de sueur, pas d'altération de l'état général)

Dg le plus probable : tumeur bénigne cutanée (lipome ++, consistance tissulaire)

(Dg rare : neurofibromatose ? Devant l'ATCD d'une autre tumeur cutanée)

Prise en charge :

- Rassurer le patient : tumeur bénigne, pas d'inquiétude à avoir
- Echographie cervicale afin de confirmer la nature de cette « boule »
- Réadresser le patient à son médecin traitant avec les résultats échographiques (lettre au confrère concernant la découverte de cette tumeur para cervicale).

==> Une démarche diagnostique orientée par la faible prévalence des maladies graves

La prévalence est le rapport entre le nombre de personnes atteintes d'une maladie et l'effectif de la population concernée susceptible d'être atteinte par cette maladie. Pour les pathologies constituées, potentiellement graves ou mortelles, cette prévalence est plus faible en médecine générale qu'à l'hôpital en raison de l'absence de sélection. Or, pour le diagnostic, la valeur prédictive positive ou négative (probabilité d'être atteint ou non de la maladie) d'un signe clinique ou d'un test dépend de la prévalence de la maladie dans la population concernée. Plus cette prévalence est faible, plus la valeur prédictive positive diminue. Le même signe n'a donc pas la même valeur prédictive en ambulatoire et à l'hôpital, ce qui explique les différences de procédures décisionnelles. En médecine générale, la faible prévalence des maladies graves impose une démarche diagnostique probabiliste qui tient compte de cette réalité statistique.

(<http://www.md.ucl.ac.be/didac/mege2110/pouchain.htm>)

Situation 8 : Item 5 (1) Prise en charge globale

Date Dr Y

Mme K OW, 72 ans

Mme K, 72 ans, consulte ce jour pour le suivi de ses différentes pathologies.

Elle débute par les résultats d'une fibroscopie et d'une coloscopie effectuée en avril dernier. Elle a consulté d'elle-même un gastroentérologue pour des douleurs coliques persistantes depuis au moins 40 ans (étiquetée colopathie fonctionnelle)

« Profitant » de l'anesthésie générale, le gastro-entérologue lui a également réalisé une fibroscopie devant la symptomatologie de reflux notamment nocturne traité jusque là par Gaviscon. Celle-ci ne retrouve qu'une hernie hiatale et la coloscopie retrouve un polype colique sessile de 6 mm avec indication d'un contrôle à 3 ans ??

Au final, il aurait été préférable de discuter du caractère indispensable de ces examens non dénués de risque (anesthésique ...) : intérêt de la fibroscopie ? Nécessité de la coloscopie ?

=> *revoir systématiquement l'indication de chaque examen prescrit + balance bénéfice-risque*

Recommandations ANAES 2004 : délai de contrôle coloscopique

<i>Polypes hyperplasiques de petite taille</i>	<i>Coloscopie à 5 ans</i>
<i>1-2 adénomes tubuleux < 1 cm</i>	<i>Coloscopie à 5 ans</i>
<i>3-10 adénomes ou adénome avancé (> 1cm ou adénome avec composante villeuse ou dysplasie de haut grade ou carcinoma i.s.)</i>	<i>Coloscopie à 3 ans</i>
<i>> de 10 adénomes</i>	<i>Coloscopie à 3 ans</i>
<i>Adénome sessile enlevé en plusieurs fragments</i>	<i>Coloscopie à 3 mois</i>
<i>Cancer colo rectal opéré</i>	<i>2-3 ans si coloscopie opératoire pré op complète</i>

A noter également dans les bilans complémentaires, la réalisation d'un bilan lipidique. Mme K étant connue pour avoir de manière génétique un HDL cholestérol très élevé, et uniquement une HTA et son âge comme facteur de risque cardiovasculaire, eut-il été utile de réaliser ce dosage ?

Recommandations AFSSAPS Mars 2005 : PEC d'un patient dyslipidémique

Chez un patient sans facteur de risque, le bilan lipidique suivant sera considéré comme normal : LDLcholestérol < 1,60 g/l (4,1 mmol/l), triglycérides < 1,50 g/l (1,7 mmol/l) et HDL-cholestérol > 0,40 g/l (1 mmol/l). Il n'est pas justifié de répéter le bilan, sauf en cas d'apparition d'un facteur de risque cardiovasculaire.

En l'absence d'un changement des habitudes alimentaires ou d'une intervention médicamenteuse spécifique, d'un événement cardiovasculaire ou d'une augmentation du poids, la répétition d'un bilan lipidique plus d'une fois tous les 5 ans n'est pas justifiée. En règle générale, la réalisation d'un bilan lipidique de dépistage au-delà de 80 ans n'est pas justifiée.

Mme K présente également une hyperexcitabilité atriale s'exprimant par des palpitations la nuit principalement et initialement des impressions d'extrasystoles. Un holter ECG effectué dans le cadre de son bilan retrouve encore quelques accès de tachycardie atriale avec quelques extrasystoles, mais devant les effets secondaires de la flécaine (vertige, vision trouble, céphalées, troubles digestifs), il est décidé en commun accord avec le cardiologue de ne pas augmenter la dose de Flécaine (LP 100mg) devant l'absence de gêne pour la patiente.

=> *balance bénéfice/risque pour toute prescription médicamenteuse (effets secondaires, interactions médicamenteuses)*

Mme K se plaint également d'insomnie principalement d'endormissement. A noter qu'il s'agit d'une patiente très anxieuse déjà sous Bromazepam et Zolpidem. Au cours de la consultation, Mme K

nous avoue prendre 1cp de Zolpidem le soir systématiquement au lieu du ¼ ou ½ prescrit uniquement si le Bromazepam seul ne faisait pas effet et devant une insomnie persistante.

Afin d'éviter l'escalade thérapeutique, il est bien expliqué à la patiente que ces médicaments ne sont pas la solution et peuvent même aggraver du fait de leur action de désorganisation du cycle du sommeil.

Le réel souci est que Mme K angoisse à l'idée de ne pas dormir, elle ne supporte pas être fatiguée le lendemain. Il est alors nécessaire de la rassurer, en effet celle-ci n'a aucune obligation « d'efficacité » les lendemains matins, de plus ce n'est « grave » de ne pas dormir suffisamment pendant quelques nuits.

La prise en charge passe par des règles hygiéno-diététiques : se lever si l'insomnie persiste plus de 45 min et de faire autre chose, ne pas lire dans le lit afin que celui-ci soit uniquement associé au sommeil et tout cela permettra de retrouver un cycle de sommeil normal.

Si besoin, il sera reprogrammé une consultation pour établir un agenda du sommeil et réévaluer les différentes méthodes afin de lutter contre cette insomnie.

Dans le cas présent, il s'agit de « gérer » une patiente déjà anxieuse qui nourrit son anxiété au travers du corps médical par le biais de la réalisation de nombreux examens pas toujours utiles (celle-ci voulait directement consulter un centre du sommeil), de l'idée que les médicaments vont résoudre tous ses problèmes. L'enjeu du médecin traitant est ici de protéger la patiente des conséquences de son anxiété sur sa santé et de la traiter au mieux.