

**COMITE DE REDACTION**

**Rédacteur en Chef** : S. LOURYAN  
**Rédacteur en Chef Adjoint** : M. ROLAND  
**Rédacteurs Adjoints** :  
Th. BERGHMANS, J. DEROOVER,  
P. EMONTS, J.-C. GOFFARD,  
Ch. KORNREICH, F. LEFRANC,  
S. TAS et M. TONDEUR

**COMITE DE GESTION**

N. CARETTE, F. COLLART, C. DE BROUWER,  
Y. HESTERMANS, F. LEFORT,  
S. LOURYAN, O. MICHEL et M. ROLAND

**SECRETARIAT**

E. FONTAINE  
**A.M.U.B.** - Revue Médicale de Bruxelles  
route de Lennik 808/612  
1070 Bruxelles  
Tél.: 02 555 60 99 - Fax: 02 555 61 17  
E-mail : amubrmb@ulb.ac.be  
**Site A.M.U.B.** : <http://www.amub.be>

La Revue Médicale de Bruxelles, Nouvelle Série est née de la fusion de la Revue Médicale de Bruxelles, fondée en 1945, et de Bruxelles Médical, fondé en 1921. Elle est publiée par l'Association des Médecins anciens étudiants de l'Université libre de Bruxelles (A.M.U.B.)

© 2014 by Revue Médicale de Bruxelles. Tous droits de traduction et de reproduction réservés pour tous pays

**Editeur responsable** : S. LOURYAN  
route de Lennik, 808/612 - 1070 Bruxelles

Le contenu des articles et des éditoriaux signés engage la responsabilité exclusive des auteurs. En raison de l'évolution rapide de la science médicale, l'Editeur recommande une vérification extérieure des attitudes diagnostiques et thérapeutiques proposées. **Sauf mention contraire, les textes publiés sont indemnes de conflits d'intérêt.** La Revue Médicale de Bruxelles est indexée dans les grandes bases de données internationales (Index Medicus, Medline).



**REGIE PUBLICITAIRE**

PROSPECTIVE MEDIA - F. ALIX  
Tél.: 02 654 06 56 - Fax: 02 652 05 73  
E-mail : francoise.alix@prospective-media.be

**CONCEPTION ET REALISATION**

JFE/EZERSKY-FRANCOTTE  
Tél.: 02 662 12 07

**Instructions aux auteurs**  
<http://www.amub.be/rmb>

# Présentations Orales

<b>INTRODUCTION</b>	s 2
<b>ID : 5 Impact de la séparation parentale sur les comportements influents pour la santé de l'enfant de 7 à 11 mois</b> <u>N. Kacenenelbogen</u> , M. Dramaix-Wilmet, M. Schetgen, M. Roland	s 3
<b>ID : 6 La séparation parentale, un risque pour le développement de l'enfant de 7 à 11 mois ?</b> <u>N. Kacenenelbogen</u> , M. Dramaix-Wilmet, M. Schetgen, M. Roland	s 4
<b>ID : 10 Le Système Local de Santé (SYLOS) en 2014 : une approche de la concertation entre lignes de soins à l'échelon local par la recherche-action</b> <u>J.-L. Belche</u> , Ch. Duchesnes, A. Crismer	s 5
<b>ID : 11 Les facteurs qui favorisent l'implication des médecins généralistes belges dans la gestion des abus de substances. Une étude qualitative basée sur le I-Change Model</b> <u>F. Ketterer</u> , L. Symons, M.-Cl. Lambrechts, Ph. Mairiaux, L. Godderis, L. Peremans, R. Remmen, M. Vanmeerbeek	s 5
<b>ID : 15 Quels facteurs socio-démographiques influencent l'attitude des médecins généralistes envers la prévention ?</b> <u>M. Vanmeerbeek</u> , A.-Fr. Donneau, Ch. Monseur	s 6
<b>ID : 16 La consommation d'alcool chez les médecins généralistes</b> <u>J. Markopoulos</u> – Promoteur : D. Piquard	s 6
<b>ID : 17 Opinions des médecins généralistes à propos de l'outil STOPP&amp;START : étude qualitative</b> O. Dalleur, <u>J.-M. Feron</u> , A. Spinewine	s 7
<b>ID : 18 Effet du Baclofene dans le traitement de la dépendance à l'alcool, en médecine générale. Etude pilote observationnelle</b> <u>Th. Orban</u>	s 7
<b>ID : 20 Prévalence de l'anémie chez les personnes âgées dans un centre de revalidation</b> <u>L.-E. Vandycke</u>	s 8
<b>ID : 22 Continuité du traitement entre les lignes de soins : de la recherche à la pratique</b> J.-L. Belche, <u>Ch. Duchesnes</u> , F. Ketterer, D. Giet	s 9
<b>ID : 24 Pour une prise en charge de la maltraitance des personnes âgées à domicile : une RBP validée en médecine générale</b> <u>A.-M. Offermans</u> , <u>M. Vanhalewyn</u>	s 10
<b>ID : 25 Évaluation des effets d'un dispositif pédagogique (ARPC) sur les représentations de futurs médecins en termes de mobilisation d'un réseau pluridisciplinaire</b> <u>V. Massart</u> , <u>D. Giet</u>	s 11
<b>ID : 26 L'importance des pneumo-coques dans les infections respiratoires chez les adultes en médecine générale</b> <u>S. Heijmans</u> , J. Flamaing, Y. Van Laethem	s 11
<b>ID : 33 Alissea : Appraisal of clinical signs and symptoms using an electronic application system : protocole de travail</b> <u>M. De Jonghe</u> , S. Leconte, J.-M. Feron, B. Verstraete, C. Vanwelde, C. Duyver	s 14
<b>ID : 34 Quelle typologie de collaboration interprofessionnelle entre les médecins généralistes et les services d'urgence hospitaliers est utile à l'amélioration de la continuité des soins en Belgique francophone ? Protocole de thèse doctorale</b> <u>M. Karam</u>	s 15
<b>ID : 36 EBMpracticeNet.be : un projet national pour favoriser l'accessibilité aux recommandations de bonnes pratiques</b> <u>B. Fauquert</u> , S. Van de Velde, E. Bosselaers, L. Demay, S. Geens, M. Goossens, A. Heselmans, V. Parmentier, J. Van Schoenbeek, R. Vander Stichele, I. Kunnamo, B. Aertgeerts	s 16
<b>ID : 39 Prolonged cough in children: lesson learned from a diagnostic studies</b> <u>S. Leconte</u> , D. Ferrant, J. Degryse	s 17

# *I n t r o d u c t i o n*

Le Département de Médecine Générale de l'ULB vous présente son premier symposium " Recherche en médecine générale " au musée de la médecine sur le Campus Erasme.

Depuis quelques années la recherche en médecine générale, ou plus largement en soins primaires, a connu un essor et un accroissement considérables, liés au développement de la qualité et à la reconnaissance de méthodologies scientifiques spécifiques. Cette recherche est en pleine expansion : les projets foisonnent, de même que les congrès, les publications, les échanges internationaux, de même que le développement de nouvelles méthodologies.

De par la position concomitante de la médecine générale à la fois sur l'individuel et le collectif, sur l'objet et le sujet, la recherche qui y est liée nécessite le recours à des approches infiniment variées rattachées à la fois aux sciences exactes et aux sciences humaines, ses méthodologies étant polymorphes, à la fois quantitatives et qualitatives. Ses thèmes de recherche sont eux aussi d'une grande diversité, touchant les différents concepts de la santé communautaire (besoins, demandes et services), ceux du système de santé (société, individus, structures), ceux qui ont trait au développement de la qualité des soins (structures, processus, résultats), en tenant compte d'une prise en charge globale du patient et en y intégrant par conséquent également les aspects psychologiques, sociaux et environnementaux.

A l'occasion de ce symposium, un comité scientifique d'experts belges a été constitué pour assurer la qualité globale du symposium mais également pour sélectionner les abstracts déposés pour une présentation orale ou un poster. Ce comité scientifique est constitué par les Prof Pascal Semaille (Université Libre de Bruxelles – ULB), Prof Michel Roland (Université Libre de Bruxelles – ULB), Prof Marco Schetgen (Université Libre de Bruxelles – ULB), Prof Marc Vanmeerbeek (Université de Liège – ULg), Prof Jean-Marie Degryse (Université Catholique de Louvain - UCL), Prof Sophie Lecomte (Université Catholique de Louvain – UCL), Prof Jan De Maeseneer (Université de Gent - U Gent), Prof Roy Remmen (université d'Anvers - U Antwerpen), Prof Geneviève Bruwier (Société Scientifique de Médecine Générale – SSMG).

Quarante et un abstracts ont été déposés pour ce symposium. Dix-huit abstracts ont été sélectionnés pour une présentation orale et dix-neuf abstracts pour un poster. Ce numéro spécial de la Revue Médicale de Bruxelles contient les abstracts sélectionnés ainsi qu'un récapitulatif des présentations orales.

En orateur " keynote " le Prof Letrilliart assurera l'ouverture du symposium en nous présentant les spécificités de la recherche en médecine générale.

Nous espérons que ce symposium prendra encore de l'ampleur au cours des prochaines années et qu'une telle initiative renforcera le développement de la recherche en soins primaires dans notre pays.

Nous vous souhaitons un excellent symposium !

P. Semaille, M. Roland, M. Schetgen

**ID : 2**

## **LECTURE ET COMPRÉHENSION CRITIQUE DES ARTICLES MÉDICAUX**

**V. De Maertelaer**

Notions fondamentales pour arriver à détecter des biais liés à la méthodologie des essais cliniques et à l'interprétation statistique de leurs résultats.

On tentera notamment de répondre à des questions telles que :

- Faut-il privilégier la description des données expérimentales et cliniques observées en termes de moyenne, et déviation standard ou en termes de médiane et quartiles ou percentiles?
- Quand l'utilisation des tests non paramétriques est-elle justifiée ? Quels sont leurs avantages et désavantages par rapport aux tests statistiques classiques ?
- Que recouvre le concept de P-valeur ? Pourquoi la valeur 0.05 de P est-elle considérée comme seuil pour décider qu'un effet est ou n'est pas statistiquement significatif ? Pourquoi l'estimation de l'effectif optimal de l'échantillon expérimental étudié est-elle cruciale ? Quel est le lien entre l'effectif de l'échantillon étudié et la validité des conclusions tirées des résultats expérimentaux observés?
- Principaux biais que l'on peut rencontrer dans la méthodologie des essais cliniques et/ou dans l'interprétation de leurs résultats statistiques et la manière de pouvoir les détecter.
- Avantages et limites des méthodes de méta-analyse et de ce qu'elles apportent par rapport aux revues classiques de la littérature.

**ID : 3**

## **ESTIMATION PAR MODÈLE MATHÉMATIQUE DE L'ÉVOLUTION DE L'INSUFFISANCE RÉNALE EN BELGIQUE FRANCOPHONE**

**Q. Blonda**

L'insuffisance rénale terminale est le résultat de plusieurs maladies différentes, habituellement traitée par hémodialyse, dialyse péritonéale ou transplantation. A partir des données du registre des néphrologues francophones de Belgique, un modèle mathématique de type compartimental a été conçu pour décrire l'évolution en termes de population (population par traitement, population totale, mortalité par traitement, etc.). Le modèle comprend également un module de recherche opérationnelle permettant d'estimer l'impact chiffré de différentes options de santé publique.

**ID : 5**

## **IMPACT DE LA SÉPARATION PARENTALE SUR LES COMPOTEMENTS INFLUENTS POUR LA SANTÉ DE L'ENFANT DE 7 À 11 MOIS**

**N. Kacenelenbogen, M. Dramaix-Wilmet,  
M. Schetgen, M. Roland**

### **Objectif**

Analyser les comportements parentaux reconnus influents pour la santé de l'enfant en bas âge en fonction de la structure familiale (parents séparés ou non)

### **Méthodologie**

*Design* : Etude transversale observationnelle

*Participants* : 79.701 enfants de 7 à 11 mois suivis dans le cadre du suivi préventif gratuit organisé par l'Office de la Naissance et de l'Enfance. Les données proviennent du bilan effectué 7 à 11 mois après la naissance au cours duquel sont recueillies notamment des informations concernant le tabagisme parental, le type d'alimentation de l'enfant et le suivi du calendrier vaccinal.

*Critères de jugement* : Comportements parentaux à savoir le tabagisme, l'alimentation et le respect du calendrier vaccinal

### **Résultats**

6.6% des nourrissons avaient des parents séparés. En ajustant pour l'environnement culturel, socio-économique et autres confondants potentiels, en cas de séparation par comparaison avec les parents unis, les OR ajustés (IC 95%) pour l'exposition de l'enfant au tabac, le fait de l'absence totale d'allaitement exclusif ou d'une durée inférieure à 3 ou 6 mois, le fait du non-respect du calendrier vaccinal contre le rotavirus, étaient respectivement de 1.5 (1.3-1.7), 1.3 (1.2-1.4), 1.3 (1.1-1.4), de 1.2 (1.1-1.2) et de 1.2 (1.1-1.4). La durée médiane d'allaitement exclusif est plus courte en cas de séparation ( $p < 0.001$ ; médiane: 10 vs. 13 semaines).

### **Conclusions**

Cette étude confirme la suspicion de la séparation parentale comme facteur de risque indépendant de comportements parentaux influant négativement la santé de l'enfant. Cette constatation mérite d'être vérifiée car cela entraîne des conséquences importantes sur l'action du médecin de famille notamment en termes d'information et de prévention ciblée.

**ID : 6**

## **LA SÉPARATION PARENTALE, UN RISQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT DE 7 À 11 MOIS ?**

**N. Kacenelenbogen, M. Dramaix-Wilmet, M. Schetgen, M. Roland**

### **Objectif**

Analyser l'état somatique et psychomoteur de l'enfant en bas âge en fonction de la structure familiale (parents séparés ou non)

### **Méthode**

*Design* : Etude transversale d'observationnelle

*Participants* : 79701 enfants de 7 à 11 mois suivis dans le cadre d'une consultation gratuite de médecine préventive. Les données proviennent du bilan effectué 7 à 11 mois après la naissance au cours duquel sont recueillies notamment des informations concernant le risque de mort subite, le développement psychomoteur et l'évolution de la taille et du poids.

*Critères de jugement* : Episode de risque de mort subite, polysomnographie, monitoring à domicile, développement psychomoteur et body mass index.

### **Résultats**

6.6% des nourrissons avaient des parents séparés. En ajustant pour l'environnement culturel, socio-économique et l'ensemble des confondants potentiels, en cas de séparation par comparaison avec les parents unis, les OR ajustés (IC 95%) d'épisode de risque de mort subite, d'une prescription d'une polysomnographie, de son résultat anormal et d'un suivi par monitoring à domicile, étaient respectivement de 1.3 (1.1-1.5), 1.1 (0.9-1.2), 1.8 (1.4-2.4) et 1.3 (1.1-1.4). Les OR ajustés (IC 95%) pour le retard psychomoteur et d'un body mass index supérieur au percentile 97 en cas de séparation, étaient respectivement de 1.3 (1.1-1.6) et 1.2 (1.1-1.4).

### **Conclusions**

Cette étude confirme la suspicion de la séparation parentale comme facteur de risque indépendant pour la santé somatique et le développement psychomoteur de l'enfant. Cette constatation mérite d'être vérifiée car cela entraîne des conséquences importantes sur l'action du médecin de famille notamment en termes d'information et de prévention ciblée.

**ID : 7**

## **COMMENT FACILITER L'ENCODAGE DANS LES LOGICIELS ?**

**Ph. Ryckebosch, J. Goris, N. Adriaenssens, S. Coenen, P. Leysen, H. Philips, V. Verhoeven, B. Michiels**

### **Contexte**

Le poste de garde des médecins généralistes de Deurne et Bergerhout était un projet pilote belge qui a démarré en 2003. Après une période initiale de trois ans, nous devons prouver l'intérêt de ce projet pour la communauté. Pour ce faire, il était nécessaire d'encoder les données.

### **Question de recherche**

Comment pouvons-nous améliorer le pourcentage de données encodées et l'exactitude de l'enregistrement codé ?

### **Méthode**

Nous avons développé un nouveau logiciel d'enregistrement des données pour le poste de garde (le HDB Mailer).

D'abord, nous avons enregistré le motif de la consultation (RFE) ainsi que le diagnostic à l'aide de l'outil ICPC 2 (version 1).

Par la suite, nous avons utilisé l'outil ICPC 2 – ICD10 (Wonca) et le Thésaurus belge.

Dans un nouveau module de codification, nous avons offert au généraliste de garde une liste de RFE's et de diagnostics présélectionnés (version 2).

Dans la troisième version nous avons introduit des listes présélectionnées séparées pour les RFE's et les diagnostics.

### **Résultats**

Nous avons analysé 76551 contacts patients : 91,57 % des RFE's et 94,29 % des diagnostics ont été enregistrés par le médecin généraliste de garde. Grâce au test chi-square, nous remarquons que le pourcentage et la précision des données encodées s'améliorent à chaque nouvelle modification. En ce qui concerne le diagnostic : version 2 versus 1: OR 2,43 (2,29 – 2,58); version 3 versus 2 : 1,15 (1,09 – 1,21). Après un contrôle par l'administrateur 98,88 % des RFE's et 99,22 % des diagnostics étaient enregistrés.

### **Conclusion**

Le pourcentage de données encodées et la précision des codes enregistrés peuvent être améliorés en utilisant un Thésaurus lié aux outils ICPC et ICD et en utilisant des listes présélectionnées.

Pourquoi ne pas introduire un module semblable dans nos logiciels, vu les projets qui démarrent ? (le SumEHR, le partage des données médicales).

**ID : 10**

## LE SYSTÈME LOCAL DE SANTÉ (SYLOS) EN 2014 : UNE APPROCHE DE LA CONCERTATION ENTRE LIGNES DE SOINS À L'ÉCHELON LOCAL PAR LA RECHERCHE-ACTION

J.-L. Belche, Ch. Duchesnes, A. Crismer

### Introduction

Le vieillissement de la population et la multi-morbidité, la volonté de rationalisation des dépenses dans les soins de santé remettent à l'avant-plan la nécessité d'une articulation plus importante entre les deux lignes de soins. Alors qu'une approche intégrée et centrée sur le patient et la communauté est souhaitable, la collaboration prend actuellement la forme d'initiatives nationales ou locales, centrées sur une pathologie. L'objectif de l'étude est d'analyser les différentes modalités de concertation entre les acteurs de la 1ère ligne de soins et de la 2ème ligne de soins au niveau local et éventuellement d'en encourager de nouvelles.

### Méthodologie

Le projet SYLOS Liège est une recherche-action initiée par le Département de Médecine Générale de l'Université de Liège et le Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers. Trois zones d'étude ont été définies en région liégeoise. Des rencontres individuelles de sensibilisation ont été menées pour présenter le projet et recueillir les premières réactions des protagonistes par rapport à la thématique. Des entretiens semi-dirigés ont ensuite été menés avec certains répondants intéressés pour évoquer les initiatives de concertation existantes, les difficultés et avantages perçus. Finalement, des rencontres mixtes ont été proposées aux acteurs de terrain.

### Résultats

Trois ans après le début du projet, il est possible d'identifier les freins et les opportunités actuels à la mise en place de ce type de concertation. Le processus a permis de faire émerger, sur une des trois zones étudiées, une dynamique de réflexion et de recherche de solutions par la concertation entre professionnels concernés.

### Conclusion

La progression différente sur les trois zones montre l'importance de la prise en compte de l'échelon local. D'un point de vue méthodologique, il apparaît également que la recherche-action et sa visée praxéologique est adaptée à cette problématique.

**ID : 11**

## LES FACTEURS QUI FAVORISENT L'IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES BELGES DANS LA GESTION DES ABUS DE SUBSTANCES. UNE ÉTUDE QUALITATIVE BASÉE SUR LE I-CHANGE MODEL

F. Ketterer (ULg), L. Symons (UA),  
M.-Cl. Lambrechts (KUL),  
Ph. Mairiaux (ULg), L. Godderis (KUL),  
L. Peremans (UA), R. Remmen (UA),  
M. Vanmeerbeek (ULg)

### Objectifs

Les médecins généralistes (MG) jouent un rôle majeur dans la détection et la gestion des abus de substances. L'étude présentée ici investiguait les facteurs qui influencent leur implication concernant la gestion des abus d'alcool, des drogues illégales, des hypnotiques et des anxiolytiques dans la population belge des 18-65 ans.

### Méthodes

20 MG ont été interrogés par entretiens semi-directifs dans les régions de Liège et d'Anvers. Le I-Change Model de de Vries a été utilisé pour construire le guide d'entretien et analyser les données récoltées.

### Résultats

Parmi les principaux résultats de l'étude, il ressortait que les MG étaient fortement influencés dans leur approche par leurs propres représentations de l'abus, qui oscillait leurs responsabilités professionnelles envers ces patients et la responsabilité de ces derniers quant à la gestion de leur santé, avec l'idée de faute morale en substrat. En ce sens, l'abus de substance était perçu sur un continuum entre l'abus comme forme de maladie chronique d'une part, et la faute morale d'autre part. L'alcool et le cannabis étaient néanmoins mieux acceptés socialement que les autres substances. Les propres expériences personnelles des MG concernant les abus avaient aussi une incidence sur leur volonté de s'investir avec ces patients.

Pour autant, les pratiques multidisciplinaires (notamment au forfait) et l'expérience étaient évoqués comme des facteurs importants quant à l'engagement dans la gestion. Les contraintes temporelles et l'investissement demandé étaient, en revanche, considérés comme des barrières.

### Conclusion

Les facteurs motivationnels apparaissaient centraux dans la décision de s'investir dans la gestion des abus de substances, bien davantage que les connaissances théoriques et les formations qui semblaient plus secondaires. La peur du burn-out s'exprimait donc en substrat. La formation des MG devrait tenir compte de ce souhait de se protéger, afin de favoriser simultanément une approche centrée sur le patient.

**ID : 15**

## **QUELS FACTEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES INFLUENCENT L'ATTITUDE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ENVERS LA PRÉVENTION ?**

**M. Vanmeerbeek, A.-Fr. Donneau, Ch. Monseur**

### **Objectifs**

En Belgique, les mesures de prévention médicalisées restent inégalement distribuées dans plusieurs domaines (vaccins, dépistages, conseil cardiovasculaire, etc.). Une recherche antérieure au moyen d'une échelle d'attitude a mis en évidence trois facteurs pouvant modeler l'attitude des médecins généralistes (MG) envers la prévention :

1. Evaluation de pratique.
2. Sentiment de responsabilité envers la santé des patients.
3. Compétences professionnelles particulières (CPP) : références scientifiques, positionnement dans le système de soins, délégation de tâches à des paramédicaux.

Cette étude a cherché à établir des profils de MG par rapport à la prévention, en croisant les scores sur ces trois facteurs et les variables sociodémographiques.

### **Méthode**

Les réponses des 457 MG répondants à l'échelle d'attitude ont été soumises à des analyses multivariées, en prenant comme variables dépendantes les scores obtenus sur les trois facteurs, et comme variables indépendantes l'ancienneté, le sexe, la langue, le lieu de pratique, le travail dans un centre de prévention (ONE, planning, PSE), le type de pratique (solo ou divers types d'association).

### **Résultats**

Le type de pratique est le seul déterminant qui influence les 3 facteurs, avec un gradient des pratiques solo vers les maisons médicales, en passant par les associations mono- puis pluridisciplinaires. Les MG ayant moins de 20 ans de pratique ont de meilleurs scores en évaluation et CPP. Les hommes ont de meilleurs scores en évaluation, et les pratiques urbaines se distinguent en CPP. La langue influence tantôt dans un sens tantôt dans l'autre. Il n'y a pas d'influence du fait de travailler dans un centre de prévention.

### **Conclusion**

Une diffusion plus large et équitable des actes préventifs passe par la prise en compte de facteurs personnels et organisationnels propres aux MG. Les associations pluridisciplinaires semblent mieux préparées pour atteindre cet objectif.

**ID : 16**

## **LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

**J. Markopoulos – Promoteur : D. Piquard**

### **Introduction**

La consommation d'alcool chez les médecins est un sujet tabou et peu de données sont disponibles en Belgique. D'après une étude du Pr Joos de l'université d'Anvers, 18% des spécialistes belges ont une consommation problématique d'alcool.

### **Méthodologie**

J'ai réalisé une revue de la littérature ainsi qu'une étude sous forme de questionnaire envoyé à 555 médecins généralistes bruxellois.

### **Résultats**

D'après la littérature, 10 à 15% des médecins sont dépendants à une substance et dans plus de 50% des cas il s'agit d'une dépendance à l'alcool. Les facteurs de risque significatifs identifiés sont une pratique médicale en solo (OR 1,33 [1,01-1,75]), le sexe masculin (OR 2,55 [1,83-3,55]) et l'âge (OR 1,86 [1,22-2,83]).

Dans mon étude, après obtention d'un taux de réponse de 47%, l'âge et le sexe sont également des facteurs de risque. De plus, 38,8% des médecins répondants ont déjà souffert d'épuisement professionnel, 8% (dont 76% d'hommes) déclarent que leur consommation a déjà posé problème mais 61,5% des répondants ont déjà été confrontés à un confrère ayant un problème d'alcoolisme. Par ailleurs, seuls 28% des répondants déclarent avoir un médecin traitant.

### **Discussion**

Les facteurs de risque de consommation problématique d'alcool chez les médecins paraissent être les mêmes que ceux de l'épuisement professionnel. Le médecin dépendant est souvent en déni de son état de santé et les signaux d'alarme n'apparaissent que tardivement lorsque les solutions s'amenuisent. En Belgique, contrairement à d'autres pays européens, aucune structure spécifique pour les médecins en souffrance n'existe actuellement.

### **Conclusion**

La consommation problématique d'alcool chez les médecins est un fléau peu abordé au sein de notre pratique. Il est nécessaire de développer une structure d'aide au médecin malade, comme déjà suggéré par le rapport du KCE sur le burnout des médecins généralistes, garantissant l'anonymat et la confidentialité du soignant soigné.

**ID : 17**

**OPINIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À PROPOS DE L'OUTIL STOPP&START : ÉTUDE QUALITATIVE**

**O. Dalleur, J.-M. Feron, A. Spinewine**

**Objectif**

L'outil STOPP&START a été développé en tant que guide de pratique pour orienter les cliniciens vers une prescription appropriée chez les patients gériatriques. L'objectif de cette recherche a été d'explorer les opinions des médecins généralistes à propos de cet outil, son utilité, son applicabilité pratique, ses inconvénients.

**Méthode**

Etude qualitative incluant trois groupes focaux et une enquête écrite auprès de MG.

**Résultats**

Les discussions ont mis en évidence les avantages (revue systématique des traitements) et les inconvénients (temps nécessaire) liés à l'utilisation de l'outil STOPP&START en médecine générale, ainsi que certaines controverses quant à l'applicabilité, l'exhaustivité et la pertinence même de l'outil. Un thème important issu de l'analyse est l'utilisation projetée de l'outil : il devrait être intégré aux logiciels médicaux, expliqué en séance de formation continue, utilisé en collaboration multidisciplinaire, surtout en maison de repos et lors des hospitalisations et des retours au domicile.

**Conclusion**

Même si les MG n'utilisent pas l'outil régulièrement, ils ont exprimé la façon dont il devrait être implémenté et utilisé.

**ID : 18**

**EFFET DU BACLOFENE DANS LE TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL, EN MÉDECINE GÉNÉRALE. ETUDE PILOTE OBSERVATIONNELLE**

**Th. Orban**

L'étude ouverte, *real-life*, observationnelle et pilote (4 investigateurs) a étudié l'effet du baclofène sur la consommation d'alcool de patients alcoolodépendants, en pratique de médecine générale.

Le nombre de patients est de 64 dans la cohorte en intention de traiter et de 51 dans la cohorte per protocol. La durée moyenne de suivi est de 5,58 +/- 4,72 mois. Inclusion : patients alcoolodépendants ne nécessitant pas un sevrage immédiat et présentant une consommation à haut risque selon l'OMS (>60g/j homme, 40g/j femme).

Les analyses ont porté sur: évolution de la consommation en fonction du temps de traitement, l'influence du sexe, les modifications de groupes à risque (passage d'une consommation à haut risque à une consommation à risque modéré ou faible), l'évolution de la consommation au sein du groupe de consommation resté à haut risque, évolution de la consommation en fonction de la dose prescrite de baclofène à la dernière visite, modification du craving.

**Résultats**

La consommation d'alcool a diminué de manière statistiquement significative au temps 6 mois et au temps dernière observation, de manière identique en fonction du sexe. Elle passe de 612 g/sem (moyenne) à 273 g/sem. La dose moyenne de baclofène à 6 mois est de 107 mg. 36% des patients ont changé de catégorie. Ceux qui n'ont pas changé de catégorie sont passés de 625 g/sem à 420g/sem. Le craving a diminué de manière statistiquement significative. 65% d'effets secondaires ont été observés.

**Conclusion**

La consommation diminue sous baclofène pour rester dans une consommation de type contrôlée et non une abstinence. Ces résultats sont importants car ils sont issus d'une étude en médecine générale. Il existe peu de données de ce type sur le baclofène (2 études en France), c'est la première du genre en Belgique. Elle montre l'intérêt d'étude versus placebo qui soit randomisée, contrôlée, multicentrique.

**ID : 19**

## **QUI SONT LES PRODUCTEURS ET DISSÉMINATEURS DE RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE EN BELGIQUE ?**

**C. Duchesnes, S. Steckel, R. Remmen, A. Desomer, D. Paulus, T. Dilles, M. Vanmeerbeek**

### **Introduction**

Le travail présenté ici fait partie d'une étude plus large concernant les stratégies de dissémination des recommandations de bonne pratique (RBP) en Belgique. La production, la validation et la dissémination d'une RBP sont des processus longs et coûteux dont l'Etat souhaite augmenter l'efficacité. Cette partie de l'étude générale est destinée à préciser quelles institutions étaient impliquées dans un ou plusieurs de ces processus.

### **Méthode**

Un court questionnaire a été distribué aux représentants d'institutions impliquées dans le domaine des RBP pour connaître les institutions avec lesquelles ils collaboraient ; ces dernières ont été contactées pour enrichir notre liste d'acteurs. Des entretiens semi-dirigés ont été menés avec des acteurs sélectionnés dans la liste, selon des critères préétablis. Un premier schéma représentant le paysage belge des acteurs du domaine a été construit par les chercheurs. Ce schéma a été présenté en début d'entretien afin d'être complété, commenté et modifié. Ensuite, deux groupes de discussion ont été organisés simultanément avec ces personnes pour recueillir leur avis sur la faisabilité des pistes d'amélioration qui ressortaient de l'analyse.

### **Résultats**

Parmi les 90 institutions contactées dans la première phase, 30 ont été sélectionnées pour les entretiens. 17 d'entre elles ont participé aux groupes de discussion. Les données recueillies ont permis d'enrichir et de corriger le schéma de base et de proposer une piste d'amélioration. Il s'agirait d'établir et d'alimenter en RBP une plateforme électronique commune à tous les professionnels de santé par un travail concerté. Cette piste a été discutée et enrichie au cours des discussions de groupe.

### **Conclusion**

Il ressort de cette analyse que le paysage belge des producteurs et disséminateurs de RBP est extrêmement complexe et hétérogène. Il y a donc une nécessité de simplification et de standardisation de procédures.

**ID : 20**

## **PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DANS UN CENTRE DE REVALIDATION**

**L.-E. Vandycke**

### **But**

L'anémie est très fréquente dans la population gériatrique et est associée à une augmentation du risque de mortalité et de morbidité. Hors, peu d'études en Europe ne traitent de la prévalence de l'anémie. Pourtant, il en résulte des problèmes de mobilité, une faiblesse musculaire et un risque de chute, un déficit des fonctions exécutives et de l'attention, un risque accru de démence d'Alzheimer et une aggravation des problèmes cardiovasculaires existants.

### **Sujets**

Données de 196 patients qui ont un âge supérieur à 75 ans admis dans une étude rétrospective d'observation entre juillet 2012 et août 2013 dans un centre de revalidation à Bruxelles en Belgique. Définition de l'anémie : hémoglobine < 12g/dl (femmes) et < 13g/dl (hommes). Prise de paramètres biologiques à l'admission : hémoglobine, VGM, MCHC, fer, transferrine, ferritine, CRP, préalbumine, albumine, créatinine et filtration glomérulaire.

### **Résultats**

Une prévalence de 66.8% d'anémie est observée chez les patients. La prévalence des femmes (64,6%) ne diffère statistiquement par rapport à celle des hommes (76,3%) via le Chi-carré ( $P=0.16$ ). De même, les moyennes d'hémoglobine à l'admission ne varient pas en fonction du sexe ( $P=0.73$ ) par le test de T-Student. Par contre, parmi le groupe de gens anémiques, on retrouve une relation statistiquement significative avec la dénutrition via la préalbumine ( $p=0.01$ ) et l'albumine ( $p<0.001$ ) et l'insuffisance rénale via la créatinine ( $p=0.039$ ) et la filtration glomérulaire ( $p=0.027$ ). Enfin, en appliquant le test de conformité d'une probabilité, on voit que la proportion de gens anémiques de notre échantillon diffère complètement de prévalence mondiale calculé par l'OMS ( $p<0.001$ ).

### **Conclusion**

Plus de 66% de patients souffrent d'anémie; plus de la moitié (54.3%) sont dénutris. Il est donc indispensable que le médecin généraliste suive correctement l'anémie à la sortie d'hospitalisation; vérifie le régime alimentaire et traite la cause éventuelle.

**ID : 21**

## **ANALYSE D'ENREGISTREMENTS VIDÉOS D'ATELIERS EN GROUPES RESTREINTS AFIN DE SUGGÉRER DES ÉLÉMENTS DE RÉGULATION**

**A.-L. Lenoir**

### **Contexte et objectifs du travail**

Cette étude a pour objectif d'analyser la participation des étudiants et les actions du tuteur lors d'ateliers en groupes restreints.

### **Méthode utilisée**

La participation étudiante a été analysée de manière quantitative et qualitative.

Une analyse multidimensionnelle des enregistrements a été réalisée sur base d'un modèle d'analyse du taux de participation : le modèle TOPACMER (Leclercq, 1998), adapté à des ateliers en groupes restreints. Le nombre d'interventions par étudiant, le temps de parole par étudiant, le nombre de sollicitations directes de la part du tuteur, le taux d'étudiants attentifs et le nombre d'étudiants allant au bout de leur réflexion ont été mesurés.

Ces données objectives ont été recoupées avec des données subjectives issues de questionnaires de satisfaction et d'intérêt complétés par les étudiants au terme de l'atelier.

### **Principaux résultats**

Ces données ont montré que le taux de participation des étudiants n'était égal ni en quantité ni en qualité. Le style d'animation du tuteur et la structuration de l'atelier avaient un impact sur le taux de participation. Cette analyse et les modèles issus de la littérature, ont permis de suggérer des éléments de régulation de l'action des tuteurs : renforcement de la formation des tuteurs à l'animation de groupe, adoption du style d'animation actif et présence d'un second tuteur/régulateur lors de l'atelier.

### **Conclusion**

Cette étude permet d'objectiver les interactions des intervenants et, sur cette base, de proposer des éléments de régulation de l'action du tuteur pour accroître la participation étudiante lors d'activités en groupes restreints.

**ID : 22**

## **CONTINUITÉ DU TRAITEMENT ENTRE LES LIGNES DE SOINS : DE LA RECHERCHE À LA PRATIQUE**

**J.-L. Belche, Ch. Duchesnes, F. Ketterer, D. Giet**

### **Objectifs**

Une étude du KCE en 2010 a souligné l'importance de la concertation locale entre acteurs pour éviter les modifications non justifiées de médicaments habituels du patient lors de son hospitalisation.

Une étude en trois phases a tenté de cerner le problème au niveau local, pour dégager ensuite des pistes de solution et tenter de les mettre en œuvre sur le terrain.

### **Méthodologie**

L'étude s'est déroulée dans la province de Liège. Les participants de l'étude étaient constitués de médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens d'officine et décideurs hospitaliers.

Lors de la phase 1, des entretiens semi-dirigés ont permis de prendre connaissance des contextes professionnels respectifs. Les groupes nominaux de la phase 2 ont fait émerger des solutions par groupes professionnels et un dispositif Delphi a permis de voir lesquelles étaient consensuelles auprès des quatre groupes professionnels. La 3ème phase a consisté à créer une fiche de traitement avec un groupe de travail pluridisciplinaire, pour ensuite la tester dans la pratique et évaluer sa pertinence.

### **Résultats**

La continuité du traitement est un sujet dont tous les professionnels reconnaissent l'importance. Les groupes nominaux ont abouti à la formulation de 101 propositions de changement. Le Delphi a permis de dégager cinq propositions consensuelles, parmi lesquelles la remise au patient d'une liste lisible de médicaments à la sortie de l'hôpital, la réalisation d'une note lors de son entrée et des procédures formelles intra-hospitalières concernant le traitement de sortie. Dans la phase 3, une fiche de traitement, servant d'outil de liaison entre les lignes de soins, a été créée et testée. Son évaluation souligne la pertinence de cet outil.

### **Conclusion**

L'imbrication des 3 phases a permis d'aboutir à la création d'un outil utilisable par les différentes lignes de soins. L'étude illustre aussi une manière d'utiliser les outils de recherche au service de la pratique clinique.

**ID : 23**

## **LA SALLE D'ATTENTE DU GÉNÉRALISTE, MOYEN D'ÉDUCATION À LA SANTÉ ?**

**D. Giet**

### **Contexte**

Le médecin généraliste manque souvent de temps et de moyens pour s'investir en matière d'éducation à la santé.

La salle d'attente peut constituer un outil intéressant mais peu d'études concluent à une efficacité des dispositifs éducatifs qui peuvent y être disposés. La présente étude mesure l'impact d'un message audio-visuel diffusé dans la salle d'attente.

### **Moyens**

Dans une pratique associative de 6 généralistes, un message audio-visuel a été diffusé en boucle, véhiculant divers thèmes d'éducation à la santé. Un de ceux-ci, une invitation à demander un rappel de vaccination antitétanique, a fait l'objet d'une évaluation d'impact.

L'analyse a porté sur le nombre de vaccins antitétaniques délivrés dans les officines locales sur prescriptions des médecins de deux groupes : le premier, composé de généralistes dans la salle d'attente desquels le message audio-visuel était diffusé et le second constituant un groupe contrôle.

### **Résultats**

La différence est statistiquement significative si l'on compare la proportion de patients qui ont présenté une ordonnance en officine dans la population intervention par rapport à la population contrôle ( $p=0.0004$ ).

L'accroissement du nombre de prescriptions est significativement augmenté dans le bras traité ( $p<0.0001$ ).

### **Discussion**

Une seule étude a été publiée dans le domaine de la vaccination antitétanique : un poster placé dans la salle d'attente du généraliste se montre sans effet. Notre observation plaide en faveur d'un effet positif de la diffusion d'un message audio-visuel : le sujet de la vaccination se prête probablement bien à ce véhicule éducatif. D'autres études doivent confirmer son intérêt dans d'autres domaines.

### **Conclusions**

La diffusion de messages audio-visuels dans la salle d'attente semble un moyen d'éducation à la santé intéressant.

**ID : 24**

## **POUR UNE PRISE EN CHARGE DE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE : UNE RBP VALIDÉE EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

**A.-M. Offermans, M. Vanhalewyn**

### **Contexte**

En Belgique, environ 30% des personnes âgées sont concernées par la maltraitance. Le SPF Santé Publique apporte un soutien scientifique aux médecins généralistes dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'Action National de lutte contre les violences intrafamiliales.

### **Objectif**

Au vu des impacts importants sur la santé, la RBP propose un cadre de référence en matière de détection et d'accompagnement de la maltraitance des personnes âgées à domicile.

### **Méthode**

La Recommandation se base sur une revue systématique de la littérature via les bases de données (1999 - 2013) *Cinahl*, *Cochrane/DARE*, *Clearing houses*, *MEDLINE* via Ovid/Pubmed, *EMBASE*, *Psycinfo*. La sélection et l'évaluation des articles ont été effectuées par deux lecteurs indépendants. Au vu du manque de preuves dans la littérature et de réponses à certaines questions cliniques, des procédures de consensus ont été organisées auprès d'experts de terrain et d'un panel de médecins généralistes.

### **Résultats**

La Recommandation souligne la nécessité d'une détection précoce de la maltraitance. Elle attire l'attention sur les situations à haut risque, caractérisées par le cumul de facteurs chez la victime et/ou chez l'auteur présumé. Elle propose une échelle de suspicion validée pour les patients non déments (*Elder Abuse Suspicion Index*). Elle préconise d'évaluer la situation au départ d'un ensemble d'éléments médicaux, familiaux, sociaux... afin de définir les modalités d'aide et de protection adéquates. L'accompagnement se fera en accord avec le patient en privilégiant la collaboration avec l'aide spécialisée. Le cadre déontologique et juridique, les aspects relatifs au dossier médical ainsi qu'au certificat (notamment en cas d'administration provisoire de biens) sont également détaillés.

### **Conclusion**

La RBP a été validée par le CEBAM et l'Ordre National des Médecins. Des conditions de mise en application ont été définies comme la sensibilisation des médecins, la mise à disposition d'outils et de supports de communication, l'accès via *EBMPracticeNet*...

**ID : 25**

## **ÉVALUATION DES EFFETS D'UN DISPOSITIF PÉDAGOGIQUE (ARPC) SUR LES REPRÉSENTATIONS DE FUTURS MÉDECINS EN TERMES DE MOBILISATION D'UN RÉSEAU PLURIDISCIPLINAIRE**

**V. Massart, D. Giet**

### **Buts**

Des séances d'Apprentissage à la Résolution de Problèmes complexes sont organisées au cours des deux dernières années de formation médicale<sup>(1)</sup>. Ce dispositif vise notamment à permettre aux étudiants de mesurer la complexité médicale et l'intérêt du travail en réseau dans la prise en charge d'une situation complexe.

Le projet de recherche s'inscrit dans le cadre d'une évaluation de programme de formation. Il tente de démontrer l'impact de l'ARPC sur les représentations de futurs médecins en termes de mobilisation d'un réseau pluridisciplinaire face à une situation complexe.

### **Méthodes**

Différentes méthodes ont été employées : analyse de questionnaires d'avis complétés par tous les participants aux ARPC ainsi que de cartes conceptuelles avant et après participation au dispositif et enfin organisation de focus group d'étudiants et tuteurs. L'utilisation de plusieurs techniques participe à accroître la crédibilité de l'étude (principe de triangulation).

### **Résultats**

Outre une présentation brève du format des séances d'ARPC, les résultats des trois méthodes d'approche seront présentés : analyse des questionnaires d'avis complétés au terme de chaque séance d'ARPC, plus précisément les données recueillies à la question ouverte « Que retiendriez-vous de l'ARPC? », un étudiant sur trois évoque spontanément l'importance du recours à un réseau pluridisciplinaire (Moyenne : 14,2 étudiants sur 41,9 questionnaires complétés par séance).

Cette tendance est confirmée par les résultats obtenus aux focus groupes où les tuteurs évoquent d'emblée le recours pluridisciplinaire. Les étudiants l'évoque eux, sans le nommer comme tel.

Les cartes conceptuelles analysées avant et après le dispositif ne donnent pas de résultats significatifs.

### **Conclusions**

Si les séances d'ARPC contribuent certainement à parfaire l'apprentissage clinique et la démarche diagnostique, elles tendent vraisemblablement à améliorer l'insertion du futur médecin dans un réseau pluridisciplinaire<sup>(2)</sup>.

<sup>1</sup>. Pédagogie Médicale; 6 : 88-97, 2005.

<sup>2</sup>. Pédagogie Médicale; 9 :141-56, 2008.

**ID : 26**

## **L'IMPORTANCE DES PNEUMOCOQUES DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES CHEZ LES ADULTES EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

**S. Heijmans (ResearchLink), J. Flamaing (Gériatrie, UZ Leuven), Y. Van Laethem**

### **Objectifs**

Comparer l'importance des infections à pneumocoques parmi l'ensemble des infections des voies respiratoires basses chez des adultes traités par des généralistes en Belgique.

### **Méthodes**

Etude multicentrique, transversale en médecine générale.

*Critères d'inclusion* : Patients de 18 ans ou plus avec des signes cliniques clairement définis d'une infection des voies respiratoires basses, ayant signé le consentement éclairé, et dont on dispose d'un échantillon d'urine.

Un test urinaire BinaxNow S. pneumoniae réalisé dans un laboratoire centralisé permet d'identifier les infections à pneumocoques. Les sérotypes pneumococciques ont été déterminés par le SSUAD (Pfizer labs, Etats-Unis).

Statistiques descriptives. Comparaison des patients BinaxNow-positifs et des patients négatifs. Variables continues : *Student's t tests*, variables binaires : *Fisher's exact tests*.

### **Résultats**

549 patients inclus par 38 MG entre le 27 février 2011 et le 28 mars 2013. Le test BinaxNOW était positif chez 26 patients.

46.4% était homme et 53.6% femme avec un âge moyen de 54.8 ans (18-93 ans). 9.1% des patients ont eu une radiographie et 0.5% une hémoculture. Un antibiotique a été prescrit chez 90.7% pour une durée de 8.3 jours.

62.8% était en arrêt de travail pendant 5.1 jours (1-21 jours). 2.7% des patients avaient besoin de soins à domicile et 8 (1.5%) patients ont été hospitalisés avec 1 admission (12.5%) aux soins intensifs.

Des différences statistiquement significatives ont été observées chez des patients avec un BinaxNOW positif. Plus de patients n'avait pas de travail rémunéré ( $p=0.031$ ). Moins de vaccination contre la grippe ( $p=0.037$ ) et plus de patients avec le BPCO ( $p=0.002$ ). L'analyse des sérotypes montrait que 68 % des infections à pneumocoques étaient dû à un sérotype inclus dans le vaccin conjugué 13-valent.

### **Conclusion**

La présence de pneumocoques dans les infections respiratoires est associée à une maladie plus importante en termes de sévérité, de traitement et de perte de productivité.

**ID : 27**

## **VINGT ANNÉES D'ACCREDITATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN BELGIQUE : OÙ EN SOMMES-NOUS COMPARATIVEMENT AUX AUTRES PAYS EUROPÉENS ?**

**A. Roex, M. Agten, E. Crauwels,  
E. De Boeck, M. Erkens, S. Moermans,  
B. Aertgeerts**

Le système belge d'accréditation a été instauré en 1993. Cet article examine le système actuel et compare la situation de la Belgique à celle des Pays-Bas, du Royaume-Uni et de la Finlande.

Dans chacun des quatre pays étudiés, les médecins doivent suivre une procédure pour se maintenir à jour. Les conséquences qui y sont associées diffèrent cependant d'un pays à l'autre, de même que les modalités de mise en œuvre de la formation professionnelle continue (FPC). Le terme " accréditation des médecins " n'est utilisé qu'en Belgique. En vue d'une meilleure qualité de soins pour le patient, il est important que la FPC fasse partie d'une stratégie plus large d'amélioration de la qualité et qu'elle parte de la pratique pour y retourner. Les résultats sont meilleurs avec le système britannique et le système néerlandais qu'avec l'approche adoptée en Finlande et en Belgique.

**ID : 28**

## **L'ACCREDITATION À PARTIR DU DMI : VERS UN NOUVEAU MODÈLE ?**

**A. Roex, M. Agten, E. Crauwels,  
E. De Boeck, M. Erkens, S. Moermans,  
B. Aertgeerts**

Nombreux sont les arguments pour fonder, en Belgique, un nouveau modèle d'accréditation sur les méthodes d'apprentissage pour adultes. Pour ce faire, on pourrait partir du dossier médical informatisé (DMI) couplé à un portefeuille individuel incluant un plan de développement personnel. Un certain nombre de difficultés restent encore à surmonter avant que cela ne soit réalisé. Relever ces défis est une première étape essentielle dans le développement d'un nouveau modèle. Il est en outre nécessaire de poursuivre la recherche portant sur l'efficacité des activités de formation professionnelle continue (FPC) pour qu'à l'avenir, la FPC ne soit plus basée sur le temps qui lui est consacré mais sur la preuve de la qualité qu'elle apporte.

**ID : 29**

## **iCAREDATA : IMPROVING CARE AND RESEARCH ELECTRONIC DATA TRUST ANTWERP ([www.icaredata.eu](http://www.icaredata.eu))**

**S. Coenen, A. Colliers, H. Philips,  
H. Bastiaens, P. Leysen, S. Anthierens,  
B. Michiels, R. Remmen, P. Van Royen**

### **Introduction**

Les soins de la première ligne sont également administrés durant la garde population de nuit. Actuellement, la collecte de données se rapportant à ces gardes est laborieuse, étant donné que le recueil de cette information n'est pas systématique, que différents programmes informatiques sont utilisés et que la qualité de l'encodage varie.

### **Méthode**

Le but principal de iCAREdata est de créer une base de données centrale pour améliorer la qualité des soins de santé de la première ligne et les réseaux multidisciplinaires de première ligne dans la région Anversoise. En se basant sur l'expertise de recherches (inter)nationales se rapportant à la garde population de nuit ([www.euroohnet.eu](http://www.euroohnet.eu)) et la liaison de données ([www.transformproject.eu](http://www.transformproject.eu), incluant Biomina, [www.biomina.be](http://www.biomina.be)), nous allons lier les données cliniques pseudonymisées, collectées dans les postes de garde population de nuit (PGPN), les services d'urgence en hôpital (général et académique) et les pharmacies de la ville d'Anvers. Ceci se fera selon la législation sur la protection de la vie privée et le stockage de données patient confidentielles.

### **Résultats et discussion**

Après l'implémentation de iCAREdata, nous espérons obtenir comme résultats:

- l'amélioration du recueil de données
- l'amélioration de l'organisation des soins de la première ligne durant la garde population de nuit
- l'amélioration de l'équité et de l'accessibilité aux soins de santé de la première ligne.

Nous espérons également que la qualité des soins s'améliorera grâce aux échanges entre les PGPN et les pratiques de médecine générale qui officient en journée. iCAREdata deviendra l'unique source de données en Belgique qui implémentera le projet TRANSFoRm et qui adhèrera à la mission du " Plan d'action e-Santé 2013-2018 ". iCAREdata s'alignera également aux recherches dans le programme Horizon 2020 et l'innovation des soins de santé, envisagé par la Flandre. Ceci permettra l'évaluation du plan garde de la ministre Onkelinx, incluant 45 nouveaux PGPN, la coordination de ces postes et des services d'urgences, le numéro d'appel unique 1733 et les évaluations scientifiques. En implémentant iCAREdata, nous espérons créer des opportunités de recherche sur les soins procurés dans les PGPN, le stockage et la liaison de données en accordance avec le projet européen TRANSFoRm.

**ID : 30****COLLABORATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER****S. Dagrain****Objectifs**

Le traitement des cancers est principalement de la compétence de divers médecins spécialistes (MS). La place des médecins généralistes (MG) dans la prise en charge de ces patients n'est pas clairement définie à l'heure actuelle. Cette étude a recueilli l'opinion de représentants de ces deux types de professions sur leur collaboration.

**Méthodologie**

Une étude qualitative a été réalisée au départ d'entrevues individuelles : huit MG (hommes et femmes, pratiques solo et en groupe, rurales et urbaines) et dix MS, travaillant au sein de trois grands hôpitaux de la même région ont été interrogés.

**Résultats**

De nombreux freins à la prise en charge par le MG ont été identifiés : complexité du suivi oncologique, manque de temps et de moyens, difficultés des MS de déléguer des tâches aux MG, court-circuit du MG par les patients, divers problèmes de communication/collaboration. Les différents intervenants ont marqué un intérêt à renforcer le partenariat. Plusieurs pistes d'amélioration de la collaboration ont été évoquées : plan de traitement commun, partage des tâches et suivi en alternance, outils de communication, rencontres entre MG et MS, pratique de groupe. Les MS se sont davantage montrés motivés au changement.

**Conclusion**

La littérature fait une grande place aux difficultés de communication entre MG et MS ; cette étude confirme que des attentes sont présentes des deux côtés et que des solutions concrètes peuvent être proposées par les intéressés. L'étape suivante est de provoquer une rencontre de consensus entre des représentants des MG et des MS portant sur les outils de communication à mettre en place et le partage des tâches. L'organisation des réunions de concertation oncologique multidisciplinaire et la mise en place de plans de traitement semblent de bonnes opportunités pour débiter.

**Mots clés :**

Comportement coopératif, cancer, modèles organisationnels.

**ID : 31****IS THE HEALTH PROFESSIONAL READY FOR THE USE OF TELEMONITORING ? INFLUENCING FACTORS FOR THE IMPLEMENTATION OF TELEMONITORING****E. Willemse, R. Remmen, T. Dilles, J. Adriaenssens, Th. More Kempen****Introduction**

In Flanders (Belgium), a number of telemonitoring (TM) pilot projects was approved with the support of the Flemish and the Federal government. Some projects have already been completed and others are in progress. Widespread implementation of telemonitoring is failing. The aim of this study was to explore the factors that promote or inhibit the implementation of TM at home.

**Methods**

We conducted semi-structured interviews with experts from TM projects in Flanders (Belgium).

**Results**

In total 8 interviews were conducted with health care professionals.

There is a changing way of providing care with the focus on prevention. An increase in awareness of the chronic disease in patients with chronic heart failure is present. This leads to an active empowered chronic patient. Care continuity is made possible with access to and sharing of patient data between health care professionals. Furthermore a positive perception of the health care professionals is also seen as a facilitating factor in the use of TM.

Inhibiting factors were TM is seen as an additional task was strongly present. TM is not embedded in usual care. Coordination of care is incomplete. Unclear agreements, tasks and uncertainties in responsibility and managing central patient data impede implementation in large scale projects or in usual care.

**Conclusion**

The study describes the factors that influence implementation of telemonitoring projects. TM can contribute to the self-management of the active-informed chronic patient and leads to improved outcomes. However, attention needs to be paid to embed TM in usual care. Limited financial resources hamper continuation of TM after the pilot phase. Cooperation and coordination in telemonitoring appears to be a major barrier within primary care, as well as between the lines of care. Transmural cooperation and communication between health care professionals, in interaction with the chronic patient is therefore essential. The Chronic Care Model framework can be useful for the implementation of TM.

**ID : 32****SUPPORT MEASURES FOR INFORMAL CAREGIVERS. QUALITATIVE STUDY IN FIVE EUROPEAN COUNTRIES****E. Willemse, S. Anthierens, M. Farfan Portet, R. Remmen****Introduction**

Informal caregivers (ICG) are important stakeholders in future supply of care for the dependant elderly (DEP). As of today they remain a central piece in the long-term care systems in all European countries. The aim of the study is to describe the effects and experiences regarding policy measures to support ICG in different European countries.

**Methods**

An empirical qualitative research using an embedded multiple case-study design was used. Semi-structured interviews were done in 5 countries (Belgium, France, Germany, the Netherlands and Luxembourg) with 38 ICG, with at least 5 ICG living in each geographical region.

**Results**

In all regions, ICG provide personal care or support and insure the continuity of care through coordination of services provided by professionals. ICG are usually informed on the services available for the DEP. Timely access to reliable proactive information for the ICG seems one of the key issues that is lacking at the moment in Belgium in contrast with the cases abroad.

**Conclusion**

The formal services provided to the DEP have the most impact in allowing the ICG to care for the DEP at home. ICG seem to use support measures available to them, to ensure they can respond to the care demands as well as to the continuity of care provided by professionals. Compared with other countries, fragmentation of the system in Belgium is apparent. The ICG find it difficult to navigate through the system. In other countries, information seems to be given more timely. The ICG is a key piece in the coordination of care and therefore in the continuity of the care provided to the DEP.

**ID : 33****ALISSEA : APPRAISAL OF CLINICAL SIGNS AND SYMPTOMS USING AN ELECTRONIC APPLICATION SYSTEM : PROTOCOL DE TRAVAIL****M. De Jonghe, S. Leconte, J.-M. Feron, B. Verstraete, C. Vanwelde, C. Duyver****Contexte**

En raison du développement d'outils informatiques, le processus de soin a été traduit en concepts génériques optimisant la transmission à la fois du contenu et du contexte de soin. Ces derniers permettent au clinicien d'identifier un problème de santé, base du raisonnement clinique.

**Objectif**

Familiarisation de l'étudiant au raisonnement clinique par une interface d'auto-apprentissage permettant de structurer la connaissance autour de ce raisonnement, de réaliser la transformation sémantique des données cliniques et de bénéficier d'une structure d'aide pour y parvenir.

**Méthode**

Développement d'une interface électronique (data model et database model), appelée Alissea, permettant la modélisation des différentes étapes du processus de soins, à savoir : la transformation sémantique et la représentation du problème, la génération d'hypothèses, la collecte de données cliniques, l'interprétation de ces données et la proposition de procédures diagnostiques, préventives, thérapeutiques ou palliatives. Intégration de 10 scénari cliniques à cette interface. Mise en place d'une interface modulaire et utilisation de codifications différentes selon l'usage. Création d'outils d'auto-évaluation de l'apprentissage par des rétroactions.

Création d'une partie du site réservée aux étudiants et modérée par les enseignants, appelée My Alissea. Sa structure incorporera des commentaires, la création d'un médecin ou d'un patient virtuel confronté à des problèmes cliniques ainsi qu'un espace réservé à la création, à l'expression, à l'échange de vécus et d'impressions.

**Résultats attendus**

Dans un premier temps, 10 problèmes cliniques aigus enseignés en Master 1 de médecine seront inclus. Cela permettra à l'étudiant de faire des liens entre les problèmes cliniques abordés. Le but est de mieux en souligner les points communs et les différences ainsi que de lier ces enseignements cliniques à des enseignements plus théoriques tels que l'EBM ou à des enseignements plus spécialisés. Le séquençage permet ainsi d'optimiser l'interactivité et la conceptualisation des différentes étapes du processus de soins.

**ID : 34**

**QUELLE TYPOLOGIE DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ENTRE LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES SERVICES D'URGENCE HOSPITALIERS EST UTILE À L'AMÉLIORATION DE LA CONTINUITÉ DES SOINS EN BELGIQUE FRANCOPHONE ?  
PROTOCOLE DE THÈSE DOCTORALE**

**M. Karam**

L'objectif principal de cette recherche est de construire une typologie identifiant de multiples " types idéaux " de collaboration interprofessionnelle (CI) entre les médecins généralistes (MG) et les équipes des services d'urgence, et susceptible d'améliorer la continuité des soins au patient. Cette typologie donnera lieu à des propositions théoriques propres à différents contextes belges permettant ainsi leur application à large spectre. La recherche sera divisée en deux parties, la première consistera en une démarche exploratoire de la littérature internationale par la réalisation d'une revue systématique des différents cadres théoriques et concepts de la CI, suivie par une exploration du contexte belge à l'aide d'une série d'entretiens exploratoires avec des groupes hétérogènes de MG, des équipes des urgences, ainsi que des représentants d'associations des patients, en nous inspirant de la méthodologie qualitative Appreciative Inquiry Summit. La deuxième partie consistera en une étude de cas multiples, " élites " en matière de CI, sélectionnés au terme de la 1ère partie selon les critères du potentiel d'apprentissage, de variété, et d'accessibilité aux données.

Les résultats de la recherche nous permettront de répondre à une série de questions : " Qu'est-ce qui fonctionne en termes de CI ? Comment est-ce associé à certaines formes de continuité des soins? Dans quels contextes et conditions ? Pourquoi cela fonctionne ? Pour quels acteurs ? Comment procèdent-ils ? ". Autrement dit, pourquoi observe-t-on une CI efficace et satisfaisante dans un contexte bien déterminé? Et en quoi améliore-t-elle la continuité des soins ?

**ID : 35**

**PHARMACOVIGILANCE EN MÉDECINE DE FAMILLE**

**D. Chibani, A.-P. Henry, Ph. Thibaut, C. Lescrainier, M. Jamoulle**

La pharmacovigilance fait partie de la prévention tertiaire puisqu'elle a pour but de surveiller l'apparition de complications et de les prévenir. Pratiquer la pharmacovigilance relève de la prévention quaternaire, celle qui nous incite d'abord à ne pas nuire. En ces temps troublés où la surmédicalisation semble être un maître mot, il paraît important de se pencher sur le système belge de pharmacovigilance, en comprendre les rouages et les objectifs et voir de quelle façon il était perçu ou employé par des collègues belges.

**Méthode**

Une étude détaillée de l'information disponible et la visite du centre belge de pharmacovigilance (CBPH) ont permis de mesurer l'importance de la pharmacovigilance et son apport à la médecine clinique. Pendant le même temps, notre équipe relevait tous les cas de notifications effectuées en 2013. Un questionnaire a été soumis à quelques dizaines de médecins pour comprendre les obstacles mis à l'exercice quotidien de cette branche importante du travail du médecin qu'on appelle à juste titre traitant.

Le mode de fonctionnement du centre belge de pharmacovigilance peut être exposé ainsi que son rôle dans les rouages de recueil d'informations sur les effets secondaires des médicaments par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

25 cas de notifications, soit environ deux par mois, sont exposés en détail et commentés.

Les obstacles à la pharmacovigilance mis en évidence lors de l'enquête auprès de médecins généralistes seront exposés et discutés.

**Conclusion**

Il y a clairement une sous-notification d'effets indésirables (EI) de la part des médecins pour diverses raisons. Il est important de sensibiliser les médecins à notifier en levant les obstacles tant que possible et favoriser des formations sur la pharmacovigilance.

**ID : 36****EBMPRACTICENET.BE : UN PROJET NATIONAL POUR FAVORISER L'ACCESSIBILITÉ AUX RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES****B. Fauquert, S. Van de Velde, E. Bosselaers, L. Demay, S. Geens, M. Goossens, A. Heselmans, V. Parmentier, J. Van Schoenbeek, R. Vander Stichele, I. Kunnamo, B. Aertgeerts****Contexte**

Depuis deux décennies, la littérature secondaire (guidelines, lectures critiques, revues systématiques) s'est beaucoup développée. Pour de multiples raisons cette connaissance n'est pas utilisée à sa juste mesure dans la pratique clinique.

**Objectif**

L'objectif de ce projet est d'améliorer la diffusion et l'accessibilité de la littérature médicale basée sur l'EBM. L'accent est mis sur la lisibilité à l'écran, un système d'information " en couches " et l'accessibilité à partir du dossier médical informatisé (DMI). Les médecins généralistes sont le groupe professionnel cible prioritaire.

**Méthode**

Une collection de portée internationale a été choisie, puis traduite en français et néerlandais, et enfin l'adaptation au contexte des soins belges et l'ajout de liens vers les ressources nationales existantes (CBIP, Minerva, CDLH) ont été lancées. La collection de recommandations belges a été également mise au même format de lecture à l'écran. Une indexation performante au sein du moteur de recherche et un système d'aide à la décision ont été intégrés.

**Résultats**

944 guides internationaux sont traduits et 48 guides nationaux sont actuellement disponibles sur le portail ebmparticenet.be. L'adaptation de 10 guides internationaux prioritaires a été réalisée. Un formulaire de commentaires est disponible pour chaque guide. Environ 40 professionnels et 40 médecins généralistes en formation participent au processus d'adaptation. Au 13/03/2014, les statistiques de consultation montrent une progression de 300 nouveaux utilisateurs par mois depuis octobre 2013 et une intensité d'utilisation de 500 utilisateurs uniques par mois. 50% des accès à partir du DMI concernent les guides EBMpracticeNet.

**Conclusion**

Depuis le début du projet en 2011, de nombreuses réalisations ont été effectuées et d'autres sont en cours. EBMpracticeNet est un projet débutant dont la valeur ajoutée sera à évaluer en particulier au niveau de la satisfaction des utilisateurs et de son influence sur les connaissances et la pratique de médecine générale.

**ID : 38****AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS D'HÉPATITE B CHRONIQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE : RECHERCHE ACTION DANS UNE ASSOCIATION DE SANTÉ INTÉGRÉE À LIÈGE****L. Deben****Introduction**

Avec l'arrivée de nouveaux migrants, l'hépatite B chronique est une maladie rencontrée régulièrement dans certaines pratiques de médecine générale urbaines. Dépistée et suivie en médecine générale quand elle ne nécessite pas de traitement, elle est pourtant mal connue.

L'objectif principal de ce travail est d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'hépatite B chronique dans une association de santé intégrée.

**Méthode**

La méthode est inspirée de la recherche action. Après une recherche bibliographique, une revue des dossiers des 23 patients atteints d'hépatite B chronique a été réalisée. Ensuite, une animation basée sur la technique du groupe nominal a été organisée afin de dégager des pistes d'amélioration. Des outils pratiques (de dépistage, de suivi et d'encodage informatique) ont été élaborés au cours de ce processus afin de faciliter la réalisation de l'objectif.

**Résultats**

Le suivi du patient atteint d'hépatite B chronique est complexe. Il nécessite une bonne connaissance de la pathologie et peu d'outils pratiques sont mis à disposition du médecin généraliste. La prévalence de la pathologie est plus élevée dans l'association de santé intégrée que la moyenne nationale. Plusieurs pistes d'actions concrètes d'amélioration de la prise en charge de cette pathologie ont été élaborées.

**Discussion**

Même s'il est difficile de trouver des guidelines clairs à l'usage du médecin généraliste, celui-ci peut être plus proactif au niveau du dépistage et du suivi du patient atteint d'hépatite B chronique. Mettre la pratique à l'épreuve du questionnement peut apporter une contribution dans un processus d'amélioration de la qualité de notre système de santé.

Au cours de la recherche, les différents intervenants ont exprimé un grand enthousiasme à comprendre et à renforcer la qualité de la prise en charge de cette pathologie.

**Mots clés :**

Hépatite B Chronique, évaluation, qualité des soins.

**ID : 39**

## **PROLONGED COUGH IN CHILDREN: LESSON LEARNED FROM A DIAGNOSTIC STUDIES**

**S. Leconte, D. Ferrant, J. Degryse**

### **Aims**

Prolonged cough in children is a frequent complaint among the population but data regarding its epidemiology and differential diagnosis in primary care are lacking. The aims of this study were to determine the frequency of various aetiologies, and to investigate the patterns of case presentations and the evolution of prolonged cough in children presenting to their primary care physician.

### **Methods**

Patients aged between 5 and 17 complaining of a cough lasting more than three weeks were recruited by their primary care physicians. A standardised diagnostic protocol was used on top of normal care. Follow-up was ensured by the researcher.

### **Results**

The patient recruitment rate was low and only 21 children were included. Half of them had presented a productive cough for no more than two months. The three most frequent final diagnoses were respiratory tract infection including *Mycoplasma pneumoniae* infections, allergic aetiology and bronchial hyperreactivity. No serious underlying disease and no *Bordetella pertussis* infection were found. All episodes were resolved within a maximum of six weeks after inclusion but one in four patients experienced a relapse.

### **Conclusion**

Other studies on prolonged cough in children are needed in general practice. Recruitment strategies have to be carefully chosen, and patient flagging must be done by checking patient records every week. The outcome should focus on prognosis rather than on specific diagnosis.

**ID : 40**

## **UTILISATION DE L'ÉLECTROCARDIOGRAPHIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ; UNE ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE**

**L. Bonhomme**

### **Objectifs**

L'électrocardiographie (ECG) est une technique d'une valeur inestimable, notamment en dépistage chez les sportifs. Mais qu'en est-il en médecine générale ? Cette étude étudie l'utilisation de l'ECG par les médecins généralistes (MG) de deux communes urbaines, leur perception quant à son intérêt pratique et leurs besoins éventuels de formations.

### **Méthode**

Enquête par questionnaire auprès des 74 MG de deux communes urbaines. Recherche de corrélations statistiques entre l'âge des médecins, leur mode de pratique, le nombre de patients par semaine, le fait de travailler aux urgences et l'utilisation de l'ECG (test du Chi-carré).

### **Résultats**

L'ensemble des médecins visés a répondu à l'enquête. Environ deux tiers détiennent le certificat nécessaire à la tarification de l'ECG et l'ont déjà mis en pratique, mais seulement 30% l'utilisent encore, principalement en cas de douleur thoracique ou de trouble du rythme. La moitié de ces derniers a déjà fait appel à un spécialiste pour une aide à l'interprétation du tracé. Travailler dans une maison médicale est le seul paramètre associé de manière significative à l'utilisation de l'ECG ( $p=0,004$ ).

Soixante-neuf pourcents des candidats pensent que l'ECG a sa place en médecine générale, mais beaucoup d'obstacles sont rencontrés, principalement la proximité des hôpitaux, le manque de temps et de compétences.

Soixante-deux pourcents ont demandé la mise en place d'ateliers d'interprétation et de cours de remise à niveau.

### **Conclusion**

Cette étude montre une utilisation relativement limitée de l'ECG. Or, si dans certaines indications son intérêt en médecine générale est modeste, il est clairement établi pour les certificats d'aptitude sportive que nous rédigeons. Plusieurs obstacles sont cependant à surmonter pour en assurer une utilisation efficace. Peut-être faudrait-il tirer des enseignements de la pratique en maison médicale, où l'on semble plus l'utiliser et développer une interaction accrue avec les cardiologues, notamment à l'aide de la télé-cardiologie.

# **ETUDE DE FAISABILITÉ POUR LA CONSTRUCTION D'UN PARTENARIAT ENTRE ASSOCIATIONS DE MÉDECINS, VISANT À L'ÉLARGISSEMENT DE L'OFFRE DE SOUTIEN À LA PRATIQUE DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE VERS LES USAGERS DE DROGUES ET TOXIQUES, ET LES PATIENTS SOUFFRANT D'ADDIC**

**C. Remy, M. Gayraud**

## **Objectif**

Plus de la moitié des traitements de substitution ainsi que la plus grande partie des suivis d'alcooliques, ou d'usagers de drogues diverses, ainsi que les questions d'usages de toxiques récréatifs ou non, réels ou virtuels, ont lieu au cabinet du généraliste. Le médecin n'est pas seul impliqué dans le suivi de ces patients, il travaille souvent en équipe ou en réseau, en lien avec un centre spécialisé, en collaboration plus ou moins formelle avec des institutions de terrain.

Le RAT Réseau d'Aide aux Toxicomanes asbl dont l'objet est l'organisation du soutien aux pratiques des MG à Bruxelles) et la FAMGB (Fédération des Associations de médecins généralistes à Bruxelles) se sont rencontrés autour d'un projet d'évaluation des structures déjà en place et des besoins exprimés par les généralistes, à propos du soutien utile dans l'accueil de ces patients.

## **Méthode**

Une enquête de terrain par un chercheur socio-anthropologue avec pilotage et discussion au sein d'un conseil scientifique formé de confrères intégrés dans les structures concernées. :

- mesurer l'évolution récente de l'accueil des usagers de drogues par le corps médical à Bruxelles
- dresser un inventaire des idées de ressources envisagées par les praticiens à partir de leur expérience de terrain et de leur représentation du métier, de son contexte, de l'évolution de cette patientèle (envoi d'un questionnaire et interviews en focus group et individuelles)
- discuter au sein d'un conseil scientifique les pistes mises en lumière
- formuler sur cette base, un projet pour la mise en œuvre d'une collaboration concrète entre les associations de généralistes.

## **Résultats**

ont porté sur :

- les vécus subjectifs de la sélection des médecins généralistes et l'impact de l'évolution sociologique du corps médical sur les prises en charge des personnes dépendantes
- les difficultés spécifiques dans les rencontres avec les patients dépendants
- l'insertion des MG dans les réseaux locaux
- les besoins en formation
- l'image idéale du soutien nécessaire autour de ces prises en charge.

## **Conclusions**

L'étude visait à mettre en lumière des éléments du débat en santé publique (historiques, sociologiques et subjectifs) habituellement peu exposés ou pris en compte dans l'organisation des soins, et s'intègre dans la conception plus efficiente et diverse d'une médecine de première ligne.

**ID : 42****L'ACCOMPAGNATEUR PSYCHO-SOCIAL MOBILE : AGENT DE LIAISON DANS LA PRISE EN CHARGE DE PERSONNES COMBINANT L'EXCLUSION SOCIALE ET UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE****A. Slimbrouck - Recherche-Action RAPS - Réseau d'Accompagnateurs Psycho-Sociaux****Objectifs**

Cette recherche-Action visait à investiguer la fonction de l'accompagnateur psycho-social mobile (APS), et son articulation avec le réseau des institutions travaillant à l'intersection du secteur médico-psycho-social.

**Méthodes**

La recherche-action rassemblait dix professionnels de huit structures travaillant à l'intersection du social et du mental, sur le territoire de Bruxelles-Capitale.

Sur une période de 11 mois en 2012, ces travailleurs ont mis en œuvre des accompagnements mobiles de personnes adultes, combinant des problématiques sociales et mentales et faisant partie du public-cible de leurs institutions respectives. La récolte de données se déroulait à travers les carnets de route des accompagnateurs, les échanges lors des interventions, des focus groups et lors des entretiens individuels.

**Résultats**

L'accompagnement mobile nécessite de la créativité face aux multiples problématiques, tout en préservant une vision globale de l'utilisateur. Le temps est une ressource essentielle. Le travail extra muros change les caractéristiques du lien entre l'APS et l'utilisateur. Un cadre institutionnel rassurant mais flexible peut soutenir l'APS devant des questionnements éthiques et parfois des problèmes de sécurité.

L'efficacité d'un APS à (re)connecter l'utilisateur aux réseaux de soins dépendra, entre autre, de la reconnaissance de sa double expertise à l'intersection du social et du mental, et de la possibilité d'élaborer des objectifs communs entre plusieurs intervenants dont les pratiques s'inscrivent parfois dans différentes philosophies de travail.

**Conclusions**

Des personnes combinant des problèmes d'exclusion sociale et de santé mentale sont souvent difficiles à engager dans une relation thérapeutique. La complexité et la durée des diverses problématiques nécessitent un ensemble cohérent et synergique d'approches qui s'inscrivent dans le temps, dans une perspective holistique de la prise en charge de l'utilisateur. Moyennant certaines conditions, l'APS mobile pourrait prendre une place dans ce réseau comme agent de liaison.

**ID : 43****DÉPISTAGE VIH/IST AUPRÈS D'UN PUBLIC D'HOMMES PROSTITUÉS AU SEIN D'UNE ASSOCIATION SPÉCIALISÉE DANS L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO PSYCHO SOCIAL : QUELLE PLACE POUR LES TROD ?****S. Mokrane**

Parmi les publics cible des campagnes de prévention et dépistage du VIH et des IST figurent au premier rang les hommes ayant des rapports homosexuels et les personnes migrantes. Les hommes prostitués, pour la majorité nés en dehors de la Belgique, constituent un public cumulant les vulnérabilités en terme de risque VIH/IST.

S'appuyant sur diverses expériences passées, Alias, une association bruxelloise s'investit dans l'accompagnement medico-psycho-social des hommes prostitués à Bruxelles depuis 2009. Depuis 2012, Alias organise en son centre un dépistage délocalisé et médicalisé pour le VIH et les IST, en collaboration étroite avec le centre Elisa.

En 2013, le plan national sida définissait des actions prioritaires pour la Belgique concernant notamment l'accessibilité au counselling, au testing et au traitement. Le plan propose la réalisation de tests démedicalisés à orientation diagnostic.

Dans cette communication, nous proposons de présenter plus en avant l'organisation de la permanence médicale au sein d'Alias et nos réflexions personnelles sur la place éventuelle de ces tests démedicalisés dans une structure telle qu'Alias.

**ID : 44**

**L'AIDE MÉDICALE URGENTE. UNE  
COUVERTURE SANTÉ PRÉCAIRE  
POUR DES PERSONNES SANS  
SÉJOUR LÉGAL**

**S. Mokrane**

Depuis 1996, la Belgique s'est dotée d'une législation encadrant l'accès aux soins pour les personnes sans séjour légal et ce afin de répondre à ses différents engagements en matières de droit de l'Homme.

Comme d'autres couvertures sanitaires en Europe, l'Aide médicale urgente dont la dénomination porte à confusion, se caractérise par une décentralisation et une lourdeur administrative. C'est ce à quoi tente de remédier la réforme Mediprima.

Une recherche en anthropologie de la santé m'a donné l'occasion d'approcher le vécu de patients malades et sans-papier dans leurs parcours de santé.

Dans cette communication, je propose de partager les résultats de cette recherche qualitative et d'en tirer quelques conclusions sur les atouts et faiblesses du dispositif de l'aide médicale urgente comme couverture sanitaire pour les personnes en séjour illégal.

**ID : 45**

**L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES  
HOMMES PROSTITUÉS :  
RÉFLEXION BASÉE SUR  
L'EXPÉRIENCE D'UNE  
PERMANENCE MÉDICALE DANS  
UNE ASSOCIATION OFFRANT UN  
ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-  
PSYCHO-SOCIAL AUX HOMMES  
PROSTITUÉS À BRUXELLES**

**S. Mokrane**

S'appuyant sur diverses expériences passées, Alias, une association bruxelloise s'investit dans l'accompagnement medico-psycho-social des hommes prostitués à Bruxelles depuis 2009. Depuis 2012, l'association organise en son centre un dépistage délocalisé et médicalisé pour le VIH et les IST, en collaboration étroite avec le centre Elisa. L'idée d'un dépistage délocalisé est basée sur l'espoir d'un dépistage plus précoce des infections. L'accès au traitement et à la deuxième ligne spécialisée est également organisé.

Le public des hommes prostitués représente un groupe hétérogène aux vulnérabilités sanitaires (entre autre au VIH et aux IST) et sociales (notamment couverture sanitaire précaire ou inexistante) multiples.

Dans cette communication, nous proposons de présenter plus en avant l'association Alias, de dresser quelques constats sur les difficultés d'accès aux soins des hommes prostitués à Bruxelles.