

Revue
indépendante

Spécial

Volume 34
Novembre 2023

Prix au numéro : 40 €

exercer & Superviser

Supervision



Les IPP : les traitements
prolongés

• 6

Diabète : le coût
des glycémies

• 15



La vérité, toute la vérité

• 24

Prévention des cystites

• 37



Parkinson : diagnostic
et suivi

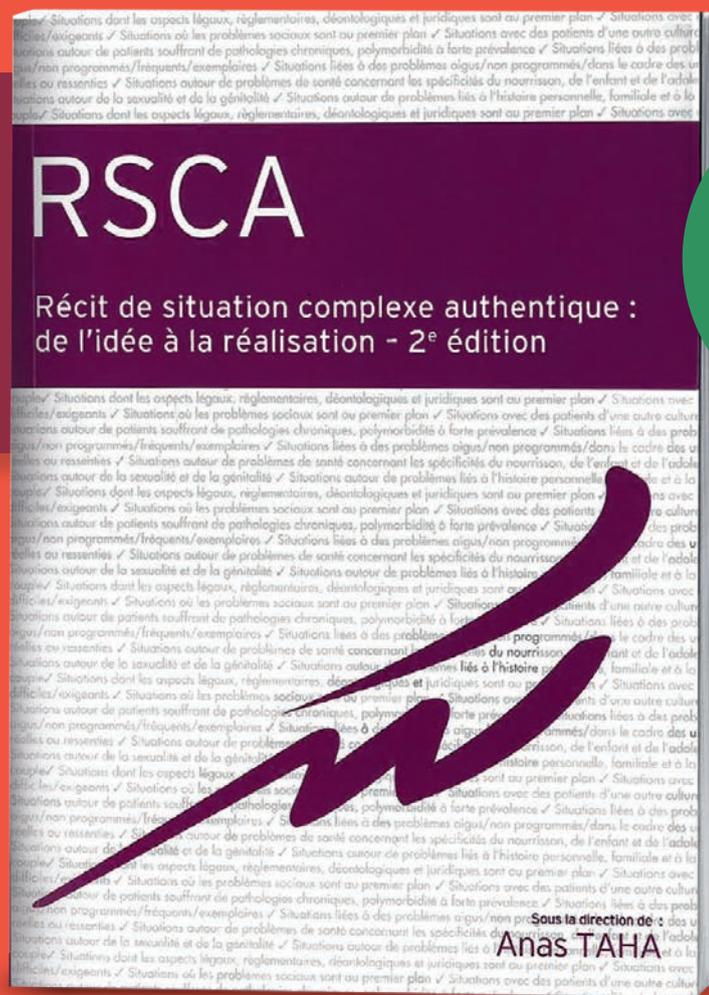
• 42

Récit de situation complexe authentique : de l'idée à la réalisation

NOUVELLE ÉDITION

Ce livre vous permettra de :

- connaître les étapes de rédaction du RSCA
- identifier le rôle des encadrants
- avoir des exemples de rédaction et de correction



32,90 €
Hors frais de port

● Livraison dans le monde entier

● Lu et sélectionné par La Revue du Praticien

● Frais de port à 1 euro

EN VENTE SUR EXERCER.FR



Sommaire | Contents

exercer # Spécial - Volume 34 - Novembre 2023

Éditorial / Editorial

- 3 **Superviser et exercer**
Supervise and exercise
Marc Bayen, Xavier Gocko

exercer & Superviser

- 4 **Scène ordinaire d'une pédagogie extraordinaire 1**
Ordinary scene 1 from extraordinary pedagogy
Xavier Gocko, Marc Bayen
- 6 **Profils des patients ayant un traitement par inhibiteur de la pompe à protons sur le long cours**
Profiles of patients with long-term proton pump inhibitor treatment
Virginie Verna, Cécile Renoux
- 13 **Scène ordinaire d'une pédagogie extraordinaire 2**
Ordinary scene 2 from extraordinary pedagogy
Xavier Gocko, Marc Bayen
- 15 **Glycémies à jeun veineuses potentiellement inadaptées dans le suivi du diabète : quel coût en France en 2018 ?**
Potentially inappropriate prescriptions of fasting venous blood glucose in diabetes monitoring: how much did it cost in France in 2018?
Bastien Bourrion, Lancelot Guerrier, Florence Pinsard, Sophie Mahut, Louise Devillers, Mathilde François
- 22 **Scène ordinaire d'une pédagogie extraordinaire 3**
Ordinary scene 3 from extraordinary pedagogy
Xavier Gocko, Marc Bayen
- 24 **Facteurs de risque modifiables de cystite récidivante chez la femme non ménopausée. Une revue systématique de la littérature**
Cystitis modifiable risk factors in non-menopausal women: systematic review
Raphaëlle Bigot, Stéphanie Larramendy-Magnin
- 35 **Scène ordinaire d'une pédagogie extraordinaire 4**
Ordinary scene 4 from extraordinary pedagogy
Xavier Gocko, Marc Bayen
- 37 **La vérité, toute la vérité ou sauver la face du patient en consultation**
The truth, the whole truth, or saving the face of the patient in consultation
Claude Richard, Marie-Thérèse Lussier, Hélène Givron
- 40 **Scène ordinaire d'une pédagogie extraordinaire 5**
Ordinary scene 5 from extraordinary pedagogy
Xavier Gocko, Marc Bayen

Pas à pas : diagnostic précoce et suivi de la maladie de Parkinson en médecine générale

Step by step: early diagnosis and follow-up of Parkinson's disease in general practice

42

Sabine Bayen, David Devos, Wassil Messaadi, Caroline Moreau, Luc Defebvre, Anita Tilly, Nassir Messaadi

exercer

exercer@cngc.fr

Éditeur / Publisher

Collège National des Généralistes Enseignants
155, rue de Charonne, 75011 Paris
Tél. : 01 75 62 22 90

Rédaction / Editorial staff

Directrice de la publication / Editorial director:
Corinne Perdrix (Lyon)

Rédacteur en chef / Chief editor:
Jean-Pierre Lebeau (Tours)

Rédacteurs en chef adjoints / Associate editors:
Jean-Sébastien Cadwallader (Paris-6-UPMC),
Yannick Ruelle (Paris-13-Bobigny),
Hélène Vaillant-Roussel (Clermont-Ferrand)

Directeur de la rédaction / Editorial manager:
Xavier Gocko (Saint-Étienne)

Rubrique « Soins » / « Care » section:
Aline Hurtaud (Reims)

Rubrique « Éducation » / « Education » section:
Aurélié Janczewski (Aix-Marseille)

Rubriques « Publications phares » / « Flagships » section:
Christophe Berkhout (Lille)

**Rubrique « Recommandé pour exercer » /
« Recommended to exercise » section:**
Alexandre Malmartel (Paris)

Tests de lecture / CME test: Damien Gonthier (Nancy),
Andry Rabiaza (Caen), Jan Baran (Lille)

Secrétariat de rédaction / Editorial department:
Marilyn Peronnet

Comité de rédaction / Editorial board:
Marc Bayen (Lille), Paul Frappé (Saint-Étienne),
Laurent Letrillart (Lyon), Denis Pouchain (Tours),
Marie-Eve Rougé-Bugat (Toulouse), Olivier Saint-Lary
(Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines)

Comité de lecture / Selection panel:
Isabelle Auger-Aubin (Paris), Anne Bottet
(Clermont-Ferrand), Rémy Bousageon (Conseil
scientifique CNGE, Lyon), Ludovic Casanova
(Aix-Marseille), Juliette Chambe (Strasbourg),
Anthony Chapron (Rennes), Laurence Compagnon
(Paris-12-Est-Créteil), William Durieux (Bordeaux),
Yoann Gaboreau (Grenoble), Gladys Ibanez
(Paris-6-UPMC), Maeva Jego (Marseille),

Jean-Yves Le Reste (Brest), Matthieu Lustman (Lille),
Alain Mercier (Paris-13-Bobigny), Henri Partouche (Paris),
Cédric Rat (Nantes), Cécile Renoux (Tours),
Matthieu Schuurs (Rouen), Benoît Tudrej (Lyon),
Marc Vanmeerbeek (Liège)

Conseil international / International board

Michèle Aubin – Department of Family medicine
and Emergency medicine – Professor in palliative care,
University of Laval, Quebec

Eva Hummers-Pradier – Head of the Department of General
Practice/Family Medicine – University Medical Center,
Georg-August-Universität, Göttingen, Germany –
Past President of the European General Practice Research
Network (Egprn)

Redouane Hadjji – General practitioner, Mostaganem,
Algeria – President of the Algerian Society of General
Practice

Marie-Thérèse Lussier – Chercheuse, Équipe de recherche
en soins de première ligne, Centre de santé et de services
sociaux de Laval; Professeure agrégée, Département de
médecine familiale, Faculté de médecine, Université de
Montréal

Richard Roberts – Professor of Family Medicine –
University of Wisconsin, USA – Past President of the World
Organisation of Family Doctors (Wonca)

Jean-Karl Soler – Specialist in family medicine, Malta
Executive Director for Research of the Mediterranean
Institute of Primary Care – President of the European
General Practice Research Network (Egprn)

Igor Svab – Head of the Department of Family Medicine
Medical faculty, University of Ljubljana, Slovenia –
Past President of the World Organisation of Family Doctors
(Wonca) Europe

Paul van Royen – Dean of the Faculty of Medicine
and Health Sciences – University of Antwerp, Belgium –
Past President of the European General Practice Research
Network (Egprn)

Chris van Weel – Emeritus Professor of Family medicine,
Radboud University Nijmegen, The Netherlands – Professor
of primary health care research at Australian National
University – Past President of the World Organisation of
Family Doctors (Wonca)

Paul Wallace – Emeritus Professor of Primary Health Care
University College of London, England – Deputy
Director, NIHR Clinical Research Network – Past President
of the European General Practice Research Network (Egprn)

Daniel Widmer – University institute of General Practice
University of Lausanne, Switzerland – Editor of "Primary Care"

Éditeur délégué / Delegated publisher

Global
Media
SANTÉ
92059 Paris-La Défense Cedex
globalmediasante.fr

Direction générale / General management:
Elena Zinovieva

Relecture / Second reading: Jehanne Joly,
Virginie Laforest

Rédacteur graphiste / Graphic designer: Valérie Delval

Impression / Printing: Imprimerie RAS,
6, avenue de Tissonvilliers, 95400 Villiers-le-Bel
Provenance du papier (RAS) : Maastricht. Taux de fibres
recyclées : 0 %. Eutrophisation : Ptot 0,004 Kg/To de
papier.

Achevé d'imprimer / Finished printing: à parution

Dépôt légal / Registration of copyright: Novembre 2023
ISSN : 0998-3953

N° de commission paritaire / Joint commission number:
0127 G 91200

 This paper meets the requirements of ANSI/NISO
Z39.48-1992 (Permanence of Paper).

Photo de couverture / Cover picture: Adobe Stock.com



(ci-contre) **Marc Bayen**
Président de CNGE Formation
m.bayen@cnge.fr



(ci-dessous) **Xavier Gocko**
Directeur de la rédaction d'exercer
x.gocko@cnge.fr
exercer 2023;Spécial:3.



Superviser et exercer

“ Tu me dis, j’oublie. Tu m’enseignes, je me souviens. Tu m’impliques, j’apprends. ”

Benjamin Franklin

“ Celui qui a la prétention d’enseigner ne doit jamais cesser d’apprendre. ”

John Cotton Dana

Les universités ont la mission de former des professionnels compétents répondant aux besoins en santé dans les territoires. Cette responsabilité sociale explique le choix pédagogique désormais unanime de l’apprentissage par compétences à la fois pour les 2^e et 3^e cycles¹.

Malgré une universitarisation tardive, les médecins généralistes ont été pionniers de l’apprentissage par compétences et de l’application des théories socioconstructivistes. La réflexivité est au centre de ces théories².

Peut-être que ces quelques mots vous paraissent abscons, voire hermétiques ; pourtant, en tant que maîtres de stage des universités (MSU), nous sommes des acteurs majeurs du développement des connaissances et compétences des étudiants de 2^e et 3^e cycles (E2C, E3C). Chaque phase de nos stages (observation, supervision directe et indirecte) sont des occasions de réflexivité autrement dit de prendre conscience et d’examiner de manière approfondie sa propre démarche médicale².

Pour les E2C, les situations vécues sont un lien entre enseignement en stage et hors stage. Les échanges autour de ces situations ont pour support les items et situations de départ.

Pour les E3C et pour les MSU, les situations vécues au cabinet sont des supports puissants et motivants de la construction des compétences. Les échanges autour de ces situations peuvent se poursuivre en groupes d’échanges de pratiques (GEP) et/ou avec le tuteur à la faculté².

Le développement de connaissances, de compétences, de valeurs, de rôles et d’attitudes à la pratique est un processus de socialisation professionnelle. Les enseignements en stage et hors stage participent donc à la construction de l’identité professionnelle et au sentiment d’appartenance à un groupe professionnel³.

En pratique ? En pratique, un étudiant a un questionnement. Ce questionnement murit (problématisation) grâce aux échanges avec le MSU, et/ou le GEP, et/ou le tuteur. Répondre à ce problème demande aux étudiants et parfois à la dyade étudiant/MSU d’avoir accès à des sources fiables et indépendantes et surtout de médecine générale. Pourquoi « surtout de médecine générale » ? Parce que les autres spécialités ne se posent pas les mêmes questions. Le processus réflexif contextualisation-décontextualisation-recontextualisation ne peut être complet que si la source est une source de médecine générale².

Parmi ces sources fiables, indépendantes et de médecine générale, la revue *exercer*, revue francophone de médecine générale, est la revue du groupe professionnel MSU. *exercer* participe donc naturellement à l’identité de la dyade MSU/étudiant.

Vous ne voyez toujours pas comment s’effectuent une supervision et une rétroaction ? Rassurez-vous, les séminaires pédagogiques⁴ par leurs échanges et leur bienveillance vont vous accompagner comme la revue *exercer* sur le chemin de l’identité professionnelle de MSU de médecine générale.

Vous trouverez au gré des pages de ce numéro spécial différents articles issus de la revue *exercer* pouvant être des supports utiles au cours de nos rétroactions. L’ensemble des articles sont accessibles en ligne en vous abonnant à la revue !

Références

- 1. Boelen C, Heck JE.** Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Geneva : Who, 1995. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66532/WHO_HRH_95.7_fre.pdf;jsessionid=9E55A-DAD92FD0B95512F8F-1C0BF5D6E9?sequence=1.
- 2. Cabannes A, Ghasarossian C, Schwartz JP.** Guider et évaluer la réflexivité des internes durant leur DES de médecine générale. *exercer* 2019;154:281-4.
- 3. Gocko X, Perdrix C, Compagnon L, Ghasarossian C, Renard V.** Socialisation professionnelle et futur DES de médecine générale. *exercer* 2017;131:140-2.
- 4. Puzzkarek T, Dumoitier N, Boulet P, Bottet A, Paumier F, Durieux W, Messaadi N, Bayen M.** De l’intérêt des évaluations dans l’optimisation des programmes de CNGE Formation. *exercer* 2019;154:285-6.

Xavier Gocko¹, Marc Bayen²

1. Département de médecine générale,
faculté de médecine Jacques-Lisfranc,
Université Jean-Monnet de Saint-Étienne

2. Département de médecine générale,
Université de Lille, Lille, France

x.gocko@exercer.fr

m.bayen@cngc.fr

exercer2023;Spécial:4-5.

Scène ordinaire d'une pédagogie extraordinaire 1



LES ACTEURS DE LA RÉTROACTION

Barbara : maître de stages des universités depuis 7 ans.

Ophélie : étudiante en neuvième année, en stage de niveau 2 en autonomie. Ophélie est présente chez Barbara depuis 2 mois et réalise la quasi-totalité des consultations en autonomie.

Barbara : « Ophélie, si tu es d'accord, nous allons revoir quelques dossiers en rétroaction ce midi. Comme tu as ton activité sportive ce soir cela te permettra de terminer un peu plus tôt. »

Ophélie : « Oui d'accord, c'est super, merci. »

Barbara : « Vas-y, parle-moi du premier patient que tu as vu ce matin, je t'écoute. »

Ophélie : « Alors, la première patiente de ce matin était Madame Jeannine D. âgée de 77 ans qui venait pour renouveler son ordonnance. Elle prend des anti-coagulants pour son ACFA, c'est de l'Apixaban, du Ramipril pour son HTA, et du Pantoprazole 20. Elle allait bien, elle a revu le cardiologue il y a 1 mois qui confirme dans le courrier que la situation est inchangée par rapport à l'année dernière et propose de maintenir le même traitement. L'examen était sans particularité, la TA bien équilibrée et la patiente n'avait aucune plainte. Elle est autonome, maintient une activité de jardinage régulière. »

Barbara : « Ophélie, comme nous en avons déjà discuté, nous ne parlons pas de « renouvellement d'ordonnance, mais plutôt de réévaluation du traitement dans le cadre du suivi. »

Ophélie : « Oui, c'est vrai. Justement, c'est ce que j'ai fait ; bien que le cardiologue ait proposé de maintenir le traitement à l'identique, je me suis interrogée sur l'indication du Pantoprazole et j'ai fouillé dans le dossier pour essayer de la retrouver. J'ai vu en cours, en GEP, que l'usage à long terme des IPP pouvait engendrer de nombreux effets indésirables et qu'il y avait une recommandation de bonnes pratiques publiée par la HAS. Le seul élément que j'ai retrouvé dans le dossier datait d'il y a 4 ans, sur le courrier de sortie d'hospitalisation lors de la découverte de son ACFA. Dans son dossier, il n'y a aucune notion de facteur de risque justifiant la prescription d'IPP. J'ai demandé à la patiente si elle avait déjà eu un ulcère de l'estomac ou un reflux et elle m'a répondu qu'elle avait parfois des "brulants". Je lui ai aussi demandé si elle savait pourquoi elle prenait du Pantoprazole et sa réponse a été qu'on lui avait donné à l'hôpital pour protéger son estomac et que son traitement lui faisait du bien. Je lui ai expliqué tous les effets indésirables des IPP et que ce serait mieux qu'elle ne le prenne plus. »

Barbara : « C'est super d'y avoir pensé. Et alors, quelle a été sa réponse ? »

Ophélie : « Elle n'a pas du tout été d'accord. Elle m'a dit "je viens de voir le cardiologue et il a écrit qu'il fallait continuer le traitement comme il est. C'est un spécialiste, il sait ce qu'il fait et depuis que je prends ça je n'ai plus de brûlants !". Du coup, je n'ai pas osé insister et je lui ai expliqué que nous en reparlerions ensemble. »

Barbara : « J'ai déjà aussi essayé de convaincre madame D. Je lui ai rappelé les mesures hygiéno-diététiques dans le traitement du RGO, présentées par la Société nationale française de gastro-entérologie, comme la perte de poids, le positionnement, l'éviction de certains aliments. Mais ce n'est pas simple, d'autant plus quand nous ne sommes pas les initiateurs du traitement. Ce que je te propose, si tu es d'accord, c'est de lire l'article d'**exercer** qui traite des profils des patients ayant un

Référence

Virginie Verna, Cécile Renoux. Profils des patients ayant un traitement par inhibiteur de la pompe à protons sur le long cours. *exercer* 2023;193: 204-10.

traitement par inhibiteur de la pompe à protons au long cours et de repérer le profil de la patiente ce qui pourrait t'être utile pour la déprescription de son IPP si tu la revois en consultation la prochaine fois. Personnellement cet article, qui vient d'être publié, m'a beaucoup aidé et je pense que Mme D appartient au profil qui voit le médiamment comme "indispensable voire vital". »

Ophélie : « Ah ! je comprends mieux son refus, merci beaucoup, je vais lire cet article. »

Barbara : « Parfait. Lors de prochaines rétroactions nous reviendrons sur ce sujet et discuterons de ce que t'aura apporté cet article par rapport à la prescription ou la déprescription des IPP. »

Ophélie : « Oui tout à fait d'accord. »

Barbara : « Bien Ophélie, maintenant passons au dossier suivant. »

La rétroaction permet d'élaborer un diagnostic pédagogique partagé avec l'étudiant pour aboutir à une éventuelle prescription pédagogique acceptée par celui-ci avec pour objectif d'améliorer sa réflexivité sur sa pratique. Toute consultation réalisée par un étudiant en autonomie doit bénéficier d'une rétroaction. Cette rétroaction doit être notée dans le dossier (aspect médico-légal).



Virginie Verna¹, Cécile Renoux^{1,2}

1. Département universitaire de médecine générale, Université de Tours, France

2. EA 7505-EES (Éducation, Éthique, Santé), Université de Tours, France

cecile.renoux@univ-tours.fr

exercer2023;Spécial:6-12.

D'après l'article :

exercer 2023;193:204-10.

Profils des patients ayant un traitement par inhibiteur de la pompe à protons sur le long cours

Profiles of patients with long-term proton pump inhibitor treatment

INTRODUCTION

En 1987, la commercialisation du premier inhibiteur de la pompe à protons (IPP), l'oméprazole, a révolutionné la prise en charge des pathologies digestives hautes. Les données pharmacologiques et cliniques avaient montré une supériorité antisécrétoire des IPP par rapport aux inhibiteurs des récepteurs H₂ à l'histamine¹. Les IPP inhibent la sécrétion d'acide chlorhydrique par les cellules pariétales de l'estomac en bloquant l'enzyme H⁺/K⁺-ATPase.

En 2015, près d'un quart de la population française a utilisé au moins un IPP obtenu sur prescription médicale². En 2009, 15 % des IPP auraient été prescrits hors indication de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et représenteraient 150 millions d'euros de remboursement par la Sécurité sociale. Les IPP étaient au troisième rang des dépenses de l'Assurance maladie en 2006, après les traitements liés à l'hypertension artérielle et les statines³.

Face à ces prescriptions hors AMM, responsables de dépenses importantes, la Haute Autorité de santé (HAS) a mis à disposition une fiche de bon usage des IPP en 2009. Les indications principales y étaient rappelées : le traitement du reflux gastro-œsophagien (RGO) et de l'œsophagite par RGO, la prévention et le traitement des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les

patients à risque, l'éradication de *Helicobacter pylori* et le traitement des ulcères gastroduodénaux⁴. Devant l'enjeu économique, la HAS insistait sur l'absence de différence d'efficacité et de tolérance entre les IPP, et la nécessité d'une prescription médicale observant la plus stricte économie. Les IPP étaient souvent prescrits en rapport avec une affection de longue durée alors qu'ils étaient peu fréquemment liés à cette affection⁵.

Cette surprescription d'IPP pourrait être liée à un sentiment de sécurité thérapeutique du médecin (une bonne tolérance et peu d'effets indésirables à court terme)⁶. Pourtant, de nombreuses études observationnelles rétrospectives rapportaient des effets indésirables dans les prises prolongées d'IPP. Malgré des résultats contradictoires, il semble justifié d'en tenir compte devant la surconsommation de cette classe thérapeutique et les dépenses engendrées. Les principaux effets indésirables retrouvés sont une augmentation du risque de fractures osseuses, des infections digestives, notamment à *Clostridium difficile*, des infections pulmonaires, des troubles métaboliques (hypomagnésémie, déficit en vitamine B12), un risque de néphrite interstitielle aiguë et d'insuffisance rénale chronique⁷⁻⁹.

Des aides pratiques à la déprescription ont été diffusées, comme les fiches de bonne pratique et de bon usage mises en place par l'Observatoire du médicament, des

Liens d'intérêts :

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article. Les liens d'intérêts de chacun des auteurs de l'article sont consultables en ligne sur www.transparence.gouv.fr.

dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMÉDIT) du Centre-Val de Loire. Elles sont mises à la disposition des professionnels de santé, mais aucune recommandation validée n'a été publiée. Par ailleurs, il a été mis en évidence un effet rebond à l'arrêt de l'IPP, pouvant être responsable d'une difficulté d'interruption¹⁰.

Des études explorant les connaissances des patients sur leurs médicaments ont montré qu'ils en avaient une image plutôt délétère concernant leur système digestif. Les médicaments soulageant les douleurs d'estomac étaient souvent considérés comme de bons médicaments¹¹. Cette représentation pourrait être un frein supplémentaire à l'arrêt des IPP. Aucune étude récente centrée sur les représentations qu'ont les patients ambulatoires sur les IPP n'a été retrouvée dans la littérature.

L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations des patients sur l'IPP qui leur était prescrit depuis plus d'un an et leur éventuel arrêt.

MÉTHODE

Une étude qualitative inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique a exploré le ressenti des patients ayant en commun le vécu d'une prescription chronique d'un IPP de plus d'un an.

Population d'étude

Un échantillon raisonné homogène a été constitué en recrutant des patients majeurs, capables de comprendre et de s'exprimer en français, prenant un IPP depuis plus d'un an (possibilité d'une modification de la posologie ou du nom de la molécule au cours de l'année). Pour faciliter les entretiens, les patients ne devaient pas présenter de troubles cognitifs majeurs. En pratique, ils devaient être autonomes dans la gestion et la prise de leurs médicaments.

Le recrutement des patients a été fait par les pharmaciens dans trois officines de ville situées dans les

départements de l'Indre-et-Loire et du Loir-et-Cher. Les pharmaciens ont été contactés par l'enquêtrice principale afin de leur remettre une lettre de présentation de l'étude. Le pharmacien a ensuite remis aux patients répondant aux critères une lettre d'information. Les coordonnées des patients acceptant de participer à l'étude ont été récupérées régulièrement auprès des pharmaciens. Après un premier contact téléphonique où l'enquêtrice se présentait, une rencontre était proposée.

Recueil des données

Les entretiens se sont tenus au domicile des patients. En début d'entretien, un formulaire d'opposition à l'utilisation des données de santé pour la recherche a été remis aux participants. Un guide d'entretien avec des questions ouvertes a été élaboré. Il comportait une question dite « brise-glace » à propos des médicaments présents sur l'ordonnance du patient avant de l'interroger sur son IPP. Ce guide a évolué au cours des entretiens et s'est enrichi des données issues du codage. Un questionnaire de recueil des caractéristiques des patients a été rempli avec l'aide du patient à la fin de l'entretien.

Les entretiens ont été réalisés par l'enquêtrice. Ils ont été enregistrés sur un dictaphone. Ils ont été intégralement retranscrits sur un fichier Word®, avec anonymisation et destruction des enregistrements après retranscription. Les retranscriptions n'ont pas été soumises à relecture par les participants.

Après chaque entretien, les impressions et les observations de l'enquêtrice ont été rédigées dans un carnet de bord. Dans ce carnet de bord se trouvaient également les présupposés de l'enquêtrice concernant les IPP, notamment celui de l'image positive des IPP et de leurs prescriptions prolongées. Les échanges avec la co-enquêtrice y ont également été notés.

Analyse des données

La triangulation des analyses a été assurée par une analyse des premiers entretiens par les deux

enquêtrices. Un échange régulier tout au long du travail a eu lieu entre les deux enquêtrices.

Le recueil de données et l'analyse se sont faits en parallèle, dans une démarche itérative. Cette analyse a été initialement centrée sur chaque entretien qui a été exploré en profondeur. Dans un second temps, une analyse de l'ensemble des entretiens a été réalisée afin de faire émerger des catégories conceptuelles communes.

Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude a été enregistrée auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sous le n° 2020-043. Le comité Espace de réflexion éthique région Centre-Val de Loire (ERERC) a donné un avis favorable à la conduite de cette étude (n° 2020-031, le 11 juin 2020).

RÉSULTATS

Quatorze entretiens ont été conduits entre juin 2020 et janvier 2021 (tableau). La durée médiane des entretiens était de 38 minutes (de 19 à 61 minutes). Les patients avaient entre 24 et 85 ans. L'âge médian était de 66 ans. Trois participants n'avaient pas répondu à l'appel téléphonique de l'enquêtrice, ni repris contact à la suite du message vocal laissé. Un entretien a dû être annulé devant un cas contact Covid-19 chez ce patient. Un seul entretien (E9) a été fait par téléphone, à la demande de la personne. Deux patients (E9 et E13) ont été recrutés par effet boule de neige. E10 et E11 ont été interrogés au cours d'un même entretien.

L'IPP, un « bon médicament »...

Les patients avaient une représentation positive de leur IPP : « C'est vraiment un traitement qui me convient tout à fait, qui me réussit tout à fait » (E14) ; « Le médicament remplit complètement son rôle » (E12). L'IPP était associé à l'estomac : « L'Inexium®, c'est pour l'estomac » (E2).



L'image positive de l'IPP était liée à son efficacité, au soulagement des symptômes. Ces symptômes, principalement digestifs, étaient récidivants et douloureux : « Un bloc de ciment là et qui m'appuyait sur l'estomac et ça me pèse, c'est difficile à expliquer, mais c'est extrêmement désagréable » (E14) ; « C'étaient des douleurs absolument terribles » (E13). Ils étaient responsables d'une altération de la qualité de vie des patients : « Ça m'a pris tout l'après-midi, du coup je suis partie plus tôt du travail, mais j'ai pas travaillé de tout l'après-midi parce que je me tortillais dans tous les sens » (E9). L'IPP était perçu comme le traitement le plus efficace des remontées acides, une référence : « C'est vachement bien comme truc (IPP), c'est mieux que le Maalox® ou que le Gaviscon® » (E7). Il rassurait les patients devant des symptômes vécus comme angoissants. La proximité anatomique du cœur et de l'estomac était source d'inquiétude pour les patients : « J'ai même peur de faire une crise cardiaque car ça remonte dans la poitrine » (E9). Il protégeait des effets néfastes des autres médicaments : « L'estomac, il en prend un coup avec l'anti-inflammatoire » (E2) ; « C'est un complément pour pas que j'ai mal d'estomac, parce que sinon avec tout ce que je prends là (désigne son ordonnance) vous voyez un peu la liste » (E8).

Les patients décrivaient peu d'effets indésirables sous IPP : « J'ai pas eu de machin secondaire, moi, je le prends sans problème et je pense que ça me soigne » (E3). Ils avaient peu d'inquiétude concernant la prise de leur IPP. Ce sentiment de sécurité était conforté par la prise de ce traitement depuis des années – « Ça fait au moins vingt ans que je suis sous oméprazole » (E12) –, la tolérance au médicament – « Moi je suis tellement habituée à celui-là » (E2) – et par l'efficacité de l'IPP.

L'IPP était facile à prendre : « Là j'ai des antibiotiques, au lieu de le prendre le matin je l'ai pris à midi. Ça ne dérange personne, même qu'on peut le prendre n'importe quand. On prend un verre d'eau, ça ne pose aucun problème » (E3). Un autre aspect positif de l'IPP était sa prise en charge par l'Assurance

maladie : « J'ai commencé à aller à la pharmacie pour avoir des médicaments pour les brûlures et ça faisait effet, mais ça revenait à trop cher [...] une boîte de Bianacid®, il y en avait 40, 45 dans la boîte et ça me prenait une semaine et ça coûte déjà 11,50 euros la boîte, ça fait cher ! C'est pas remboursé » (E6).

Cette représentation positive de l'IPP par les patients était renforcée par le discours de leur médecin : « Pour lui (le médecin), c'était un des meilleurs médicaments pour ce que j'avais » (E4).

... avec parfois quelques limites

Un patient évoquait à la fois la crainte d'effets indésirables liés à la prise de l'IPP pendant de nombreuses années – « Si tu prends longtemps des inhibiteurs pompe à protons tu as plus de chance d'avoir un cancer de l'œsophage » (E7) – et le risque de ne pas en prendre : « En fait, de pas en prendre (des IPP) favoriserait l'inflammation et le cancer de l'œsophage, à long terme les gens qui ont des acidités gastriques, tu vas vers l'ulcère ou même des proliférations des cellules résistantes à l'acidité, donc un cancer type cancer œsophagien » (E7).

Les effets indésirables rapportés étaient dose-dépendants : « À 20 mg, en général ça va. Les effets, je n'en ai quasiment aucun ; mais si je passe, par exemple en période de fêtes, là je suis passée à 40 mg/j (...) et au bout de 3-4 jours j'ai tout de suite eu difficulté à m'endormir, réveils nocturnes avec une incapacité de se rendormir rapidement et dès que je réduis la dose d'oméprazole, les symptômes, enfin ça s'en va » (E13).

Un effet indésirable à court terme sous ésoméprazole a été rapporté : « J'ai commencé à avoir des troubles de la mémoire mais plus particulièrement des troubles de l'orientation » (E12). Il n'a pas empêché le patient de poursuivre avec un autre IPP et n'a pas modifié l'image positive des IPP. Les patients étaient très attachés à la molécule prescrite par leur médecin en restant fidèles à leur prescription d'origine. Le changement de nom ou le passage à un générique était mal vécu : « Les génériques, ils disent que c'est la même molécule, mais moi je me demande » (E4).

Profils de patients consommateurs d'IPP au long cours

L'analyse des résultats a fait émerger trois profils de patients prenant un IPP sur de nombreuses années (figure).

Premier profil : un médicament obligatoire, voire « vital »

Chez ces patients, l'IPP était considéré comme un médicament indispensable – « Pour moi, il est indispensable à 100 %, je ne peux pas ne pas l'avoir » (E13) – et qui maintient en vie : « Donc ce médicament est indispensable pour moi, perso, c'est une question de vie ou de mort » (E3).

Cette représentation « vitale » de l'IPP faisait écho à une expérience personnelle éprouvante – « J'ai arrêté de prendre l'ésoméprazole, suite à ça il a fallu que je sois hospitalisée puisque je perdais du sang » (E3) –, à une pathologie chronique avec des symptômes digestifs invalidants – « Si je ne l'ai pas, ce seraient des douleurs, je m'en taperais la tête contre les murs » (E13) – ou à une crainte d'avoir des maladies graves : « Il m'a conseillé de prendre de façon continue de l'oméprazole [...] pour éviter les remontées d'acidité gastrique dans l'œsophage qui pourraient entraîner des inflammations, qui, si elles ne sont pas soignées, peuvent entraîner des ulcères et, s'ils ne sont pas soignés, peuvent se dégrader et puis entraîner des cancers ou des tumeurs » (E12).

L'IPP était pris tous les jours en continu : « Je peux oublier ma simvastatine, je pourrais oublier mon médicament du diabète, mais je n'oublierai pas mon oméprazole » (E12) ; « C'est un traitement à vie » (E14). Son arrêt était alors inenvisageable – « Pour moi c'est impensable de ne pas pouvoir le prendre » (E13) – et pouvait être source de conflit avec le médecin : « Si demain, il (le médecin) me disait je vous propose de l'arrêter (...) je me fâcherais avec lui » (E12) ; « Je changerais de médecin » (E3).

Deuxième profil : un soulagement des symptômes, « gestion des symptômes » par le patient

L'objectif de l'IPP était de soulager les douleurs et d'apporter du confort

Entretien	Durée (minutes)	Âge (ans)	Sexe*	Profession	Situation maritale	Lieu de vie	Ordonnance	FOGD**
E1	35	77	F	Employé de bureau (retraite)	Mariée	Ville	Oméprazole 20 mg	Non
E2	41	64	F	Ouvrier (retraite)	Mariée	Campagne	Ésoméprazole 20 mg (2/j)	Oui
E3	20	85	F	Ouvrier (retraite)	Veuve	Ville	Ésoméprazole 20 mg	Oui
E4	25	75	F	Agricultrice (retraite)	Mariée	Campagne	Ésoméprazole 40 mg	Oui
E5	22	71	H	Employé de bureau (retraite)	Marié	Ville	Oméprazole 20 mg	Oui
E6	19	25	H	Ouvrier	Concubinage	Ville	Pantoprazole 40 mg	Non
E7	47	76	H	Cadre (retraite)	Marié	Ville	Lansoprazole 15 mg	Oui
E8	34	77	H	Agriculteur (retraite)	Marié	Ville	Oméprazole 20 mg	Oui
E9	41	24	F	Employé de bureau	Concubinage	Ville	Lansoprazole 30 mg	Oui
E10	61	64	F	Ouvrier (retraite)	Mariée	Campagne	Ésoméprazole 40 mg	Oui
E11	61	68	H	Ouvrier (retraite)	Marié	Campagne	Ésoméprazole 20 mg	Oui
E12	51	54	H	Cadre	Marié	Ville	Oméprazole 20 mg	Oui
E13	50	28	F	Enseignante	Concubinage	Ville	Oméprazole 20 mg	Oui
E14	26	60	F	Infirmière (retraite)	Mariée	Ville	Oméprazole 20 mg	Oui

Tableau - Caractéristiques des participants et des entretiens

* F : femme ; H : homme. ** FOGD : fibroscopie œsogastroduodénale

au patient. C'était un médicament antalgique : « L'Inexium®, le Doliprane® et le piroxicam parce que pour les douleurs c'est ceux-là les plus importants » (E2). L'utilisation quotidienne d'IPP était très souvent justifiée par la présence d'une « hernie hiatale » permanente et par l'aggravation des douleurs au fil des années : « Je pense que plus on vieillit, plus on a des problèmes gastriques » (E10). L'alimentation, le stress, la prise de médicaments et les activités quotidiennes favorisaient les douleurs et, par conséquent, participaient à la prise prolongée des IPP.

L'IPP remplissait complètement son rôle : il améliorait le quotidien des patients. Le patient gérait le plus souvent la prise de son IPP, sans avoir recours au médecin : « Quand je sais

que je vais manger des trucs acides, eh bien, je ne le coupe pas, je le mets entier mon cachet » (E4) ; « C'est moi qui fais ma médecine moi-même » (E1). Les patients avaient besoin d'avoir à portée de main leur IPP. Ils avaient peur d'en manquer : « J'aimais bien en avoir d'avance [...] si ça me prend le week-end d'avoir quelque chose sous la main, c'est pour ça que je m'organise » (E1).

Le mode de prise des IPP variait selon les patients, entre une prise continue et une prise en fonction des besoins. Le mode de prise dépendait de plusieurs facteurs, dont leurs symptômes. Face à des symptômes fréquents, générant de l'anxiété - « J'ai cru que j'allais m'étouffer tellement que ça remontait » (E4) -, la prise de l'IPP était continue. La crainte de la

réapparition des douleurs à l'arrêt de l'IPP favorisait une prise continue : « On pourrait faire un essai de l'arrêter, mais je ne suis pas chaude parce que j'ai trop peur d'avoir mal » (E2).

Au contraire, la prise de l'IPP en fonction des besoins rassurait les patients sur le risque d'effets indésirables liés à la prise prolongée d'un traitement : « J'y pense, je ne vais pas prendre sans arrêt un machin qui te bloque quand même l'acidité gastrique » (E7) ; « Bombe à retardement [...], et les conseils que j'ai vus c'est de s'en passer, d'en prendre qu'en cas de nécessité mais de s'en passer quand on en a la possibilité aussi car ce n'est pas très bon » (E1). Elle permettait d'atténuer la peur d'une accoutumance à leur IPP : « Je trouve ça ridicule de le prendre en continu parce qu'après on va



être accro, le corps il va être..., il s'adapte et arrivé un moment dans le temps il ne fera plus d'effet » (E10). L'observance était parfois difficile : « C'est assez contraignant de prendre un médicament tous les soirs et c'est un peu comme la pilule, je l'oublie » (E9).

L'arrêt de l'IPP pouvait être envisagé à condition de trouver une solution aussi efficace que l'IPP. « L'opération » de la hernie hiatale était évoquée (E4). Certains patients essayaient des méthodes non médicamenteuses sans réelle efficacité : « Je prends du lait, je me gargarise » (E7) ; « Au lieu de m'allonger directement juste après manger, je reste à table pendant un certain moment » (E9).

Troisième profil : une prescription médicale

Les patients prenaient leur IPP quotidiennement en suivant scrupuleusement leur prescription médicale : « Je lui ai dit moi, on me le donne, je le prends » (E8). L'IPP avait été introduit il y a plusieurs années à la suite d'un événement comme la « découverte d'*Helicobacter pylori* » ou une « hospitalisation pour infarctus du myocarde ». Ce traitement était renouvelé par le médecin : « Ils ne disent rien ! Ils vous collent ça et puis terminé » (E8). Les patients avaient confiance dans les prescriptions de leur médecin et envisageaient un arrêt de l'IPP avec l'accord de ce dernier : « Si elle (le médecin) devait me dire faut arrêter, eh bah, on arrête » (E5).

DISCUSSION

Une représentation positive de l'IPP

Dans cette étude, les patients interrogés avaient une représentation positive de leur IPP. Cette représentation positive est également retrouvée dans la littérature. Une étude qualitative de 1997 montrait déjà cette image positive de l'IPP, notamment par son efficacité dans le soulagement des symptômes et la bonne tolérance de ce médicament¹². En 2019, un questionnaire à destination des patients hospitalisés a évalué leur

connaissance et leur observance des IPP. Ces patients ont évalué le rapport bénéfice-risque de l'IPP comme très favorable¹³. Cette représentation positive participe certainement à la prise prolongée de l'IPP.

La notion d'une minimisation de la place des effets secondaires, voire une négation du lien médicament-effets secondaires lorsqu'un médicament est efficace, est retrouvée dans la littérature¹⁴. Chez les patients interrogés, les IPP étaient de « bons médicaments », car jugés efficaces. Peu d'effets indésirables étaient évoqués. L'efficacité des IPP influence-t-elle le sentiment de sécurité des patients ?

Chez les patients interrogés, la représentation positive de l'IPP était renforcée par l'échange avec leur médecin. Plusieurs travaux ont montré que les médecins généralistes en avaient également une image positive et étaient les principaux prescripteurs¹⁵. Cette image positive partagée entre le patient et le médecin peut renforcer l'observance du patient et la prescription au long cours. La réévaluation de l'IPP lors de la réévaluation de l'ordonnance n'est peut-être pas une priorité pour le patient et le médecin, contrairement à d'autres médicaments.

Trois profils différents vis-à-vis de la prise de l'IPP

L'analyse des représentations des patients sur l'IPP et leur éventuel arrêt a donné des informations sur la manière dont le patient concevait sa maladie, son traitement et son comportement face à celui-ci. Cette étude fait émerger trois profils de patients. Premier profil : « IPP vital ». Deuxième profil : « IPP gestion des symptômes ». Et troisième profil : « IPP prescription médicale ».

La notion de médicaments obligatoires « vitaux » et de médicaments « analgésiques » est retrouvée dans la littérature, l'IPP appartenant aux médicaments « analgésiques », soulageant les épigastralgies¹⁴. Un parallèle peut être fait avec le deuxième profil décrit. Les caractéristiques des symptômes et le retentissement quotidien sont à prendre en compte dans la

prescription de l'IPP et dans sa déprescription. Les mesures hygiéno-diététiques dans le traitement du RGO, présentées par la Société nationale française de gastro-entérologie, comme la perte de poids, le positionnement, l'éviction d'aliments et le tabac, pourraient être discutées avec le patient¹⁶. Elles reposent cependant sur des avis d'experts. Une étude de 1997 montrait que les patients prenant un IPP abandonnaient les mesures hygiéno-diététiques, la prise de l'IPP étant plus facile et efficace que la modification des habitudes de vie¹².

Le premier profil, « IPP vital », n'est pas décrit dans la littérature. Le caractère vécu comme « vital » de l'IPP par le patient justifie la prescription pendant de longues années. La présence de ce profil fait réfléchir à l'importance de la présentation de ce médicament par le médecin lors de son introduction. Il pourrait être intéressant d'énoncer la possibilité d'arrêt de l'IPP dès la première prescription et de justifier l'indication de ce traitement.

Le troisième profil, « prescription médicale », fait réfléchir à l'indication de l'IPP et à la justification de la poursuite de ce traitement lors de la réévaluation de l'ordonnance. Une déprescription de l'IPP pourrait être envisagée chez ces patients. Récemment, en milieu hospitalier, une majorité des patients se déclaraient prêts à essayer d'arrêter leur traitement par IPP si leur médecin le leur proposait¹². Le rôle du médecin semble donc fondamental dans cette situation.

Une étude de 2016 s'intéressant à la déprescription en médecine générale rapportait la méconnaissance des outils d'aide disponibles¹⁷. L'algorithme de déprescription des IPP de mars 2016 pourrait être une aide pour les médecins généralistes¹⁸. Cet outil a déjà été utilisé, avec un effet modéré, lors d'une étude hospitalière¹⁹. En médecine générale, il permettrait de réfléchir à l'utilisation de l'IPP à travers la question « Pourquoi le patient prend-il un IPP ? ». Cependant, l'outil ne prend pas en compte la représentation et la connaissance du patient

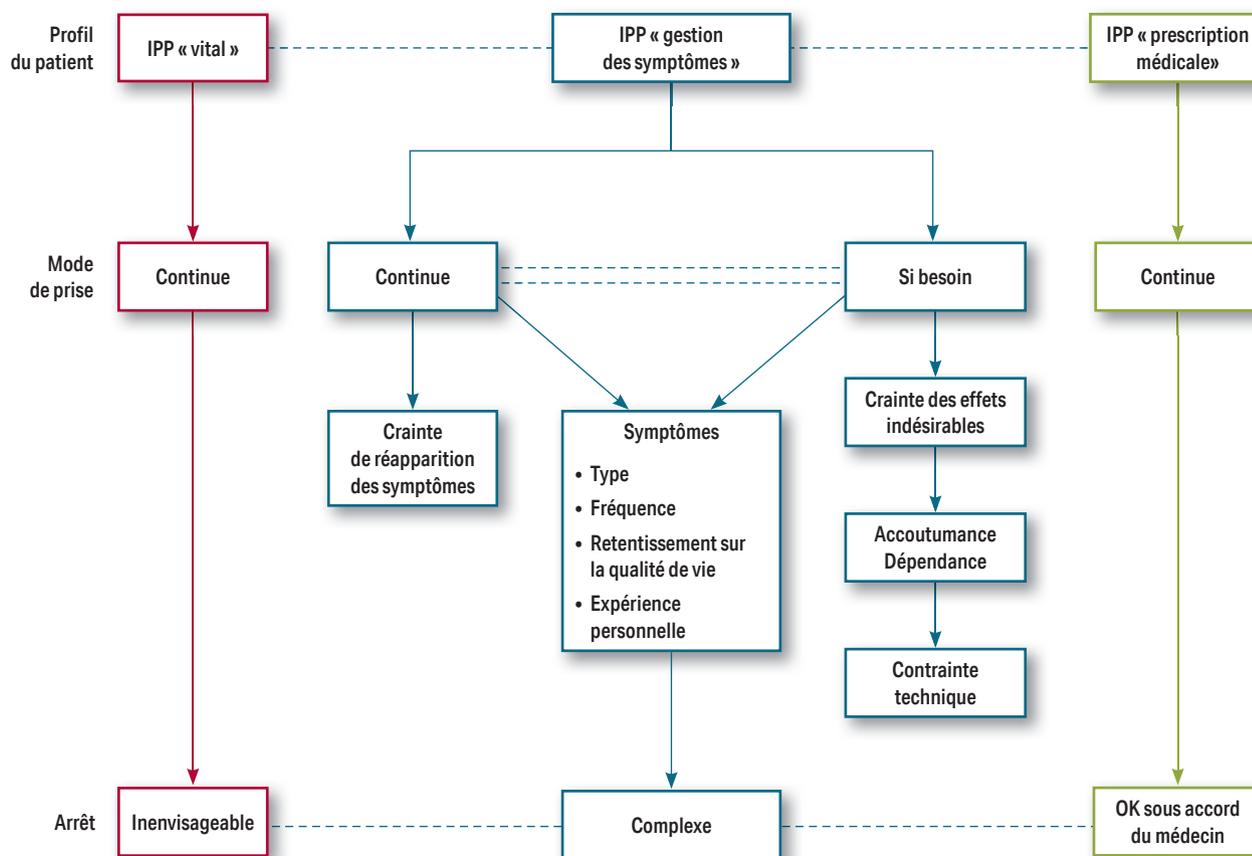


Figure - Profils de patients consommateurs d'inhibiteurs de la pompe à protons au long cours

sur son IPP. Un travail récent explorant la façon dont les médecins généralistes abordaient la déprescription au cours des consultations a mis en avant l'importance de la communication et de la relation médecin-patient dans la décision d'arrêt d'un traitement¹⁷.

Forces et limites

L'approche par analyse interprétative phénoménologique a exploré les expériences personnelles et profondes des patients concernant leur IPP. Le recueil de données s'est fait au cours d'entretiens individuels. Ils n'ont pas été réalisés « en ouvert », mais soumis à l'utilisation d'un guide d'entretien. Ce guide d'entretien constitué de questions ouvertes et une écoute active de l'enquêtrice ont permis aux

patients de s'exprimer librement et semblaient plus accessibles à une enquêtrice novice. L'échange et la relecture du premier entretien avec la co-enquêtrice ont permis d'améliorer les entretiens suivants.

Face à une contrainte technique, un entretien a été fait en binôme chez un couple, ce qui a pu modifier leur discours. Des échanges de regards et des interactions verbales ont perturbé l'entretien. Néanmoins, les données recueillies étaient riches, et les temps de parole ont été respectés. L'entretien réalisé par téléphone a présenté des inconvénients. Il était difficile de respecter les silences, et l'analyse du non-verbal n'a pu être réalisée. L'entretien a pourtant duré 41 minutes et a été riche en informations.

Le recrutement des patients a pu être soumis à une certaine orientation par le pharmacien. Le recrutement à travers plusieurs pharmacies a permis de varier les autres caractéristiques de cette population. Le pharmacien pourrait également modifier les représentations de l'IPP par le patient.

L'analyse des données a été principalement réalisée par l'enquêtrice principale, sous supervision de la co-enquêtrice, plus expérimentée. Le manque d'expérience de l'enquêtrice a pu interférer dans le codage et son interprétation. Néanmoins, la conduite des entretiens par l'enquêtrice a permis une interprétation plus juste et pertinente lors du codage. L'identification des trois profils n'était pas attendue dans cette étude avec une



approche phénoménologique dont ce n'était pas l'objectif initial, mais a émergé de manière naturelle. Cette tendance mériterait d'être confirmée par d'autres études.

Perspectives

Au cours d'une réévaluation de l'ordonnance, la prise en compte des représentations du patient

concernant son IPP et le repérage d'un des trois profils pourraient être utiles dans sa prescription ou sa déprescription. Une procédure de repérage pourrait être développée lors d'un projet de recherche ultérieur et conduire à la quantification de ces différents profils chez les consommateurs d'IPP. Elle aiderait à évaluer la pertinence, en nombre de prescriptions évitées, d'une

démarche de repérage systématique du troisième profil « IPP prescription médicale » où l'arrêt serait aisé.

Il serait également intéressant d'interroger les médecins généralistes de ces patients pour obtenir un regard croisé sur leurs représentations. Les patients qui ont arrêté leur IPP pourraient aussi être une source d'information importante sur ce sujet. ●

Résumé

Introduction. En France, 15 % des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) seraient prescrits hors des indications d'autorisation de mise sur le marché. Les représentations des patients sur leur IPP pourraient être un frein à leur arrêt.

Objectif. Explorer les représentations des patients sur l'IPP qui leur était prescrit depuis plus d'un an et son éventuel arrêt.

Méthode. Étude qualitative inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique auprès de 14 patients majeurs prenant un IPP depuis plus d'un an.

Résultats. Les patients avaient une représentation positive de l'IPP. Trois profils de patients prenant un IPP au long cours ont émergé de l'analyse : un premier profil où les patients considéraient l'IPP comme un médicament obligatoire, avec une prise continue et un arrêt inenvisageable ; un deuxième profil où les patients géraient la prise de leur IPP afin de soulager leurs symptômes ; un troisième profil où les patients respectaient une « prescription médicale » avec une prise continue et un arrêt possible après discussion avec leur médecin.

Conclusion. La prise en compte des représentations des patients concernant leur IPP pourrait être utile au cours de la réévaluation de leur ordonnance. Le repérage d'un des trois profils par le médecin serait une étape clé pour amorcer une démarche de déprescription.

→ **Mots-clés :** inhibiteurs de la pompe à protons ; patients ; prescription inappropriée ; déprescription ; recherche qualitative

Summary

Context. In France, 15% of proton pump inhibitors (PPI) are prescribed outside the indications of their marketing authorization. Patients' perceptions of their PPI could be a barrier to stop using them.

Aim. To explore patients' representations of the PPI they were prescribed for more than a year and its potential discontinuation.

Method. Qualitative study inspired by phenomenological interpretive analysis among fourteen adult patients using a PPI for more than one year.

Results. Patients had a positive perception of PPI. Three profiles of patients using PPI for long time emerged from the analysis: a first profile of patients who considered PPI as a mandatory medication, with continuous intake and impossible discontinuation; a second profile of patients who managed their PPI to reduce their symptoms; and a third profile of patients who complied with a "medical prescription" with continuous use and discontinuation possible after discussion with their physician.

Conclusion. Considering patients' perceptions of their PPI could be useful when re-evaluating their prescription. The identification of one of the three profiles by the physician would be a key step in initiating a deprescription process.

→ **Keywords:** proton pump inhibitors; patients; inappropriate prescribing; deprescriptions; qualitative research

Références

1. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les antisécrétoires gastriques chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis : AFSSAPS, 2007.
2. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons. Étude observationnelle à partir des données du SNDS, France, 2015. Saint-Denis : ANSM, 2018.
3. Sabban C, Courtois J, Caisse nationale de l'assurance maladie. Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments. Points de repère 2007;12:1-8.
4. Haute Autorité de santé. Fiche bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Saint-Denis : HAS, 2009.
5. Lecadet J, Service médical de l'assurance maladie d'Auvergne. Les anti-ulcéreux. Analyses Stat 2006;2:1-4.
6. Scarpignato C, Gatta L, Zullo A, et al. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases - A position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression. BMC Med 2016;14(1):179.
7. Heidelbaugh JJ, Kim AH, Chang R, Walker PC. Overutilization of proton-pump inhibitors: What the clinician needs to know. Therap Adv Gastroenterol 2012;5(4):219-32.
8. Reinberg O. Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : peut-être pas si inoffensifs que cela. Rev Med Suisse 2015;1(485):1665-71.
9. Lazarus B, Chen Y, Wilson FP, et al. Proton pump inhibitor use and the risk of chronic kidney disease. JAMA Intern Med 2016;176(2):238-46.
10. Reimer C, Søndergaard B, Hilsted L, Bytzer P. Proton-pump inhibitor therapy induces acid-related symptoms in healthy volunteers after withdrawal of therapy. Gastroenterology 2009;137(1):80-7.
11. Allenet B, Guignon AM, Maire P, Calop J. Intégration des représentations de la personne âgée face à ses médicaments pour améliorer son observance. Journal de pharmacie clinique 2005;24(3):175-9.
12. Boath EH, Blenkinsopp A. The rise and rise of proton pump inhibitor drugs: Patients' perspectives. Soc Sci Med 1997;45(10):1571-9.
13. Gramont B, Bertoletti L, Roy M, Roblin X, Tardy B, Cathébras P. Utilisation et gestion des inhibiteurs de la pompe à protons : une étude observationnelle. Therapie 2020;75(6):649-62.
14. Collin J. Observance et fonctions symboliques du médicament. Gerontol Soc 2002;25(103):141-59.
15. Direction de la Sécurité sociale. Rapports à la commission des comptes de la Sécurité sociale. 10-3 Les prescriptions d'IPP. Paris : DSS, 2009. Disponible sur : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2009/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-OCTOBRE_2009-FICHE-LES_PRESCRIPTIONS_D_IPP.pdf [consulté le 26 février 2023].
16. Létard JC, Bruley des Varannes S, Costil V, Société nationale française de gastro-entérologie. Le reflux gastro-œsophagien. Paris : SNFGE, 2017. Disponible sur : https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Bibliotheque_scientifique/reflux_gastro-oesophagien_snfge-cregg_2017.pdf [consulté le 26 février 2023].
17. Boufflet C, Zborowska Y. La déprescription chez le sujet âgé polymédiqué. exercer 2018;144:276-7.
18. Farrell B, Pottie K, Thompson W, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician 2017;63(5):354-64.
19. Valette S, Dory A, Gourieux B, Weber JC. Évaluation de l'implantation d'un processus de déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) à l'aide d'un algorithme au sein d'un service de médecine interne. Rev Med Interne 2021;42(8):535-40.

Xavier Gocko¹, Marc Bayen²

1. Département de médecine générale, faculté de médecine Jacques-Lisfranc, Université Jean-Monnet de Saint-Étienne

2. Département de médecine générale, Université de Lille, Lille, France

x.gocko@exercer.fr
m.bayen@cngc.fr

exercer2023;Spécial:13-4.

Scène ordinaire d'une pédagogie extraordinaire 2



LES ACTEURS DE LA RÉTROACTION

Sophie : maître de stages des universités depuis huit ans.

Matthieu : étudiant en troisième année de troisième cycle en début de stage SASPAS en autonomie. Matthieu est présent chez Sophie depuis 2 semaines et commence à réaliser des consultations en autonomie.

En milieu d'après-midi, Sophie et Matthieu ont programmé un temps de rétroaction pour les situations vues en autonomie l'après-midi.

- ◆ M. Mellitus, 62 ans, marié, 2 enfants, chauffeur de bus en activité, est suivi pour un diabète de type 2 et une HTA.

Sophie : « Matthieu, peux-tu me parler de la première consultation avec M. Mellitus ? »

Matthieu : « C'est un patient très agréable, nous avons eu un bon contact, il venait en consultation pour son renouvellement d'ordonnance et cela s'est très bien passé. »

Sophie : « Peux-tu me raconter comment s'est passée la consultation ? »

Matthieu : « Alors, j'ai vu, M. Mellitus, patient de 62 ans qui est suivi pour un diabète de type 2 et une HTA. Il m'a présenté ses résultats de la biologie que vous aviez prescrite. Son HbA1c était à 6.9 %.

M. Mellitus est marié, chauffeur de bus. Il ne fume pas et consomme 2 verres d'alcool le week-end. Il n'a pas d'antécédent familial particulier. Je l'ai examiné, sa TA à 138/76 et l'examen clinique sans particularité. Il prend comme traitement Metformine 500 mg 3 fois par jour et Ramipril 5 mg le matin. Il connaît bien sa maladie et marche 30 minutes au minimum chaque jour. Il a rencontré le cardiologue il y a 6 mois et tout allait bien. Son diabète et sa TA étant bien équilibrés j'ai renouvelé ses médicaments à l'identique et prescrit la prochaine prise de sang qu'il devra faire dans 3 mois. Il avait l'air content de sa consultation et il est reparti avec le sourire. »

Sophie : « C'est très bien Matthieu, je te remercie. En regardant les éléments du dossier, je pense que ta prise en charge est adaptée. Comme nous en avons déjà discuté ensemble, les personnes qui présentent des maladies chroniques viennent en consultation pour leur suivi et pas uniquement pour renouveler leur ordonnance. Peux-tu me montrer sur le dossier ce que tu as prescrit comme bilan biologique de suivi ? »

Matthieu : « Oui bien sûr, voici l'ordonnance du bilan que j'ai demandé pour la prochaine consultation. »

Sophie : « Voyons cela ensemble. Je vois que tu as pensé à tout. As-tu utilisé l'ordonnance qui est déjà préparée dans le logiciel ? »

Matthieu : « Oui j'ai repris celle de l'ordinateur pour être certain de ne rien oublier. »

Sophie : « C'est très bien d'utiliser les ressources disponibles. Je vois sur ta prescription que tu as demandé un dosage de la glycémie à jeun en plus de l'hémoglobine glyquée. Il ne me semble pas que la glycémie à jeun soit sur l'ordonnance que tu as trouvée dans le logiciel ? »

Référence

Bourrion B, Guerrier L, Pinsard Laventure F, Mahut S, Devillers L, François M. Glycémies à jeun veineuses potentiellement inadaptées dans le suivi du diabète : quel coût en France en 2018 ? exercer 2022;182:148-54.

Matthieu : « Ben oui, je l'ai ajoutée parce qu'elle manquait. Je pensais que c'était un oubli. Je n'ai pas bien fait ? »

Sophie : « À ton avis dans quelles situations ce dosage pourrait avoir un intérêt chez une personne qui présente un diabète de type 2 traité par antidiabétiques oraux ? »

Matthieu : « Ben, je pensais qu'il fallait la doser tous les 3 mois en même temps que la glyquée. »

Sophie : « Il y a encore peu de temps je la prescrivais aussi systématiquement en même temps que l'HBA1c. Au mois d'avril j'ai lu un article dans **exercer** sur les glycémies à jeun veineuses potentiellement inadaptées dans le suivi du diabète. Depuis j'ai modifié ma pratique et je me sers de l'arbre décisionnel pour définir si je la prescris ou pas. Si tu lis l'article, tu verras aussi que le coût induit par ces prescriptions inappropriées n'est pas négligeable. »

Matthieu : « Ah d'accord, je me suis abonné il y a 3 semaines à **exercer**, je vais regarder cet article. Merci beaucoup. »

Sophie : « C'est super ! Ce que je te propose, si tu es d'accord, c'est d'utiliser l'arbre décisionnel de l'article pour les prochaines consultations. »

Matthieu : « Oui c'est une bonne idée. »

Sophie et Matthieu utilisent tous les deux régulièrement **exercer** comme ressource lors des rétroactions. La rétroaction permet d'élaborer un diagnostic pédagogique partagé avec l'étudiant pour aboutir à une éventuelle prescription pédagogique acceptée par celui-ci avec pour objectif d'améliorer sa réflexivité sur sa pratique.



**Bastien Bourrion^{1,2},
Lancelot Guerrier¹,
Florence Pinsard¹, Sophie Mahut¹,
Louise Devillers^{1,2},
Mathilde François^{1,2}**

1. Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, UFR des sciences de la santé Simone Veil, Département de médecine générale, Montigny-le-Bretonneux, France

2. Université Paris-Saclay, INSERM, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, UMR1018, hôpital Paul-Brousse, bât. 15/16, 16, avenue Paul-Vaillant-Couturier, Villejuif, France

bastien.bourrion@gmail.com
exercer2023;Spécial:15-21.

D'après l'article :
exercer 2022;182:148-54.

Glycémies à jeun veineuses potentiellement inadaptées dans le suivi du diabète : quel coût en France en 2018 ?

Potentially inappropriate prescriptions of fasting venous blood glucose in diabetes monitoring: how much did it cost in France in 2018?

INTRODUCTION

La prévalence du diabète (types 1 et 2) traité pharmacologiquement en France est estimée à 5 % de la population générale, soit plus de 3,3 millions de personnes¹. Elle a augmenté de 2 % par an sur la période 2010-2015². Le coût total du diabète en France est évalué entre 8 et 10 milliards d'euros par an, soit environ 5 % des dépenses de santé. Les analyses en laboratoire coûtent environ 250 millions d'euros dont 8 millions d'euros pour les glycémies à jeun veineuses (GAJ)^{3,4}.

En France, le diagnostic de diabète repose sur le dosage de la GAJ^{5,6}. Le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) est réservé au suivi des patients diabétiques^{5,6}. Selon les recommandations françaises, l'HbA1c doit être dosée deux fois par an chez les diabétiques de type 2 qui sont à l'objectif sans changement de traitement et quatre fois par an pour les autres patients⁷. Elle est le biomarqueur d'hyperglycémie chronique le mieux validé dans la prédiction de la survenue de complications microvasculaires à long terme⁸⁻¹⁰. Cependant, l'HbA1c ne fournit qu'une appréciation indirecte de la présence d'hypoglycémies, et aucune traçabilité temporelle de l'instabilité glycémique¹¹.

La mesure de la GAJ au laboratoire n'est pas indiquée pour le suivi des patients diabétiques. Elle peut garder un intérêt dans certains cas : pour contrôler la précision des mesures de glycémie capillaire une fois par an

chez les patients qui pratiquent l'auto-surveillance glycémique (ASG) ou en cas de changement de traitement, en particulier les prescriptions d'insuline, de sulfamides ou de glinides (traitements à risque d'hypoglycémie) chez les patients qui ne pratiquent pas l'ASG¹².

Les auteurs se sont interrogés sur la fréquence des GAJ potentiellement inadaptées, réalisées dans le suivi du diabète. Bien que cet examen soit peu onéreux (1,35 €), la prescription à grande échelle peut engendrer un coût important pour le système de santé français et la société. L'objectif de cette étude était donc d'évaluer le coût, en 2018, des GAJ potentiellement inadaptées chez les patients diabétiques suivis en ambulatoire.

MÉTHODE

Base de données

La base de données utilisée dans cette étude était l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB)¹³. L'EGB est issu du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), base de données médico-administratives de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Le SNIIRAM fournit des informations exhaustives sur les soins réalisés ainsi que leur coût pour l'intégralité des personnes affiliées à l'un des trois régimes principaux de la Sécurité sociale : le régime général, le régime social indépendant et

Liens d'intérêts :
les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article. Les liens d'intérêts de chacun des auteurs de l'article sont consultables en ligne sur www.transparence.gouv.fr.



la mutualité sociale agricole. Chaque personne du SNIIRAM est identifiée par son numéro d'assurance maladie (NIR), qui comprend un numéro de clé de contrôle qui varie de 1 à 97. Les personnes incluses dans l'EGB sont celles pour lesquelles le numéro de clé de contrôle du NIR est égal à une valeur donnée, qui est confidentielle. L'EGB constitue ainsi un échantillon permanent anonyme et représentatif (en termes d'âge, de sexe, de localisation géographique) au 1/97^e des personnes protégées par un régime d'assurance maladie obligatoire.

L'EGB dispose notamment d'informations sur les soins réalisés en ville et pris en charge totalement ou en partie par l'assurance maladie. Les informations disponibles sont les traitements (noms, dosages, prix et spécialité du prescripteur), les examens biologiques (prix et spécialité du prescripteur), les dispositifs médicaux inclus dans la liste des produits et prestations remboursables - LPPR (codification et prix de vente autorisé). La LPPR est une nomenclature qui répertorie les dispositifs médicaux destinés au diagnostic et au traitement des maladies, le matériel d'aide à la vie quotidienne, les orthèses et prothèses externes, les dispositifs implantables ou les véhicules pour les handicapés physiques.

Population de l'étude

L'étude a porté sur les patients diabétiques au 1^{er} janvier 2018. Ils ont été repérés de deux manières : 1) les patients déclarés en affection de longue durée (ALD) entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2017 (l'ALD à cette période étant valable 5 ans) ; 2) les patients ayant eu un remboursement de traitement pour diabète avant le 1^{er} janvier 2018. Les traitements antidiabétiques ont été identifiés *via* la classe anatomique, thérapeutique et chimique (ATC)¹⁴. Les patients décédés avant le 1^{er} janvier 2018 ont été exclus. Les patients décédés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2018 ont aussi été exclus à la date du décès.

Variables

Les GAJ et HbA1c dosées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2018 ont été recherchées. Les GAJ prescrites de façon synchrone avec une HbA1c ont été repérées. L'identité des prescripteurs a été catégorisée en 5 classes : médecin généraliste, endocrinologue, cardiologue, gériatre ou autre spécialité.

Pour chaque GAJ, l'achat en pharmacie d'un dispositif d'ASG (bandelettes et/ou set de d'ASG) dans les 12 mois précédents a été recherché par la LPPR. Les patients concernés étaient considérés comme pratiquant l'ASG.

Les traitements antidiabétiques consommés entre le 1^{er} juillet 2017 et le 31 décembre 2019 ont été étudiés en fonction de leur classification ATC. Les dates de premières et dernières prescriptions ont été recueillies par classe afin de savoir si le patient avait reçu un traitement à risque de faire des hypoglycémies (insuline, sulfamides ou glinides) lors du dosage de la GAJ.

La mesure de la GAJ n'est pas indiquée pour le suivi du patient diabétique. Elle peut garder un intérêt dans certains cas particuliers (*cf. supra*)⁵. Les GAJ ont été considérées comme potentiellement inadaptées (**figure**) chez les patients ne pratiquant pas d'ASG dans deux cas de figure : lors d'une co-prescription avec une HbA1c ou en l'absence de traitement hypoglycémiant. Chez les patients pratiquant l'ASG, une GAJ par an et par patient était considérée comme adaptée et les autres GAJ étaient considérées comme potentiellement inadaptées.

Afin de décrire la population, l'âge en 2018 et le sexe des patients ont été recueillis.

Analyse

Le nombre de GAJ en excès a été multiplié par le coût d'une glycémie à jeun (1,35 €) pour obtenir le coût global sur l'EGB puis multiplié par 97 pour généraliser à la population française.

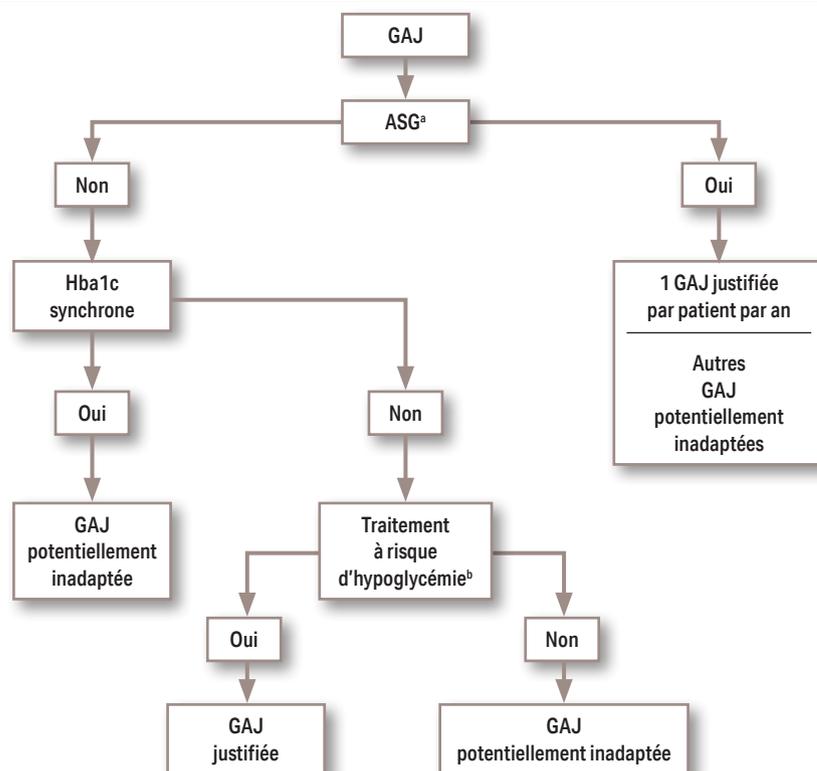


Figure - Arbre décisionnel conduisant au classement des glycémies à jeun comme potentiellement inadaptées
GAJ : glycémie à jeun ; a : autosurveillance glycémique définie par l'achat d'un dispositif d'autosurveillance prescrit dans les 12 derniers mois ; b : insuline, sulfamide ou glinide

Éthique

L'accès à l'EGB nécessite une formation et une autorisation préalables et a reçu l'approbation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en 2001.

RÉSULTATS

Description de l'échantillon

Parmi les 40 656 patients diabétiques inclus dans l'étude, 66 874 GAJ ont été prescrites (tableau 1). L'âge moyen des patients inclus était de 66,5 (IC95 = 66,3-66,6) ans. L'échantillon comportait 21 398 (52,6 %) hommes et 19 258 (47,4 %) femmes.

La médiane de prescription des GAJ était de 1 prescription (espace interquartile (EIQ) = 0-3) en 2018 et 13 259 (32,6 %) patients n'avaient eu aucune GAJ prescrite (tableau 2). Les patients ayant eu au moins une GAJ prescrite ont eu une médiane de 2 prescriptions (EIQ = 1-3) et 91,9 % d'entre eux avaient eu au moins une GAJ prescrite par un médecin généraliste. Le suivi avait été effectué par au moins deux médecins de spécialités différentes pour 3 020 (7,4 %) patients.

Glycémies à jeun potentiellement inadaptées

Parmi les GAJ réalisées, 78,9 % étaient potentiellement inadaptées, soit 52 771 GAJ (tableau 3). Parmi l'ensemble des GAJ dosées, 52 875 (79,1 %) étaient prescrites de manière synchrone avec une HbA1c.

Les 27 397 (67,4 %) patients qui avaient eu au moins une GAJ dosée avaient une médiane de 2 (EIQ = 1-3) GAJ potentiellement inadaptées. Parmi les patients qui avaient eu au moins 1 GAJ prescrite par un médecin généraliste, 87 % avaient eu au moins une GAJ potentiellement inadaptée. Pour les endocrinologues et les cardiologues, ces proportions étaient respectivement de 88 et 90 %.

Parmi l'ensemble des GAJ, 50,7 % étaient réalisées en l'absence de traitement à risque d'hypoglycémie chez les patients et 12,8 % étaient

	Effectif n (%)	GAJ n (%)
Total	40 656 (100)	66 874 (100)
1 GAJ dosée	27 397 (67,4)	66 874 (100)
ALD diabète	12 530 (30,8)	20 811 (31,1)
Sous traitement avant 2018	39 765 (97,8)	65 627 (98,1)
Autosurveillance glycémique ^a	19 707 (48,5)	28 458 (42,6)
Sexe		
• hommes	21 398 (52,6)	36 039 (53,9)
• femmes	19 258 (47,4)	30 835 (46,1)
Âge		
• < 45	3 506 (8,6)	3 149 (4,7)
• 45-54	4 060 (10,0)	5 843 (8,7)
• 55-64	8 605 (21,2)	13 913 (20,8)
• 65-74	12 042 (29,6)	22 115 (33,1)
• 75-84	8 202 (20,2)	15 292 (22,9)
• 85	4 241 (10,4)	6 562 (9,8)
Traitements^b		
• traitement à risque d'hypoglycémie ^c	21 567 (53,0)	39 155 (58,6)
• traitement sans risque d'hypoglycémie	13 314 (32,7)	22 679 (33,9)
• aucun traitement	5 775 (14,2)	5 040 (7,5)
Prescripteurs^d		
• généraliste	25 171 (61,9)	56 037 (83,8)
• endocrinologue	1 529 (3,8)	2 764 (4,1)
• cardiologue	752 (1,8)	1 403 (2,1)
• gériatre	44 (0,1)	86 (0,1)
• autres	2 921 (7,2)	6 584 (9,8)

Tableau 1 - Description de la population

GAJ : glycémies à jeun ; a : définie par l'achat d'un dispositif d'autosurveillance dans les 12 derniers mois ; b : patients ayant été remboursés au moins une fois de la classe de traitement ; c : traitement par insuline ou sulfamide ou glinide en cours ; d : patients ayant eu au moins une GAJ prescrite par la spécialité.

réalisées chez des patients disposant de matériel d'ASG sans traitement à risque d'hypoglycémie en cours. Du matériel d'ASG était à disposition chez 11,0 % des patients qui n'avaient pas de traitement à risque d'hypoglycémie en cours.

Coût des glycémies à jeun potentiellement inadaptées

Le coût total des GAJ était de 90 280 € pour les patients de l'EGB, ce qui, généralisé à la population française, représentait un coût de 8 757 150 €. Le coût des GAJ potentiellement inadaptées a été évalué à 71 240 €, soit un coût de 6 910 362 € en population française.

DISCUSSION

Principaux résultats et interprétation

Cette étude est la première étude à rechercher les coûts inadaptés dans le suivi biologique des patients diabétiques : 78,9 % des GAJ dosées étaient potentiellement inadaptées. Elles représentaient un coût proche de 7 millions d'euros en 2018. Le coût total des GAJ était de 8,7 millions d'euros, ce qui est du même ordre de grandeur que le coût retrouvé dans une autre étude¹⁵.

La fréquence de la co-prescription HbA1c-GAJ (près de 80 %), la proportion des GAJ prescrites alors que le

Nombre de glycémies	Patients avec GAJ prescrites n (%)	Patients avec GAJ prescrites parmi les patients en ayant eu au moins une n (%)	Patients avec GAJ potentiellement inadaptées parmi les patients ayant eu au moins une GAJ prescrite n (%)
Total	40 656	27 397	27 397
0	13 259 (32,61)	0 (0)	3 764 (13,74)
1	9 814 (24,14)	9 814 (35,82)	9 680 (35,33)
2	7 151 (17,59)	7 151 (26,10)	6 382 (23,29)
3	5 181 (12,74)	5 181 (18,91)	4 228 (15,43)
4	3 368 (8,28)	3 368 (12,29)	2 158 (7,88)
5	896 (2,20)	896 (3,27)	516 (1,88)
6	347 (0,85)	347 (1,27)	201 (0,73)
7	154 (0,38)	154 (0,56)	106 (0,39)
8	108 (0,27)	108 (0,39)	76 (0,28)
9	55 (0,14)	55 (0,20)	54 (0,20)
10	63 (0,15)	63 (0,23)	60 (0,22)
11	54 (0,13)	54 (0,20)	42 (0,15)
12	56 (0,14)	56 (0,20)	32 (0,12)
13	36 (0,09)	36 (0,13)	16 (0,06)
14	16 (0,04)	16 (0,06)	12 (0,04)
15	17 (0,04)	17 (0,06)	9 (0,03)
16	10 (0,02)	10 (0,04)	11 (0,04)
17	11 (0,03)	11 (0,04)	5 (0,02)
18	10 (0,02)	10 (0,04)	6 (0,02)
19	6 (0,01)	6 (0,02)	6 (0,02)
20	5 (0,01)	5 (0,02)	2 (0,01)
21	4 (0,01)	4 (0,01)	3 (0,01)
22	1 (0)	1 (0)	3 (0,01)
23	5 (0,01)	5 (0,02)	4 (0,01)
24	3 (0,01)	3 (0,01)	0 (0)
25	3 (0,01)	3 (0,01)	3 (0,01)
26	3 (0,01)	3 (0,01)	3 (0,01)
27	2 (0)	2 (0)	2 (0)
28	2 (0)	2 (0)	0 (0)
29	1 (0)	1 (0)	2 (0)
30	1 (0)	1 (0)	1 (0)
31	1 (0)	1 (0)	1 (0)
32	2 (0)	2 (0)	1 (0)
33	1 (0)	1 (0)	2 (0)
34	3 (0,01)	3 (0,01)	2 (0)
35	1 (0)	1 (0)	1 (0)
36	1 (0)	1 (0)	0 (0)
38	0 (0)	0 (0)	1 (0)
39	1 (0)	1 (0)	0 (0)
40	1 (0)	1 (0)	0 (0)
41	1 (0)	1 (0)	0 (0)
46	1 (0)	1 (0)	1 (0)
77	0 (0)	0 (0)	1 (0)
78	1 (0)	1 (0)	0 (0)

Tableau 2 - Distribution des glycémies à jeun prescrites
GAJ : glycémies à jeun

	Effectif (n = 27 397)	GAJ prescrites (n = 66 874)	GAJ potentiellement inadaptées (n = 52 771)
Autosurveillance glycémique ^a	12 230	28 458	16 228
Pas d'autosurveillance glycémique ^a	15 167	38 416	36 543
• HbA1c synchrone ^b		30 169	30 169
• GAJ seule		8 247	
• traitement à risque d'hypoglycémie ^c		1 873	
• pas de traitement à risque d'hypoglycémie		6 374	6 374

Tableau 3 - Distribution des glycémies à jeun chez les patients en ayant eu au moins une GAJ : glycémies à jeun ; a : définie par l'achat d'un dispositif d'autosurveillance dans les 12 derniers mois ; b : hémoglobine glyquée prescrite en même temps que la glycémie à jeun ; c : traitement par insuline ou sulfamide ou glinide en cours.

patient dispose de matériel pour faire de l'ASG (plus de 40 %) et celle des GAJ dosées alors que le patient n'était pas sous traitement à risque d'hypoglycémie (plus de la moitié) peuvent laisser supposer que beaucoup de médecins prescrivaient le binôme GAJ-HbA1c par habitude.

Les indications à doser une GAJ chez les patients diabétiques sont limitées et vont vraisemblablement diminuer dans les années à venir pour plusieurs raisons. D'après les recommandations de la Société francophone du diabète, les sulfamides hypoglycémiantes devraient être moins prescrits au profit des incrétinomimétiques limitant les risques d'hypoglycémie¹⁵. L'accès à des dispositifs de mesure continue du glucose interstitiel, actuellement en plein développement et ne concernant pour le moment que les patients traités par insuline dans certaines conditions, vont être accessibles pour de plus en plus de patients.

En revanche, les GAJ justifiées par une éventuelle recherche ponctuelle d'hypoglycémie pouvant être liées à un traitement lorsque le patient ne pratique pas l'ASG représentent seulement 2,8 % (1 873) des GAJ totales. Il est donc probable que très peu de GAJ soient dosées dans le cadre d'un déséquilibre temporaire (affection

intercurrente, changement de mode de vie, prescription d'un médicament diabétogène comme des corticoïdes) ou un changement de traitement pouvant provoquer des hypoglycémies.

Dans cette étude, plus de 80 % des GAJ étaient prescrites par des médecins généralistes. Parmi les patients qui avaient eu au moins une GAJ prescrite par un médecin généraliste, 87 % avaient eu au moins une GAJ potentiellement inadaptée. Cette proportion était similaire pour les endocrinologues et les cardiologues. Cependant, du fait du plus grand nombre de médecins généralistes, l'impact économique des GAJ potentiellement inadaptées est plus grand en médecine générale que dans les autres spécialités. En rapportant les GAJ potentiellement inadaptées réalisées aux 60 000 médecins généralistes installés en libéral en France, il peut être considéré que 72 GAJ potentiellement inadaptées sont prescrites par médecin généraliste et par an, soit plus d'une par semaine, représentant un coût de 1,76 € par semaine et par médecin. Bien que ces dépenses apparaissent limitées à l'échelle d'une semaine, l'impact iatrogénique pourrait être important. Par exemple, la multiplication de l'autosurveillance glycémique chez des patients diabé-

tique de type 2 sans insuline ne diminue pas la probabilité d'hypoglycémie grave, n'améliore pas l'observance du patient, le contrôle de la glycémie, la qualité de vie du patient, et n'affecte pas les décisions de traitement^{16,17}. De même, la multiplication du dosage de l'HbA1c chez des patients diabétiques de type 2 sans insuline est associée à un potentiel surtraitement par médicaments hypoglycémiantes¹⁸.

Ce coût de 7 millions d'euros est modeste, comparé aux 7 milliards d'euros annuels de dépense pour le diabète par l'assurance maladie. Il représente environ 2,7 % des dépenses de biologie médicale imputées au diabète³. L'éviction de ces prescriptions pourrait cependant permettre d'atteindre certains objectifs fixés par la CNAM sans conséquence sur la qualité des soins délivrés aux patients. Un de ces objectifs était notamment la baisse de 180 millions d'euros des dépenses pour la biologie médicale pour l'année 2020¹⁹.

Forces et limites

La principale force de cette étude réside dans le fait qu'elle porte sur un grand échantillon de patients diabétiques (40 656), représentatif de la population française. Seuls des patients diabétiques prévalents au 1^{er} janvier 2018 ont été inclus. Les cas incidents ont été exclus, ce qui a permis d'éviter de prendre en compte des GAJ prescrites dans le cadre du diagnostic du diabète.

Une des difficultés a été le choix du critère correspondant à la possibilité pour le patient d'effectuer une ASG afin de ne pas considérer à tort qu'il la pratiquait. Il était possible d'utiliser les données d'achat d'un lecteur de glycémie ou d'achat de set et de bandelettes d'ASG. Un lecteur de glycémie est pris en charge tous les 4 ans par l'assurance maladie pour les patients, mais ceux-ci peuvent continuer d'utiliser le même lecteur s'il reste fonctionnel²⁰. *Quid* de l'utilisation d'un lecteur acheté il y a plusieurs années ? Le remboursement de bandelettes glycémiques (qui sont fonctionnelles pendant 12 mois mini-



mum) ou d'un set d'ASG dans l'année précédant le dosage de la GAJ a semblé être un bon compromis. Cependant ce choix est arbitraire et ne permet pas d'être certain que les patients utilisaient le matériel prescrit, ce qui a pu conduire à sous-estimer le coût retrouvé.

Plusieurs autres paramètres permettent de penser que le coût du dosage des GAJ potentiellement inadaptées peut avoir été sous-évalué dans cette étude. Les patients qui pratiquent l'ASG par mesure du glucose interstitiel n'ont pas été considérés comme pratiquant l'ASG : certaines GAJ dosées seules chez ces patients ont pu être considérées à tort comme adaptées. Les patients diabétiques qui n'étaient pas en ALD et sous aucun traitement médicamenteux n'ont pas pu être inclus dans l'étude : d'éventuelles GAJ potentiellement inadaptées peuvent donc ne pas avoir été prises en compte. Certains patients possédaient du matériel d'ASG alors

que l'intérêt était potentiellement inadapté, notamment chez les patients qui n'ont aucun traitement à risque d'hypoglycémies. Il a été considéré qu'une GAJ par an chez les patients qui pratiquent l'ASG était justifiée pour contrôler le bon fonctionnement du matériel. Si une GAJ annuelle par patient a été considérée comme adaptée pour contrôler le matériel d'ASG, mais que ce matériel était potentiellement inadapté, ceci a pu sous-estimer le nombre de GAJ potentiellement inadaptées.

Les GAJ dosées pour le contrôle du matériel d'ASG représentent 86,4 % des GAJ considérées comme justifiées. En pratique, il est peu probable que tous les patients pratiquant l'ASG se voient prescrire un dosage annuel de GAJ pour contrôler leur matériel. Certaines de ces GAJ considérées à tort comme adaptées sous-estiment le résultat.

Enfin, cette étude ne prend pas en compte le coût minimum du prélè-

vement. La cotation minimale d'un ou de plusieurs actes de biologie médicale sur prélèvement de sang, effectués pour un même assuré dans un laboratoire, ne peut être inférieure au forfait B20 de 5,40 €. Ceci a pu sous-estimer le résultat pour les GAJ dosées sans autre acte de biologie.

Implications futures

Il serait intéressant d'étudier si certains facteurs favorisent la prescription de GAJ potentiellement inadaptées. Ceci permettrait, dans une optique de formation des médecins, de cibler les médecins à risque de ce type de prescription afin de les former en priorité.

Ce coût ne représente qu'une infime partie du budget de la santé. Cependant, l'effet iatrogénique de la répétition des GAJ potentiellement inadaptées n'a pas été étudié. Il serait intéressant d'étudier les effets de la multiplication de ce test chez les patients atteints de diabète de type 2. ♦

Résumé

Introduction. Le diabète touche plus de 3,3 millions de Français. Son coût représente près de 10 milliards d'euros par an, dont 250 millions en analyses de biologie médicale. Selon les recommandations, le suivi de l'équilibre glycémique s'effectue sur l'hémoglobine glyquée (HbA1c) et non sur la mesure de la glycémie à jeun au laboratoire (GAJ). Pourtant, il semble que beaucoup de GAJ soient prescrites chez les patients diabétiques.

Objectif. Évaluer le coût des GAJ potentiellement inadaptées en ambulatoire chez les patients diabétiques.

Méthode. La base de données de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) a été utilisée pour inclure les patients diabétiques au 1er janvier 2018. Les GAJ dosées en 2018 ont été recherchées. Pour chaque GAJ, une pratique d'autosurveillance glycémique (ASG) et, en fonction, une HbA1c prescrite de manière synchrone ou la prise d'un traitement à risque d'hypoglycémie étaient recherchées afin de repérer les GAJ justifiées. Elles correspondaient soit à une GAJ annuelle pour contrôler le bon fonctionnement du matériel d'ASG, soit aux GAJ dosées seules pour la recherche d'une hypoglycémie iatrogène en l'absence d'ASG. Le coût d'une GAJ a été utilisé pour obtenir le coût global sur l'EGB puis sur la population française.

Résultats. 40 656 patients diabétiques ont été inclus et 66 874 GAJ ont été prescrites, dont 52 771 (78,9 %) étaient potentiellement inadaptées. Ceci représentait un coût de 71 240 € pour l'EGB, soit près de 7 millions d'euros pour la population française.

Conclusion. Ce coût ne représente qu'une infime partie du budget de la santé. Cependant, l'impact iatrogénique de la répétition des GAJ potentiellement inadaptées n'ayant pas été étudié, il serait intéressant d'étudier l'enjeu de la multiplication de ce test chez les patients atteints de diabète de type 2.

→ **Mots-clés :** diabète ; glycémie ; coûts et analyse des coûts ; surmédicalisation.

Summary

Introduction. Diabetes affects more than 3.3 million French people. Its cost represents nearly 10 billion euros per year, including 250 million in medical biology analyses. According to the recommendations, the monitoring of glycemic control is based on glycosylated hemoglobin (HbA1c) and not on fasting blood glucose test in the laboratory (FBG). However, it appears that many FBG are prescribed for patients with diabetes.

Objective. To assess the cost of potentially inappropriate FBG among diabetic patients in the ambulatory setting.

Method. The Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) database was used to include diabetic patients on January 1, 2018. FBG tested in 2018 were searched for. For each FBG, a practice of blood glucose self-monitoring (BGSM) and, according to it, a synchronously prescribed HbA1c or the use of a treatment at risk of hypoglycemia were searched for in order to identify justified FBG. They corresponded either to an annual FBG to check the correct working of the BGSM device, or to FBG tested alone to look for iatrogenic hypoglycemia when no BGSM was performed. The cost of a FBG test was used to obtain the overall cost for the EGB and then for the French population.

Results. 40,656 diabetic patients were included and 66,874 FBG were prescribed, of which 52,771 (78.9%) were potentially inappropriate. This represented a cost of 71,240 € for the EGB, or nearly 7 million € for the French population.

Conclusion. This cost represents only a minor fraction of the health care budget. However, because the iatrogenic impact of repeating potentially inappropriate FBG has not been studied, it would be interesting to investigate the issue of multiple testing in patients with type 2 diabetes.

→ **Keywords:** diabetes mellitus; blood glucose; costs and cost analysis; medical overuse.

Références

1. **Baudot FO, Aguadé AS, Barnay T, Gastaldi-Ménager C, Fagot-Campagna A.** Impact of type 2 diabetes on health expenditure: estimation based on individual administrative data. *Eur J Health Econ* 2019;20(5):657-68.
2. **Mandereau-Bruno L, Fosse-Edorh S.** Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques. *Bull Epidemiol Hebd* 2017;(27-28):586-91.
3. **Charbonnel B, Simon D, Dallongeville J, et al.** Direct medical costs of type 2 diabetes in France: an insurance claims database analysis. *Pharmacoecon Open* 2018;2(2):209-19.
4. **de Lagasnerie G, Aguadé AS, Denis P, Fagot-Campagna A, Gastaldi-Ménager C.** The economic burden of diabetes to French national health insurance: a new cost-of-illness method based on a combined medicalized and incremental approach. *Eur J Health Econ* 2018;19(2):189-201.
5. **Haute Autorité de santé.** Actualisation du référentiel de pratiques de l'EPS – Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète. Saint-Denis : HAS, 2014.
6. **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.** Principes de dépistage du diabète de type 2. Saint-Denis : Anaes, 2003.
7. **Haute Autorité de santé.** Guide parcours de soins. Diabète de type 2 de l'adulte. Saint-Denis : HAS, 2014.
8. **King P, Peacock I, Donnelly R.** The UK prospective diabetes study (UKPDS): clinical and therapeutic implications for type 2 diabetes. *Br J Clin Pharmacol* 1999;48(5):643-8.
9. **Patel A, Chalmers J, Poulter N.** ADVANCE: action in diabetes and vascular disease. *J Hum Hypertens* 2005;19(Suppl 1):S27-32.
10. **Nathan DM, DCCT/EDIC Research Group.** The diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study at 30 years: overview. *Diabetes Care* 2014;37(1):9-16.
11. **Hermans MP.** Les marqueurs de l'équilibre glycémique : quel rapport coût-bénéfices ? *Louv Med* 2016;135(3):122-5.
12. **Haute Autorité de santé.** Actes et Prestations - ALD N° 8 - Diabète de type 1 et diabète de type 2. Saint-Denis : HAS, 2014.
13. **Tuppin P, Rudant J, Constantinou P, et al.** Value of a national administrative database to guide public decisions: From the système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) to the système national des données de santé (SNDS) in France. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2017;65 Suppl 4:S149-67.
14. **Chen L, Zeng WM, Cai YD, Feng KY, Chou KC.** Predicting anatomical therapeutic chemical (ATC) classification of drugs by integrating chemical-chemical interactions and similarities. *PLoS One* 2012;7(4):e35254.
15. **Darmon P, Bauduceau B, Bordier L, et al.** Prise de position de la Société Française du Diabète (SFD) sur la prise en charge médicamenteuse de l'hyperglycémie du patient diabétique de type 2. *Médecine des maladies métaboliques* 2017;11(6):577-93.
16. **Young LA, Buse JB, Weaver MA, et al.** Glucose self-monitoring in non-insulin-treated patients with type 2 diabetes in primary care settings: a randomized trial. *JAMA Intern Med* 2017;177(7):920-9.
17. **Simon J, Gray A, Clarke P, et al.** Cost effectiveness of self monitoring of blood glucose in patients with non-insulin treated type 2 diabetes: economic evaluation of data from the DiGEM trial. *BMJ* 2008;336(7654):1177-80.
18. **McCoy RG, Van Houten HK, Ross JS, Montori VM, Shah ND.** HbA1c overtesting and overtreatment among US adults with controlled type 2 diabetes, 2001-13: observational population based study. *BMJ* 2015;351:h6138.
19. **Caisse nationale de l'assurance maladie.** Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2020. Paris : Cnam, 2019.
20. **Haute Autorité de santé.** Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. Saint-Denis : HAS, 2013.

Xavier Gocko¹, Marc Bayen²

1. Département de médecine générale, faculté de médecine Jacques-Lisfranc, Université Jean-Monnet de Saint-Étienne

2. Département de médecine générale, Université de Lille, Lille, France

x.gocko@exercer.fr

m.bayen@cngc.fr

exercer2023;Spécial:22-3.

Scène ordinaire d'une pédagogie extraordinaire 3



LES ACTEURS DE LA RÉTROACTION

Marc : maître de stages des universités depuis 20 ans.

Marlène : étudiante en stage de niveau 1 en autonomie chez Marc.

- Mme Hygie, patiente de 22 ans, sans antécédents. Elle est étudiante en droit. Elle ne fume pas et consomme de l'alcool « en soirée ».

Marc : « Alors Marlène, le planning me dit que tu as vu en consultation en urgence Mme Hygie. »

Marlène : « Oui, elle est étudiante et elle avait une cystite. »

Marc : « D'accord, comment ça s'est passé ? »

Marlène : « Je pense que cette consultation s'est plutôt bien passée. Je me suis sentie à l'aise. Nous avons vu ensemble plusieurs consultations pour des cystites depuis le début du stage dont certaines en supervision directe et cela m'a beaucoup aidée. »

Marc : « Tu veux bien me raconter comment tu as fait le diagnostic ? »

Marlène : « Oui bien sûr. Tout d'abord, j'ai recherché lors de l'entretien à éliminer une éventuelle pyélonéphrite en lui demandant si elle avait de la fièvre et/ou des douleurs lombaires. Ensuite, je lui ai demandé de me préciser ce qu'elle ressentait. La patiente m'a dit que ça brûlait en urinant, qu'elle avait toujours envie d'uriner comme si sa vessie ne se vidait pas complètement et qu'elle devait courir aux toilettes. Elle m'a aussi dit que c'était la 2^e fois que cela se produisait en 3 mois. Ah oui, j'oubliais, elle a un nouveau petit ami depuis 4 mois. Je l'ai questionnée sur la présence de sang dans les urines et elle m'a répondu par la négative. Je l'ai ensuite examinée pour conforter mon diagnostic, elle était apyrétique, il n'y avait pas de douleur lombaire, juste une douleur sus-pubienne. Je lui ai donc dit qu'elle avait une cystite. »

Marc : « Merci, Marlène, pour les précisions, tu as des questions sur cette consultation. »

Marlène : « Oui, je voulais faire de la prévention et surtout Mme Hygie m'a demandé "comment on attrape ça". Je lui ai donné quelques conseils, mais je crois que j'en ai oublié. »

Marc : « Te souviens-tu des conseils que tu lui as donnés ? »

Marlène : « Oui, je lui ai conseillé d'uriner après un rapport sexuel, d'éviter de porter des vêtements serrés. Je lui ai également demandé si elle était constipée, mais elle ne l'était pas. Je sais que tu donnes d'autres conseils dans cette situation, mais cela ne me revenait pas. Je bloquais... »

Marc : « Tu permets que je te dise ce que j'en pense. »

Marlène : « Oui bien sûr... »

Marc : « D'abord tu sais faire le diagnostic d'une cystite et tu as géré cette consultation. Après je me pose la question de la quantité de conseils et de la qualité... Tu vois ce que je veux dire ? »

Marlène : « Oui, EBM... »

Marc : « Oui c'est ça, quitte à donner des conseils autant donner des conseils validés...non ? »

Marlène : « Oui c'est vrai, nous on les apprenait tous pour les ECN... »

Référence

Bigot R, Iarramendy Magnin S. Facteurs de risque modifiables de cystite récidivante chez la femme non ménopausée. *exercer* 2023;196:366-75.

Marc : « *Rassure-toi, je faisais comme toi jusqu'à ce que je lise l'article d'**exercer** sur les facteurs de risques et facteurs protecteurs et ils les ont classés en niveau de preuve. Tu veux que nous regardions ensemble leur classement ?* »

Marlène et Marc se sont accordés 10 minutes pour lire la discussion de cet article. Marlène a découvert que le port de vêtements serrés, ou de sous-vêtements en coton avait été insuffisamment étudié pour conclure et que par contre les diaphragmes avaient un haut niveau de preuve comme facteur de risque. En reprenant l'article, Marc a relu que l'hydratation, la fréquence des mictions et mictions post-coïtales avaient été largement étudiées et que les preuves n'étaient pas univoques. Il s'est dit qu'il communiquerait sur ce doute en prodiguant ses conseils.

La dyade MSU/étudiant est engagée sur le chemin de la réflexivité, en s'assurant de la sécurité des patients et en gérant le temps. La rétroaction permet d'élaborer un diagnostic pédagogique partagé avec l'étudiant pour aboutir à une éventuelle prescription pédagogique acceptée par celui-ci avec pour objectif d'améliorer sa réflexivité sur sa pratique.
Et maintenant à vous de jouer dans les séminaires et dès lundi dans votre cabinet !



**Raphaëlle Bigot,
Stéphanie Larramendy-Magnin**

Département de médecine générale,
Université de Nantes, France

bigotrapha@msn.com

exercer2023;Spécial:24-33.

D'après l'article :

exercer 2023;196:366-75.

Les annexes sont consultables en ligne
à l'adresse : www.exercer.fr

Facteurs de risque modifiables de cystite récidivante chez la femme non ménopausée

Une revue systématique de la littérature

Cystitis modifiable risk factors in non-menopausal women: systematic review

INTRODUCTION

Plus d'une femme sur deux présentera une cystite au cours de sa vie^{1,2}. La cystite simple est une infection urinaire survenant chez une femme sans anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire ni contexte particulier (grossesse, patiente de plus de 65 ans avec plus de 3 critères de fragilité ou patiente de plus de 75 ans, immunodépression grave, insuffisance rénale chronique sévère [clairance de la créatinine < 30 mL/min])³. Une cystite est dite récidivante au-delà de quatre épisodes par an⁴.

Il existe des facteurs de risque non modifiables de contracter une cystite : uropathie obstructive, iatrogénie (endoscopie, sondage, prise d'un traitement anticholinergique, neuroleptique ou opiacé), ménopause, diabète, sexe féminin⁴. Des facteurs comportementaux pourraient également intervenir et font l'objet de recommandations pour limiter les récurrences : apports hydriques suffisants, mictions non retenues, régularisation du transit intestinal, arrêt des spermicides s'il y a lieu, porter des sous-vêtements en coton, uriner après les rapports sexuels, éviter les douches vaginales, éviter les produits d'hygiène intime parfumés, les bains moussants, s'essuyer d'avant en arrière^{3,4}.

Toutefois, à notre connaissance, aucune revue de littérature n'a été publiée à ce jour sur les facteurs de risque modifiables des cystites

simples. En 2014, une revue de la littérature rédigée par Geerlings *et al.* répertoriait les mesures préventives thérapeutiques (antibiotiques et non antibiotiques) pour lutter contre les cystites récidivantes⁵. Aucune mesure comportementale n'était citée comme facteur protecteur.

L'objectif de cette étude était d'identifier dans la littérature les facteurs de risque modifiables de récurrence d'une cystite sans risque de complication, chez la femme non ménopausée, afin de permettre aux médecins généralistes de diffuser des messages de prévention clairs, de niveau de preuve suffisant, pour limiter les récurrences des cystites simples ou prévenir les cystites récidivantes.

MÉTHODE

Une revue systématique de la littérature a été réalisée, selon les critères édités par les recommandations internationales PRISMA⁶. La base de données PubMed[®] a été interrogée sans restriction de date jusqu'au 18 février 2021. Les critères d'inclusion des articles étaient : femmes de plus de 18 ans non ménopausées présentant une cystite non à risque de complication, documentée par une bandelette urinaire ou un ECBU.

Les critères d'exclusion étaient les patientes hospitalisées, les patientes aux antécédents médicaux rendant la patiente à risque de cystite compli-

quée, incluant les infections à germes atypiques ou les études ne présentant pas de test statistique attestant de la significativité du facteur de risque étudié.

L'équation de recherche suivante a été réalisée à partir des termes tirés du thésaurus MeSH : (UTI [MeSH Major Topic] AND (([risk factors [MeSH Terms]] OR (epidemiologic factors [MeSH Terms]))) AND (Female [MeSH Terms])). Les articles ont été sélectionnés à partir des critères d'inclusion après lecture des résumés, puis textes complets.

Les niveaux de preuve selon des critères de la Haute Autorité de santé (HAS) et le score de qualité de chaque article ont été définis. Les grilles d'évaluation standardisées étaient les suivantes :

- grille *Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale Case Control Studies* pour les études cas-témoins⁷. Cette échelle permet d'attribuer un score numérique à chaque étude. Elle comprend huit éléments, qui sont classés selon trois critères d'évaluation : sélection, comparaison et exposition. Pour chaque item, plusieurs options de réponse sont possibles. Un système d'étoiles est utilisé pour évaluer la qualité de l'étude. Un maximum d'une étoile peut être attribué à chaque item, à l'exception du critère de comparabilité pour lequel un maximum de deux étoiles peut être attribué. Le score total varie entre 0 et 9 étoiles ;

- grille *Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale* adaptée pour les études transversales^{9,10}. Elle ne comprend que sept éléments classés selon trois critères d'évaluation : sélection, comparaison et résultats. Selon l'item, une ou deux étoiles peuvent être attribuées ; le score maximal est de 10 étoiles ;

- grille *Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale Cohort Studies* pour les études de cohorte, grille évaluant la sélection de la population, la comparabilité des groupes, la détermination et l'évaluation du critère de jugement en 9 points^{7,8} ;

- grille CONSORT, pour les essais comparatifs randomisés¹¹. Elle détaille en 37 points la rédaction de l'article, la méthodologie globale de l'étude, la randomisation, la qualité des résultats, la discussion.

Les données ont été classées ensuite par facteur de risque, niveau de preuve et score de qualité.

Le travail de recherche et l'analyse ont été effectués par un seul investisseur.

S'agissant d'une revue de la littérature, aucune déclaration au comité d'éthique ou au comité de protection des personnes n'était nécessaire.

RÉSULTATS

Après élimination des doublons, 2 454 articles ont été identifiés, dont 35 ont été inclus et analysés¹³⁻⁴⁷ (figure 1).

Sur les 35 articles sélectionnés pour l'analyse, 22 étaient des études cas-témoins rétrospectives, leur conférant un faible niveau de preuve scientifique¹² (tableau 1).

Les études incluses ont été publiées entre 1979 et 2019. Elles ont été menées principalement aux États-Unis, en Europe, à Taiwan et au Proche et Moyen-Orient (tableau 2).

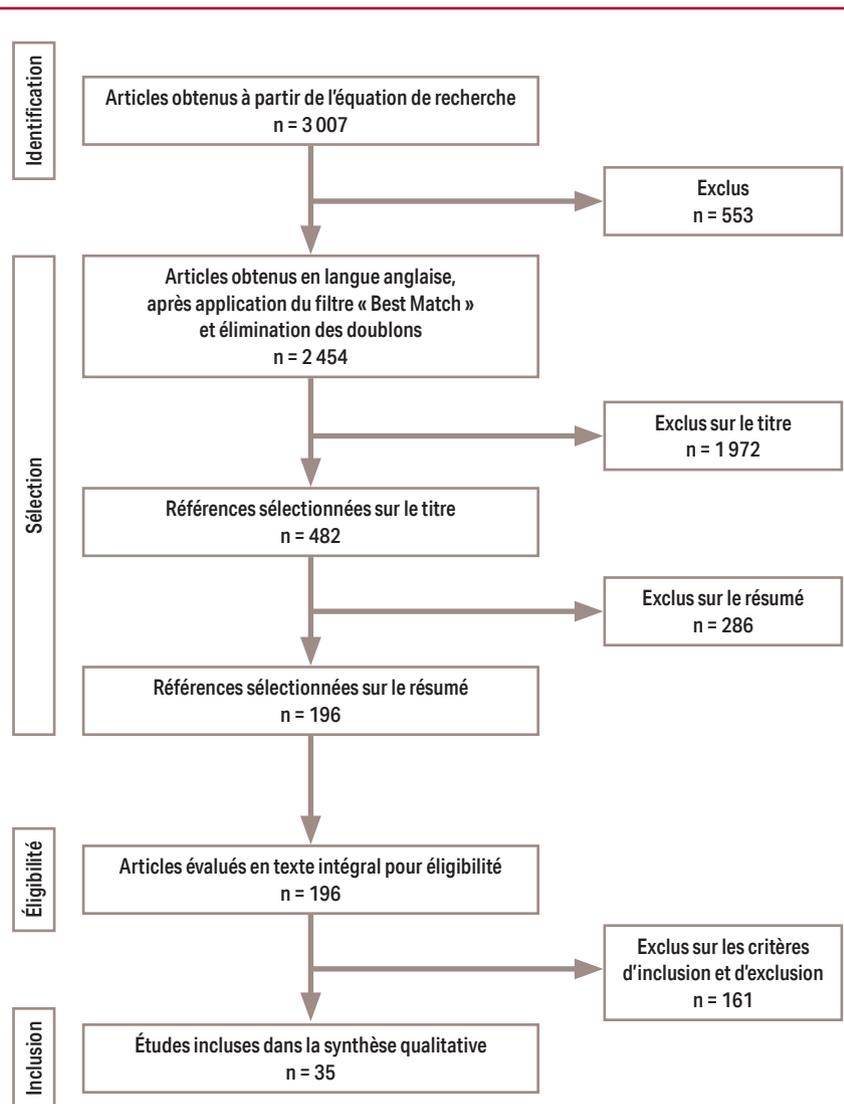


Figure 1 - Diagramme de sélection des articles



De nombreux facteurs de risque ont été étudiés. Ils ont été regroupés par grandes catégories pour les analyses multivariées (annexes 1 et 2).

Habitudes sexuelles (figure 2)

La plupart des études ayant évalué le facteur de risque « fréquence des rapports sexuels » mettaient en évidence une différence significative pour ce facteur de risque. De plus, une relation effet-dose était décrite à plusieurs reprises¹⁴⁻¹⁷. L'infection urinaire survenait environ deux jours après un rapport sexuel¹⁸. Le nombre de rapports sexuels hebdomadaires favorisant les infections urinaires variait de 1 à 3 par semaine¹⁹.

Méthodologie des 35 études analysées	Nombre d'articles	Niveau de preuve (HAS)
Essai clinique randomisé prospectif en ouvert et en cross over	1	II
Essai clinique non randomisé prospectif en ouvert	1	II
Essai clinique non randomisé prospectif en ouvert et en cross over	1	II
Cohorte prospective	6	II
Cas-témoins rétrospectif	22	III
Cohorte rétrospective	2	IV
Étude descriptive (longitudinale : incidence)	1	IV
Étude descriptive (transversale : prévalence)	1	IV
TOTAL	35	

Tableau 1 - Méthodologie des 35 articles sélectionnés et niveau de preuve scientifique¹²

Auteur/référence pays/année	Type d'étude	Patients
Foxman, et al. ¹³ États-Unis, 1990	Cohorte prospective	Femmes après première cystite : suivies jusqu'à la deuxième cystite, n = 113
Hooton, et al. ¹⁴ États-Unis, 1996	Cohorte prospective	Femmes souhaitant une nouvelle contraception, n = 819
Foxman, et al. ¹⁵ États-Unis, 1995	Cas-témoin	Patientes total, n = 374 Cas : femmes après première cystite, n = 86 Témoins : sans antécédent, n = 288
Foxman, et al. ¹⁶ États-Unis, 1990	Cas-témoin	Patientes total, n = 1 641 Cas : femmes avec première cystite, n = 237 Témoins : sans antécédent, n = 1 404
Handley, et al. ¹⁷ États-Unis, 2002	Cas-témoin	Patientes total, n = 519 Cas : survenue d'une cystite, n = 165 Témoins : pas de cystite, n = 354
Strom, et al. ¹⁸ États-Unis, 1987	Cas-témoin	Patientes total, n = 902 Cas : cystite en cours, n = 168 Témoins : pas d'infection urinaire, n = 734
Kontokiar, et al. ¹⁹ Finlande, 2003	Cas-témoin	Patientes total, n = 324 Cas : femmes avec cystite, n = 139 Témoins : personnel hospitalier, n = 185
Foxman, et al. ²⁰ États-Unis et Israël, 2001	Cas-témoin	Patientes total, n = 316 Cas : femmes avec cystite, n = 108 Témoins : sans infection urinaire ni antécédent, n = 208
Al Demour, et al. ²¹ Jordanie, 2017	Cas-témoin	Patientes total, n = 444 Cas : femmes avec cystites récidivantes, n = 214 Témoins : sans antécédent de cystite récidivante, n = 230
Scholes, et al. ²² États-Unis, 2000	Cas-témoin	Patientes total, n = 482 Cas : femmes avec cystites récidivantes, n = 229 Témoins : sans antécédent de cystite récidivante, n = 253
Foxman, et al. ²³ États-Unis, 2000	Cohorte prospective	Femmes de 18 à 39 ans suivies pendant six mois après première cystite, n = 285
Fihn, et al. ²⁴ États-Unis, 1996	Cas-témoin	Patientes total, n = 1 233 Cas : femmes avec cystite, n = 604 Témoins : femmes sans infection urinaire, n = 629
Fihn, et al. ²⁵ États-Unis, 1985	Cas-témoin	Patientes total, n = 199 Cas : femmes avec cystite, n = 114 Témoins : femmes sans infection urinaire, n = 85

Suite du tableau ➤

Remis, <i>et al.</i> ²⁶ États-Unis, 1987	Cas-témoin	Patientes total, n = 419 Cas : femmes avec cystite, n = 43 Témoins : femmes sans infection urinaire, n = 376
Tiemstra, <i>et al.</i> ²⁷ États-Unis, 2011	Cohorte rétrospective	Femmes suivies après frottis pendant 52 semaines, n = 1 582
Rossi, <i>et al.</i> ²⁸ États-Unis, 2015	Cohorte rétrospective	Femmes suivies après frottis pendant 1 mois, n = 322 862
Adatto, <i>et al.</i> ²⁹ États-Unis, 1979	Cas-témoin	Patientes total, n = 168 Cas : femmes avec cystite récidivante, n = 84 Témoins : femmes sans antécédent, n = 84
Baerheim, <i>et al.</i> ³⁰ Norvège, 1992	Cas-témoin	Patientes total, n = 100 Cas : femmes avec cystite, n = 50 Témoins : femmes sans antécédent, n = 50
Foxman, <i>et al.</i> ³¹ États-Unis, 1985	Cas-témoin	Patientes total, n = 225 Cas : femmes avec cystite, n = 44 Témoins : femmes sans antécédent, n = 181
Ervin, <i>et al.</i> ³² États-Unis, 1987	Cas-témoin	Patientes total, n = 87 Cas : femmes avec cystite récidivante, n = 23 Témoins : femmes sans antécédent, n = 64
Su, <i>et al.</i> ³³ Taiwan, 2006	Cas-témoin	Patientes total, n = 1 666 Cas : femmes travaillant en milieu stérile, n = 1 414 Témoins : femmes travaillant hors milieu stérile, n = 252
Wang, <i>et al.</i> ³⁴ Taiwan, 2002	Cas-témoin	Patientes total, n = 638 Cas : femmes travaillant en milieu stérile, n = 494 Témoins : femmes travaillant hors milieu stérile, n = 144
Hunt, <i>et al.</i> ³⁵ Royaume-Uni, 1992	Cas-témoin	Patientes total, n = 41 Cas : femmes avec cystite, n = 19 Témoins : femmes sans antécédent d'infection urinaire, n = 22
Eckford, <i>et al.</i> ³⁶ Royaume-Uni, 1995	Étude interventionnelle prospective	Effet d'un monitoring de l'hydratation sur l'incidence des infections urinaires, n = 28
Hooton, <i>et al.</i> ³⁷ Bulgarie, 2018	Étude interventionnelle prospective	Effet d'une augmentation de l'hydratation sur l'incidence des infections urinaires, n = 140
Nygaard, <i>et al.</i> ³⁸ États-Unis, 1997	Étude descriptive	Enseignantes des écoles publiques, n = 548
Ahmed, <i>et al.</i> ³⁹ Arabie saoudite, 2016	Cas-témoin	Patientes total, n = 469 Cas : femmes avec cystite récidivante, n = 217 Témoins : femmes sans cystite récidivante, n = 252
Rees, <i>et al.</i> ⁴⁰ Grande-Bretagne, 1977	Cas-témoin	Cas : femmes avec cystite récidivante, n = 50 Témoins : femmes sans cystite récidivante, n = non précisé
Nseir, <i>et al.</i> ⁴¹ Israël, 2015	Cas-témoin	Patientes total, n = 244 Cas : femmes avec cystite récidivante, n = 122 Témoins : femmes sans cystite récidivante, n = 122
Şemins, <i>et al.</i> ⁴² États-Unis, 2012	Étude descriptive	Femmes avec indice de masse corporelle (IMC) disponible, n = 54 572
Saliba, <i>et al.</i> ⁴³ Israël, 2013	Cohorte prospective	Suivi de patientes avec IMC disponible par codage, sur 2 ans, n = 110 736
Baerheim, <i>et al.</i> ⁴⁴ Norvège, 1992	Étude interventionnelle prospective	Risque de cystite après exposition au froid, n = 29
Harmanli, <i>et al.</i> ⁴⁵ États-Unis, 2000	Cas-témoin	Patientes total, n = 139 Cas : femmes avec vaginose, n = 67 Témoins : femmes sans vaginose, n = 72
Chen, <i>et al.</i> ⁴⁶ Taiwan, 2019	Cohorte prospective	Femmes bouddhistes suivies sur 10 ans, étude de la survenue des infections urinaires chez les végétariennes, n = 2 358 ou non, n = 3 790
Vincent, <i>et al.</i> ⁴⁷ États-Unis, 2013	Cohorte prospective	Femmes suivies pendant 5 ans, n = 260

Tableau 2 - Caractéristiques des études incluses

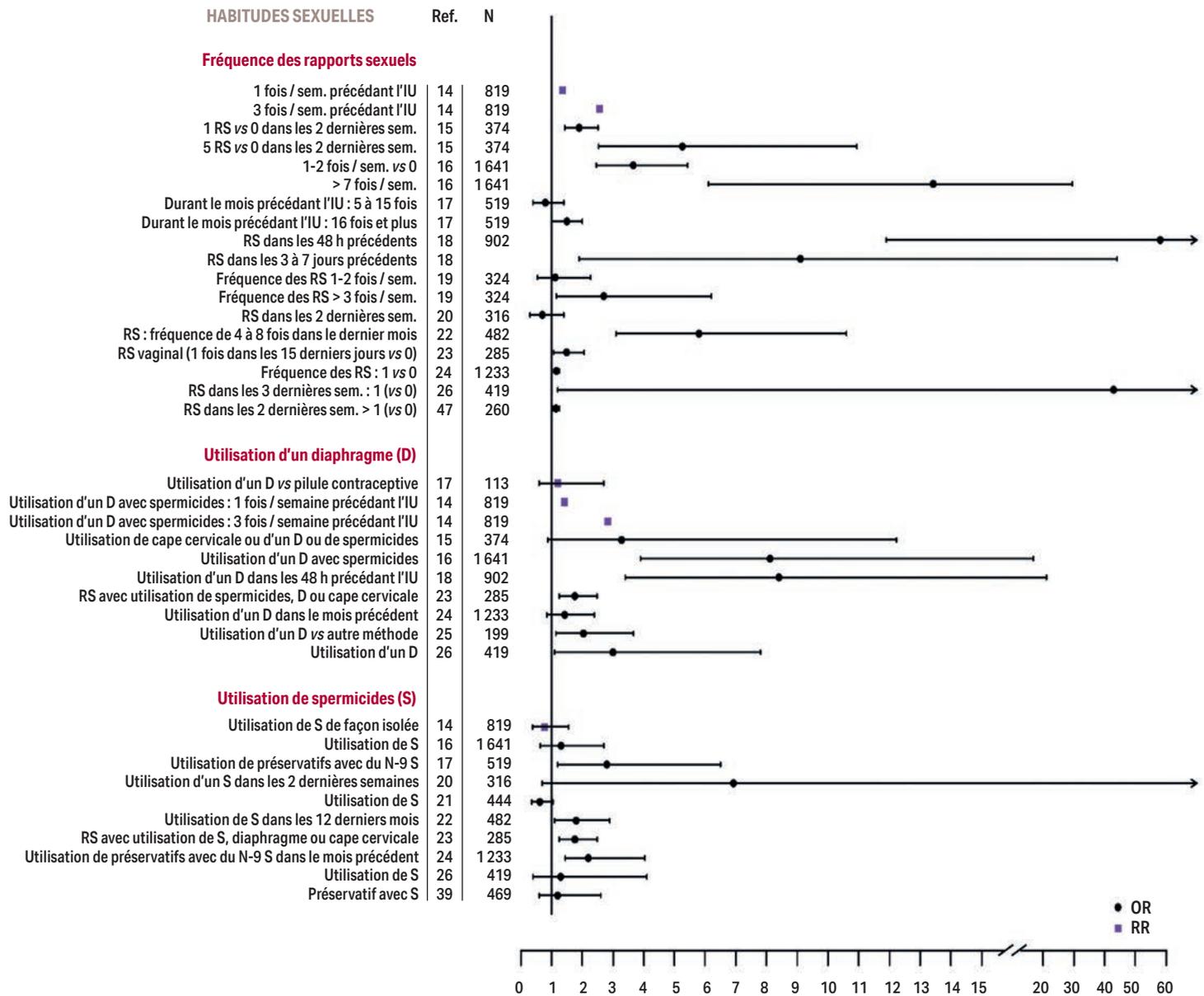


Figure 2 - Association entre habitudes sexuelles et cystite récidivante (graphique en forêt)

Concernant les méthodes contraceptives, près de la moitié des études portant sur l'utilisation de spermicides comme facteur de risque d'infection urinaire montraient une différence significative (OR entre 1,76 et 2,8)^{17,21,22,25}. Ces études avaient une qualité méthodologique supérieure ou égale à 7*/9* et la différence significative persistait après ajustement sur les rapports sexuels. L'utilisation de

diaphragmes apparaissait comme un facteur de risque significatif d'infection urinaire dans la majeure partie des études analysant ce facteur de risque, y compris après ajustement sur la fréquence des rapports sexuels (OR entre 1,1 et 8,4)^{15,18,20,22,25,26}. Peu d'articles s'intéressaient à l'utilisation isolée de préservatifs comme potentiel facteur de risque d'infection urinaire. Sur les six études analysées, deux d'entre

elles montraient une différence significative, y compris après ajustement sur la fréquence des rapports sexuels^{15,17}.

La recherche du facteur de risque « nouveau partenaire sexuel dans l'année » a été présentée dans huit études, trois d'entre elles ont mis en évidence une différence significative^{15,18,22}.

La plainte de dyspareunie n'était pas un facteur de risque d'infection urinaire dans les trois études analysées.

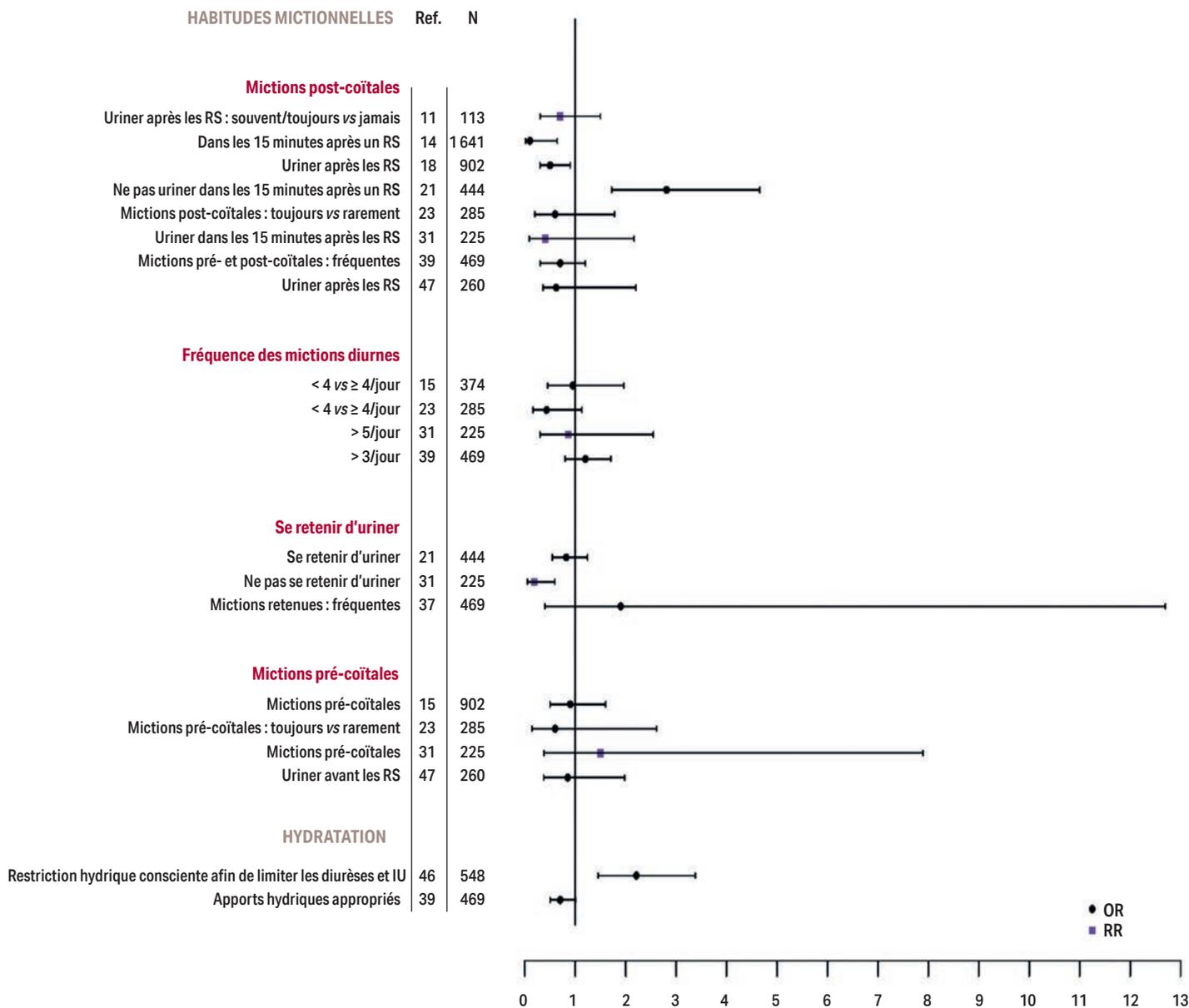


Figure 3 - Association entre habitudes sexuelles et cystite récidivante (graphique en forêt)

Habitudes mictionnelles (figure 3)

Trois études³²⁻³⁴ sur onze¹⁶⁻³⁴ cherchant à évaluer si des mictions diurnes peu fréquentes pouvaient être responsables d'une augmentation du risque d'infection urinaire retrouvaient une différence significative (facteur protecteur à partir de 3 mictions par jour ou plus), mais seule celle de Su *et al.* présentait des résultats ajustés sur la quantité d'eau consommée³³.

L'effet des mictions post-coïtales comme facteur protecteur des infections urinaires était étudié dans onze articles. Trois études mettaient en évidence une différence significative^{16,18,21}. Ces trois études étaient de grande envergure et de bonne qualité méthodologique, avec un score à 8*/9*. Aucune différence significative n'a été mise en évidence avec la pratique de mictions précoïtales.

Hydratation

Le recueil des apports hydriques quotidiens a été analysé dans onze études. Parmi celles-ci, quatre ont mis en évidence une différence significative suggérant qu'une hydratation quotidienne suffisante ou augmentée pourrait être un facteur protecteur dans la récurrence des infections urinaires^{32,34-36}. Dans un essai clinique randomisé en ouvert, Hooton *et al.*



montraient que l'augmentation des apports hydriques de 1,5 L/j en plus de l'hydratation habituelle diminuait de 50 % le risque d'infection urinaire³⁷. Le résultat de la comparaison de moyenne entre les deux groupes était de 1,5 ; IC95 [1,2-1,8]. De même, Eckford *et al.* présentaient des résultats concordants à ceux de Hooton *et al.* lors d'une étude interventionnelle randomisée en *cross over*³⁴. Cependant, ces résultats n'étaient pas ajustés sur les facteurs de confusion potentiels.

Habitudes vestimentaires

Quelques études ont cherché à savoir si le port de vêtements en coton limitait la survenue d'une infection urinaire. Les cinq études ayant analysé cet item ne mettaient pas en évidence une différence significative^{16,22,27,31,47}.

De la même façon, il n'y avait pas de différence significative mise en évidence lors de l'analyse du port de vêtements serrés et la survenue d'une infection urinaire dans les trois études ayant recueilli cette information^{16,26,31}.

Hygiène

L'essuyage des parties génitales d'arrière en avant a été recherché comme facteur de risque dans huit études. Six d'entre elles convergeaient et ne retrouvaient pas de différence significative entre la direction de l'essuyage et la survenue d'une infection urinaire^{16,18,22,23,26,32}. Seules deux études récentes présentées par Al Demour *et al.* et par Ahmed *et al.* mettaient en évidence une différence significative en faveur d'un facteur de risque^{21,39}. Celle-ci persistait après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels (respectivement OR = 1,64 ; IC95 [1,05-2,56] et OR = 2,6 ; $p < 0,001$ ^{29,47}.

L'utilisation de tampons ou de serviettes hygiéniques lors des périodes menstruelles n'avait pas d'impact sur le risque de contracter une infection urinaire dans les études ayant recherché ce risque^{15,16,18,22,23,26,31,32}.

Les douches vaginales n'apparaissaient pas comme un facteur de risque d'infection urinaire dans les quatre études qui étudiaient ce facteur potentiel^{20,22,31,37}.

Alimentation

L'effet de la consommation de jus de fruit, tel que le jus de cranberry, sur la fréquence des infections urinaires a été analysé dans quatre études^{15,19,23,31}. Une seule montrait la consommation du jus de cranberry comme facteur protecteur¹⁹.

Peu d'études évaluaient les consommations de jus d'orange, de jus de citron, de café ou de thé. Les résultats étaient concordants : aucune différence significative n'était mise en évidence^{15,26,31}. Concernant la consommation de produits laitiers, seule l'étude de Kontiokari *et al.* montrait que la consommation de plus d'un produit laitier riche en probiotique par semaine pouvait être un facteur protecteur d'infection urinaire : OR = 0,12 ; IC95 [0,03-0,47]¹⁹. Cette observation n'était pas retrouvée dans d'autres études.

Autres facteurs étudiés

Quelques études ont étudié les facteurs psychologiques^{16,30,33,40}. La discordance des résultats ne permet pas de conclure comme pour la majoration du risque en lien avec un IMC > 30^{41,42}.

D'autres facteurs de risque d'infection urinaire étaient plus rarement étudiés. Aucune association favorable ou défavorable n'a été montrée pour les potentiels facteurs de risque suivants : vaginose en cours, constipation, diarrhée, pratique du cyclisme, tabagisme actif^{15,16,19,20,23,26,32,45}.

DISCUSSION

Cette revue de la littérature a permis de répertorier les facteurs de risque modifiables de cystite et de les classer en fonction du niveau de preuve et de la convergence des études.

Facteurs de risque très probables : diaphragme et fréquence des rapports sexuels

Les principaux résultats de cette revue de la littérature s'accordent sur la mise en évidence de facteurs de risque d'infection urinaire modifiables que sont la fréquence des rapports sexuels et l'utilisation d'une méthode contraceptive de type diaphragme (niveau de preuve II-III).

L'intensité de la fréquence des rapports sexuels majore le risque d'infection urinaire et cette relation effet-dose conforte ce facteur de risque. Cependant, même si ce facteur de risque est modifiable en théorie, il est raisonnable de peser la balance bien-être de la patiente et risque d'infection urinaire. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a reconnu la santé sexuelle et reproductive comme un droit humain, et le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) ajoute, en 2016, qu'une sexualité épanouie est associée à une meilleure qualité de vie, ainsi qu'à une meilleure santé et une plus grande longévité^{48,49}. Dans ce contexte, ce facteur de risque pourrait être cité à titre informatif pour la patiente, sans chercher à modifier les pratiques personnelles.

L'utilisation d'une méthode contraceptive de type diaphragme apparaît aussi comme étant un facteur de risque modifiable de contracter une cystite. En 2018 en France, lors d'un état des lieux de la contraception publié par Vigoureux *et al.*, moins de 10 % des femmes utilisaient des méthodes contraceptives autres que la pilule, l'implant, le DIU, le préservatif ou la stérilisation⁵⁰. Malgré sa faible popularité en France, l'utilisation de diaphragme reste citée sur le site ameli.fr comme une possible méthode contraceptive⁵¹. De plus, l'indice de Pearl du diaphragme est de 6 en théorie et 16 en pratique, ce qui lui confère une efficacité contraceptive « modérée », d'après l'OMS⁵². Il est donc préférable d'orienter une patiente utilisatrice de diaphragme vers une autre méthode contraceptive en cas de cystites répétées.

Facteurs de risque avec conclusions non univoques, mais largement étudiés : spermicide, hydratation, fréquence des mictions et mictions post-coïtales

D'autres facteurs de risque ont pu être identifiés dans certaines études, mais en l'absence de résultats concordants lors de l'analyse de l'ensemble des références de cette revue, ils pourraient être délivrés seulement à titre indicatif.

L'utilisation de spermicides est citée de nombreuses fois comme facteur de risque de cystite³⁵. Dans cette revue, la moitié seulement des études mettaient en évidence une différence significative pour ce facteur de risque. Cette méthode contraceptive connue depuis 1880 est dorénavant rarement utilisée en France⁵³. En 2000, selon un rapport publié par Régnier-Loilier, moins de 1 % des femmes avaient utilisé cette méthode avant la première grossesse⁵³. De ce fait, dans les échantillons de population étudiés, rares sont les femmes utilisant un spermicide. De plus, le mode d'utilisation de ce contraceptif se prête difficilement à un recueil de données fiable, puisqu'il peut s'utiliser seul ou associé à une autre méthode contraceptive (diaphragme, cape cervicale, préservatif), ce qui entraîne une confusion dans les réponses aux questionnaires. En tenant compte de toutes ces données, le médecin peut déconseiller aisément l'utilisation d'une contraception composite de type spermicide et diaphragme chez les femmes présentant des cystites récidivantes. Il est de même préférable d'orienter ces patientes vers une autre méthode contraceptive en cas d'utilisation de spermicides seuls ou en association (niveau de preuve II-III).

Concernant la fréquence des mictions diurnes et l'hydratation, ces deux facteurs peuvent être étudiés et discutés conjointement, puisque l'un est le reflet de l'autre. La plupart des études ayant analysé le facteur

« fréquence des mictions » ne sont pas parvenues à mettre en évidence de différence significative. Il en est de même avec les apports hydriques. Cependant, il faut noter que l'étude récente réalisée par Hooton *et al.* mettait en évidence une différence significative pour les femmes consommant 1,5 L d'eau/j supplémentaire (niveau de preuve II)³⁷.

Les études n'étaient pas concordantes sur les mictions post-coïtales comme facteur protecteur. La fréquence des rapports sexuels étant un facteur, pour lequel il semble difficile d'établir de recommandation, la miction post-coïtale pourrait être citée en mesure préventive.

La direction de l'essuyage a été largement étudiée. Cependant, il a rarement été mis en évidence de différence significative pour le facteur de risque « essuyage d'arrière en avant » ou pour le facteur protecteur « d'avant en arrière ». Ainsi il ne paraît pas nécessaire de compliquer les messages.

Facteurs de risque trop peu étudiés pour conclure

Moins de cinq études s'intéressaient aux facteurs suivants : porter des sous-vêtements en coton, des vêtements serrés, présenter une vaginose, souffrir de dyspareunie, consommer certains types de boisson, fumer, pratiquer le cyclisme, être constipée, être anxieuse. Pour tous ces facteurs, les résultats étaient concordants : aucune différence significative n'était mise en évidence.

Peu d'études s'intéressaient au rôle des troubles du transit, notamment celui de la constipation, dans la survenue des infections urinaires chez l'adulte. Ce facteur est pourtant cité dans les recommandations de la HAS. Les études traitant de ce facteur portent principalement sur des populations pédiatriques, où il est souvent recommandé de rechercher et de traiter une constipation, en particulier chez la fillette, afin d'éviter les infections urinaires à répétition⁵⁴.

Limites

L'hétérogénéité des définitions des facteurs de risque entre les études était la principale limite de cette revue. Elle a complexifié l'analyse des résultats et n'a pas permis la réalisation d'une méta-analyse.

La deuxième limite a résidé dans le niveau de preuve des études sélectionnées. En effet, sur les 35 articles analysés, seuls trois essais cliniques étaient présentés et un seul était randomisé. La majeure partie des études étaient des cas-témoins, ce qui leur conférait un faible niveau de preuve (III selon la classification de la HAS).

Quels conseils ?

Prévenir les récurrences des cystites est à la fois un enjeu pour le bien-être des femmes, mais également de santé publique pour la limitation des prescriptions d'antibiotiques. Ainsi, diverses stratégies prophylactiques pourraient être proposées, bien que les études ne soient pas de niveaux de preuve suffisants ou qu'elles ne fassent pas consensus : une hydratation suffisante (II), les mictions post-coïtales si les rapports sexuels sont identifiés comme facteur déclenchant (III), la non-utilisation de diaphragme ou de spermicides s'il a lieu (II-III). Les conseils sont adaptés à chaque patiente. ♦

Liens d'intérêts :

les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant cet article. Les liens d'intérêts éventuels des auteurs sont disponibles sur www.transparence.sante.gouv.fr.



Résumé

Contexte. La cystite est une pathologie fréquente chez la femme. Une femme sur deux présentera une cystite au cours de sa vie. Afin de limiter le risque de récurrence, les médecins généralistes devraient diffuser des messages de prévention consensuels, de niveau de preuve suffisant.

Objectif. Le but de cette étude était d'identifier dans la littérature les facteurs de risque modifiables de récurrence d'une cystite sans risque de complication, chez la femme de plus de 18 ans non ménopausée.

Méthodes. Revue systématique de la littérature réalisée selon les critères PRISMA, à partir de la base de données PubMed, sans restriction de date jusqu'en février 2021, pour des études en langue anglaise. La population étudiée était les femmes de plus de 18 ans non ménopausées présentant une cystite sans risque de complication contractée dans la communauté. Les études sélectionnées devaient présenter un test statistique attestant de la significativité du facteur de risque. La qualité des études a été évaluée à partir des grilles Newcastle-Ottawa Quality Assessment et Consort.

Résultats. Parmi les 2 454 études identifiées, 35 ont été incluses. Trente-deux d'entre elles avaient un niveau de preuve faible à modéré. Les principaux facteurs de risque identifiés étaient la fréquence des rapports sexuels, l'utilisation de diaphragmes, l'utilisation de spermicides. Les principaux facteurs protecteurs étaient l'hydratation et les mictions post-coïtales.

Conclusion. Les facteurs de risque modifiables de contracter une cystite récidivante apparaissent peu nombreux, ce qui devrait permettre une simplification des messages de prévention. De nouvelles recherches prospectives sont nécessaires pour confirmer ou infirmer certains facteurs apparus dans des études de faible niveau de preuve.

→ **Mots-clés :** infection urinaire, cystite, facteurs de risque.

Summary

Context. Lower urinary tract infection is a common infection in women. One out of two women will develop lower urinary tract infection during her lifetime. In order to prevent the risk of recurrence, general practitioners should disseminate consensual prevention messages with a sufficient level of evidence.

Objective. The aim of this study was to identify in the literature the modifiable risk factors of contracting several times uncomplicated lower urinary tract infection, in non-menopausal women aged over 18.

Methods. We conducted a systematic review according to Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) criteria. We searched Medline from inception to February 2021 for studies in English language. The study population was non-menopausal women aged over 18 with uncomplicated community-acquired lower urinary tract infection. Included studies had to report a statistically significant association with the risk factor. The quality of the studies was assessed using the Newcastle-Ottawa Scale (NOS) and Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) criteria.

Results. Of the 2454 studies identified, 35 were included. Thirty-two of them had a low to moderate level of evidence. The main risk factors identified were frequency of intercourse, use of diaphragm or spermicide. The main protective factors were hydration and post-coital voiding.

Conclusion. Few modifiable risk factors for recurrent uncomplicated cystitis were identified, which should simplify prevention messages. Further prospective research is needed to confirm or refute some of the factors that appeared in low-level evidence studies.

→ **Keywords:** urinary tract infection; cystitis; risk factor.

Références

1. Griebing TL. Urologic diseases in America project: trends in resource use for urinary tract infections in women. *J Urol* 2005;173(4):1281-7.
2. Fihn SD. Acute uncomplicated urinary tract infection in women. *N Engl J Med* 2003;349(3):259-66.
3. Haute Autorité de santé, Société de pathologie infectieuse de langue française. Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme. Fiche mémo. Saint-Denis : HAS, 2016.
4. Société de pathologie infectieuse de langue française. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte. Paris : SPILF 2015. Disponible sur : <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/infections-urinaires-spilf.pdf> [consulté le 23 juillet 2023].
5. Geerlings SE, Beerepoot MAJ, Prins JM. Prevention of recurrent urinary tract infections in women. *Infect Dis Clin North Am* 2014;28(1):135-47.
6. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n160.
7. Wells G, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Ottawa : Ottawa Hospital Research Institute, 2021. Disponible sur : http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp [consulté le 23 juillet 2023].
8. Pallot A, Rostagno S. Newcastle-Ottawa Scale: traduction française de l'échelle de qualité méthodologique pour les études de cohorte. *Kinésithérapie, la revue* 2020;235(21):3-4.
9. Patra J, Bhatia M, Suraweera W, et al. Exposure to second-hand smoke and the risk of tuberculosis in children and adults: a systematic review and meta-analysis of 18 observational studies. *PLoS Med* 2015;12(6):e1001835.
10. Modesti PA, Reboldi G, Cappuccio FP, et al. Panethnic differences in blood pressure in Europe: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2016;11(1):e0147601.
11. Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P, for the CONSORT Group. Extending the CONSORT Statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. *Ann Intern Med* 2008;148(4):295.
12. Haute Autorité de santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux. Saint-Denis : HAS, 2013.
13. Foxman B. Recurring urinary tract infection: incidence and risk factors. *Am J Public Health* 1990;80(3):331-3.
14. Hooton TM, Scholes D, Hughes JP, et al. A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women. *N Engl J Med* 1996;335(7):468-74.
15. Foxman B, Geiger AM, Palin K, Gillespie B, Koopman JS. First-time urinary tract infection and sexual behavior. *Epidemiology* 1995;6(2):162-8.
16. Foxman B, Chi JW. Health behavior and urinary tract infection in college-aged women. *J Clin Epidemiol* 1990;43(4):329-37.
17. Handley MA, Reingold AL, Shiboski S, Padian NS. Incidence of acute urinary tract infection in young women and use of male condoms with and without nonoxynol-9 spermicides. *Epidemiology* 2002;13(4):431-6.
18. Strom BL, Collins M, West SL, Kreisberg J, Weller S. Sexual activity, contraceptive use, and other risk factors for symptomatic and asymptomatic bacteriuria. A case-control study. *Ann Intern Med* 1987;107(6):816-23.
19. Kontiokari T, Laitinen J, Järvi L, Pokka T, Sundqvist K, Uhari M. Dietary factors protecting women from urinary tract infection. *Am J Clin Nutr* 2003;77(3):600-4.
20. Foxman B, Somsel P, Tallman P, et al. Urinary tract infection among women aged 40 to 65: behavioral and sexual risk factors. *J Clin Epidemiol* 2001;54(7):710-8.
21. Al Demour S, Ababneh MA. Evaluation of behavioral and susceptibility patterns in premenopausal women with recurrent urinary tract infections: a case control study. *Urol Int* 2018;100(1):31-6.
22. Scholes D, Hooton TM, Roberts PL, Stapleton AE, Gupta K, Stamm WE. Risk factors for recurrent urinary tract infection in young women. *J Infect Dis* 2000;182(4):1177-82.
23. Foxman B, Gillespie B, Koopman J, et al. Risk factors for second urinary tract infection among college women. *Am J Epidemiol* 2000;151(12):1194-205.
24. Fihn SD, Boyko EJ, Normand EH, et al. Association between use of spermicide-coated condoms and Escherichia coli urinary tract infection in young women. *Am J Epidemiol* 1996;144(5):512-20.
25. Fihn SD, Latham RH, Roberts P, Running K, Stamm WE. Association between diaphragm use and urinary tract infection. *JAMA* 1985;254(2):240-5.
26. Remis RS, Gurwith MJ, Gurwith D, Hargrett-Bean NT, Layde PM. Risk factors for urinary tract infection. *Am J Epidemiol* 1987;126(4):685-94.
27. Tiemstra JD, Chico PD, Pela E. Genitourinary infections after a routine pelvic exam. *J Am Board Fam Med* 2011;24(3):296-303.

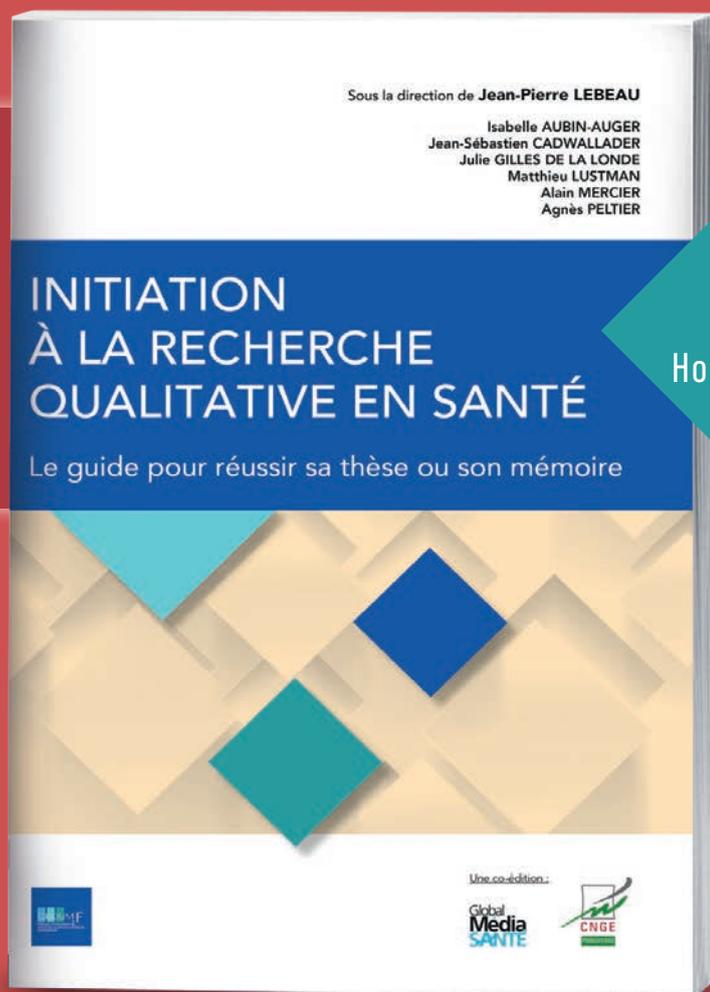
28. Rossi C, Hunt DJ, Clark LL, Rohrbeck P. Urinary tract infections in active component U.S. Armed Forces women before and after routine screening pap examination. *MSMR* 2015; 22(6):13-9.
29. Adatto K, Doebele KG, Galland L, Granowetter L. Behavioral factors and urinary tract infection. *JAMA* 1979;241(23):2525-6.
30. Baerheim A, Laerum E, Sulheim O. Factors provoking lower urinary tract infection in women. *Scand J Prim Health Care* 1992;10(1):72-5.
31. Foxman B, Frerichs RR. Epidemiology of urinary tract infection: II. Diet, clothing, and urination habits. *Am J Public Health* 1985;75(11):1314-7.
32. Ervin C, Komaroff AL, Pass TM. Behavioral factors and urinary tract infection. *JAMA* 1980; 243(4):330-1.
33. Su SB, Wang JN, Lu CW, Guo HR. Reducing urinary tract infections among female clean room workers. *J Womens Health* 2006; 15(7):870-6.
34. Wang J, Su S, Guo H. Urinary tract infection among clean-room workers. *J Occup Health* 2002;44(5):329-33.
35. Hunt JC, Waller G. Psychological factors in recurrent uncomplicated urinary tract infection. *Br J Urol* 1992;69(5):460-4.
36. Eckford SD, Keane DP, Lamond E, Jackson SR, Abrams P. Hydration monitoring in the prevention of recurrent idiopathic urinary tract infections in pre-menopausal women. *Br J Urol* 1995;76(1):90-3.
37. Hooton TM, Vecchio M, Iroz A, et al. Effect of increased daily water intake in premenopausal women with recurrent urinary tract infections: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2018;178(11):1509.
38. Nygaard I, Linder M. Thirst at work--an occupational hazard? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1997;8(6):340-3.
39. Ahmed AA, Solyman AA, Kamal SM. Potential host-related risk factors for recurrent urinary tract infection in Saudi women of child-bearing age. *Int Urogynecology J* 2016;27(8):1245-53.
40. Rees DLP, Farhoumand N. Psychiatric aspects of recurrent cystitis in women. *Br J Urol* 1977;49(7):651-8.
41. Nseir W, Farah R, Mahamid M, et al. Obesity and recurrent urinary tract infections in premenopausal women: a retrospective study. *Int J Infect Dis* 2015;41:32-5.
42. Semins MJ, Shore AD, Makary MA, Weiner J, Matlaga BR. The impact of obesity on urinary tract infection risk. *Urology* 2012;79(2):266-9.
43. Saliba W, Barnett-Griness O, Rennert G. The association between obesity and urinary tract infection. *Eur J Intern Med* 2013;24(2):127-31.
44. Baerheim A, Laerum E. Symptomatic lower urinary tract infection induced by cooling of the feet. A controlled experimental trial. *Scand J Prim Health Care* 1992;10(2):157-60.
45. Harmanli OH, Cheng GY, Nyirjesy P, Chatwani A, Gaughan JP. Urinary tract infections in women with bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol* 2000;95(5):710-2.
46. Chen YC, Chang CC, Chiu THT, Lin MN, Lin CL. The risk of urinary tract infection in vegetarians and non-vegetarians: a prospective study. *Sci Rep* 2020;10(1):906.
47. Vincent CR, Thomas TL, Reyes L, White CL, Canales BK, Brown MB. Symptoms and risk factors associated with first urinary tract infection in college age women: a prospective cohort study. *J Urol* 2013;189(3):904-10.
48. World Health Organization. Defining sexual health. Geneva : WHO, 2006. Disponible sur : https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3980&Itemid=270&lang=es [consulté le 23 juillet 2023].
49. Haut Conseil de la santé publique. Santé sexuelle et reproductive. Rapport de l'HCSP. Paris : HCSP, 2016. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550> [consulté le 23 juillet 2023].
50. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. *RPC Contraception CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018; 46(12):777-85.
51. Assurance maladie. Méthodes de contraception « barrières ». Paris : Ameli.fr, 2023. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/methodes-contraception-barrieres> [consulté le 23 juillet 2023].
52. Assurance maladie. Efficacité des moyens contraceptifs. Paris : ameli.fr, 2022. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs> [consulté le 23 juillet 2023].
53. Régnier-Loilier A. Avoir des enfants en France : désirs et réalités. Aubervilliers : Institut national d'études démographiques (INED), 2007.
54. Iacobelli S, Bonsante F, Guignard JP. Infections urinaires en pédiatrie. *Arch Pediatr* 2009; 16(7):1073-9.

Vous êtes interne en médecine,
étudiant en santé, directeur de thèse ?

CET OUVRAGE EST FAIT POUR VOUS

Ce livre vous aidera à :

- **construire** votre question de recherche
- **explorer** les méthodes pour y répondre
- **définir** un échantillon
- **développer** une analyse
- **présenter** vos résultats



35€

Hors frais de port

● Livraison dans le monde entier

● Lu et sélectionné par La Revue du Praticien

EN VENTE SUR **EXERCER.FR**

Xavier Gocko¹, Marc Bayen²

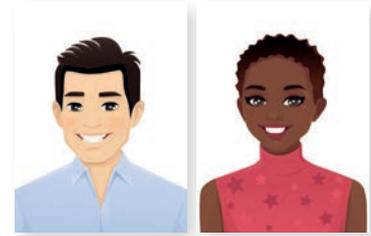
1. Département de médecine générale,
faculté de médecine Jacques-Lisfranc,
Université Jean-Monnet de Saint-Étienne

2. Département de médecine générale,
Université de Lille, Lille, France

x.gocko@exercer.fr
m.bayen@cngc.fr

exercer2023;Spécial:35-6.

Scène ordinaire d'une pédagogie extraordinaire 4



LES ACTEURS DE LA RÉTROACTION

Quentin : maître de stages des universités depuis 10 ans.

Caroline : étudiante en stage de niveau 2 (dernier semestre) en autonomie chez Quentin.

◆ Mme Janus, patiente de 72 ans, avec un diabète de type 2, une hypertension artérielle, et un AIT il y a 5 ans consulte pour réévaluation de son traitement. Elle est retraitée-comptable, et a perdu son fils unique à l'âge de 32 ans d'un lymphome. Dans le dossier, il est noté « fume 5 à 7 cigarettes par jour, et un verre d'alcool par jour et plus avec les amis ». Son IMC est à 27.

Quentin : « Alors ensuite tu as vu Mme Janus ? »

Caroline : « Ça s'est bien passé, enfin sauf un truc... »

Quentin : « Tu veux en parler ? »

Valentin : « Oui, sur la table d'examen, je lui ai demandé où elle en était pour le tabac. Question ouverte ! Et elle m'a répondu ne plus fumer depuis 2 ans. Dans le dossier, il était noté fume 5 cigarettes... et je lui ai posé la question sur la table d'examen, du fait de son haleine... »

Quentin : « Je vois, et qu'as-tu pensé à ce moment-là ? »

Caroline : « Oui, bien sûr, du fait de l'haleine de la patiente, je me suis dit qu'elle me mentait. »

Quentin : « D'accord et quelles émotions ont généré ce supposé mensonge ? »

Caroline : « En fait, je me suis surtout demandé s'il fallait que je lui dise que je pensais qu'elle venait de fumer... »

Quentin : « Je comprends, qu'as-tu fait ? »

Caroline : « Rien, j'ai poursuivi l'examen et je ne suis pas revenu sur le sujet. Et c'est ce qui m'embête, parce que nous avons discuté intervention brève et à chaque contact... et là je n'ai pas pu le faire... Tu aurais fait quoi toi ? »

Quentin : « Ce que j'aurais fait a peu d'importance... Je ne vais pas répondre comme d'habitude désolé... Par contre, je peux te dire que ce que tu as fait est conforme à l'attendu. Et ça peut s'apparenter au concept "sauver la face" que j'ai découvert dans un article d'**exercer**. »

Caroline : « Sauver la face, je crois comprendre... »

Quentin : « Oui c'est la force des mots, sans lire l'article nous comprenons l'importance parfois pour un patient de conserver une image positive auprès du médecin. Elle essaye de restaurer une image d'elle-même comme étant quelqu'un de raisonnable... C'est un rôle tout comme nous jouons aussi un rôle : l'article explique la mise en scène de la vie quotidienne. Tu veux que nous le regardions ensemble, il y a des dialogues sympas et il est court... »

Caroline : « Oui, merci. »

Référence

Richard I, Lussier M, Givron H. La vérité, toute la vérité ou sauver la face du patient en consultation. *exercer* 2023;190:78-80.

Quentin et Caroline se sont accordés 10 minutes pour parcourir les 3 pages de la rubrique « Communiquer pour exercer » de février 2023, sous la respon-

sabilité de Marie-Thérèse Lussier et Claude Richard, experts internationaux en communication professionnelle en santé. Caroline a compris l'importance pour les patients de parfois « sauver la face » et pour le médecin de les laisser faire afin de construire la relation dans le temps. Son attitude et sa communication qui lui posaient question ont été validées par cet article. Quentin en parcourant à nouveau l'article a compris de nouveaux éléments du concept de mise en scène de la vie quotidienne développé par Goffman.

La dyade MSU/étudiant est engagée sur le chemin de la réflexivité, en s'assurant de la sécurité des patients et en gérant le temps. La rétroaction permet d'élaborer un diagnostic pédagogique partagé avec l'étudiant pour aboutir à une éventuelle prescription pédagogique acceptée par celui-ci avec pour objectif d'améliorer sa réflexivité sur sa pratique.

Et maintenant à vous de jouer dans les séminaires et dès lundi dans votre cabinet !



Claude Richard¹,
Marie-Thérèse Lussier^{1,2},
Hélène Givron³

1. Chercheur associé Pôle 1.
Transformation des pratiques cliniques et
organisationnelles, centre de santé et des
services sociaux de Laval, Québec

2. Professeure titulaire, département de
médecine de famille et de médecine
d'urgence, Université de Montréal,
directrice du réseau de recherche en soins
primaires de l'Université de Montréal
(rrspum@umontreal.ca), chercheuse
régulière, centre de recherche du centre
hospitalier de l'Université de Montréal

3. Coordinatrice pédagogique
et Maître de conférence au Département
de Psychologie de la Faculté de
Médecine de l'Université de Namur,
Institut Transitions

helene.givron@unamur.be.
exercer2023;Spécial:37-9.

D'après l'article :
exercer2023;190:78-80.

La vérité, toute la vérité ou sauver la face du patient en consultation

*The truth, the whole truth, or saving the face
of the patient in consultation*

« TOUT LE MONDE MENT » ?

Dans un moment de nostalgie, nous avons révisé des épisodes de la série *Dr House* (2004-2012). Première constatation, ce diagnosticien arrogant nous permet de mesurer comment ce qui était acceptable comme comportement a évolué. Il y a une phrase qui revient régulièrement chez House : « *Tout le monde ment.* » Ce qui justifie à ses yeux des comportements odieux pour découvrir la vérité. Ce qui est troublant c'est que cette affirmation a une grande part de vérité, car qui dit toute la vérité tout le temps ? Il y a plusieurs raisons de mentir : par exemple, vouloir se présenter comme un bon patient, se présenter sous un meilleur jour, atténuer des comportements indésirables, etc. Donc parfois le mensonge ou les demi-vérités cherchent à protéger l'image de soi¹. Le danger est alors grand qu'à un moment donné le patient perde la face, car sa duplicité pourrait être révélée. Il est alors important que le professionnel aide le patient à sauver la face². Cela permet généralement de développer une complicité et de renforcer la confiance entre les deux parties.

Quand est-il nécessaire d'aider autrui à sauver la face ? Sauver la face devient une nécessité lorsque l'autre partie a l'impression d'être contrainte à une situation compromettante, d'être humiliée, d'être dans une situation embarrassante. Cette situation pourrait conduire le patient à se fermer à toute suggestion venant du médecin. En termes simples, si vous

essayez d'aider un patient à sauver la face, vous cherchez un moyen de préserver son image de soi³.

« UNE MISE EN SCÈNE DE LA VIE QUOTIDIENNE »

Goffman a utilisé la métaphore du théâtre pour illustrer la mise en scène de soi dans la vie quotidienne⁴. La différence entre la psychologie, la sociologie et l'ordre de l'interaction est du même ordre que la différence entre la physique quantique et la physique standard. L'ordre de l'interaction à laquelle appartient la rencontre médicale a son propre ensemble de règles. Cet ordre de l'interaction quotidienne s'insère dans un réseau de significations qui existe dans toute rencontre et qui est associé avec qui je suis, qui je prétends être et qui je prétends que l'autre est. Ce réseau donne du sens à la situation et à la rencontre, mais cet ordre de l'interaction entretient des relations lâches entre ses constituantes et elle est susceptible d'évoluer, de se modifier et, enfin... de ne pas être partagée^{5,6}. Dans ce contexte, la probabilité d'incompréhension ou de faux pas est élevée en société et dans la rencontre médicale. Notre identité idéale projetée, ou *persona*, est donc fragile et nous tentons de la préserver en présentant ou en donnant les bonnes réponses, la bonne apparence et le bon comportement, autrement dit en tentant de ne pas perdre la face. Nous discuterons ici de comment rechercher l'information utile pour aider le patient sans menacer son image de soi, sans lui faire perdre la face⁷⁻⁶.



MG. « Pour vous connaître mieux, j'aimerais connaître votre consommation d'alcool ? »	S'il n'y a pas de problème connu associé à la consommation d'alcool, cette demande peut être perçue comme inappropriée. C'est de l'ordre du privé. Alors « pour mieux le connaître » peut rendre cette demande acceptable.
Pt. « Pas beaucoup, je ne suis pas un gros buveur. »	Le patient se positionne d'emblée comme raisonnable dans sa consommation.
MG. « Oui, et ça donne quoi par semaine environ ? »	Le MG cherche à avoir une idée plus précise, chiffrée autant que possible. Il tente d'éviter de qualifier la consommation en termes de grandeur. Cela impliquerait un jugement qu'il est souhaitable d'éviter.
Pt. « Je ne sais pas. Ça dépend. Je dirais deux à trois fois par semaine. »	Le patient précise, mais garde un flou sur la quantité. Tout dans la manière de se présenter du patient véhicule l'image d'un homme raisonnable.
	Le MG a une décision à prendre : doit-il insister pour préciser la quantité et les circonstances de sa consommation d'alcool ? A-t-il par ailleurs des raisons de croire que c'est plus et même qu'il pourrait y avoir une consommation excessive ?
MG. « C'est de la bière, du vin, autre chose ? »	Il tente d'avoir un portrait plus complet sans mettre en doute les quantités mentionnées.
Pt. « Ça dépend, avec ma compagne c'est du vin en mangeant »	Il ouvre sur la possibilité que c'est plus que trois consommations.
MG. « En mangeant... ? »	Le MG a un doute sur les trois fois par semaine...
Pt. « Oui..., enfin... on prend un peu de vin avec les repas, les bons repas. »	Cette information modifie complètement le tableau. Le MG peut supposer que la recommandation « deux verres par jour, pas tous les jours » est dépassée. C'est un peu embarrassant et le patient est menacé de perdre la face. Pour autant, le MG a envie de délivrer ce message de prévention.
MG. « Je comprends. Si vous avez envie, nous pourrions parler un jour de ce qui est recommandé et pourquoi cette recommandation. »	Il ne relève pas la tentative du patient de se présenter sous un meilleur jour et continue l'entretien.

Tableau - Exemple de dialogue pour sauver la face
MG : médecin généraliste ; Pt : patient.

SAUVER LA FACE ET LA PRÉVENTION

Cette difficulté est particulièrement présente lorsque nous discutons des habitudes de vie ou de la prévention. En effet, je viens consulter pour un problème x et le soignant me demande des informations sur mes habitudes de vie⁷. Ces questions peuvent ne pas me sembler avoir de lien explicite et transparent avec mon motif de consultation. Toutefois, il est certain que la situation et le fait que c'est un médecin qui s'informe créent une situation particulière où il est acceptable que le professionnel s'informe de sujets qui ne sont pas normalement discutés avec les amis, les relations, etc. Le fait que le patient accepte cette apparente violation des conventions habituelles (questions éminemment intimes et

touchant aux habitudes de vie, habituellement maintenues privées, voire cachées) ne veut pas nécessairement dire qu'il ne présentera pas l'information de manière à préserver l'image de soi qu'il désire projeter. Il pourrait donc en quelque sorte travestir ses propos et réponses afin de « préserver » sa face.

Prenons par exemple (tableau) une entrevue entre un médecin généraliste et un patient. Le médecin aborde, dans le cadre de la prévention, la consommation d'alcool avec cet homme de 60 ans qui consulte pour une lombalgie. Il veut recueillir de l'information et construire la relation dans le cadre d'une relation partenaire.

Un calcul simple nous fait voir que le patient dans un premier temps a sous-estimé sa consommation d'alcool

puis dans un deuxième temps qu'il est conscient que le MG s'en est rendu compte. Cette situation demande habituellement réparation ou au moins une explication. Le patient peut par exemple affirmer qu'il rapportait un comportement passé, et que ce n'est plus le cas maintenant ; il peut affirmer qu'il se référerait au fait qu'« en général » un bon repas commande du vin, mais que ce n'est pas son comportement habituel ; il peut affirmer qu'il voulait seulement vérifier si le MG l'écoutait attentivement, etc. Enfin, il peut aussi reconnaître qu'il a sous-estimé sa consommation, mais de si peu...³. Dans tous les cas, ce sont des tentatives de restaurer une image de lui-même comme étant quelqu'un de raisonnable, soucieux de ne pas faire d'excès et ces tentatives conditionnent les informations données. Comment

traiter cette demi-vérité et cette tentative du patient de corriger ses propos pour rétablir les faits et son image de soi ? La confiance du patient en son MG est alors centrale, car le patient est certainement embarrassé de la situation et son attitude dépendra de la relation de confiance qu'il a avec le MG. Si la relation est bonne, de type partenarial, il s'ajustera probablement avec une phrase comme « *C'est vrai, j'ai minimisé un peu ma consommation, la réalité c'est que...* ».

Par ailleurs, la relation se construit dans le temps et le médecin peut juger qu'il n'y a pas d'urgence pour cette action de prévention. Le professionnel aura l'opportunité d'y revenir dans des rencontres futures et d'amener le patient à révéler son comportement

réel. Le MG n'a pas besoin dans ce cas d'insister sur l'exactitude des propos du patient. Il aura l'opportunité de rediscuter ce point lors d'une consultation de suivi. Il peut donc se permettre, cette fois, de lui sauver la face.

CONCLUSION

Presque tout le monde préfère conserver une réputation positive et solide, « *d'avoir de la face* ». Il est important de garder cela à l'esprit et d'identifier à quel point « *sauver la face* » peut être important pour votre patient. Comprendre cela peut faire place à un résultat positif qui laisse les deux parties confiantes dans leur décision⁸. ♦

Références

1. **Amossy R.** La présentation de soi. Éthos et identité verbale. Paris : PUF, 2010.
2. **Brill A.** Saving face. Moving forward boldly despite a drug's betrayal. New York : Psychology Today, 2010. Disponible sur : <https://www.psychologytoday.com/ca/blog/chronic-healing/201011/saving-face> [consulté le 12 janvier 2023].
3. **Denvir P.** Saving face during routine lifestyle history taking: how patients report and mediate potentially problematic conduct. *Commun Med* 2014;11(3):263-74.
4. **Gofman E.** On facework: an analysis of ritual elements in social interaction. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 1955; 18(3):213-31.
5. **Gofman E.** The presentation of self in everyday life. New York : Doubleday, 1959.
6. **Gofman E.** Relations in public: microstudies of the public order. New York : Harper & Row, 1971.
7. **Richard C, Lussier MT.** La communication professionnelle en santé. Montréal : ERPI, 2016.
8. **Shulman HP.** The presentation of self in Contemporary Social Life. London : SAGE, 2016.

Xavier Gocko¹, Marc Bayen²

1. Département de médecine générale, faculté de médecine Jacques-Lisfranc, Université Jean-Monnet de Saint-Étienne

2. Département de médecine générale, Université de Lille, Lille, France

x.gocko@exercer.fr

m.bayen@cngc.fr

exercer2023;Spécial:40-1.

Scène ordinaire d'une pédagogie extraordinaire 5



LES ACTEURS DE LA RÉTROACTION

Franck : maître de stages des universités depuis cinq ans.

Marie : étudiante en troisième année de troisième cycle en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS).

- Mme Tano, 77 ans, retraitée de l'enseignement, vit avec son mari, et a une fille. Elle a pour antécédent une hypertension traitée par du ramipril 10 (inhibiteur de l'enzyme de conversion), un trouble fonctionnel intestinal, et une anxiété généralisée ancienne. Elle ne fume pas et ne consomme pas d'alcool, et a un indice de masse corporelle à 22. Mme Tano a consulté Marie pour réévaluation de son traitement et pour une nycturie ancienne qui devient gênante.

Franck : « Marie, peux-tu me parler de la consultation avec Mme Tano ? »

Marie : « Oui, c'est une patiente agréable, mais très anxieuse. Elle venait pour son renouvellement, euh la réévaluation de son traitement et se plaignait de nycturie dont elle t'avait déjà parlé à la précédente consultation il y a 3 mois. »

Franck : « Oui, je la soigne depuis mon installation, elle habite l'immeuble à côté ; bon réflexe, la réévaluation sinon nous ne changeons jamais rien... Comment s'est passé cette consultation ? »

Marie : « Bien, j'ai repris son dossier, j'ai contrôlé sa pression artérielle qui à la troisième mesure était correcte 138/82 ; elle avait amené des automesures qui étaient normales. Elle m'a dit qu'elle avait souvent des chiffres élevés au cabinet... »

Franck : « Oui une HTA de consultation... d'autres choses ? »

Marie : « Oui, j'étais un peu perdu pour la nycturie... Je lui ai prescrit un ECBU de principe, mais sans conviction... Tu aurais fait quoi toi ?... »

Franck : « C'est une situation intéressante Marie, tu veux que nous la travaillions ensemble ? »

Marie : « Euh, oui, j'aurais pas du faire d'ECBU, c'est ça ?... »

Franck : « Si tu veux bien, nous allons travailler le raisonnement, quelles étaient tes hypothèses diagnostiques face à cette plainte ? »

Marie : « Une infection urinaire, mais je n'y croyais pas... Une iatrogénie tu me dis de toujours y penser, mais le ramipril n'est pas connu pour faire ça, j'ai vérifié. Et du coup, je ne savais pas trop... »

Franck : « Tu as déjà émis plusieurs hypothèses, et donc nourri ton raisonnement et c'est super. J'ai lu un article récemment qui m'a donné une autre piste : la maladie de Parkinson. »

Marie : « Ah bon ? »

Franck : « Oui, en fait ça peut être une manifestation dysautonomique de la maladie de Parkinson. Attends, nous allons ouvrir l'article, il y a aussi une figure superbe, la Well-being map. »

Marie et Franck parcourent l'article pendant 3 minutes, Marie le consultera plus au calme *a posteriori*.

Référence

Bayen S, Devos D, Messaadi W, Moreau C, De-febvre L, Tilly A, Messaadi N. Pas à pas : diagnostic précoce et suivi de la maladie de Parkinson en médecine Générale. *exercer* 2020;168:459-65.

Marie : « Ah oui en lisant, elle m'a aussi dit mal dormir et avoir des sueurs... ».
Franck : « Que dirais-tu de la revoir ensemble pour lui annoncer le résultat de notre réflexion ? »

Les échanges qui ont suivi ont visé à rassurer Marie, qui pensait avoir « louper le diagnostic » et à lui expliquer comment cette hypothèse allait être annoncée à la patiente et comment elle allait être vérifiée par un examen clinique orienté et peut-être un avis neurologique. Franck s'est assuré que ce type de rétroaction convenait à Marie. Marie a décidé de présenter cette situation en groupe d'échanges de pratique, pour présenter cet article et en particulier la Well-being map.



Sabine Bayen^{1,2}, David Devos^{2,3,4},
Wassil Messaadi¹,
Caroline Moreau^{2,4}, Luc Defebvre^{2,4},
Anita Tilly¹, Nassir Messaadi¹

1. Département de médecine générale,
Université de Lille, Lille, France.

2. INSERM, UMRS 1172, Lille
neurosciences et cognition, Université
de Lille, Lille, France.

3. Département de pharmacologie
médicale, CHU de Lille, Lille, France.

4. Service de neurologie et pathologie
du mouvement, centre expert Parkinson,
Université de Lille, Lille, France.

kroehnchen@hotmail.fr

*exercer*2023;Spécial:42-8.

D'après l'article :

exercer 2020;168:459-65.

Liens et conflits d'intérêts :

les auteurs déclarent n'avoir
aucun conflit d'intérêts en relation
avec le contenu de cet article.

Les liens d'intérêts éventuels de chacun
des auteurs sont disponibles sur le site :
www.transparence.sante.gouv.fr

CONTEXTE

La maladie de Parkinson (MP) est la maladie neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer¹. En raison du vieillissement de la population, le nombre de cas de MP a plus que doublé entre 1990 et 2015. Fin 2015 en France, environ 160 000 patients étaient traités pour une MP. Parmi les 25 000 nouveaux cas par an, 17 % avaient moins de 65 ans². La démographie médicale et l'inégalité d'accès aux soins sur le territoire national peuvent parfois rendre l'accès aux neurologues difficile. Le médecin généraliste (MG) est donc régulièrement amené à poser le diagnostic de la MP, même dans son stade précoce et indifférencié, et à assurer la coordination du parcours de soins.

MÉTHODE

Issu d'une coopération interdisciplinaire entre les auteurs, MG en activité ambulatoire et neurologues

Pas à pas : diagnostic précoce et suivi de la maladie de Parkinson en médecine générale

Step by step: early diagnosis and follow-up of Parkinson's disease in general practice

du centre expert Parkinson du CHU de Lille, cet article retrace la chronologie du parcours de soins des personnes vivant avec une MP. Basé sur les dernières recommandations, il vise à répondre plus spécifiquement aux questions que pourraient se poser les MG et leurs patients à propos de la MP. Les auteurs ont sélectionné ensemble les éléments de réponse qui semblent les plus pertinents pour les soins premiers, centrés sur la personne.

LA MALADIE DE PARKINSON : BEAUCOUP PLUS QUE DES TREMBLEMENTS

La MP est une affection neurodégénérative progressive du système nerveux central caractérisée par l'atteinte de la *substantia nigra pars compacta*. La neurotransmission dopaminergique est déficitaire et entraîne des troubles moteurs : akinésie (trouble de l'initiation et lenteur du mouvement), rigidité, troubles de la marche, de la parole et de l'équilibre, et des troubles non moteurs, cognitifs et comportementaux, définissant une maladie neuropsychiatrique complexe d'expression variable³. Son origine semble multifactorielle et les facteurs modifiant la progression varient d'une personne à l'autre. Les facteurs peuvent être environnementaux, toxiques (pesticides, mercure, cadmium, plomb) ou génétiques (10-15 % des cas de MP).

DÉPISTAGE CLINIQUE : NE PAS ATTENDRE LES PREMIERS TREMBLEMENTS

Le diagnostic de MP n'est pas simple. Il se base principalement sur des manifestations cliniques motrices et non motrices, impactant l'autonomie et la qualité de vie des patients au quotidien⁴. Ces symptômes sont résumés dans le **tableau 1**. Au moment de l'apparition des symptômes moteurs sous forme de la triade caractéristique (tremblement de repos, rigidité et akinésie), 50 à 60 % des neurones dopaminergiques et environ 80 % de la concentration striatale en dopamine sont perdus⁵. Les symptômes dits non moteurs, d'expression et d'apparition très variables, peuvent précéder et/ou s'associer précocement ou tardivement aux symptômes moteurs⁵ (**tableau 1**). Ils peuvent être source d'une grande souffrance sans être reconnus comme associés à la maladie. De plus, ils peuvent considérablement influencer la réponse thérapeutique. Enfin, il existe une grande hétérogénéité de ces symptômes d'une personne à l'autre. La connaissance de ces symptômes non moteurs permet d'optimiser l'accompagnement des patients dans l'organisation et l'adaptation de leurs parcours de vie et de santé à cette nouvelle condition. Le *Parkinson's Well-Being Map*[®] (**figure 1**) résume la diversité des possibles symptômes, qui peuvent apparaître de manière très variable, précocement ou tardivement dans l'évolution de la MP, et aide à quantifier leur fréquence de présence au quotidien du patient⁶.

L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC : ÉVITER LE TREMBLEMENT DE TERRE

L'annonce diagnostique est évidemment une période de grand stress psychologique qu'il faut limiter et encadrer. Les conséquences peuvent en être durables. Pour limiter ce traumatisme, le diagnostic, les mécanismes pathophysiologiques et l'évolution progressive sont annoncés pas à pas, avec empathie, en tenant compte du contexte sociocognitif du patient⁷. Il est important d'insister sur le caractère très individuel et relativement imprévisible de la maladie ainsi que sur les nombreuses solutions thérapeutiques symptomatiques. Au cours du suivi, le médecin identifie les envies et intérêts du patient à chaque stade de la maladie qui peuvent être très variables et surprenants. Le choix du traitement est individuel et non pas universel, compte tenu de la grande variabilité d'expression de la maladie. Il prend en compte le retentissement fonctionnel des symptômes dans les actes de la vie quotidienne et pas seulement l'impression clinique lors de

l'examen. Il prend aussi en compte les symptômes non moteurs associés qui peuvent être positivement influencés par les traitements dopaminergiques ou au contraire avoir tendance à s'aggraver avec ces derniers. Enfin, le choix du patient reste central par rapport à la présentation de la balance bénéfice-risque de chaque traitement. Une attitude positive et bienveillante est utile pour encourager la participation et l'engagement du patient et de son aidant dans son parcours de soins. L'alliance thérapeutique est favorisée par l'accompagnement global, permettant au patient de mieux intégrer la connaissance et la compréhension de sa maladie.

L'AIDANT NATUREL : UN PARTENAIRE INCONTOURNABLE À SOLLICITER ET À PROTÉGER

L'implication de l'aidant naturel (avec l'accord du patient), dès l'annonce du diagnostic, favorise un accompagnement holistique bénéfique et efficace pour le patient. Il est associé au projet

de soins personnalisé et participe à l'alliance thérapeutique. Il est nécessaire d'anticiper et de prévenir son épuisement à long terme. La maladie affecte le quotidien de l'aidant dès l'apparition des premiers symptômes⁸. Il existe des structures de répit comme les maisons des aidants accueillant ces derniers avec ou sans leurs aidés⁹. Le bien-être et l'absence d'épuisement des aidants peuvent prévenir les situations de violences envers les patients^{10,11}.

LA PRIORITÉ DE TOUS : PRÉSERVER L'AUTONOMIE AU QUOTIDIEN ET ÉVITER LA MORT SOCIALE

Tout en étant disponible et accessible, le MG promeut l'auto-rééducation en privilégiant une activité physique et intellectuelle régulière. Dans ce contexte, le médecin aborde toutes les dimensions du quotidien du patient, notamment la vie professionnelle et la vie sociale. Pour un accompagnement multidimensionnel, des contacts ou lectures sont communiqués au patient en fonction des besoins ressentis au cours

Symptômes non moteurs		Symptômes moteurs	
Manifestations dysautonomiques	Manifestations cognitivo-comportementales (plutôt tardives)	Tétrade caractéristique	Troubles axiaux* (plutôt tardifs)
<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids** (70 % des patients) • Urgenturies • Troubles du sommeil (60 %), cauchemars ± syndrome des jambes sans repos (40 %) • Hyposmie • Constipation • Dysrégulation thermique (sueurs nocturnes, transpiration excessive) • Nycturie 	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiété, dépression, apathie (50 %) • Syndrome dysexécutif, démence*** • Psychose • Hallucinations auditives ou visuelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Raideur • Akinésie (lenteur des mouvements) • Tremblement de repos • Troubles de la marche (ralentie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles de la marche, de l'équilibre, freezing de la marche, festination • Troubles de la parole (dysarthrie) • Troubles de la déglutition • Troubles de la posture, surtout instabilité posturale

Tableau 1 - Les symptômes moteurs et non moteurs de la maladie de Parkinson

* Les troubles axiaux apparaissent dans les 3 à 10 ans suivant le diagnostic ou sont déjà présents en cas de retard de diagnostic. Ils sont d'autant plus précoces que la personne est âgée, mais il existe des formes d'apparition plus précoces, représentant les formes plus agressives. ** La perte de poids peut parfois conduire à suspecter une pathologie cancéreuse en début d'évolution. Elle peut avoir de multiples origines, notamment un déficit énergétique par la dysfonction mitochondriale en lien avec le processus pathologique, un syndrome dépressif, des effets indésirables anorexigènes des médicaments, une dysphagie, etc.

*** Une démence ou des hallucinations d'apparition très précoces, 1 à 3 ans après le début des signes sont atypiques pour une maladie de Parkinson et fait évoquer une maladie ou démence à corps de Lewy. La démence parkinsonienne apparaît souvent après plusieurs années d'évolution et d'autant plus rapidement que la personne est âgée (après 72-75 ans).



du suivi. Les associations de patients, comme France Parkinson (ses « Cafés Jeunes Parkinson », et sa revue trimes-trielle : l'ECHO) ainsi que le guide de la Haute Autorité de santé (HAS) destiné aux patients, peuvent être utiles¹²⁻¹⁴.

ACCOMPAGNER LA RÉORGANISATION DU PARCOURS DE VIE ET CO-COORDONNER LE PARCOURS DE SOINS

Avec la MP, le quotidien du patient et de son entourage implique des adaptations individuelles du parcours de vie, de santé et de soins¹⁵. En accord avec le patient, la déclaration de la MP en affection longue durée (ALD) est idéal-

ement faite dès les premiers symptômes devant l'hypothèse clinique¹⁶. Il peut rapidement bénéficier de l'offre de soins selon ses besoins individuels identifiés, comme la kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie et l'exercice physique adapté.

Selon l'activité du patient, une déclaration de maladie professionnelle doit être envisagée en tableau n° 58 du régime agricole, « maladie de Parkinson provoquée par les pesticides » (décret 2012-665 du 4 mai 2012)¹⁵. En cas d'intoxication au manganèse (métier du soudeur : tableau n° 39) ou aux pesticides (agriculteurs) la MP est reconnue comme maladie professionnelle (exposition aux pesticides et métaux lourds). Quelle que soit l'activité professionnelle du

patient, la possibilité d'un aménagement de poste sous forme de diminution d'horaires, *via* la médecine du travail, est à évoquer comme moyen facilitateur du maintien de la vie professionnelle et sociale¹⁷.

Le médecin utilise tour à tour l'écoute active, l'éducation à la maladie et thérapeutique avec une information réaliste et optimiste qui ménage l'espoir sans faux espoir, sous sa forme verbale et écrite. Une relation soignants-soignés basée sur la confiance et le respect mutuel, la responsabilisation et l'encouragement est au centre du processus de soins. La participation à des groupes de pairs ou à des forums de discussion en ligne peut apporter un soutien empathique et promouvoir les apprentissages infor-

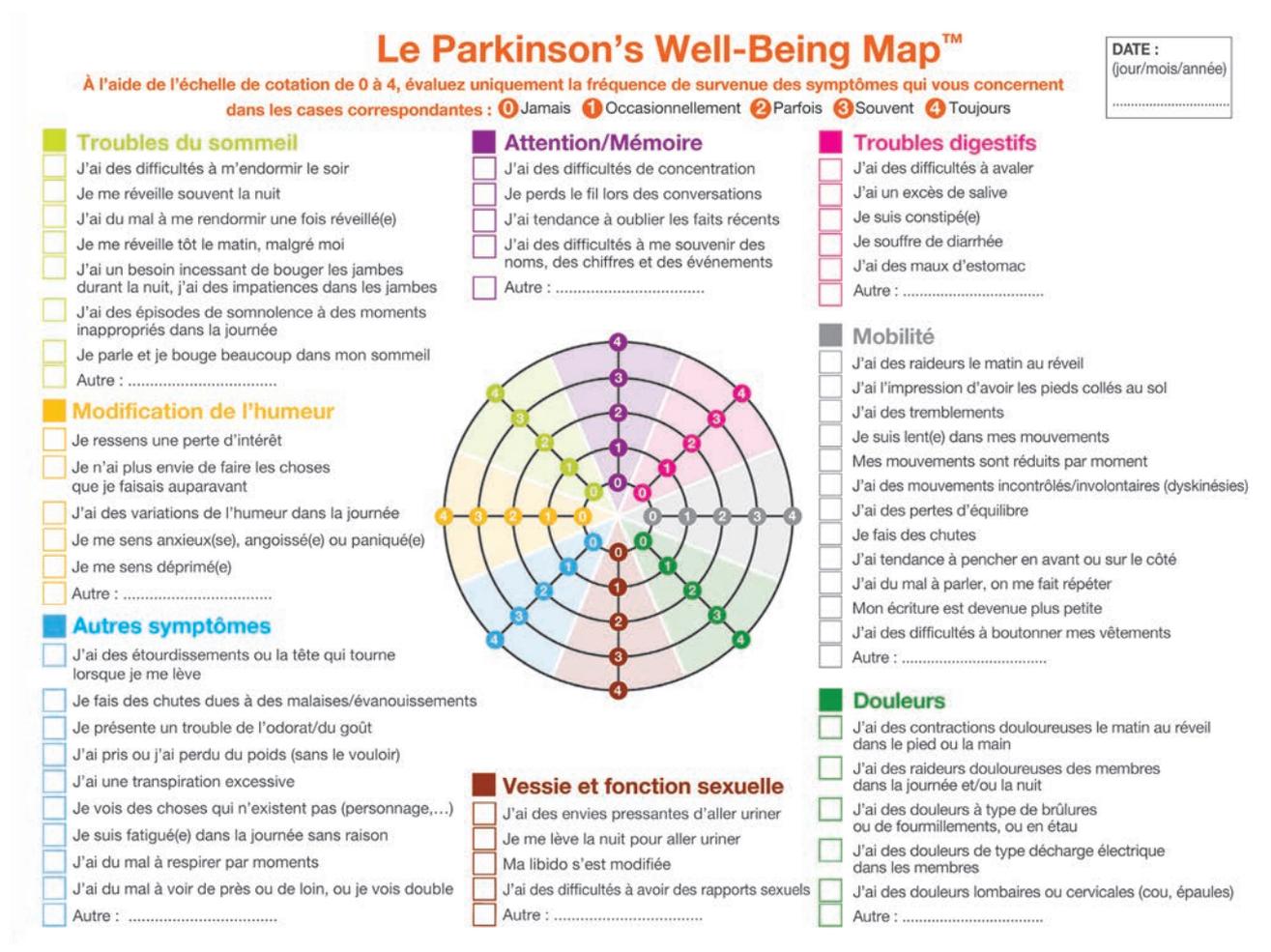


Figure 1 - Le Parkinson's Well-Being Map

mels. Le médecin explique l'importance d'une automédication responsable (partagée avec le médecin) et les limites des forums, notamment concernant le risque d'une automédication inappropriée.

PRÉSENTER L'ÉVOLUTION NATURELLE DE LA MP DANS LE TEMPS

L'évolution de la MP est très variable d'un patient à l'autre, mais 4 phases sont distinguées¹⁸.

Début (après l'annonce du diagnostic)

Instauration du premier traitement non médicamenteux, notamment l'activité physique, et éventuellement d'un traitement médicamenteux symptomatique selon le tableau clinique, notamment la présence de symptômes non moteurs.

État stable

Équilibre et autogestion du quotidien par le patient avec une très nette amélioration des symptômes moteurs et non moteurs sous traitements dopaminergiques due à une dopa-sensibilité, permettant une grande limitation de la gêne fonctionnelle et de l'autonomie pour l'ensemble des activités courantes. Profiter de cette période pour anticiper les complications et promouvoir l'éducation thérapeutique permettant au patient d'avoir une certaine autonomie pour de petites adaptations thérapeutiques au quotidien.

Avancé (fluctuation)

Apparition de fluctuations motrices et non motrices imprévisibles au cours de la journée, impactant nettement l'autonomie des patients. Ces fluctuations sont dues à une dénervation dopaminergique progressive avec « blocages » dits « OFF » au niveau des symptômes moteurs et non moteurs. La première complication est souvent le retour des signes parkinsoniens en fin de dose (souvent 2 à 3 h après la prise précédente). Les traitements

dopaminergiques doivent être adaptés en conséquence, en rapprochant et en augmentant le nombre de prises. Le traitement par L-dopa en phase de début et stable est prescrit en 4 prises, car la demi-vie est de 3 h, puis petit à petit les prises sont rapprochées jusqu'à une prise maximale toutes les 2 h. L'autre grande complication, à l'inverse, est le surdosage avec des mouvements involontaires de type choréiques appelés dyskinésies. La dose minimale efficace avec une stimulation dopaminergique la plus continue possible en fragmentant les prises de L-dopa (Modopar®, Sinemet®) est recherchée. Un agoniste dopaminergique est associé s'il est toléré et des inhibiteurs du métabolisme de la dopamine (inhibiteurs de monoamine oxydase [MAO], rasagiline, et catéchol-O-méthyltransférase [COMT], entacapone). Pour les patients les plus sévères et les plus jeunes (moins de 70 ans), des traitements de 2^e ligne sont indiqués : stimulation dopaminergique continue par perfusion sous-cutanée d'apomorphine, administration intraduodénale de lévodopa ou stimulation cérébrale profonde sont discutées.

Tardif (envahissement)

Installation de signes axiaux très sévères (certains sont parfois présents assez tôt avec des conséquences limitées), notamment l'instabilité posturale qui s'associe à un risque majeur de chutes. Les symptômes non moteurs neuropsychiatriques tels que des hallucinations visuelles, auditives ou somesthésiques, des éléments délirants sont fréquents, s'associant à un déclin progressif des fonctions cognitives. Ces manifestations motrices et cognitivo-comportementales rendent compte de la perte progressive de l'autonomie des patients à laquelle s'ajoutent les complications dysautonomiques très sévères avec risque de l'épuisement progressif de l'aidant.

Pour chaque phase, un plan personnalisé de soins (PPS) est établi avec le patient et ses proches aidants pour optimiser la prise en charge globale et pluriprofessionnelle¹⁹.

PRÉSENTER LES AUTRES PARTENAIRES DU PARCOURS DE SOINS

Le neurologue confirme le diagnostic, instaure le traitement médicamenteux initial si besoin, idéalement avec un protocole de prescription anticipée pour adaptation du traitement en milieu de soins premiers¹⁵. Le suivi s'organise conjointement selon l'évolution et les préférences individuelles du patient.

Le kinésithérapeute assure la rééducation physique pour maintenir les capacités fonctionnelles, telle la marche, le plus longtemps possible. Ce travail anticipe et limite les complications secondaires, comme des chutes. Il insiste notamment sur les transferts, la posture, la fonction des membres supérieurs, l'équilibre et les chutes, la marche et l'activité physique.

LES DIFFÉRENTES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES NON MÉDICAMENTEUSES

La stratégie thérapeutique est adaptée aux différents stades de la maladie.

Activité physique régulière

Elle est à conseiller dès l'annonce du diagnostic pour préserver le capital de l'autonomie le plus longtemps possible²⁰. L'aquagym, la danse (tango^{21,22}, Zumba Gold^{®23}), le vélo²⁴, le tai-chi²⁵ et la peinture semblent adaptés à la maladie et peuvent être conseillés car les mouvements volontaires diminuent les tremblements. La musicothérapie semble améliorer la marche, la cognition et le bien-être des patients²⁶. La marche et le jardinage peuvent diminuer le risque de constipation, favoriser le sommeil et prévenir la dépression. Une alimentation équilibrée est également à conseiller dans les mêmes buts. Les conseils prennent bien sûr en compte les préférences des patients.



Traitements non médicamenteux et symptomatiques

L'orthophonie, la psychologie, l'ergothérapie peuvent aider les patients dans le suivi à long terme et sont proposées tout au long de la maladie selon les besoins et préférences individuelles des patients. Ces traitements sont prédominants dans la phase initiale de la maladie, et contemporains de l'éducation thérapeutique pour optimiser le quotidien du patient.

LES DIFFÉRENTES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES MÉDICAMENTEUSES

Après réévaluation clinique (éventuellement par téléconsultation ou télé-expertise selon la démographie médicale locale) par le neurologue, si besoin, le médicament antiparkinsonien est introduit, avec un suivi de l'observance et de l'efficacité. Les posologies sont adaptées selon le principe de dose minimale efficace : augmentation progressive jusqu'à apparition d'un effet indésirable et/ou d'absence de bénéfice supplémentaire conduisant à choisir la dose inférieure ; ce principe est vérifié régulièrement pour un dosage optimal en alliance entre le patient, le MG et le neurologue.

Les horaires de prise des médicaments sont organisés en fonction des habitudes de vie des patients en respectant la prise à jeun de la L-dopa (plus simplement 30 min avant les repas). Une fois définis, ces horaires sont respectés pour garantir l'efficacité et diminuer les effets indésirables des médicaments. L'arrêt brutal de ces derniers et les fenêtres thérapeutiques sont à proscrire compte tenu du risque d'akinésie aiguë ou d'un tableau type syndrome malin des neuroleptiques. Certains patients ressentent le retour des signes parkinsoniens et prennent donc le traitement régulièrement environ toutes les 2 h ou 2 h 30 en fonction de leur ressenti. Cette stratégie est parfois préférée par les patients.

Au stade avancé de la maladie, une dépendance médicamenteuse s'installe et l'équilibre trouvé entre les effets secondaires et les bienfaits des médicaments devient instable. Le maintien d'efficacité dans le temps de la lévodopa diminue fortement (2 h) et entraîne des fluctuations motrices. Le contrôle des mouvements est difficile ce qui entraîne des pertes d'équilibre et des chutes, complications essentielles à anticiper²⁷. L'apparition d'une dysphagie entraîne des fausses routes et/ou des inhalations responsables de pneumopathie d'inhalation.

La kinésithérapie et l'ergothérapie sont poursuivies et les conditions de maintien à domicile optimisées. Une dépendance du patient s'installe progressivement avec des comorbidités éventuelles. La coordination des soins et l'accompagnement des aidants et du patient deviennent prédominants. L'évolution conduit inexorablement à la mise en place de soins palliatifs adaptés, idéalement à domicile. L'accompagnement en fin de vie du patient implique bien entendu les aidants²⁸.

Traitements médicamenteux

Le niveau de preuve (grade A, B, ou C) des traitements est indiqué et se réfère aux dernières recommandations canadiennes de 2019 sur la maladie de Parkinson¹⁹.

Le traitement de référence et efficace de la MP est la lévodopa, systématiquement associée à un inhibiteur de la dopa-décarboxylase.

La deuxième classe pharmacologique d'intérêt est constituée par les agonistes dopaminergiques, comme le pramipexole et le ropinirole. Les agonistes dopaminergiques LP sont associés au risque de troubles du contrôle des impulsions, caractérisés par une exacerbation de la libido, une addiction aux jeux, des achats compulsifs, un grignotage. Les patients sont avertis de ces effets et le médecin les recherche par la suite auprès du patient et de ses aidants²⁹. Leur effet est estimé préjudiciable sur les signes non moteurs chez un tiers des patients (addictions invalidantes chez

environ 10 %), bénéfiques chez un tiers (amélioration de l'apathie et de l'humeur) et susceptibles d'économiser de la L-dopa sans autre bénéfice chez le dernier tiers.

La rasagiline (inhibiteur monoamine oxydase de type B) empêche la dégradation de la dopamine et peut être efficace au stade précoce de la maladie avant l'introduction d'une dopathérapie (grade A). Elle permet de réduire légèrement les fluctuations motrices.

L'entacapone (ICOMT) en association avec la lévodopa est indiquée pour les patients présentant des fluctuations motrices invalidantes (grade A).

PRENDRE SOIN DES COMORBIDITÉS

L'anxiété est présente chez 40 % des patients. La dépression parkinsonienne est aussi documentée. Conscient de la fréquence de ces comorbidités, le MG adopte une posture d'écoute active et bienveillante et de thérapie de soutien. Des médicaments comme les inhibiteurs de recapture de la sérotonine peuvent être utiles quand ces symptômes ne répondent plus à la thérapie de soutien et deviennent invalidants.

En cas de dysfonction érectile, du sildénafil (grade A) peut être proposé et prescrit au patient, en l'absence de contre-indications.

En cas de nycturie, des dispositifs de type Penilex ou pistolet peuvent être proposés aux patients pour améliorer leur qualité de vie et soulager l'aidant, en évitant de changer des draps chaque nuit. La solifénacine peut être envisagée après discussion avec le patient sur la balance bénéfice-risque des anticholinergiques. Leurs effets indésirables et contre-indications sont principalement la bouche sèche, et un antécédent de glaucome aigu à angle fermé, un adénome de la prostate et des troubles cognitifs. En cas de constipation, des laxatifs osmotiques de type macrogol (grade C) peuvent être proposés.

L'hypotension orthostatique (30-58 %) peut être un effet indésirable de la lévodopa, mais aussi être due à une restriction hydrique volontaire pour éviter les symptômes urinaires. Le traitement symptomatique comprend le port de bas de contention, le fractionnement des repas et l'éviction de l'alcool et de fortes chaleurs. En deuxième intention, l'utilisation de la midodrine est limitée aux maladies neurologiques dégénératives avec dysautonomie avérée et peut être prescrite si le patient se sent très invalidé par ce symptôme (grade A). La dernière prise doit avoir lieu au plus tard 4 h avant le coucher pour limiter le risque d'hypertension du décubitus³⁰. En cas d'épisode de fausse route plus d'une fois par semaine, une rééducation orthopho-

nique est proposée au patient et prescrite avec son accord. La possibilité de proposer des repas mixés peut être discutée avec le patient et son aidant.

Les hallucinations visuelles ou auditives (le patient est conscient de la nature fautive du phénomène) peuvent être accompagnées d'une paranoïa. La MP évolue parfois vers une démence parkinsonienne ou une démence à corps de Lewy, conduisant à la proposition d'aides complémentaires pour le patient et pour l'aidant dans le cadre d'une décision partagée, centrée sur le patient et son entourage.

D'autres molécules sont utilisées, par exemple piribédil et tolcapone. Leur dose quotidienne d'équivalent dopa (somme des doses à chaque prise) peut être calculée comme

LED (*levodopa equivalent dose*), mais, 10 ans après la proposition de ce calcul, il ne fait pas consensus^{31,32}.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La MP affecte le quotidien du patient et de son entourage dans sa globalité. Un accompagnement holistique, centré sur la personne, interdisciplinaire et interprofessionnel est à favoriser pour préserver l'autonomie et la vie sociale du patient le plus longtemps possible.

Les traitements chirurgicaux par stimulation cérébrale profonde sont davantage proposés à certains patients sans comorbidités

DCI	Nom commercial	Présentations (mg)	Posologie	Particularités Effets indésirables
Lévodopa / bensérazide	Modopar®	Gél, 62,5, 125, 250, 125 LP, 125 cp dispersible	1 à 4 prises/j	Nausées, vomissements, hypotension, dyskinésies, somnolence, prurit
Lévodopa + carbidopa	Sinemet®	100/10, 250/25, 100/25 et 200/50 LP	1 à 4 prises/j	Nausées, vomissements, perte d'appétit, bouche sèche, constipation, diarrhée, troubles du rythme cardiaque, hypotension orthostatique, troubles psychiques, troubles du sommeil, mouvements anormaux
Pramipexole LP	Sifrol®	Cp LP, 0,26, 0,52, 1,05, 2,10	1 à 4 prises /j	Nausées, vomissements, trouble du contrôle des impulsions, hallucinations, somnolence, attaque de sommeil, prise de poids, œdème des membres inférieurs
Ropinirole LP	Requip®	Cp 2, 4, 8	La dose minimale efficace est recherchée	Nausées, vomissements, douleurs abdominales, constipation, œdème des jambes, malaises, sensations vertigineuses, hallucinations, hypotension orthostatique
Rasagiline	Azilect®	Cp 1	1 cp /j	Constipation, perte d'appétit/poids, syndrome grippal, cervicalgies
Entacapone (+ carbidopa + lévodopa)	Stalevo®	Cp 25, 50, 75, 100, 125, 150, 175, 200	1 à 4 prises /j	Identiques à ceux de la lévodopa (bensérazide) plus diarrhée, coloration orangée des urines
Rotigotine	Neupro®	Dispositif transdermique/ 24 h 2, 4, 6, 8	La dose minimale efficace est recherchée	Réactions locales : rougeur et démangeaisons au point d'application, nausées, vomissements, constipation, bouche sèche, digestion difficile, douleur abdominale, hypotension orthostatique, hallucinations
Amantadine	Mantadix®	100	2/j max 4/j	Confusion, hallucinations visuelles, agitation
Apomorphine	Apokinin®	Pompe à perfusion	À dosage variable entre 1 et 7 mg/h, maximum 100 mg	Démangeaisons au point d'injection, accès de somnolence dans la journée, nausées, vomissements, hypotension orthostatique, troubles psychiques : confusion, hallucinations, délire, fatigue, pâleur, salivation, transpiration

Tableau 2 - Les médicaments les plus fréquemment utilisés dans la maladie de Parkinson



ni démente ou dépression associées pour maîtriser les symptômes moteurs.

L'un des plus grands problèmes actuels est l'absence de traitement susceptible de ralentir la progression de la maladie. Il existe plus de 145 molécules en cours d'évaluation pour espérer limiter et retarder fortement l'apparition de la phase évoluée. Parmi les plus avancés, un traitement hématologique par chélation conservatrice du fer (défériprone) et

- EN PRATIQUE**
- Être attentif aux premiers symptômes, notamment non moteurs de nos patients
 - Inclure l'aidant dans l'alliance thérapeutique dès l'annonce empathique du diagnostic
 - Informer le couple aidant-aidé des différentes offres d'aide à leur disposition
 - Proposer différentes stratégies thérapeutiques, selon l'évolution, le handicap et les préférences individuelles des patients
 - Travailler en équipe avec les autres acteurs du parcours de soins
 - Promouvoir la poursuite de l'activité professionnelle et de la vie sociale
 - Prévenir le syndrome de l'épuisement de l'aidant
 - Anticiper les complications majeures comme la chute et la dysphagie tout au long des différentes phases évolutives de la maladie

un traitement antidiabétique (*agoniste glucagon like peptide 1*) semblent prometteurs^{33,34}.

Enfin, pour les traitements de la phase évoluée, un nouveau concept

d'administration intracérébrale de dopamine à l'aide d'une pompe intra-abdominale sur le modèle de la pompe à insuline du diabète est à l'étude³⁵. ♦

Résumé

La maladie de Parkinson est polymorphe et impacte la qualité de vie au quotidien des patients et leurs proches. Il est essentiel d'en connaître la diversité des signes cliniques, l'évolution et les stratégies thérapeutiques pour anticiper l'accompagnement pluridisciplinaire, centré sur la personne dans sa globalité.

→ **Mots-clés** : médecine générale ; maladie de Parkinson ; diagnostic précoce ; continuité des soins.

Summary

Parkinson's disease is polymorph and affects patient's and spouses' daily life. To anticipate a global multidisciplinary person-centered follow-up, it is essential to know the various clinical symptoms, illness evolution, and therapeutic strategies.

→ **Keywords**: general practice; Parkinson disease; early diagnosis; continuity of patient-care.

Références

1. **Parkinson's Foundation**. Statistics. New York : Parkinson's Foundation, 2020. Disponible sur : <https://www.parkinson.org/Understanding-Parkinsons/Statistics> [consulté le 20 octobre 2020].
2. **Carcaillon-Bentata L, Elbaz A, Moisan F**. Épidémiologie de la maladie de Parkinson, données nationales. *Bull Epidemiol Hebd* 2018;8-9:125-67.
3. **Defebvre L, Vérin M**. La maladie de Parkinson. Paris : Elsevier Masson, 2015.
4. **Soundy A, Stubbs B, Roskell C**. The experience of Parkinson's disease: A systematic review and meta-ethnography. *ScientificWorldJournal* 2014;613592:1-19.
5. **Collège des enseignants de neurologie**. Maladie de Parkinson. Lille : CEN, 2020. Disponible sur : <https://www.cen-neurologie.fr/print/45> [consulté le 20 octobre 2020].
6. **Réseau Parkinson Sud-Est**. Les échelles et questionnaires d'évaluations. Marseille : RPSE, 2020. Disponible sur : <https://www.reseauparkinson-sudest.org/la-maladie-de-parkinson/ma-prise-en-charge-medicale-et-paramedicale/les-echelles-et-questionnaires-d-evaluations> [consulté le 20 octobre 2020].
7. **Phillips L**. Dropping the bomb: the experience of being diagnosed with Parkinson's disease. *Geriatr Nurs* 2006;27(6):362-9.
8. **Ziegler M, Brun C, Herguetta T, Carrois F, Hurabielle M**. Impact de la maladie de Parkinson sur l'entourage aidant-étude COMPAS. Une enquête menée auprès de 1 013 conjoints de patients parkinsoniens. *Gerontol Soc* 2002;Special:91-109.
9. **La Maison des aidants®**. Association nationale. Disponible sur : <http://www.lamaisonde-saidants.com> [consulté le 20 octobre 2020].
10. **Elliott F**. Violence. The neurologic contribution: An overview. *Arch Neurol* 1992;49(6):595.
11. **Massey J**. Domestic Violence in Neurologic Practice. *Arch Neurol* 1999;56(6):659.
12. **France Parkinson**. Disponible sur : <https://www.franceparkinson.fr/vivre-avec-la-maladie/rompre-isolement/cafes-jeunes-parkinson> [consulté le 20 octobre 2020].

13. **La maladie de Parkinson**. Guide pratique des dispositifs en région Hauts-de-France. Disponible sur : https://maia-aisne-nord.fr/pdf/doc_ars/Guide_ressources_Parkinson_HDF_avril_2019.pdf [consulté le 20 octobre 2020].
14. **Haute Autorité de santé**. Vivre avec la maladie de Parkinson. Saint-Denis : HAS, 2007.
15. **Haute Autorité de santé**. Guide du parcours de soins. Maladie de Parkinson. Saint-Denis : HAS, 2014.
16. **Haute Autorité de santé**. Actes et prestations – affection de longue durée - ALD n° 16 « Maladie de Parkinson ». Saint-Denis : HAS, 2017.
17. **Gustaffson H, Nordström P, Strahle S, Nordström A**. Parkinson's disease: a population-based investigation of life satisfaction and employment. *J Rehabil Med* 2015; 47:45-51
18. **Collège national des généralistes enseignants, Association pédagogique nationale des enseignants en thérapeutique**. Thérapeutique en médecine générale. 3e éd. Paris : GMS, 2017.
19. **Grimes D, Fitzpatrick M, Gordon J et al**. Lignes directrices canadiennes sur la maladie de Parkinson. *CMAJ* 2019;191: E989-1004.
20. **Rawson KS, McNeely ME, Duncan RP, Pickett KA, Perlmutter JS, Earhart GM**. Exercise and Parkinson disease: comparing tango, treadmill, and tretching. *J Neurol Phys Ther* 2019;43(1):26-32.
21. **Lötzke D, Ostermann T, Büssing A**. Argetine tango in Parkinson disease – a systematic review and meta-analysis. *BMC Neurology* 2015; 15:226.
22. **Tang L, Fang Y, Yin J**. The effects of exercise interventions on Parkinson's disease: a Bayesian network meta-analysis. *J Clin Neurosci* 2019;70:47-54.
23. **Delestrat A, Bateman J, Esser P, Targen N, Darwes H**. The potential benefits of Zumba Gold® in people with mild-to-moderate Parkinson's: Feasibility and effects of dance styles and number of sessions. *Complement Ther Med* 2016;27:68-73.
24. **Mc Gough EL, Robinson CA, Nelson M, et al**. A tandem cycling program: feasibility and

- physical performance outcomes in people with parkinson disease. *Neurol Phys Ther* 2016;40(4):223-9.
25. **Haeckney ME, Earhart GM**. Tai-Chi improves balance and mobility in people with Parkinson disease. *Gait Posture* 2008;28:456-60.
26. **Pereira APS, Marinho V, Gupta D, Magalhaes F, Ayres C, Teixeira S**. Music therapy and dance as gait rehabilitation in patients with Parkinson disease: A review of evidence. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2019;32(1):49-56.
27. **Moreau C, Cantiniaux S, Delval A, Defebvre L, Azulay J.-P**. Les troubles de la marche dans la maladie de Parkinson : problématique clinique et physiopathologique. *Rev Neurol* 2010;166:158-67.
28. **Rosqvist K, Hagell P, Iwarsson S et al**. Satisfaction with Care in Late Stage Parkinson's Disease. *Parkinsons Dis* 2019;2019:2593547.
29. **Grandgenevre P, Warembourg F, Carrière N, Vaillant A, Defebvre L**. Prise en charge de l'hypersexualité dans la maladie de Parkinson. Intérêt de la présence de l'entourage lors de l'évaluation médicale. *Presse Med* 2015;44(3):e51-8.
30. **Tomlinson CL, Herd CP, Clarke CE, et al**. Physiotherapy for Parkinson's disease: a comparison of techniques. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;6:CD002815.
31. **Dellapina E, Ory-Magne F., Sommet A, et al**. 7 years later, are the Tomlinson's levodopa dose equivalencies proposed consensual? *Mov Disord* 2018;33(suppl2).
32. **Haute Autorité de santé**. Gutron®. Avis sur les médicaments. Saint-Denis : HAS, 2018.
33. **Moreau C, Duce JA, Rascol O, et al**. Iron as a therapeutic target for Parkinson's disease. FAIRPARK-II study group. *Mov Disord* 2018;33(4):568-74.
34. **McFarthing K, Buff S, Rafaloff G, Dominey T, Wyse RK, Stott SRW**. Parkinson's disease drug therapies in the clinical trial pipeline: 2020. *J Parkinsons Dis* 2020;10(3):757-74.
35. **Moreau C, Rolland AS, Pioli E, et al**. Intraventricular dopamine infusion alleviates motor symptoms in a primate model of Parkinson's disease. *Neurobiol Dis* 2020;139:104846

Faire de la recherche, c'est améliorer sa pratique et mieux soigner ses patients

Sans recherche, une discipline scientifique n'a pas d'avenir !



**Initiation
à la recherche**

35 €

Hors frais de port

5€

En ce moment, les frais de port sont à 5 euros !



Lu et sélectionné par
La Revue du Praticien



Livraison dans
le monde entier

En commande sur
<https://www.exercer.fr/librairie/produits/>

L'outil indispensable pour
vos prescriptions - enrichi et mis à jour !



Nouvelle
édition
—
Appli
incluse

19 chapitres, 106 textes couvrant le champ des
situations rencontrées en soins primaires - 79 €

En vente sur la librairie
de **exercer.fr**

