



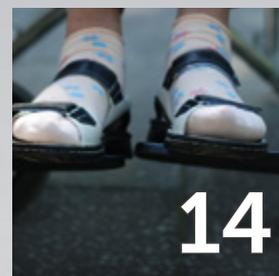
Alors voilà : le n°3 est là...

Et il est VRAIMENT mieux,

Oui VRAIMENT

# SOMMAIRE

03 / mars 2013



Édito . . . . .	3
Billet . . . . .	5
Actualités médicales . . . . .	6
Actualités universitaires . . . . .	10
L'anglais en soins primaires, une exigence ? Peut on utiliser l'information issue de la recherche médicale pour la pratique quotidienne ?	
Soins primaires . . . . .	14
Chutes accidentelles chez la personne âgée Revue systématique de la littérature : chic et pratique !	
Article invité . . . . .	44
Interview de Mme Haleh BAGHERI: «les médicaments génériques»	
Article en anglais . . . . .	52
soins primaires en GB	

Cas cliniques . . . . .	28
Antibiothérapie de l'Otite Moyenne Aigue (OMA) chez l'enfant Prise en charge de la toux chez l'enfant de moins de 2 ans Le diagnostic d'appendicite aigue chez l'enfant en médecine ambulatoire Tendinite - L'examen de l'épaule douloureuse Cystite récidivante Cystite récidivante de la jeune femme et automédication	
Lecture critique d'article . . . . .	47
Prévalence de l'hypertension artérielle en population générale à la Martinique Traitements dans les services d'urgence et physiothérapie des coups de fouet cervicaux aigus : un essai pragmatique, contrôlé, randomisé, en 2 étapes.	
On a lu pour vous . . . . .	27
Les Associations . . . . .	54
l'AIMG Le Téléthon vécu par l'ACEMT	

## Directeurs de publications

Ingrid BASTIDE  
Stéphane OUSTRIC

## Rédacteurs en Chef

Philippe ARLET  
Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT  
Thierry BRILLAC  
Jean-Baptiste BOSSARD  
Mathilde RADENNE

## Communication

Brigitte ESCOURROU

## Directeur administratif et financier

Serge BISMUTH

## Administration numérique et internet coordination multimédia

Pierre BOYER

## Responsables de section

### Actualités

Stéphane MUNCK

### Scientifiques et Médicales

Jennifer PHILLIPS

Bruno CHICOULLAA

### Professionnelles

Lucie BIDOUBE

Michel BISMUTH

### Universitaires

Pierre BISMUTH

Emile ESCOURROU

## Publications en soins primaires

Julie SUBRA

Julie DUPOUY

Jean-Pascal FOURNIER

### Cas cliniques

Pierre BISMUTH

Anne FREYENS

Anne-Lise YVERNES

### LCA

Gérard LEROUX

Pauline LANSALOT

Damien DRIOT

### Associations

Jean-Baptiste BOSSARD

Mathilde RADENNE

## Section anglophone

Jennifer PHILLIPS

Vincent GUION

Inès LAKBAR

## Conseillers éditoriaux

Hervé MAISONNEUVE

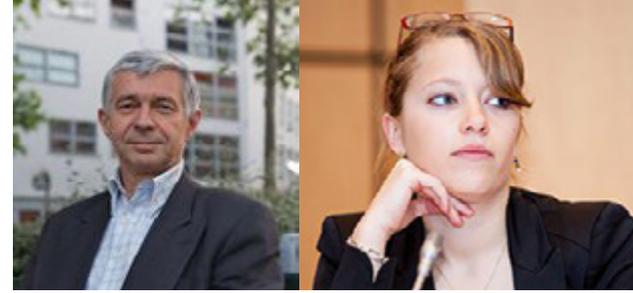
Vincent RENARD

## Création graphique

g-design.net

contact@e-respect.fr  
www.e-respect.fr

# ÉDITO



## Qui peut écrire des articles scientifiques ? Des étudiants, c'est certain.

Cette question peut paraître étonnante, et la réponse est simple : tous les professionnels qui ont quelque chose à exposer, avec de préférence un sujet original ! L'originalité existe par les données, mais aussi par les interprétations, les opinions, les réflexions qui animent le débat.

Des critères pour être auteur ont été proposés à la communauté scientifique depuis 1985 (encadré), et des étudiants peuvent remplir ces critères. Parfois, des étudiants, des internes ne se sentent pas concernés, et c'est regrettable. C'est la période de la vie professionnelle pour poser des questions, et faire émerger des idées, voire pour tester ces idées. La période professionnelle productive est souvent avant 45 / 50 ans, donc il faut inciter nos collègues pour écrire des articles dès les études médicales. La thèse de science est un exercice de publication puisque les étudiants soutiennent leur doctorat avec des articles soumis ou publiés dans des revues. La thèse de médecine devrait aussi être soutenue sur publications. Transformer la thèse de médecine, les mémoires de masters et autres sujets de recherche en article soumis à des revues est un exercice très formateur. Des seniors supervisent car malheureusement les techniques rédactionnelles ne sont pas apprises par les étudiants motivés pour écrire (les seniors ont souvent appris par leurs erreurs). L'expérience n'est pas un critère pertinent pour attribuer la qualité d'auteur. Les étudiants, avec un esprit neuf, un regard innocent, des réactions critiques sur des stratégies, doivent s'exprimer. Les rédacteurs des revues n'ont pas de résistance pour reconnaître la qualité d'auteur des étudiants.

### Que peut écrire un étudiant ?

Au mieux un article de recherche rapportant des faits originaux en réponse à une question bien formalisée. Il faut collaborer dans une équipe structurée pour réaliser des recherches, qu'elles soient fondamentales, cliniques ou en sciences sociales. La première approche rédactionnelle est souvent un cas clinique, soit un cas original, soit un cas pédagogique. D'autres formes rédactionnelles existent : la revue générale, voire mieux la revue systématique (qui est un travail de recherche) mais cet exercice est plus difficile ; un éditorial nécessite une prise de position argumentée et s'il est original, il intéressera un rédacteur (mais attention s'il déplaît aux seniors...).

extrait des « Exigences uniformes pour les manuscrits soumis aux revues biomédicales : rédaction et édition de la publication biomédicale. Comité international des rédacteurs de revues médicales ([www.icmje.org](http://www.icmje.org))

L'attribution de la paternité d'un article doit reposer sur

- 1) des contributions substantielles à la conception et la méthode, l'acquisition de données ou l'analyse et l'interprétation des données ;
- 2) la rédaction de l'article ou sa révision critique impliquant une contribution importante au contenu intellectuel ; et
- 3) l'approbation finale de la version à publier. Les auteurs doivent remplir ces trois conditions

Doit-on soumettre des articles à des revues de langue anglaise ? Oui, mais les premiers écrits peuvent être en français, car des revues françaises de qualité ont une audience dans leurs spécialités. Se confronter aux pratiques des revues anglo-saxonnes est formateur : leurs exigences, leurs pratiques parfois surprenantes doivent être connues tôt dans la carrière pour mieux réussir. La communication de la science est faite en langue anglaise et, quelles que soient nos opinions, nous ne pouvons pas résister à cela.

Peut-on écrire seul ?

Oui, à condition d'avoir appris comment utiliser des instructions aux auteurs, comment bien choisir une revue, comment faire une lettre de couverture, comment répondre à des avis de lecture de la revue, comment avancer dans un monde où l'éthique est trop souvent bafouée... Mais tout ceci n'étant ni enseigné, ni appris, nous conseillons aux étudiants de ne pas écrire sans collègues connaissant le système des publications

**Ingrid Bastide**, externe, faculté de médecine Toulouse  
**Hervé Maisonneuve**, EAM 4128 : Santé, individu et société  
 Université Claude Bernard LYON1



[www.e-respect.fr](http://www.e-respect.fr)

# Alors voilà

Baptiste, interne, Toulouse

« Vous voulez savoir ce qui se passe dans les hôpitaux ? On va vous montrer ! On va vous faire rire, on va vous faire pleurer, on va vous montrer ! »

Chers pairs,

Interne en cinquième semestre de médecine générale à Toulouse je voudrais vous soumettre un projet.

Il s'agit d'un Blog appelé : «**Alors Voilà, Journal des étudiants en médecine : les hauts et les bas d'étudiants en Humanité**»

Il a été ouvert il y a 3 mois et il raconte sous forme d'anecdotes très courtes des situations réelles de la vie professionnelle courante d'internes en médecine à l'hôpital et en médecine générale. C'est parfois drôle, parfois triste, souvent cocasse, dans tous les cas c'est humain et c'est quand même notre métier...

J'ai eu d'excellents retours en messages privés de la part des étudiants internes en médecine qui se reconnaissent d'une façon ou d'une autre dans beaucoup de situations. J'ai reçu en commentaires/messages privés et annotations Facebook des remerciements et encouragements d'internes qui partagent leurs expériences en la rapprochant de l'anecdote racontée. Ce partage a un réel rôle exutoire.

Je suis persuadé que ce projet peut être sur la toile un lieu de rendez-vous fédérateur pour les internes (et les soignants en général), un lieu d'échange réalisant une sorte de catharsis commune, j'entend par là un «Groupe Balint Virtuel», un moyen aussi de se sentir moins seul face à certaines situations : en lisant comment nos collègues sont confrontés aux mêmes doutes et aux mêmes cas de conscience, on est plus rassuré.

À cela s'ajoute qu'avec la Grève et la désinformation programmée de certains médias, le blog (parce qu'il est facile d'accès par tous, professionnels **ET** patients ) est un excellent format pour les patients de cerner la dure réalité de notre métier et d'apporter un certain rayonnement à notre situation d'internes qui est, vous en conviendrez, très **MALMENÉE** en ce moment au sein de l'opinion publique ! Ce site est un bon moyen pour la population de mieux connaître qui nous sommes et les valeurs humanistes qui nous animent.

Au delà de l'intérêt cathartique et fédérateur évident d'un tel concept, ce blog a pour vocation première d'être lu par la population non soignante afin de les sensibiliser sur certains aspects particuliers de notre profession, en mettant en avant les qualités humaines qui nous portent chaque jour à leurs rencontres.

Ce site se veut un moyen de «**réconciliation**». Nous ne sommes pas des monstres calculateurs affamés par l'argent (la grève a été catastrophique pour notre image auprès des gens !) mais avant tout des êtres humains, jeunes pour la grande majorité, confrontés à des situations terribles : comment peut-on avoir 25 ou 27 ans et jongler tous les jours avec des abstractions aussi terribles que la mort ou la maladie ?



Quand on a 25 ans, la mort est une chose impossible !

Là aussi j'ai eu d'excellents retours de la part d'anonymes non soignants qui nous témoignent leurs gratitude par rapport au dévouement ou au travail que nous fournissons tous les jours...

Ils apprécient par dessus tout la liberté de ton employée dans les récits, la façon dont j'expose aussi l'envers du décor, nos doutes ou nos faiblesses.

Ce site a donc l'avantage de s'adresser **AUSSI** à la population non soignante. C'est pour cette raison que ce blog gardera une authenticité totale (quitte parfois à être critique envers les patients ou nous-mêmes) car les gens savent quand on les abuse et cela nuirait au message profond de cette «comédie humaine médicale» qui est le quotidien de la vie des internes en médecine...

Le site a été créé le 26/11/12 : en moins de trois mois nous totalisons déjà plus d'un demi-million de visiteurs...

Tout est bon pour faire découvrir aux gens le réel sens de notre engagement auprès des patients...

Je terminerai sur ces mots tirés du Rapport Cordier de 2003 :

« Parler [...] du soin, c'est donc d'abord parler du quotidien de l'acte soignant, qui est **RENCONTRE ENTRE L'HOMME DEBOUT ET L'HOMME COUCHÉ**. L'homme couché, par le surplus de manifestation de son visage, «oblige» l'homme debout. C'est cela qui peut nous amener à dire qu'un acte de soin est précisément un lieu d'humanité, parce que la «faiblesse» s'impose à la «force». Il faut voir la main qui soigne comme parole de l'humain. »

# Actualités médicales

Bruno Chicoulaa, médecin - Jennifer Phillips, interne - Lucie Bidouze, externe

## Prescription de Benzodiazépines ITEM 167 : Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses. Cadre réglementaire de la prescription thérapeutique et recommandations - Thérapeutique générale

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) et La Haute Autorité de santé (HAS) viennent de communiquer sur la prescription de benzodiazépines. Sujet mainte fois répété mais dont les risques sur la santé publique sont clairement démontrés (abus, dépendances, chutes, trouble de la mémoire).

Environ 30% des personnes de plus de 65 ans utilisent des somnifères. Cependant seules 10 à 20 % de ces plaintes relatives au sommeil, relèveraient de l'insomnie véritable.

La revue Prescrire rappelle qu'après 2 à 4 semaines, l'efficacité des benzodiazépines diminue. Elle rappelle de plus qu'un arrêt progressif des doses permettrait leur arrêt chez environ 4 personnes sur 10.

4 message clef : « 1) pas de systématisation de la prescription, 2) initiation du traitement sur une courte durée, 3) réévaluation régulière de la prescription, 4) information précise des patients sur les risques liés aux médicament reçus ».

L'ANSM travaille sur l'hypothèse d'une prescription des benzodiazépines systématiquement sur ordonnance sécurisée.

### Références

1. <http://bit.ly/YdcXW3>
2. <http://bit.ly/XiuC1C>
3. <http://bit.ly/XiuOhn>
4. <http://bit.ly/Xiv14i>

## Kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite : Coup de vent sur les bronches

### ITEM 86 : Infections broncho-pulmonaires du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte

La revue Prescrire a dans son numéro de Décembre 2012, repris une synthèse de neuf essais randomisés étudiant : « kinésithérapie respiratoire versus absence de kinésithérapie respiratoire chez 891 nourrissons hospitalisés pour bronchiolite ».

Il en ressort qu'aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes sur plusieurs critères (score clinique de sévérité, durée de maladie ou de l'hospitalisation).

En outre, la kinésithérapie exposerait les nourrissons à la douleur et à un risque de fracture de côtes.

Il existe des recommandations de la HAS datant de 2000, indiquant que la kinésithérapie respiratoire ne doit pas être systématique, mais dépend de l'état clinique de l'enfant (encombrement bronchique), tout en reconnaissant l'absence de base scientifique solide (grade C). Le kinésithérapeute a également un rôle de surveillance, après l'avis du médecin.

En 2006, l'Académie américaine de pédiatrie a estimé que les inconvénients de la kinésithérapie respiratoire chez les nourrissons étaient supérieurs à ses avantages.

Cependant aucune étude n'a été réalisée sur les nourrissons non hospitalisés (ce qui correspond à l'immense majorité des cas). Cette enquête hors hôpital est d'autant plus d'actualité, que le nombre de prescription de kinésithérapie respiratoire est en constante augmentation depuis 10 ans.

### Références

1. <http://bit.ly/YdfqzG>
2. <http://bit.ly/Xiwash>

## Polémique sur les pilules

### ITEM 27 : Contraception

Pour essayer de faire le point avec un peu de recul dans ce déferlement médiatique, nous pouvons évoquer plusieurs certitudes :

- L'efficacité des pilules oestro-progestatives est la même quelle que soit leur génération.
- La recherche de facteurs de risque thromboembolique artériel ou veineux, personnels ou familiaux est indispensable avant la prescription d'un contraceptif oestro-progestatif quel que soit sa génération.
- En France, il y a 5,2 millions d'utilisatrices de pilules, dont 2,1 millions de 1ère ou 2ème génération, 1,3 million de 3ème génération, 0,4 million de 4ème génération et 1,4 million de pilules progestatives.

- Les pilules de 2ème génération sont prescrites à 68 % par des généralistes et à 31 % par des gynécologues.
- Les pilules de 3ème génération, sont prescrites à 44 % par des généralistes et à 54 % par des gynécologues.
- Le risque de thrombose veineuse sur un an serait d'après l'Ansm :
  - De 0,5 à 1 femme sur 10.000 femmes sans contraception
  - De 2 femmes sur 10.000 femmes utilisant une contraception 2ème génération
  - De 4 femmes sur 10.000 femmes utilisant une contraception 3ème ou 4ème génération.
- Le risque de thrombose artérielle associé aux contraceptifs oraux combinés semble réel, quel que soit la génération de la pilule utilisée, mais reste un événement rare en l'absence de facteur de risque. Donc la recherche de ces facteurs de risque et l'information aux patientes doit être systématique.
- En outre l'ANSM rappelle qu'il n'y a aucune urgence à changer une contraception de 3ème ou 4ème génération chez une femme utilisatrice depuis une longue période, bien tolérée et sans facteurs de risque.
- Le ministère de la santé avait (avant la polémique médiatique), déjà décidé le 19 septembre 2012, de dérembourser les pilules de 3ème ou 4ème génération.

Dans son communiqué du 2 janvier 2013, le CNGOF, reconnaît tous ces éléments, mais s'inquiète d'une éventuelle panique à la pilule « pill scare » et de sa probable conséquence : une majoration du nombre d'IVG.

Dans sa synthèse d'avis de Novembre 2012, l'HAS écrit qu'aucune contraception de 3ème génération, n'a jusqu'à présent démontré apporter un bénéfice supplémentaire versus 2ème ou 3ème génération sur les effets secondaires suivants : acné, prise de poids, nausées, mastodynies, dysménorrhées, ou méno-métrorragies.

La polémique est majorée car la presse sous-entend que les médecins sont pour le moins influençables (pour ne pas dire plus) par rapport aux laboratoires. Les gynécologues y répondent par un manifeste.

A noter le retrait de Diane 35 qui n'avait pas d'AMM en matière de contraception.

## Pratiques professionnelles : l'orientation en psychiatrie

Une enquête de 9 mois a eu pour but d'analyser le ressenti de 2000 médecins généralistes sur leur manière d'orienter leurs patients vers une prise en charge psychiatrique.

91 % de généralistes rencontrent des difficultés pour plusieurs raisons : manque de place disponibles en consultations ou en hospitalisations, problème de communication avec les acteurs de secteur psychiatrique, ou par manque d'information. Le frein venant des patients eux même, n'est pas oublié.

Cette étude réalisée sur quatorze régions, prouve que les généralistes et les psychiatres, pourtant amenés à prendre en charge en commun les patients, ont malgré quelques progrès récents, encore du mal à communiquer.

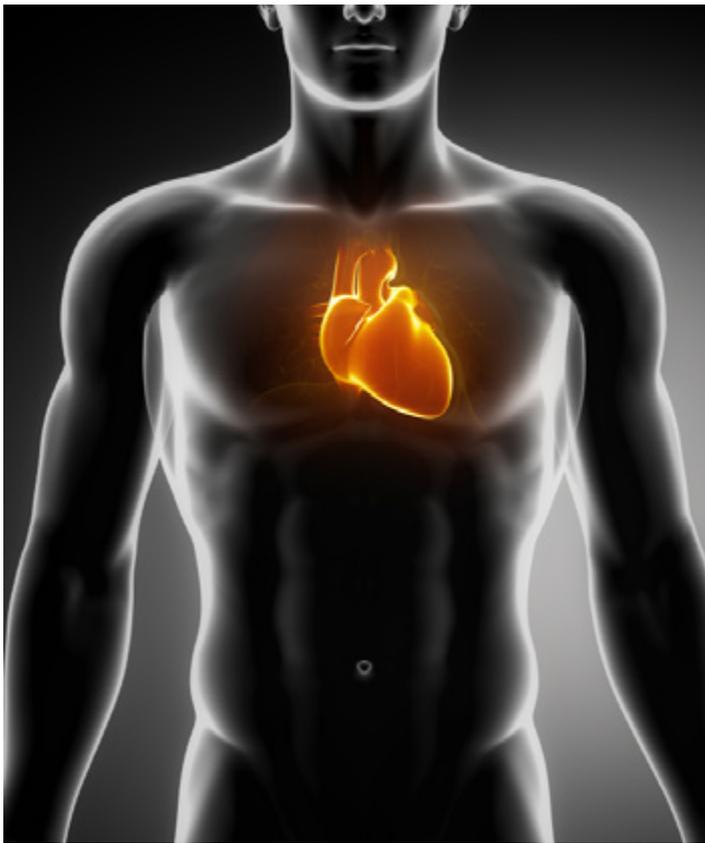
### Références

1. <http://bit.ly/XiBFaN>
2. <http://bit.ly/YdkVhW>



### Références

1. <http://bit.ly/XiAecq>
2. <http://bit.ly/YdjK1T>
3. <http://bit.ly/YdjVu9>
4. <http://bit.ly/YdjZtN>
5. Pilule : enquête sur ces médecins liés aux laboratoires LE MONDE | 10.01.2013 à 11h42 • Mis à jour le 15.01.2013 à 09h13
6. <http://bit.ly/Ydkkg0>



## Insuffisance cardiaque : les points clés du parcours de soins

### ITEM 250

Le médecin généraliste peut penser à l'insuffisance cardiaque devant des symptômes classiques (dyspnée, ..) ou des signes non spécifiques chez la personne âgée (désorientation récente, une asthénie, des troubles du sommeil ou des chutes).

L'échocardiographie Doppler confirme le diagnostic et permet de préciser le type d'insuffisance cardiaque : systolique (ICS) (FE inf 40- 50 %) ou à fraction d'éjection préservée (ICFEP).

Elles ont une symptomatologie et un pronostic comparables, mais leur prise en charge varie.

Pour l'ICS, le traitement de base, systématique, comporte un IEC et un bêtabloquant. Mais pour l'ICFEP, il n'y a pas de traitement médicamenteux spécifique, cela repose sur des petits moyens essentiels pour éviter une décompensation et des complications. Ils sont totalement du ressort du médecin généraliste.

Dans les deux cas, l'éducation du patient est très importante: un régime peu salé, une activité physique adaptée, la surveillance du poids et vaccinations annuelles. Un contrôle cardiologique doit être effectué au minimum une fois par an.

#### Références

1. <http://bit.ly/YdlTe4>

## Surveillance du méthotrexate

### ITEM 123 : Psoriasis

### ITEM 121 : Polyarthrite rhumatoïde

### ITEM 167 : cadres réglementaires de la prescription thérapeutique

Un rappel du journal Prescrire, sur les modalités de surveillance du Méthotrexate qui est utilisé de manière hebdomadaire dans le psoriasis ou dans la polyarthrite rhumatoïde.

Lorsqu'ils ne sont pas les prescripteurs du Méthotrexate, certains médecins oublient avec le temps de le prendre compte dans leur prescription. De la même façon, certains patients omettent de prévenir le médecin non prescripteur qu'ils prennent du Méthotrexate. Pourtant ce traitement efficace, a de nombreux effets secondaires (moelle, rein, foie, peau, appareil digestif). Il a de plus, des interactions médicamenteuses (AINS, dose d'aspirine supérieure à 500 mg, pénicillines, ciprofloxacine).

Une surveillance biologique : FNS - plaquettes hebdomadaire au départ, puis mensuel ; bilan hépatique et rénal mensuel.

Il est également recommandé aux patients de noter sur la boîte, le jour de la semaine de la prise, pour éviter un éventuel surdosage.

#### Références

1. <http://bit.ly/Ydlh86>

## Les recommandations pour une indication pertinente de l'appendicectomie

### ITEM 225

L'HAS a publié en novembre 2012 les éléments décisionnels à prendre en compte pour une indication d'appendicectomie.

On rappelle que devant une douleur abdominale, aucun signe ou symptôme clinique (y compris la fièvre ou l'apyrexie) ou aucun paramètre biologique (leucocytes, PNN, CRP) n'a de valeur diagnostique individuelle suffisamment élevée pour permettre de confirmer ou d'exclure un diagnostic d'appendicite.

Mais devant une douleur abdominale évocatrice d'une appendicite, la combinaison d'une défense en fosse iliaque droite et d'une leucocytose supérieure à  $10 \times 10^9$  cellules/L et une CRP supérieure à 8 mg/L chez l'homme jeune rend le diagnostic d'appendicite aiguë très probable. Aucun score n'est actuellement validé.

A propos de l'imagerie :

- L'ASP n'est pas indiquée pour le diagnostic de l'appendicite.
- L'intérêt diagnostique de l'échographie paraît variable, opérateur et patient dépendant. Lorsque l'échographie visualise l'appendice, sa valeur diagnostique semble être importante.

En revanche, la non visualisation de l'appendice ne permet pas d'exclure une appendicite.

- Le scanner est performant pour établir le diagnostic d'appendicite ou pour l'exclure. L'indication de cet examen doit être posée en considérant son caractère irradiant.
- La coelioscopie exploratrice relève de la deuxième intention. Elle peut être proposée, après avis gynécologique chez la femme jeune lorsque l'imagerie n'est pas contributive.

Enfin, le traitement antibiotique de l'appendicite ne peut actuellement être considéré validé.

### Références

1. HAS/Radiographie de l'abdomen sans préparation-rapport d'évaluation janvier 2009
2. <http://bit.ly/YdmufN>

## L'hygiène des médecins, sujet tabou pour les patients

### ITEM 73 : risques infectieux liés à l'eau

« Selon une étude réalisée par des chercheurs de l'Université du Wisconsin et publiée dans Society for Healthcare Epidemiology of America, seulement 14 % des patients ont déjà eu le courage de demander à un professionnel de santé de se laver les mains avant un examen. »

A l'hôpital, où les comités d'hygiène veillent au grain, le lavage des mains ou la désinfection par un gel hydro-alcoolique est une pratique qui a fait l'objet de multiples campagnes d'information auprès de tous. Mais que se passe-t-il en ville, dans le huis clos des consultations?

Dans cette étude, les chercheurs ont envoyé un questionnaire à 200 patients pour les interroger sur leur conscience du risque d'infection transmis par les soins ainsi que sur la manière d'engager les soignants à améliorer leur propre hygiène des mains.

La majorité des personnes interrogées estime que les soignants sont supposés se laver les mains avant et après les soins et affirment même qu'il est possible pour le patient de rappeler cette pratique importante aux soignants. Mais seulement 54% des individus sondés indiquent qu'ils se sentiraient tout à fait à l'aise pour demander à leur médecin de se laver les mains avant les soins.

### Références

1. <http://bit.ly/YdmL2h>

## Externes, Internes, le Burn out de toutes les générations:

### Internes :

Valérie Komly et Antoine Le Tourneur, qui ont produit une enquête nationale dans le cadre de leur thèse, ont distribué un questionnaire à tous les internes de médecine générale Français et ont obtenu 4500 réponses.

Les conclusions sont édifiantes : près de la moitié des internes se sentent menacés par le burn-out qui se caractérise par trois manifestations : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (cynisme) et une baisse de l'accomplissement personnel. Ils ont la sensation d'être mal préparé et dépassé par les responsabilités auxquelles ils sont confrontés. De plus, le sujet semble rester tabou même entre internes.

### Externes :

L'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) lançait, le 1er décembre dernier, sa grande enquête sur les conditions de travail des externes. Bilan : ils sont un tiers à ne pas être satisfaits de leurs études et 35% envisagent d'abandonner. Un étudiant sur cinq a déjà pensé au suicide.

96% des externes estiment que leurs études envahissent les autres sphères de leur vie et 85% regrettent de ne pas avoir suffisamment de temps de loisirs.

Pour venir à bout de ces conditions de travail pénibles, l'ANEMF a avancé une liste de 13 propositions et ont obtenus plusieurs avancées notables sur les conditions de travail des externes : repos de sécurité universitaire, rémunération des externes redoublants des indemnités de déplacement kilométrique, l'ouverture des terrains de stage sur proposition de la commission pédagogique ainsi que des garanties concernant l'accès à de meilleures conditions de travail lors des gardes.

### Références

1. <http://bit.ly/YdnHDC>
2. <http://bit.ly/XiFuNh>

# Actualités universitaires

## L'anglais en soins primaires, une exigence ?

Vincent Guion, interne - Emile Escourrou, interne - Pierre Bismuth, médecin généraliste  
avec la collaboration de Mme Félicie Pastore, professeur agrégée d'anglais médical

La médecine exige un développement personnel continu pour un exercice de qualité.

La plupart des ressources disponibles pour le praticien ou l'étudiant sont rédigées en anglais. Les revues scientifiques à impact factor élevé et les recommandations de bonne pratique européennes en sont des exemples criants.

Réciproquement écrire en anglais est indispensable pour tout travail scientifique ambitieux.

Enfin, s'exprimer en anglais doit être un des outils du médecin pour pouvoir assurer les soins de sa patientèle anglophone, installée ou de passage.

Se former et faire reconnaître ses compétences en anglais médical

Le certificat de Compétences en Langues de l'Enseignement Supérieur niveau 3 (CLES 3) <sup>(1)</sup>, est le plus haut niveau de qualification en langues proposé par le Ministère de l'Enseignement Supérieur. Il est accessible en formation initiale à la faculté de médecine de Toulouse Purpan en anglais médical. Il atteste d'une totale compréhension des informations écrites et orales. Son obtention requiert la réussite à une épreuve écrite basée sur la compréhension de ressources audiovisuelles, couplée à une épreuve orale devant un jury de médecins et de linguistes. Dans l'arborescence du Cadre européen commun de référence pour les langues, il correspond au niveau utilisateur expérimenté autonome (C1) <sup>(2)</sup>.

Le Diplôme Interuniversitaire d'anglais pour les professions de santé (DIU) <sup>(3)</sup> correspond à un niveau moins exigeant que le CLES3. Il est proposé en formation initiale et continue par la faculté de médecine de Toulouse Purpan. Il comprend onze séminaires couplés à un travail personnel dirigé d'application des connaissances et des compétences (lecture scientifique, rédaction de résumés, conversations téléphoniques, etc.). Il permet d'acquérir dix savoir-faire



essentiels pour travailler en milieu médical anglophone ainsi que des outils pour maintenir son niveau au fil des années.

Des Diplômes Universitaires d'anglais médical (DU) allant de la remise à niveau <sup>(4)</sup> jusqu'au perfectionnement <sup>(5)</sup> sont proposés en formation initiale ou continue dans certaines universités. Ces DU ont un niveau de reconnaissance plus faible.

Le développement personnel continu peut répondre à une demande de formation plus autonome. Les facultés de médecine proposent une approche pragmatique et académique de ce type de formation notamment en e-learning. Le site internet des Facultés de Médecine de Toulouse<sup>(6)</sup> reprend les éléments de la base linguistique nécessaire au déroulement d'une consultation en anglais. On y trouve également les autres savoir-faire (Public Speaking, Writing, etc) envisagés dans le DIU d'anglais pour les professions de santé.

Le site référence des liens multimédia sélectionnés pour la pertinence de leur contenu : British Medical Journal, New England Journal of Medicine, universités de Floride, de Virginie ou de Londres, etc. On accède à des articles scientifiques, à des fiches synthétiques d'apprentissage du vocabulaire de situation, à des exercices avec objectifs de travail précis, à des enregistrements audio ou vidéos de consultations en anglais et de présentations orales.

Autoformation

Diplôme Universitaire  
d'anglais médicalDiplôme Inter-Universitaire  
d'anglais pour la santéCompétence en Langues de  
l'Enseignement Supérieur,  
Niveau 3

Immersion

## Des solutions adaptées aux objectifs

L'intérêt d'une compétence en anglais médical pour les soins primaires

La pratique des soins primaires dans un pays anglophone nécessite une solide formation linguistique spécifique. C'est aussi le cas pour les étudiants qui réalisent un stage clinique ou un stage de recherche. Le DIU d'anglais pour les professions de santé peut très bien répondre à ce besoin. Le CLES 3 reste la formation la plus qualifiante et reconnue mais ne peut être réalisée qu'en formation initiale.

La publication des travaux de recherche dans des revues et communications internationales en soins primaires nécessite une maîtrise des compétences linguistiques. Le DIU peut permettre à un département de médecine générale d'acquérir des compétences dans la rédaction et la présentation en anglais de leurs travaux.

Dans la pratique quotidienne, il est important de pouvoir communiquer en consultation avec les patients anglophones. L'apprentissage de la consultation en anglais est accessible pour les étudiants en formation initiale à la Faculté, et en formation continue par DU ou e-learning.

La pratique de la médecine nécessite de se tenir régulièrement informé de l'état actuel des connaissances. La maîtrise des compétences linguistiques permet de s'affranchir des limites et difficultés de la traduction d'articles internationaux.

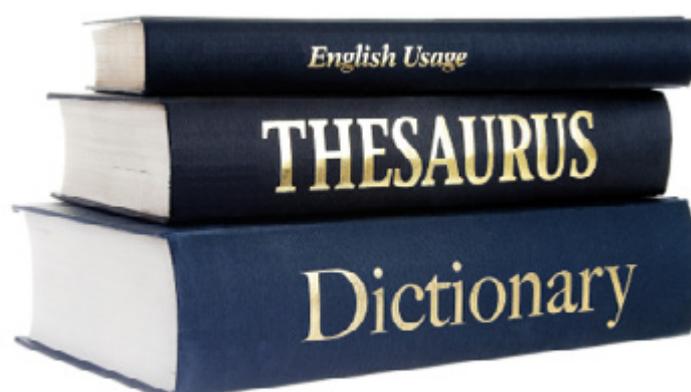
La pratique régulière après formation initiale et l'autoformation peuvent répondre à cette demande.

En fonction de ses aspirations et projets, chaque acteur de soins primaires dispose d'outils pour se former en anglais médical.

La meilleure option reste la formation de la faculté pour se fixer des objectifs ambitieux. Après quelques années d'expérience et de pratique, il n'est pas trop tard pour se mettre au niveau des exigences actuelles et futures, ne serait-ce que pour proposer à ses patients anglophones une prise en charge optimale.

### Références

1. Arrêté du 25 avril 2007, <http://bit.ly/Y0hhpm>
2. Un cadre européen commun de référence pour les langues : apprendre, enseigner, évaluer. ISBN 2278050753, <http://bit.ly/10qsMMS>
3. Diplôme Inter-Universitaire d'anglais pour la santé 2012-2013, <http://bit.ly/10qt2eW>
4. Anglais médical : remise à niveau et pratique niveau 1, <http://bit.ly/WyNEAF>
5. Anglais médical : perfectionnement et approfondissement niveau 2, <http://bit.ly/WyNKrA>
6. Anglais pour les professions de Santé, <http://bit.ly/10qtDx1>



# Actualités universitaires

## Peut-on utiliser l'information issue de la recherche médicale pour la pratique quotidienne ? Une piste avec le bulletin mensuel Cochrane Médecine Générale

Céline Buffel du Vaure , médecin généraliste, CCU - Hector Falcoff , médecin généraliste, PA  
Serge Gilberg , médecin généraliste, PU  
Département Médecine Générale, Université Paris Descartes, Paris, France

### La Collaboration Cochrane, c'est quoi ?

Fondée en 1993, la Collaboration Cochrane est une organisation internationale, indépendante, à but non lucratif, qui vise à apporter des informations actualisées de haute qualité sur l'efficacité des interventions en santé. Elle possède 14 centres dans le monde, dont le Centre Cochrane Français, créé en 2010, basé à l'hôpital Hôtel-Dieu à Paris. Une de ses missions est de faire connaître et d'améliorer l'accès et l'utilisation des revues Cochrane.

La Collaboration Cochrane produit et diffuse des revues systématiques sur l'évaluation des interventions en santé, qui sont publiées mensuellement dans la Bibliothèque Cochrane (1), sur internet. Une revue systématique fait la synthèse des différentes études disponibles sur un thème donné afin de répondre à une question précise, si possible sous la forme d'une méta-analyse.

### Revue Cochrane et pratique

Les revues Cochrane sont un atout majeur pour la pratique quotidienne des médecins puisqu'elles posent des questions pertinentes et adaptées à la pratique et y répondent par une synthèse des données récentes issue de la recherche médicale. Pour autant, même si le niveau de preuve de ces revues est élevé, elles n'ont pas pour but de se substituer aux recommandations ni aux autres sources de données disponibles.

Les problématiques abordées par ces revues sont variées, couvrant l'ensemble des spécialités, avec des sujets allant de « Utilisation d'antibiotiques dans le traitement de la diverticulite non compliquée (2) », ou « Techniques de suture continue et discontinue pour la réparation de l'épisiotomie ou des déchirures du second degré (3) » ou encore « La thérapie génique de la drépanocytose (4) ». Ainsi, une partie seulement de ces publications concerne le champ d'activité du médecin généraliste et peut avoir un impact sur ses

pratiques. De plus il est très difficile pour la grande majorité des médecins généralistes de lire l'ensemble des revues dans leur intégralité.

### Elaboration d'un bulletin mensuel dédié à la Médecine Générale

La mise en place d'un bulletin mensuel Cochrane sélectionnant les revues pertinentes pour la Médecine Générale est apparue comme une réponse aux besoins des médecins, en accord avec les missions de la Collaboration Cochrane. De plus dans le bulletin, pour chaque résumé, sont présentés le contexte, les objectifs, et la conclusion avec un lien permettant d'accéder au résumé complet en français et en anglais.

Pour le construire, chaque mois, le Centre Cochrane Français transmet au département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes les résumés des quelques 80 revues systématiques produites. Les enseignants du département sélectionnent les résumés les plus pertinents, afin de les diffuser sous la forme d'un bulletin, par courriel. La procédure comprend une pré-sélection réalisée indépendamment par quatre enseignants, puis une synthèse effectuée par un cinquième. Au total quinze généralistes enseignants participent chaque trimestre.

### Premières diffusions

L'abonnement au bulletin est gratuit, accessible à tous, sur le site du Centre Cochrane Français (5). Le bulletin n°4 de janvier 2013 (6) a ainsi été diffusé à 1022 abonnés, qui comptent parmi eux les internes de Médecine Générale des facultés Paris Descartes et Paris Diderot, ainsi que leurs enseignants. L'appétence pour ce type de bulletin semble forte puisqu'on constate une augmentation constante du nombre d'abonnés.

Une enquête auprès des lecteurs va être mise en place afin d'évaluer l'intérêt de ce bulletin, sa place parmi les différentes sources d'informations disponibles et son impact réel sur la pratique des abonnés.

Ce bulletin offre donc une piste intéressante pour faire le lien entre la recherche et la pratique des médecins. Souhaitons-lui une longue vie ! Abonnez-vous !

## Références

1. Home - The Cochrane Library [Internet]. [cited 2013 Jan 24]. Available from : <http://bit.ly/ZIV9FL>
2. Shabanzadeh DM, Wille-Jørgensen P. Antibiotics for uncomplicated diverticulitis. Cochrane database of systematic reviews (Online) [Internet]. 2012 Jan [cited 2012 Dec 28];11:CD009092. Available from: <http://1.usa.gov/WaoFAR>
3. Kettle C, Dowsell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. Cochrane database of systematic reviews (Online) [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Jan 24];11:CD000947. Available from: <http://1.usa.gov/10qExTy>
4. Olowoyeye A, Okwundu CI. Gene therapy for sickle cell disease. Cochrane database of systematic reviews (Online) [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Jan 24];11:CD007652. Available from: <http://1.usa.gov/WaoYfb>
5. Abonnement au Bulletin Mensuel Médecine Générale [Internet]. [cited 2013 Jan 24]. Available from: <http://bit.ly/ZIVU1R>
6. Bulletin Mensuel Médecine Générale n°4-Janvier 2013 [Internet]. [cited 2013 Jan 24]. Available from: <http://bit.ly/10qFj2>





## Chutes accidentelles chez la personne âgée

Étude descriptive dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) toulousain de 2009 à 2011

---

Aïda Kettani, externe  
Dr Julie Dupouy, médecin généraliste  
Dr Serge Bismuth, médecin généraliste, MCU-MG,  
DUMG Toulouse

---

*Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.*

En France, la chute accidentelle est associée à près de 9000 décès de personnes âgées de plus de 65 ans <sup>1</sup>. La chute accidentelle se définit comme le fait de tomber au sol de manière inopinée non contrôlée par la volonté. Les chutes dues à une perte de connaissance, un accident vasculaire cérébral, des accidents extrinsèques majeurs (accident de la circulation, alcoolisation, agression) sont exclues de cette définition.

La mortalité associée aux chutes accidentelles augmente rapidement avec l'âge, tout genre confondu <sup>1</sup>. D'autre part, la chute à

répétition (plus de 2 au cours des 12 derniers mois) concerne un quart des personnes âgées de plus de 80 ans. Elle est associée à une forte morbi-mortalité, un coût financier important, et une accélération de la perte d'autonomie fonctionnelle (avec un taux d'institutionnalisation pouvant atteindre 40%) <sup>2</sup>. Ces conséquences sont en lien avec le syndrome post-chute qui se caractérise par une désadaptation psychomotrice par réduction spontanée de l'activité, diminution des capacités fonctionnelles, troubles posturaux (dont la rétropulsion) et troubles de la marche, augmentant ainsi le risque de nouvelle chute.

En Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), certains facteurs de risque de chute peuvent être identifiés tels que les objets encombrants laissés dans les endroits de passage (appareils pour lever les résidents), les sols glissants dans la salle de bain, l'éclairage insuffisant, ou encore le chaussage inadapté (semelles glissantes ou trop adhérentes) <sup>3</sup>. Une équipe canadienne a identifié les circonstances des chutes dans des unités de long séjour en installant des caméras vidéos. Les circonstances de chutes retrouvées étaient un mauvais transfert du poids du corps <sup>4</sup>. A ce jour, une solution fréquemment utilisée pour éviter les chutes accidentelles est la contention physique passive <sup>5</sup>. Elle se définit par l'utilisation de tous les moyens limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps. Le but est d'obtenir la sécurité d'une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté. L'utilisation de la contention passive est controversée. Elle est associée à une augmentation du nombre de chutes graves (c'est-à-dire responsables d'une fracture, d'une blessure, nécessitant le recours à un médecin, ou entraînant un repos au lit de plus de 2 jours). La fréquence de chutes sans conséquence grave s'élève significativement après suppression de ces contentions <sup>5</sup>. Des solutions alternatives doivent donc être proposées pour limiter les chutes en EHPAD et leurs conséquences.

Repérer les personnes à risque et les situations à risque est un pré-requis indispensable à toute intervention. Pour cela, nous avons mené une étude descriptive dans un EHPAD toulousain. Notre objectif principal était d'évaluer la fréquence des chutes accidentelles et notre objectif secondaire était de décrire ces chutes.

## Matériel et méthode

Nous avons mené une étude observationnelle descriptive transversale au sein d'un EHPAD toulousain. La période d'étude s'étendait de janvier 2009 à décembre 2011 soit 3 années complètes.

## Population d'étude

Tous les résidents d'un EHPAD toulousain ont été recrutés. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu. Cet EHPAD a une capacité maximale d'hébergement de 60 résidents dont 14 en unité de soin Alzheimer.

## Déroulement de l'étude

Un protocole a été mis en place à l'EHPAD concernant les chutes. Une fiche de déclaration de chute est disponible dans plusieurs EHPAD toulousains. L'objectif est de renseigner les principales caractéristiques des chutes à l'aide d'un outil simple et concis. Cette fiche est reproduite en figure 1.

Pour chaque chute observée ou signalée, une fiche de déclaration de chute doit être remplie par le personnel soignant (aides-soignantes, infirmières...). Cette fiche est secondairement complétée par le médecin coordonnateur ou le médecin traitant lors de l'évaluation clinique du patient. Notre étude a été effectuée à partir de l'ensemble des fiches de chutes remplies de janvier 2009 à décembre 2011. Un bilan était fait chaque fin d'année avec l'équipe soignante et permettait de trouver collectivement des solutions pour réduire le nombre de chutes.

## Recueil et analyse des données

Le caractère accidentel des chutes était validé par le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Les chutes non accidentelles étaient exclues.

La fréquence des chutes a été étudiée selon trois principaux critères : l'heure de la chute, le lieu et le mois de l'année. Concernant l'heure des chutes, celles-ci ont été comptabilisées pour chaque tranche horaire. Dans cet EHPAD, les résidents sont couchés à partir de 20h le soir et sont levés à partir de 7h le matin. Ces horaires peuvent être différents pour les personnes très dépendantes. Les conséquences des chutes ont été évaluées par le personnel soignant lors d'une évaluation immédiate, en sélectionnant diffé-

**FICHE DE DECLARATION DE CHUTES**

<b>ETAT CIVIL de la personne :</b>		Le ____ / ____ / 04 à heures ____ minutes	
Nom et Prénom.....		Date de naissance.....	
Chambre.....		Section.....	
<b>LIEU</b>			
<input type="checkbox"/> Dans le parc	<input type="checkbox"/> Dans la chambre	<input type="checkbox"/> De sa hauteur	
<input type="checkbox"/> Dans le couloir	<input type="checkbox"/> Dans la salle de bain	<input type="checkbox"/> Avec canne : <input type="checkbox"/> classique	
<input type="checkbox"/> Dans l'ascenseur	<input type="checkbox"/> De son lit avec barrières	<input type="checkbox"/> tripode	
<input type="checkbox"/> Dans la salle à manger	<input type="checkbox"/> De son lit sans barrières	<input type="checkbox"/> anglaise	
<input type="checkbox"/> Dans les WC collectifs	<input type="checkbox"/> De son fauteuil avec contention	<input type="checkbox"/> Déambulateur	
<input type="checkbox"/> Autre préciser.....	<input type="checkbox"/> De son fauteuil sans contention	<input type="checkbox"/> Autre préciser.....	
<b>Circonstances de la chute (préciser la position du corps) :</b>			
.....			
.....			
<input type="checkbox"/> Vers l'avant	<input type="checkbox"/> Vers l'arrière	<input type="checkbox"/> Sur le côté	<input type="checkbox"/> Droit
<input type="checkbox"/> Avant le repas	<input type="checkbox"/> Après le repas	<input type="checkbox"/> Autre.....	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Dérobement des jambes	<input type="checkbox"/> Autre.....		
<b>Moment de survenue de la chute :</b>			
<input type="checkbox"/> Au lever <input type="checkbox"/> Au coucher <input type="checkbox"/> Autre.....			
<b>Causes :</b>		<b>EVALUATION IMMEDIATE :</b>	
<input type="checkbox"/> Traitement : .....	<input type="checkbox"/> Fracture .....	<input type="checkbox"/> Plaie(s) : .....	
<input type="checkbox"/> Hypo TA : .....	<input type="checkbox"/> Hématome(s) : .....	<input type="checkbox"/> Douleur(s) : .....	
<input type="checkbox"/> Vertiges : .....	<input type="checkbox"/> Conscience : .....	<input type="checkbox"/> Psychologique : .....	
<input type="checkbox"/> Obstacles : .....	<input type="checkbox"/> Psychologique : .....	<input type="checkbox"/> Autres : .....	
<input type="checkbox"/> Sol mouillé : .....	<input type="checkbox"/> Autres : .....		
<input type="checkbox"/> Autres : .....	<input type="checkbox"/> Autres : .....		
<b>Tiers impliqué :</b> <input type="checkbox"/> Résident : Mr/Mme..... <input type="checkbox"/> Personnel..... <input type="checkbox"/> Autre.....			
<b>MEDECIN :</b> Dr..... <input type="checkbox"/> Prévenu à : .....			
<input type="checkbox"/> Déplacé à : .....			
<b>EVALUATION A 24 h :</b>		<b>EVALUATION DIFFEREE :</b> date.....	
<u>Physique :</u> .....		<u>Physique :</u> .....	
<u>Psychologique :</u> .....		<u>Psychologique :</u> .....	
.....		.....	
<b>Auteur du rapport (Nom et fonction)</b>			
.....			

Figure 1. Fiche de déclaration de chutes de l'EHPAD.

rentes modalités proposées sur la fiche de déclaration de chute : « fracture », « plaie(s) », « hématome(s) », « douleur(s) », « conscience », « psychologique » ou « autres » (figure 1). Les conséquences des chutes n'ont pu être recueillies que pour 2010 et 2011. Le recueil des fiches a eu lieu à la fin de chaque année 2009, 2010 et 2011.

Les données ont été saisies et analysées grâce au logiciel Excel®. Les données quantitatives sont exprimées en moyenne et écart-type ; les données qualitatives en effectifs et pourcentage.

Cette étude s'est réalisée sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'EHPAD et avec l'accord de l'ensemble du personnel soignant et de la direction.

## Résultats

Dans le tableau 1 sont décrits, par année, le nombre de patient inclus, leurs caractéristiques démographiques, le nombre de chutes accidentelles totales et le nombre de chutes à répétition. En 2010, sur les 16 résidents ayant chuté à répétition, deux ont chuté 16 fois chacun, représentant à eux seuls 30,5% des chutes. En 2011, sur les 19 résidents ayant chuté à répétition, une même personne a chuté 25 fois représentant ainsi 18,9% des chutes de l'année. Cette personne chutait souvent de son lit sans barrières.

En 2010, 18 fiches de chutes (17,5%) avaient été complétées secondairement par un médecin et en 2011, 18 (13,5%) avaient été complétées

## Horaires des chutes

La figure 2 représente le nombre de chutes selon l'horaire pour les années 2009, 2010 et 2011. En 2009, les chutes étaient plus fréquentes entre 4 et 6h du matin et entre 8 et 9 h du matin. Certains horaires se caractérisaient par une absence de chutes :

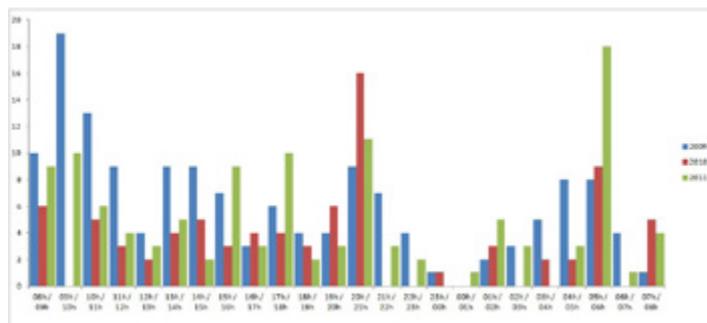


Figure 2. Nombre de chutes selon l'heure en 2009, 2010, 2011 (pour 38 (9,8%) fiches, l'heure de la chute manquait).

16h30 et aux alentours de minuit. En 2010, les chutes étaient plus fréquentes entre 4 et 6h et entre 20h et 21h. A noter l'absence de chute aux alentours de 16h30 ainsi qu'entre 21h et 00h. En 2011, les chutes étaient plus fréquentes vers 17h30, 20h et 5h. Les tranches horaires de 16h30, 18h30 et de 2h à 4h étaient marquées par une absence de chute.

## Lieux des chutes

En 2009 et 2010, la chambre et la salle de bain étaient les lieux privilégiés des chutes : 95 (63,3%) chutes ont eu lieu dans la chambre en 2009, dont 25 (26,3%) dans la salle de bain, et 72 (68,6%) chutes dans la chambre en 2010 dont 16 (22,2%) dans la salle de bain. Les lieux communs (couloir, jardin) étaient aussi des lieux privilégiés : 32 (21,3%) chutes en 2009 et 26 (24,8%) chutes en 2010. En 2011, les chutes dans la salle de bain étaient moins nombreuses : 8 chutes ont eu lieu dans la salle de bain (soit 9% des chutes dans la chambre). La chambre restait un lieu de chute prépondérant : 91 (68,9%) chutes, dont 31 (34,1%) du lit sans barrières ou du fauteuil sans contentions. Les autres chutes ont eu lieu dans le salon et la salle à manger.

**Tableau 1 :** Patients inclus, caractéristiques démographiques et chutes en fonction des années d'étude.

Caractéristiques	Années		
	2009	2010	2011
<b>Nombre de patients inclus</b>	57	59	60
<b>Age (en années), moyenne ± écart-type</b>	84,2 ± 7,7	85,1 ± 7,2	85,4 ± 7,7
<b>Genre (féminin), n (%)</b>	43 (75,4%)	46 (77,9%)	48 (80,0%)
<b>Patients ayant chuté, n (%)</b>	ND	35 (59,3%)	36 (60%)
Dont patient ayant chuté à répétition, n (%)	ND	16 (27,1%)	19 (31,7%)
<b>Nombre de chutes accidentelles</b>	150	105	132
Dont en secteur Alzheimer, n (%)	53 (35,3%)	28 (47,5%)	62 (47%)

ND : non disponible

## Mois des chutes

La figure 3 représente le nombre de chutes selon le mois pour les années 2009, 2010 et 2011. En 2009, janvier et août étaient les mois enregistrant le plus de chutes. L'année 2010 était marquée par les mois de janvier, juillet et septembre et 2011 par les mois de juillet, août et surtout de septembre à décembre.

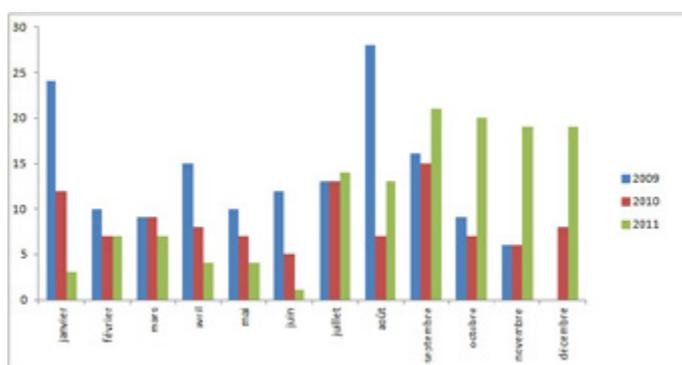


Figure 3. Nombre de chutes selon les mois en 2009, 2010 et 2011.

## Conséquences des chutes

En 2010, 57 (54,3%) chutes n'ont eu aucune conséquence, 29 chutes (27,6%) ont causé des plaies ou des hématomes, 16 chutes (15,2%) ont causé des douleurs et 3 (2,9%) chutes ont eu des conséquences diverses (psychologiques, altération de la conscience...). Une chute a entraîné une fracture et deux ont nécessité l'intervention du Service d'Aide Médicale d'Urgences SAMU (dont une avec hospitalisation).

En 2011, 44 chutes (33,3%) n'ont eu aucune conséquence, 43 chutes (32,6%) ont causé des plaies ou des hématomes, 26 chutes (19,7%) ont causé des douleurs et 7 chutes (5,3%) ont eu des conséquences diverses (psychologiques, altération de la conscience...).

Les plaies et les hématomes étaient essentiellement situés au niveau du visage et des membres supérieurs en 2010 et en 2011.

## Discussion

Cette étude descriptive a retrouvé un nombre de chutes variant entre 100 et 150 par an entre 2009 et 2011. Un tiers des patients chutaient à répétition. Les chutes survenaient préférentiellement au petit matin (4h à 5h) et en début de nuit (20h). Les mois d'été étaient marqués par une augmentation des chutes.

Près de 60% des résidents ont chuté, que ceci soit en 2010 ou 2011. Ce taux est concordant avec la littérature. Dans une revue de la littérature de 1994, 75% des résidents de maison de retraite chutaient<sup>6</sup>. Concernant les tranches horaires, le nombre plus éle-

vé de chutes au petit matin et en début de nuit peut s'expliquer par des levées des résidents pour aller uriner, conjointement à une moindre présence du personnel. Cette étude a montré une diminution du nombre de chutes en 2010 le matin entre 8h et 9h par rapport à 2009. Cela peut s'expliquer par une adaptation des rondes nocturnes aux heures de pics de chutes. Cette mesure a été mise en place suite au bilan de la fin d'année 2009 avec l'équipe soignante. La diminution du nombre de chute dans la salle de bain en 2011 peut s'expliquer par des sols moins glissants. Les sols antidérapants se révélaient être très glissant quand ils sont mouillés et certains membres du personnel ont préconisé de mettre une serviette au sol. Durant les trois années, le nombre de chutes était prépondérant durant l'été s'expliquant par un manque de personnel, et un personnel non régulier. Ces périodes impliquent une vigilance accrue. D'autre part, la prépondérance du nombre de chutes du lit sans barrière ou du fauteuil sans contention souligne l'absence fréquente de la contention. La contention étant associée à une augmentation des chutes ayant des conséquences graves chez les résidents et entraînant un déconditionnement physique et l'apparition d'une confusion mentale à l'origine d'un risque élevé de chutes<sup>5</sup>, il est difficile de critiquer cette absence de contention.

Le fait que certains résidents représentent une grande partie du nombre de chutes répertoriées dans l'année soulève le problème des chutes à répétition. En novembre 2005, des recommandations ont été élaborées par la Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG) en partenariat avec la Haute Autorité de Santé afin de réduire la fréquence des chutes en identifiant des facteurs de risques de chute et en développant des programmes préventifs (reprise ou accentuation de l'activité physique...) <sup>1</sup>. Elles ont également permis de diminuer la morbi-mortalité liée à ces chutes par l'intermédiaire de travaux de recherche évaluant l'efficacité des interventions entreprises <sup>7</sup>. Ces recommandations précisent que le dépistage repose sur le repérage des personnes âgées à risque en recherchant les facteurs de risques intrinsèques (âge supérieur à 80 ans, santé et état fonctionnel, pathologie spécifique, troubles locomoteurs et neuromusculaires, réduction de l'acuité visuelle, prise de médicaments) et extrinsèques (comportementaux : consommation d'alcool, sédentarité.. et environnementaux : nécessité d'un instrument d'aide – canne -, prise de risque, habitat mal adapté...).

La méthode de revalidation par kinésithérapie est la principale intervention entreprise pour diminuer le risque de chute <sup>8</sup>. Cette prise en charge comprend des exercices d'équilibre, de renforcement musculaire, en particulier au niveau axial (contre résistance ou non) et des exercices de marche. La méthode rythmique de



Jacques Dalcroze permettrait de ne pas modifier la variabilité des pas en condition de double tâche. Il est cependant difficile de déterminer si c'est seulement la pratique d'une activité physique régulière hors du domicile qui est efficace ou la méthode rythmique en elle-même. Une récente revue systématique a montré que les interventions multiples (c'est-à-dire l'évaluation du risque de chute associé à des interventions générales ou spécifiques : adaptation de l'environnement, exercices d'équilibre, protecteur de hanches...) étaient plus bénéfiques que les interventions uniques en unités de long séjour<sup>9</sup>.

La principale limite de cette étude est la qualité des données recueillies. On ne peut préjuger que, pour toute chute, une fiche de déclaration soit remplie. Ceci a pu entraîner une sous-estimation du nombre de chutes. Néanmoins, ceci induit un biais d'information non différentiel et les variations observées (selon l'heure, le mois,...) restent donc analysables. D'autre part, les fiches de chute étaient souvent incomplètes. Si les fiches sont remplies de façon différée, un biais de mémorisation est à craindre, altérant la qualité de nos données. Notons le faible pourcentage de fiches complétées par le médecin, ce qui pourrait mettre en évidence un manque de communication entre le personnel soignant et les médecins intervenant dans l'EHPAD.

On peut souligner l'adhésion du personnel (régulier comme irrégulier) au protocole mis en place à l'EHPAD au vu du nombre de fiches remplies été comme hiver. La simplicité d'utilisation de l'outil en fait un outil généralisable à la plupart des EHPAD. Cet outil était proche de celui recommandé pour les bonnes pratiques de soins en EHPAD<sup>10</sup>.

Cette étude a montré, grâce à l'utilisation d'une fiche de déclaration de chute, que plus de la moitié des résidents de l'EHPAD chutaient au moins une fois chaque année sans conséquences médicales graves. Des interventions réfléchies avec l'équipe soignante participent à diminuer l'incidence des chutes.

## Références

1. Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Novembre 2005. <http://bit.ly/Y5D1TT>
2. Société Française de Gériatrie et Gérontologie - Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Avril 2009. <http://bit.ly/YodHo1>
3. Desternes, D. Analyse de 6 mois de chutes en EHPAD prévention et prise en charge du résident chuteur. 2009. <http://bit.ly/Y5Dc1t>
4. Robinovitch SN, Feldman F, Yang Y, Schonnop R, Leung PM, Sarraf T, et al. Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care: an observational study. *Lancet*. 2013; 381(9860): 47-54.
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Octobre 2000. <http://bit.ly/Y5Dfuc>
6. Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. *Ann. Intern. Med.* 1994;121(6): 442-451.
7. Beauchet O, Dubost V, Revel Delhom C, Berrut G, Belmin J. How to manage recurrent falls in clinical practice: guidelines of the French Society of Geriatrics and Gerontology. *J Nutr Health Aging*. 2011; 15(1): 79-84.
8. Warzee, E. Petermans, J. Peut-on aider le patient âgé à risque de chutes ? *Revue médicale de Liège* 2009; 64(9): 446-449
9. Neyens JC, Van Haastregt JC, Dijcks BP, Martens M, Van den Heuvel WJ, De Witte LP, et al. Effectiveness and implementation aspects of interventions for preventing falls in elderly people in long-term care facilities: a systematic review of RCTs. *J Am Med Dir Assoc*. 2011; 12(6): 410-425.
10. Direction Générale de la Santé. Direction Générale de l'Action Sociale. Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Octobre 2007. <http://bit.ly/Y5Dm9d>



## Revue systématique de la littérature : chic et pratique !

---

Dr Julie Dupouy, médecin généraliste, Toulouse  
Dr Sherazade Kinouani, chef de clinique, Bordeaux

---

*Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.*

### Intérêt des revues systématiques de la littérature

Imaginons un médecin généraliste à son cabinet médical. Un patient vient le voir pour lui parler de ses problèmes d'alcool. Le diagnostic d'alcoolodépendance avait été antérieurement posé. Le patient dit qu'il a entendu parler du baclofène. Ce serait « un nouveau médicament qui réduit l'envie de boire ». Il aimerait bien essayer. Puisqu'il

s'agirait d'une prescription hors AMM et ne connaissant pas l'efficacité et la sécurité de ce médicament dans l'alcoolodépendance, le médecin demande un délai de réflexion afin de se renseigner au mieux. En effet, en accord avec la médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medicine ou EBM), ce médecin intègre dans toute décision clinique les meilleures preuves scientifiques, son expérience, son jugement et les préférences de son patient, dans le but de proposer une prise en charge personnalisée à chaque patient. Au cours de sa recherche documentaire, le médecin lit des éléments contradictoires. Notamment, il trouve des essais cliniques,

des études observationnelles et des séries de cas ; certaines publications concluent à l'efficacité et à la sécurité du baclofène, d'autres non. N'ayant pas le temps de faire la lecture critique de toutes ces données et d'en faire une synthèse, il opte alors pour une autre stratégie : taper « systematic AND review AND baclofen AND alcohol » sur Pubmed. Il obtient 10 résultats (au 28 janvier 2013). Il parcourt facilement les titres et repère une revue systématique faisant la synthèse des études disponibles sur le sujet...

Un praticien de soins primaires seul ne peut avoir une vue d'ensemble de la littérature publiée à travers le monde sur un sujet. Une revue systématique fournit une synthèse de toutes les recherches menées pour répondre à une question médicale précise à un moment donné. Elle se base sur une méthode rigoureuse qui découle de l'objectif initial. Elle permet une revue critique de la littérature scientifique et garantit donc son objectivité.

Cet article a pour objectif de décrire, en sept étapes, comment mener une revue systématique de la littérature.

## Etape 1. Définir les critères de sélection

Avant tout, il est nécessaire de formuler une question clinique précise : l'objectif principal. C'est la première et plus importante décision. Elle guide toute la revue et détermine sa pertinence finale.

Pour y répondre, il faut définir plusieurs éléments dit « PICOS » dont découleront les critères de sélection :

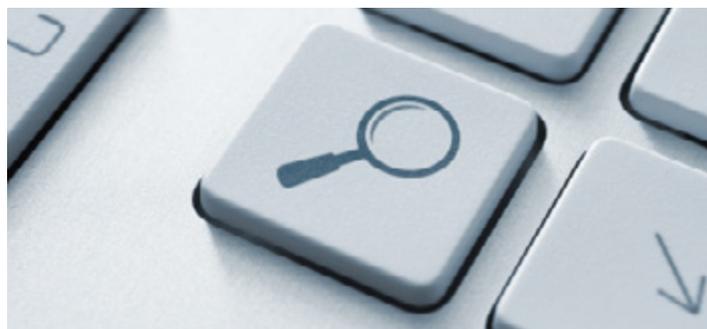
- **Patients / Populations** : quelle est la population concernée ? quelles sont ces caractéristiques ? quelles sont la maladie et l'exposition étudiées (donner les différents critères diagnostiques, la durée, les degrés de sévérité, la localisation) ?
- **Interventions** : quelle est l'intervention concernée : médicament, stratégie thérapeutique, acte diagnostique... simple ou multiple ? Quelles en sont la fréquence, et la durée, l'intensité, la procédure ?
- **Comparators** : à quelle mesure de référence l'intervention va-t-elle être comparée : placebo, pas de traitement, un autre traitement ?
- **Outcomes** : quel sont les critères de jugement pertinents ? Comment sont-ils mesurés et recueillis ? Définir le critère de jugement principal et les critères de jugements secondaires.

- **Study Design** : quel est le type d'étude à inclure : des essais cliniques ? Des études observationnelles (cohortes, cas-témoins, études transversales) ?

Les réponses aux questions posées par la définition des « PICOS » détermineront les critères d'inclusion. Il faudra préciser pour chaque élément « PICOS » les critères d'exclusions si nécessaire. En effet, ceux-ci ne sont pas le miroir inverse des critères d'inclusions. Ils doivent permettre avant tout d'affiner la sélection (ex : l'intervention est l'administration d'un médicament d'une classe thérapeutique donnée, le critère d'inclusion est donc que dans les études incluses, les patients prennent des médicaments de la classe thérapeutique donnée, un critère d'exclusion pourrait être un des médicaments de cette classe car celui-ci a une autre indication).

## Etape 2. Définir la stratégie de recherche

Aucune stratégie de recherche n'est parfaite et aucune base de données n'est exhaustive. La stratégie de recherche doit permettre de trouver le maximum d'articles existants (sensibilité) correspondant précisément à la question posée (spécificité). Il faut trouver un équilibre optimal entre sensibilité et spécificité. Bien sûr, plus on aura d'études et plus on sera systématique, plus on réduira les biais.



L'aide d'un bibliothécaire spécialisé est toute bienvenue à cette étape. Il ne faut pas hésiter à se déplacer dans les bibliothèques universitaires ou institutionnelles pour bénéficier de ses compétences.

Deux chercheurs au moins définiront de façon consensuelle la stratégie de recherche.

La stratégie de recherche délimite :

- les sources de recherche de façon détaillée (bases de données, littérature grise) ;

- la stratégie de recherche pour chaque source (équation de recherche pour base de données électronique) ;
- la période de recherche (ex : 1990 – 2013) ;
- les restrictions décidées (ex : prendre seulement les articles en anglais, français et espagnol, en accord avec les compétences linguistiques personnelles).

## 2.a Choisir les sources de données

La principale question est : où chercher ?

Il existe des bases de données internationales couvrant spécifiquement certains domaines de la science. Selon l'objectif principal fixé, le choix des bases de données sera différent. Voici une liste non exhaustive :

- Medline est la base de données de The US National Library of Medicine (NLM). Elle explore les sciences de la vie, la médecine et les sciences biomédicales. Elle est accessible gratuitement via l'interface PubMed. Ne faire qu'une recherche sur Medline est insuffisant : Medline indexe 4000 journaux sur les 16000 existants.
- Web of Science explore les sciences au sens large : sciences biomédicales, sciences sociales, arts et sciences humaines. Ce service d'information universitaire permet, grâce à 7 bases de données différentes, l'accès aux résumés de conférences internationales, symposiums, colloques, séminaires, ateliers et congrès. Ce service est accessible sur abonnement via ISI Web of Knowledge (base de données bibliographiques universitaire en ligne fournie par l'Institute for Scientific Information ou ISI).
- Embase est une base de données en sciences médicales et pharmaceutiques. Elle complète bien la base de données Medline, particulièrement au niveau de la couverture européenne (qui est plus importante) et au niveau de la recherche sur les médicaments. Elle est produite par Elsevier. L'accès est payant.
- La bibliothèque Cochrane comprend plusieurs bases de données. Elle est produite par la Cochrane Collaboration <sup>1</sup>.
  - La base de données des revues systématiques (CDSR: Cochrane Database of Systematic Reviews – Cochrane Reviews) est la plus connue. Elle contient toutes les revues systématiques réalisées par la Cochrane Collaboration et les protocoles des revues en cours.

- La base des résumés des revues hors Cochrane (DARE: Database of Abstracts of Reviews of Effects – Other Reviews) contient des références de revues systématiques non produites par la Cochrane Collaboration mais dont la qualité a été évaluée ;
- Le registre Cochrane des essais contrôlés (CENTRAL: Cochrane Central Register of Controlled Trials – Clinical Trials) contient des références d'essais cliniques publiés dans Medline ou Embase ou dans d'autres sources ;
- Le registre méthodologique Cochrane (CMR: Cochrane Methodology Register – Methods Studies) contient les références de documents (articles, ouvrages, ...) traitant de la méthodologie des revues systématiques ainsi qu'un registre prospectif des études méthodologiques ;
- La base d'évaluation des technologies de santé (HTA: Health Technology Assessment Database – Technology Assessments) rassemble les études évaluant les technologies de santé achevées et en cours dans le monde ;
- La base d'évaluation économique du NHS (NHS EED: NHS Economic Evaluation Database – Economic Evaluations) identifie de façon systématique les évaluations économiques d'interventions cliniques et évalue leur qualité.

Pour interroger la Cochrane Library, un document utile est « Introduction à la recherche bibliographique dans Cochrane Library »<sup>2</sup>. Il existe différents groupes collaboratifs de revue Cochrane. Une stratégie de recherche peut être d'étudier les publications d'un groupe donné<sup>3</sup>.

- PsychInfo est une base de données bibliographiques en psychologie et psychiatrie. Elle est produite par l'American Psychological Association (APA).
- Pascal est une base de données bibliographiques en sciences, technologie, médecine et pharmacie. Elle est produite par l'INIST-CNRS.
- Francis est une base de données bibliographiques en sciences humaines et sociales. Elle est produite par l'INIST-CNRS.

Les services en ligne des bibliothèques universitaires proposent l'accès gratuit à plusieurs de ces bases de données<sup>4</sup> (accès via Docadis pour l'Université Paul Sabatier).

Les journaux ne publient pas toutes les revues et la plupart des bases de données n'indexent pas les conférences, les chapitres de livre... Une solution est alors la recherche manuelle (manuelle car non automatisée grâce à une base de données). Elle consiste en :

- la lecture des références de revues systématiques ou d'études identifiées ;
- la recherche page par page dans certains journaux dont le domaine de publication correspond ;
- l'envoi d'un courrier à l'industrie pharmaceutique pour récupérer des études publiées ou non ;
- la recherche d'informations par internet;
- l'appui de communications personnelles ;
- l'exploration de la littérature grise. Tout ce qui n'est pas publié n'étant pas forcément inintéressant : thèses, rapports, résumés de congrès, études non publiées car résultats négatifs (...), les rechercher permettra de réduire le biais de publication. Google Scholar peut faciliter l'accès à des références et des fichiers pdf d'articles non indexés dans les bases de données. La littérature française (notamment thèses et rapports) peut aussi être explorée via la Banque de Données en Santé Publique (BDSP).

## 2.b Déterminer une équation de recherche

L'étape de la formulation de l'équation de recherche est cruciale. Si elle est bien construite, des articles correspondant à la question de recherche seront retrouvés (bonne spécificité). Des tutoriels peuvent aider à la construction d'équations de recherches dans Medline, des plus simples aux plus complexes<sup>5</sup>. Pour formuler une équation de recherche, il faut :

### Trouver les mots-clés :

Reprendre les PICO et trouver les mots-clés correspondant à chaque item est une bonne façon de se lancer dans la construction d'une équation de recherche. Identifier ensuite les synonymes des mots-clés pour les inclure. Dans PubMed, il existe du vocabulaire contrôlé (termes Mesh) qui assure une bonne spécificité. Ces termes Mesh peuvent être utilisés dans d'autres bases de données telles que Cochrane. Une astuce est de se référer aux mots-clés utilisés dans des articles que l'on connaît et qui répondent à la question posée.

### Identification :

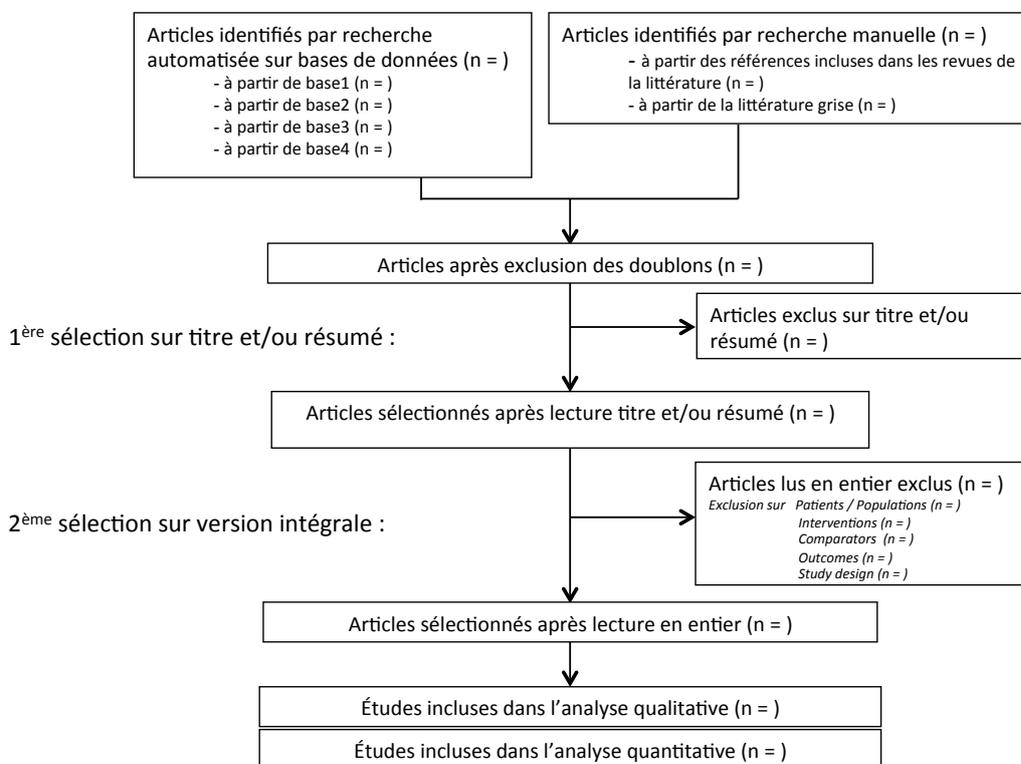


Figure 1. Processus de sélection des études

### Les assembler avec des opérateurs booléens :

Les différents termes sélectionnés sont organisés ensemble avec des opérateurs booléens : AND, OR, NOT. Comme dans une équation mathématique, on peut mettre des parenthèses pour organiser les termes entre eux. Par exemple :

((«Alcohol-Related Disorders»[Mesh]) NOT «Nervous System Diseases»[Mesh]) AND («Baclofen»[Mesh] OR lioresal)

AND permet de sélectionner des articles contenant les 2 termes, OR de sélectionner des articles contenant l'un ou l'autre, NOT permet de ne pas sélectionner des articles contenant un terme. Il existe des règles de troncatures pour chaque base de données. Par exemple : alcohol\* dans Pubmed permettra de trouver les termes alcohol, alcoholic, alcoholism, etc.

### Définir des filtres :

Des filtres existent sur PubMed pour permettre par exemple de rechercher seulement les études concernant les humains (versus les animaux), ayant été publiées depuis un certain nombre d'années, avec texte intégral disponible, avec tel ou tel schéma d'étude, etc.

### Tester l'équation de recherche :

Si l'équation est mal posée, des articles ne correspondant pas à la question seront retrouvés. Reformuler une équation après avoir lu le titre +/- le résumé de plusieurs centaines d'articles nécessite du courage. Une façon de tester l'équation avant de s'atteler à la lecture est de vérifier rapidement que quelques articles que l'on connaît déjà ont bien été sélectionnés.

Il est important de noter précisément dans quelle base de données est faite la recherche et avec quels mots-clés. Ceci sera présenté dans votre rapport (ou thèse, ou article) sous forme, par exemple, d'un tableau (tableau I). Il faut aussi noter le nombre d'articles trouvés dans chaque base de données. Cette information est le premier résultat de ce travail. Il sera présenté sous forme d'un diagramme d'inclusion (Figure 1).

## Etape 3. Extraire les références trouvées

Une fois cette étape finie, le plus simple est d'importer les références trouvées, en fichiers .xls ou .ris, dans un logiciel bibliographique : Reference Manager, EndNote, Mendeley, Zotero, etc. Certains logiciels sont payants (EndNote), d'autres sont gratuits (Reference Manager, Mendeley, Zotero). Cette étape permet de classer les articles trouvés par l'équation de recherche et de comptabiliser les études qui y sont décrites. Une fois toutes les ré-

férences importées, il faut supprimer les doublons : il existe des fonctionnalités dans ces logiciels pour les identifier.

## Etape 4. Inclusion finale des études

Quand tous les articles (sans doublons) sont rangés proprement dans un logiciel bibliographique, l'étape suivante est l'inclusion des études en respectant les critères de sélection définis plus haut. Un processus pour inclure les articles est décrit dans les recommandations internationales Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses PRISMA<sup>6</sup>. Deux auteurs doivent en parallèle et en aveugle inclure les articles. La première phase de sélection se fait en lisant les titres et/ou résumés des articles. Après cette phase, les 2 auteurs mettent en commun les références qu'ils ont chacun inclus. La deuxième phase de sélection se fait en lisant en entier l'ensemble des articles sélectionnés par les 2 auteurs. Après cette phase, les 2 auteurs comparent leurs résultats. Le coefficient kappa d'accord inter-juge est alors calculé<sup>7</sup>. S'il existe des différences (article inclus par l'un et non par l'autre), les auteurs donnent leurs arguments et tentent de s'accorder. S'ils ne sont toujours pas d'accord, un troisième auteur doit les départager (classiquement, on prend un auteur senior faisant référence dans le domaine). Il faut consigner les raisons d'exclusion des études (exclusions rangées par exemple en suivant le plan « PICOS »). Elles seront citées dans la présentation des résultats. Cette étape nécessite une organisation parfaite.

## Avoir accès à un article en intégralité

L'accès à un article en intégralité peut être difficile et coûteuse. Il existe plusieurs moyens pour accéder aux articles :

- Certains articles sont disponibles en ligne gratuitement, classiquement ceux des revues en open access.
- Certains articles sont disponibles via le service en ligne de la bibliothèque universitaire. Les bibliothèques sont généralement abonnées à un certain nombre de revues. Beaucoup d'articles sont disponibles, en ligne par ce biais, en intégralité. Pour certaines revues, l'abonnement est sous forme papier. Il faudra se déplacer à la bibliothèque.
- Une autre solution est d'envoyer un mail aux auteurs en disant que leur article semble très intéressant mais que la bibliothèque universitaire n'est pas abonnée à la revue dans laquelle il a été publié... Progrès en anglais et échanges internationaux assurés ! Les auteurs appréciant d'être cités, envoient souvent un tiré à part de leur article.

À la fin de la deuxième phase, on a retenu les études qui répondent précisément à la question initiale.

## Etape 5. Evaluer la qualité des études

Lors de la présentation des résultats et de leur interprétation, le même poids ne sera pas donné à toutes les études : on apportera plus de crédit aux résultats de celles mieux rapportées et dont la méthodologie est meilleure.

Il existe des échelles (« scales ») et des checklists d'évaluation des études. Les échelles donnent un score global. Les checklists sont littéralement des listes de contrôle permettant d'identifier les lacunes. Ces deux types d'outils peuvent évaluer la qualité méthodologiques ou la qualité du rapport et ou les deux. L'ensemble de ces échelles et de ces checklists ne sera pas développé ici. Quelques noms sont donnés à titre d'exemple. Il conviendra d'étudier la littérature pour trouver l'outil le plus approprié sachant qu'il n'existe pas de « gold standard ».

### 5.a Analyse de la qualité du rapport

On pourrait penser que la qualité de la méthodologie fait la qualité de l'étude. Néanmoins, si les auteurs ne donnent pas toutes les informations sur la façon dont ils ont mené leur étude, la qualité de celle-ci sera plus difficile à juger. On peut aussi imaginer que l'attitude des auteurs n'est pas transparente, que certaines choses nous sont cachées... Ceci impute la qualité de l'étude et est donc à prendre en compte dans l'analyse et l'interprétation des résultats.

Différentes check-lists existent pour juger de la qualité du rapport d'une étude : CONSORT pour les essais cliniques, STROBE pour les études observationnelles (il existe une grille STROBE pour chaque type d'étude observationnelle : cohorte, cas/témoin, transversale), etc. Ces grilles sont toutes répertoriées sur le site Equator<sup>8</sup>.

### 5.b Analyse méthodologique de l'étude

L'analyse méthodologique de l'étude est primordiale. Plusieurs échelles ont été développées. Citons le score de Jadad<sup>9</sup> pour les essais cliniques randomisés et les critères de la Newcastle-Ottawa Scale<sup>10</sup> pour les études non randomisées.

NB. Pour évaluer une revue systématique (et sa propre revue systématique), on peut utiliser PRISMA<sup>6</sup> pour le rapport et AMSTAR<sup>11</sup> pour la méthodologie.

## Etape 6. Extraire les données des études incluses

Le plus simple pour cela est de créer une grille incluant toutes les données à recueillir. Il est important de faire valider cette grille par les personnes qui encadrent le travail ou les experts du domaine afin qu'elle soit complète. Un exemple succinct est présenté ci-dessous. Pour extraire les données grâce à cette grille, un tableau peut être construit.

### Grille d'évaluation :

Titre de l'article
Auteur
Année
Schéma d'étude (Study Design)
Contexte, lieu d'étude
Caractéristiques de l'échantillon (Patients / Populations)
Stratégie de prise en charge (Interventions)
Groupe de référence (Comparator)
Suivi
Mesure de l'étude (Outcomes)
Résultats
Qualité
Résultat de l'évaluation de la qualité du rapport de l'étude
Résultat de l'évaluation de la qualité méthodologique de l'étude.

## Etape 7. Analyse des données

### 7.a Qualitative

L'analyse qualitative des études s'appuie sur la présentation des différentes études incluses et de leur qualité. Cette présentation sera facilitée par l'utilisation d'un tableau reprenant les différents éléments extraits (ex : tableau II). Les résultats des études seront détaillés en fonction de leur qualité.

## 7.b Quantitative

L'analyse quantitative des études est la méta-analyse. Les études de faible qualité sont généralement exclues. La méta-analyse peut se faire après avoir évalué l'hétérogénéité des études incluses. Si l'hétérogénéité est faible, une méta-analyse est envisageable. Nous ne développerons pas ici les méthodes statistiques des méta-analyses. Le principe global est de « pooler » les résultats des études pour obtenir un résultat global, cette fois-ci quantitatif.

## Conclusion

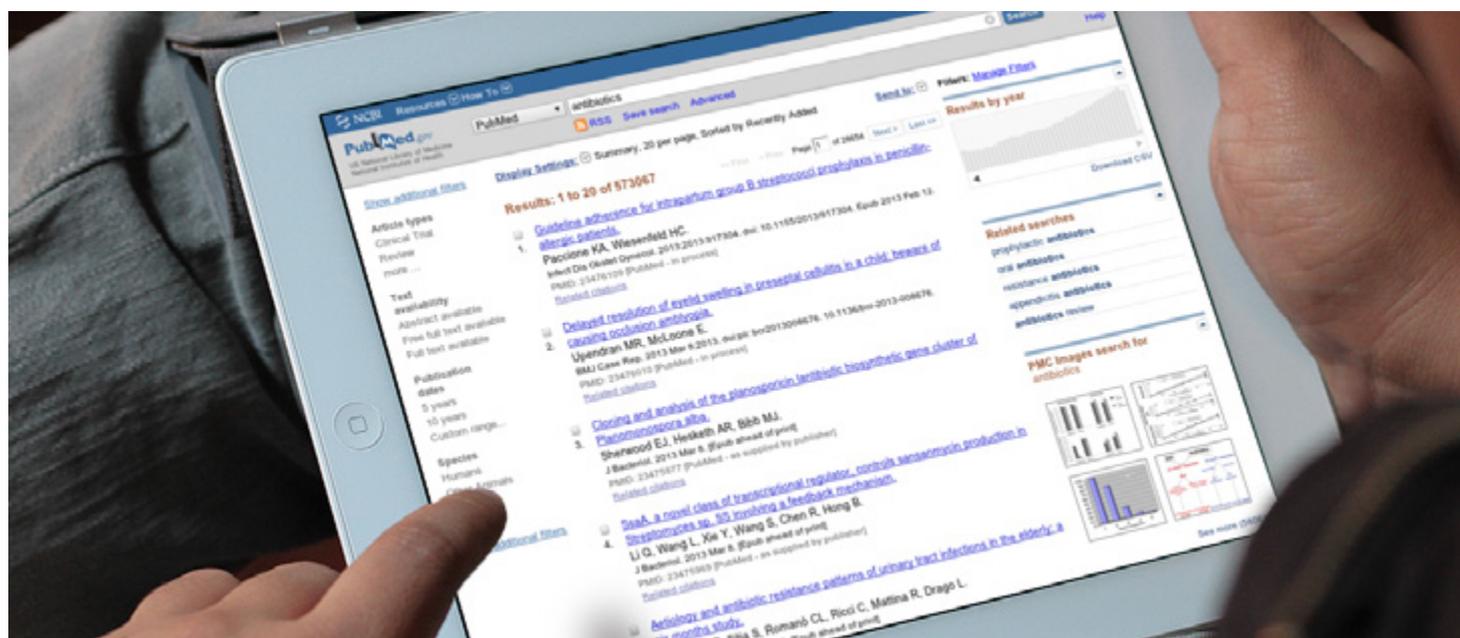
La revue systématique suit une méthodologie rigoureuse. C'est celle-ci qui différencie revue systématique (systematic review) et revue (review, narrative review, comprehensive review). Cette dernière ne permet pas d'assurer l'objectivité des auteurs, ni la reproductibilité. En effet, tout comme un travail expérimental de laboratoire, la méthode rigoureuse prédéfinie doit pouvoir être reproduite par une autre personne et obtenir des résultats identiques. Cette robustesse scientifique garantit l'objectivité et la fiabilité des conclusions.

Mener une revue systématique permet d'acquérir un haut niveau d'expertise sur un sujet de recherche et apporte à l'ensemble de la communauté scientifique une synthèse solide et fiable pour prendre en charge ses patients.

Pour ceux qui veulent aller plus loin : « revue de la littérature : les secrets de la réussite » est le thème de la masterclass de la pré conférence de la French Association of Young Researchers in General Practice ou FAYR-GP le mercredi 26 juin 2013 à Nice <http://bit.ly/YjXJhW>

## Références

1. The Cochrane Collaboration. <http://bit.ly/X4vCkv>
2. Centre Cochrane Français - Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine Paris Descartes. Séminaire. Introduction à la recherche bibliographique dans Cochrane Library. Décembre 2010. <http://bit.ly/XGM126>
3. Reviews/Protocols listed by Cochrane Review Group. <http://bit.ly/X4vLEv>
4. Bases de données | Bibliothèques de l'UPS. <http://bit.ly/X4vQbf>
5. Éveillard P. Bibliographie médicale: 20 fiches pratiques, 100 équations pour optimiser vos recherches dans Medline - PubMed. De Boeck Secundair; 2003.
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535.
7. Bergeri I, Michel R, Boutin JP. Pour tout savoir ou presque sur le coefficient kappa... *Med Trop (Mars)*. 2002;62(6):634-636.
8. Equator network. Resource Centre. Library for health research reporting. <http://bit.ly/X4vWj2>
9. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials*. 1996;17(1):1-12.
10. Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses.: <http://bit.ly/X4w3ey>
11. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:10.





**Tableau 1 :** Bases de données et équations de recherche utilisées.

Base de données	Equation de recherche
<b>Base 1</b>	((«terme1»[Mesh]) OR «terme2»[Mesh]) AND «terme3»[Mesh]
<b>Base 2</b>	terme4 AND terme3*
<b>Base 3</b>	terme4 AND terme3*
<b>Base 4</b>	terme4 AND terme3*

**Tableau 2 :** Analyse qualitative des études portant sur le critère de jugement principal.

Auteur/Année	Type d'étude	Contexte, lieu d'étude	Population	Intervention	Groupe de référence
Suivi	Mesure de l'étude	Résultats	Limites	Qualité	

E-zapping

# On a lu pour vous

julie DUPOUY, médecin généraliste & Pierre Boyer, médecin généraliste, MCA, Toulouse

L'e-zapping propose des liens vers des articles scientifiques (en anglais et en français), d'autres journaux étudiants, des sites internet et des blogs. Nous avons sélectionné, de façon tout à fait subjective, des lectures concernant les soins primaires. **N'hésitez pas à nous envoyer vos propositions de liens utiles pour les étudiants et chercheurs en soins primaires.**

## 1. E-pêle-mêle des articles scientifiques en soins primaires

- Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement <http://bit.ly/13VmAhc>
- Benchmarking the burden of 100 diseases: results of a nationwide representative survey within general practices <http://bit.ly/14VCO5K>
- Laboratory monitoring of patients treated with antihypertensive drugs and newly exposed to non steroidal anti-inflammatory drugs: a cohort study <http://bit.ly/12OzGNF>
- Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France <http://bit.ly/13VmN3O>
- Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low-income women <http://bit.ly/14VDhos>
- Effectiveness of drug tests in outpatients starting opioid substitution therapy <http://bit.ly/12OzWfo>
- Guidelines for allergic rhinitis need to be used in primary care <http://bit.ly/12OA0vG>
- Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande <http://bit.ly/13VmWET>
- Les nouveaux anticoagulants oraux dans la prise en charge des patients atteints de fibrillation auriculaire : des illusions perdues ? <http://bit.ly/12OA92h>
- La pharmacie familiale : enquête auprès d'un échantillon de patients en Midi-Pyrénées. <http://bit.ly/13Vn4np>

- Composition des armoires à pharmacie familiales : échantillon de 207 foyers de la région Aquitaine <http://bit.ly/13Vn4np>
- Les outils de dépistage de la fragilité : un enjeu pour la médecine générale <http://bit.ly/12OAvWv>
- Intégrer le concept de fragilité dans la pratique clinique : l'expérience du Gérontopôle à travers la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance <http://bit.ly/12OAAth>
- Insuffisance cardiaque du patient âgé : comprendre pour une meilleure prise en charge à domicile <http://bit.ly/12OAAth>

## 2. Medical students' e-newspapers

- Student BMJ <http://bit.ly/13VnqdR>
- University of British Columbia Medical Journal UBCMJ <http://bit.ly/12OAORf>

## 3. E-ressources

- Centre cochrane français <http://bit.ly/13VnwC9>
- Cdc malaria <http://bit.ly/13VnB8W>
- Antibioclic <http://bit.ly/13VnFFE>
- Exercer <http://bit.ly/13VnGtj>

## 4. E-stoires de blogs

- Le blog de phe <http://bit.ly/14VFbWa>
- Rédaction médicale et scientifique <http://bit.ly/13VnLNn>
- Juste après dresseuse d'ours <http://bit.ly/12OBk1N/>
- Journal des étudiants en médecine <http://bit.ly/12OBndZ>

# Antibiothérapie de l'Otite Moyenne Aigue (OMA) chez l'enfant

« Docteur il a pleuré toute la nuit, je crois qu'il a mal à l'oreille »

Chloé Massafarro, interne, Toulouse

*L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.*

ITEM ECN 98



Un enfant de 20 mois est amené en consultation pour fièvre, rhinite et vomissement. A l'examen, la température est à 38.5°C. Le tympan droit est rouge, opaque et bombé, le tympan gauche congestif. On retrouve une conjonctivite bilatérale.

## Questions

- \* Sur quoi repose le diagnostic d'OMA ?
- \* Quelle est l'antibiothérapie de première intention ?
- \* Quelle est l'indication de l'antibiothérapie dans l'OMA chez l'enfant ?
- \* Quels sont les cas particuliers où l'antibiothérapie doit être adaptée ?

## 1 Diagnostic d'Otite Moyenne Aigue Purulente

### Définition

A la différence de l'otite congestive, le plus souvent d'origine virale et spontanément résolutive, l'otite moyenne aiguë (OMA) correspond à la surinfection bactérienne de l'oreille moyenne, avec présence d'un épanchement purulent ou mucopurulent dans la caisse du tympan.

Une otalgie (irritabilité, pleurs, insomnie, enfant qui se touche les oreilles) associée à des signes généraux (fièvre, frissons, myalgies,



céphalées.) sont retrouvés. Une toux, une rhinorrhée, un encombrement des voies aériennes supérieures, des vomissements ou une diarrhée peuvent être associés.

## Examen otoscopique

### OMA purulente

Congestion, hypervascularisation de la membrane tympanique, associée à : une disparition du triangle lumineux: opacité, effacement des reliefs normaux ou bombement (épanchement rétro-tympanique non extériorisé) une otorrhée (épanchement rétro-tympanique extériorisé) parfois un aspect jaunâtre (tympan tendu, prêt à se rompre)

### Otite congestive

Les tympans sont congestifs (rougeur fréquente du quadrant antéro-inférieur tympanique), avec respect des reliefs normaux, sans bombement.

### Otite séro-muqueuse

Dans l'otite séro-muqueuse, on retrouve des signes d'épanchement rétro-tympanique en l'absence de fièvre et d'otalgie franche (même si possiblement ressentie comme une gêne).

## 2 Traitement de l'OMA purulente

Dans les OMA purulentes de l'enfant de plus de 3 mois, les principales bactéries en cause sont le Streptocoque (*S.pneumoniae*) dans 25 à 40% des cas et l'Hémophilus (*H. influenzae*) dans 30 à 40% des cas.

L'amoxicilline, à la dose de 80-90 mg/kg/j en 2 à 3 prises quotidiennes, est à privilégier en première intention. Si les 3 prises ne peuvent être espacées de 8h, 2 prises espacées de 12h sont préférables. Elle est la molécule orale la plus active sur les pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline. Elle est active sur plus de 80% des *H. influenzae*. Les autres antibiotiques ont un rapport bénéfice-risque moins favorable.

### Durée de l'antibiothérapie

L'amoxicilline à la dose de 80-90 mg/kg/j en 2 à 3 prises quotidiennes est prescrite pour 8 à 10 jours chez l'enfant de moins de 2 ans, pour 5 jours chez l'enfant de plus de 2 ans.

## 3 Indication de l'antibiothérapie chez l'enfant âgé de 3 mois à 2 ans

Si la majorité des OMA évoluent spontanément vers la guérison, l'antibiothérapie a permis de diminuer la mortalité et les complications liées aux OMA (mastoïdites, méningites, bactériémies), en particulier chez l'enfant de moins 6 mois voire de 2 ans selon les auteurs.

L'antibiothérapie est donc recommandée chez l'enfant de moins 6 mois voire de 2 ans.

Les situations les plus à risque de complications infectieuses sont l'âge de moins de 6 mois, les enfants atteints de trisomie 21, de fente palatine, d'autres malformations de la face, les enfants immunodéprimés ou avec un antécédent de mastoïdite.

Chez les nourrissons âgés de moins de 3 mois, un avis ORL doit être systématiquement demandé.

Chez l'enfant de plus de 6 mois (ou de plus de 2 ans selon les auteurs) peu symptomatique, l'abstention thérapeutique est indiquée en première intention (traitement symptomatique et réévaluation à 48-72 heures).

Si la symptomatologie est bruyante (fièvre élevée, otalgie intense, otorrhée), l'antibiothérapie peut être justifiée d'emblée.

## 4 Situations particulières

Si une conjonctivite est associée à l'OMA, l'orientation épidémiologique est en faveur de *H. influenzae*, le traitement repose sur l'association amoxicilline-acide clavulanique per os, à 80 mg/kg/j en 3 prises par jour, pendant 8 jours.

Si échec du traitement (aggravation, ou persistance de plus de 48h sous traitement par amoxicilline, ou récurrence 4 jours après le traitement) : traitement par l'association amoxicilline-acide clavulanique. Si l'enfant est allergique aux pénicillines sans allergie aux bêta-lactamines (le plus fréquent), le traitement repose sur le cefpodoxime per os, 8 mg/kg/j en 2 prises par jour, pendant 8 jours.

S'il y a allergie vraie aux Bêta-lactamines, le traitement repose sur l'association érythromycine-sulfafurazole pendant 10 jours, ou le cotrimoxazole pendant 8 jours.

Si 2ème échec: avis ORL pour paracentèse.

Si le tympan n'est pas visible (conditions d'examen difficiles, bouchon de cérumen et difficulté pour nettoyer les conduits auditifs) l'antibiothérapie prescrite à l'aveugle n'est pas recommandée. Après l'âge de 2 ans, en l'absence d'otalgie, le diagnostic d'OMA purulente est très improbable. Avant l'âge 2 ans, devant des symptômes pouvant évoquer une otite, sans possibilité de visualiser le tympan, le recours à l'ORL doit être envisagé.



### Références

1. SPILF-SFP-GPIP: Infections respiratoires hautes: recommandations et argumentaire 2011
2. Idées-Forces Prescrire, Otite Moyenne Aigue chez l'enfant : traitement antibiotique, janvier 2012
3. Collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale : Ootalgie et otite chez l'enfant et chez l'adulte, 2009

### Item ECN

- 98 . Ootalgie et otite chez l'enfant et chez l'adulte.

# Prise en charge de la toux chez l'enfant de moins de 2 ans

« Docteur mon enfant tousse, je veux du sirop! »

Aurélie Groussin Tailhades, interne, Toulouse

*L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.*

ITEMS ECN 336 & 77



Un enfant de 18 mois est amené à la consultation au mois de décembre par sa mère pour une toux grasse évoluant depuis 1 semaine. A l'interrogatoire on retrouve une rhinite associée, pas de fièvre, un bon état général. La mère est inquiète et a peur que « les poumons soient touchés ». L'auscultation pulmonaire et l'examen ORL sont normaux..

## Questions

- \* Quel diagnostic évoquer ?
- \* Quels signes de gravité doivent être recherchés ?
- \* Quels traitements proposer ?
- \* Quelle est l'évolution naturelle de la maladie ?

### 1 Quel diagnostic évoquer ?

Le premier diagnostic à évoquer est une rhinopharyngite virale. En effet, l'association de rhinorrhée et de toux chez un enfant, en plein hiver, dans un contexte apyrétique et sans altération de l'état général est très évocatrice d'une pathologie virale aiguë banale.

Chez le jeune enfant la toux est très fréquente lors des épisodes d'infection des voies respiratoires hautes (rhume, rhinopharyngite, pharyngite). Elle provient de l'écoulement des sécrétions nasales vers les voies respiratoires basses. C'est un réflexe naturel de protection des voies respiratoires basses.

### 2 Quels sont les signes de gravité à rechercher ?

#### A l'interrogatoire :

- Terrain :  
Antécédents personnels ou familiaux (prématurité, bronchiolites, asthmes, pneumopathies...), vaccinations (coqueluche, pneumocoque...), régurgitations ou pyrosis, allergie...

- Mode d'installation et caractéristiques de la toux :  
Toux sèche quinteuse avec reprise inspiratoire bruyante évoquant une coqueluche, sifflements respiratoires et toux plutôt nocturne évoquant de l'asthme, un syndrome de pénétration (mode d'installation brutal de la toux)...
- Notion de fièvre supérieure à 38.5°C pendant plus de 72 heures malgré un traitement antipyrétique.
- Une altération de l'état général (perte d'appétit, asthénie).
- Une difficulté respiratoire.

### A l'examen clinique :

#### Recherche de signes de gravité :

- L'observation de la respiration à la recherche d'un tirage respiratoire (intercostal, xiphoïdien, sus-sternal, sus-claviculaire, balancement thoraco-abdominal).
- Une cyanose des lèvres ou des extrémités.
- L'auscultation minutieuse à la recherche de sibilants, de ronchi ou d'un foyer de pneumopathie.

#### Recherche de pathologie associée :

- L'examen ORL recherchera une cause nécessitant un traitement spécifique (otite).
- Syndrome méningé, bactériémie.
- Recherche d'une perte de poids récente.



## 3 Quel traitement proposer ?

La toux est un réflexe naturel visant à protéger les voies respiratoires basses. Il convient donc de la respecter pour éviter les complications respiratoires.

### Les recommandations actuelles préconisent :

#### Des mesures symptomatiques simples :

- Lavage du nez au sérum physiologique, après apprentissage par les parents pour être fait correctement (par le médecin généraliste au cabinet, un kiné, une puéricultrice...) plusieurs fois par jour en cas de rhinite associée.
- Hydratation régulière.
- Température de la chambre entre 18°C et 20°C avec un air plutôt humide.
- Eviction du tabagisme passif.
- Aération de la chambre.
- Se laver les mains avant et après s'être occupé de l'enfant.

Eventuellement, traitement antalgique et anti pyrétiq.

L'hélicidine, les mucolytiques et les mucofluidifiants sont contre-indiqués chez le nourrisson depuis le 29 avril 2010 compte tenu du risque de majoration de l'encombrement bronchique.

Les dérivés terpéniques et les sirops à bases d'opioïde centraux sont contre indiqués chez les enfants de moins de 30 mois compte tenu du risque convulsif pour les premiers et du risque de dépression respiratoire pour les seconds.

Les antihistaminiques H1 de première génération et le fenspiride sont également contre-indiqués avant 2 ans depuis le 15 mars 2011, car ils n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et peuvent être associés à des effets indésirables. De plus leur effet sédatif pourrait être nocif en cas d'encombrement bronchique.

Une récente étude dans le journal Pediatrics a montré une certaine efficacité du miel dans la prise en charge de la toux aiguë nocturne du jeune enfant. Cependant, le miel ne doit pas être proposé aux enfants de moins d'un an afin d'éviter les risques de botulisme infantile. La méthodologie de cette étude est contestable et il faut être vigilant quant à l'administration de miel la nuit afin de prévenir les risques de caries dentaires (conseil de brossage des dents après la prise de miel).

## 4 Quelle est l'évolution de la maladie ?

On considère qu'un enfant de moins de 2 ans en bonne santé présentera 7 à 10 épisodes d'infection des voies respiratoires hautes associés à une toux.

Dans la majorité des cas, le nombre d'accès de toux va progressivement diminuer pour disparaître au bout de 10 à 15 jours, mais dans certains cas la toux peut durer jusqu'à 3 à 4 semaines sans complication.

Il est du rôle du médecin généraliste de rassurer les parents en leur expliquant l'origine et l'utilité de la toux, l'évolution naturelle de la maladie, sa durée probable et les signes de gravité devant les faire consulter à nouveau.

### Références

1. Prise en charge de la toux chez le nourrisson (enfant de moins de 2 ans) recommandation AFSSAPS Mars 2011
2. Mise au point : Prise en charge de la toux chez le nourrisson de moins de deux ans recommandation AFSSAPS Octobre 2010
3. Contre-indication chez l'enfant de moins de 2 ans des spécialités antitussives antiH1 AFSSAPS Mars 2011
4. Herman Avner Cohen, Josef Rozen, Haim Kristal and co. Effect of Honey on Nocturnal Cough and Sleep Quality: A Double-blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. Pediatrics 2012;130;465
5. Pr. A. Labbé (CHU Clermont-Ferrand) Orientation diagnostique devant une toux chez l'enfant [et chez l'adulte : non traité] (avec le traitement) Item 336 UMFV Janvier 2006

### Item ECN

- 336.** Toux chez l'enfant et chez l'adulte (avec le traitement)  
**77.** Angines et pharyngites de l'enfant et de l'adulte.



# Le diagnostic d'appendicite aiguë chez l'enfant en médecine ambulatoire

« Docteur, et si c'était l'appendicite? »

Camille Lieurade, interne, Toulouse

*L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.*

ITEM ECN 224 & 195



Maurine 10 ans, vient consulter pour douleur abdominale et fièvre à 38°C depuis 48 heures sans nausées, diarrhées ou vomissements.

Automédication par phloroglucinol et dompéridone sans effet. La maman est inquiète car Maurine ne se plaint jamais. Aucun antécédent ni allergie.

L'examen retrouve un abdomen souple dépressible, avec présence d'une douleur de la fosse iliaque droite, sans défense ni contracture. Nous suspectons alors une appendicite.

## Questions

- \* Pourquoi évoquer une appendicite ?
- \* Comment confirmer son impression clinique ?
- \* Faut-il demander des examens biologiques ? Si oui, lesquels et pourquoi ?
- \* Faut-il demander des examens d'imagerie ? Si oui, lesquels et pourquoi ?
- \* A quoi sert l'appendice ?

**1** Environ 8% de la population fait une appendicite au cours de sa vie. L'incidence est la plus élevée entre 10 et 20 ans. C'est un diagnostic fréquent, environ 130 000 appendicectomies sont réalisées tous les ans en France et 10 à 25% des enfants consultant aux urgences pour douleur abdominale ont une appendicite.

**2** Des scores clinico-biologiques ont été proposés afin d'éviter les investigations inutiles et de réduire le taux d'appendicectomie pour appendice sain.

Le score d'Alvarado est le plus connu et le plus souvent utilisé mais construit à partir d'une population opérée.

- Douleur migratrice vers la fosse iliaque droite 0/1
- Anorexie 0/1
- Nausées/vomissements 0/1
- Température  $\geq 37^{\circ}3$  0/1
- Défense en Fosse iliaque droite 0/2
- Défense à la percussion en FID 0/1
- GB  $\geq 10.000/\text{mm}$  0/2
- Neutrophiles  $> 75\%$  0/1 TOTAL /10

Tableau extrait de : L'orientation du patient souffrant d'un syndrome douloureux abdominal aigu à domicile

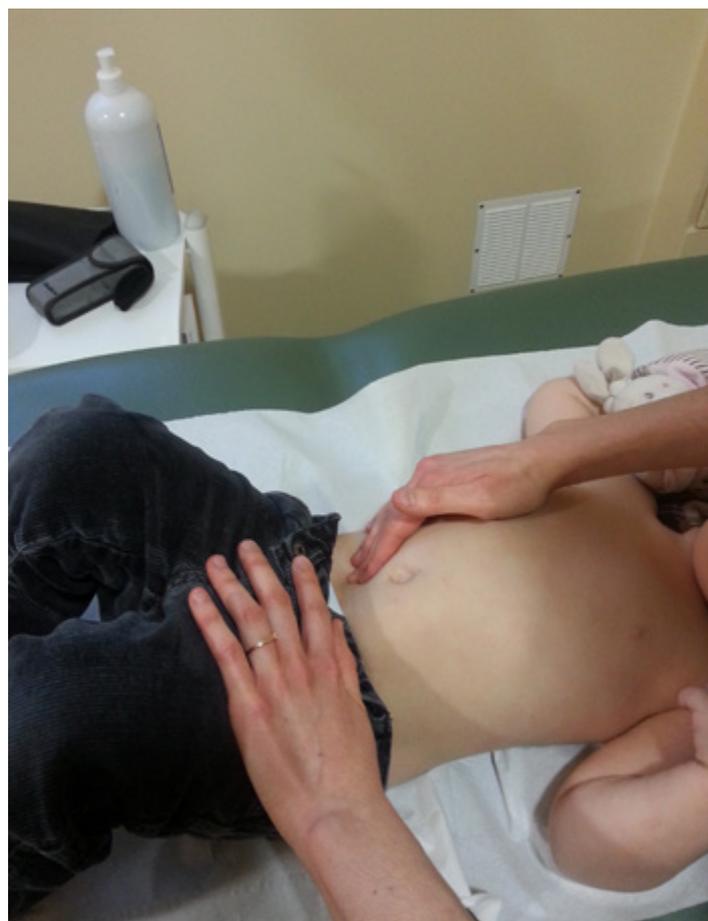
Article de N. Schreyer B. Yersin Revue Médicale Suisse N° 75. 2006

Selon un article paru en 2010 dans le Journal de chirurgie viscérale suite à des publications américaines, le score d'Alvarado est un outil fiable pour le diagnostic d'appendicite aiguë aux urgences s'il est supérieur à 6, nécessitant alors un avis chirurgical. S'il est inférieur à 4, le diagnostic d'appendicite aiguë peut être écarté sans demander d'autres examens complémentaires. Compris entre 4 et 6, il faut le réévaluer de façon « dynamique » à 24 heures et/ou compléter le bilan par une échographie ou un scanner abdominal.

D'autres scores améliorés ont été proposés (Score de François par exemple) mais aucun n'est reconnu comme consensuel par la communauté scientifique.

Les recommandations de bonnes pratiques de la Société Nationale Française de GastroEntérologie (SNFGE) restent plus prudentes. On ne peut éliminer une appendicite que devant l'absence de réaction pariétale à la palpation abdominale, l'absence de température supérieure ou égale à  $38^{\circ}$ , l'absence d'hyperleucocytose supérieure à 10 000 éléments/mL.

**3** La prise de sang met en évidence une hyperleucocytose à polynucléaires, présente dans 80% des cas d'appendicite aiguë. Le dosage de la CRP a peu d'intérêt, il est souvent augmenté s'il est réalisé. Une bandelette urinaire et la détection des Bêta-HCG peuvent être prescrite pour éliminer les diagnostics différentiels. Des études montrent que le bilan biologique n'est pas utile au diagnostic. Il pourrait cependant



aider à évaluer la gravité lors des complications comme la péritonite.

**4** L'échographie est un examen essentiel. Le gain diagnostique est proche de 20 %, lors de l'association échographie et examen clinique (88 %) contre examen clinique seul (69 %). Peu contraignante, elle est réalisable quel que soit l'âge de l'enfant, sans aucune sédation. Dans le cadre de l'urgence, elle ne nécessite pas de jeûne préalable. Non irradiante, elle peut être répétée à tout moment au gré de la modification de l'examen clinique ou en cas de discordance radio clinique.

L'abdomen sans préparation est un examen totalement inutile. Technique irradiante, elle apparaît peu contributive, en particulier par rapport aux renseignements fournis par l'échographie.

Le Scanner (TDM) reste réservé aux cas de mauvaise qualité de l'échographie (obésité, interpositions gazeuses) et aux discordances entre la clinique et l'échographie. Les contraintes techniques du scanner chez l'enfant sont irradiation, injection d'iode, balisage digestif, agitation possible des enfants au cours de l'exploration. La sensibilité de l'échographie est de 88% contre 94% pour la TDM. La spécificité est de 94% pour l'échographie contre 95% pour la TDM.

**5** Considéré depuis toujours par les médecins comme un organe vestigial inutile ne se manifestant que pour provoquer une appendicite, l'appendice paraît ne servir qu'à faire peser un risque mortel à tout individu.

D'après Parker, l'appendice servirait d'abri pour une flore bactérienne nous aidant à digérer les aliments. On sait que l'appendice fabrique des immunoglobulines pouvant intervenir dans le système immunitaire.

Ce scientifique travaille sur le biofilm qui tapisse le tube digestif (une couche de mucus où prospèrent de nombreuses bactéries et des molécules issues du système immunitaire). « Nous avons observé que ce biofilm est plus dense dans l'appendice et que sa présence s'affaiblit à mesure que l'on s'en éloigne. » L'appendice abriterait une flore bactérienne pour la tenir en réserve. Si une grave indigestion ou une diarrhée détruisaient le biofilm, les bactéries nuisibles auraient alors le champ libre pour s'installer. C'est alors que les bactéries stockées dans l'appendice pourraient rapidement réinvestir l'intestin. Dans de nombreux pays non industrialisés, les diarrhées sont un mal fréquent et ce petit diverticule du caecum aurait donc une précieuse utilité. Les débats et recherches se poursuivent. A suivre ces prochaines années.

### Références

1. C. Brigand, J.-P. Steinmetz, S. Rohr. De l'intérêt des scores en matière de diagnostic d'appendicite. *Journal de Chirurgie Viscérale*. Octobre 2009.
2. A. Lévy M. Barthet Laurent Beaugerie. *Collégiale des Universitaires en Hépatogastroentérologie (CDU-HGE)*. Novembre 2009. <http://bit.ly/10FMa4W>
3. H. Zebiche, B. Blanc, M.P. Guibal, et al. Les marqueurs de l'inflammation (MBI) dans les syndromes appendiculaires aigus. *Journal Européen des Urgences*. Juin 2009.
4. A. Aschero, G. Gorincour, H. Lehors, et al.. Imagerie des urgences abdominales non traumatiques de l'enfant. *Radiologie et imagerie médicale. Abdominale – Digestive* Juin 2011.
5. Bouin H, Dabadie D, Romberg P, et al. Apport de l'échographie au diagnostic d'appendicite dans les douleurs abdominales de l'enfant. A propos d'une série de 337 cas. *Rev Im Med* 1994.
6. Parkera W., Shu S. Lina, b, Errol L. Busha, et al. Biofilms in the large bowel suggest an apparent function of the human vermiform appendix. *Journal of Theoretical Biology* Volume 249, Issue 4, 21 December 2007  
<http://bit.ly/13SVAYS> - <http://bit.ly/10FMIIa> - <http://bit.ly/10FMXTt>

### Item ECN

- 224** . Appendicite aigue
- 195**. Douleurs abdominales aiguës chez l'enfant et chez l'adulte



# Tendinite

## L'examen de l'épaule douloureuse

« Docteur, une douleur brutale à l'épaule m'a réveillée cette nuit ! »

Carole Cervera, interne, Toulouse

*L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.*

ITEMS ECN 257, 306 & 307



Une femme de 51 ans consulte pour une douleur brutale de survenue nocturne au niveau de l'épaule droite. Elle est caissière dans un supermarché. Elle n'a pas d'antécédent particulier, elle est droitère. Elle se présente avec l'attitude des traumatisés du membre supérieur, le membre valide soutenant le membre atteint serré contre le thorax.

### Questions

- \* Comment mener l'interrogatoire ?
- \* Comment mener l'examen clinique ?
- \* Quels sont les examens complémentaires à demander ?
- \* Quel est le traitement de première intention ?
- \* Que prescrire en cas d'inefficacité du traitement de première intention ?

### 1 Comment mener l'interrogatoire ?

L'interrogatoire permet de préciser :

- l'âge, les antécédents, l'activité professionnelle et l'activité sportive,
- la bilatéralité ou l'unilatéralité des symptômes, l'épaule dominante,
- notion de facteur déclenchant : traumatismes, gestes répétés et leur mécanisme,
- caractéristiques de la douleur : siège précis, irradiation, ancienneté, type de douleur (mécanique ou inflammatoire) et intensité,
- degré de l'impotence fonctionnelle, gêne pour les activités de la vie quotidienne, raideur.

## 2 Comment mener l'examen clinique ?

L'examen clinique recherche à l'inspection : une amyotrophie des fosses sus et/ou sous-épineuses évocatrices d'une rupture des tendons supra et/ou infra-épineux.

La palpation permet de rechercher les points douloureux et concerne :

- l'épine de l'omoplate,
- l'articulation acromio-claviculaire et la clavicule,
- la zone sous-acromiale externe, douloureuse en cas de tendinite du supra-épineux ou de bursite sous acromiale,
- le tendon du long-biceps, antérieur, qui roule sous les doigts.

Chez les sujets minces, un volumineux épanchement se palpe à la face antérieure de l'épaule.

L'étude des amplitudes passives réalisée sur un patient en position couchée (pour éliminer les compensations) permet de vérifier la liberté de l'articulation gléno-humérale et de l'absence de rétraction capsulaire.

L'étude des amplitudes actives est faite sur un patient assis. L'association d'une mobilité passive complète et d'une mobilité active déficitaire oriente vers une rupture de la coiffe des rotateurs.

La manœuvre de Yocum permet de rechercher un conflit sous-acromial : la main du patient posée sur l'épaule opposée, bras à 90° d'élévation antérieure, on lui demande de lever le coude au ciel contre résistance. Le signe est positif si le patient ressent une douleur qu'il reconnaît. D'autres signes en faveur d'un conflit sous acromial peuvent être recherchés : signe de Neer et/ou signe de Hawkins avec des spécificités et sensibilités variable

### Le testing de la coiffe comprend :

**test de Jobe** : il teste le sus-épineux.

Se recherche bras dans le plan de l'omoplate (30° vers l'avant) à 90° d'abduction, pouce vers le bas, en demandant au patient de résister à une pression descendante de l'examineur.

**test de Patte** : il teste l'infra-épineux.

En position d'abduction 90° dans le plan de la scapula, on demande au patient de réaliser une rotation externe à laquelle résiste l'examineur.



Figure 1. Manoeuvre de Jobe

**Palm-up test** : il teste le bicipital.

Se recherche en élévation antérieure, coude étendu et paume tournée en haut. Le patient doit s'opposer à une pression verticale sur le poignet.

**Lift-Off test** : il teste le sub-scapulaire.

Le patient passe la main dans le dos au niveau de la ceinture, il doit alors fermer le poing, décoller celui-ci de la ceinture et garder la position.

Les testings sont positifs en cas de douleur ou perte de force (rupture) d'un tendon de la coiffe.

A l'examen clinique de notre patiente, on retrouve une douleur à la palpation de la zone sous-acromiale ainsi qu'un test de Jobe positif.

## 3 Quels sont les examens complémentaires à demander ?

Chez cette patiente, la radiographie standard de l'épaule est revenue normale. Une échographie demandée en complément retrouvait un épanchement en regard de la bourse séreuse sous acromio-deltoidienne et une image hyperechogène intra bursale pouvant traduire une migration d'une calcification. L'examen était en faveur d'une bursite sous-acromio-deltoidienne droite sans rupture tendineuse.

La radiographie standard est recommandée dans la prise en charge d'une épaule douloureuse au titre du diagnostic initial ; elle permet d'éliminer les diagnostics différentiels et parfois de visualiser les calcifications ab-articulaires. Un espace sous-acromial de moins de 7 mm témoigne d'une rupture dégénérative étendue.



Figure 2. Palm up



Figure 3. Signe de Yocum

L'échographie ne remplace pas la radiographie standard. Elle peut être réalisée en première intention en cas de doute sur l'existence d'une rupture tendineuse.

## 4 Quel est le traitement de première intention ?

Le traitement de première intention repose sur la mise au repos de l'articulation et sur l'utilisation d'antalgiques et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie orale.

Pour une douleur légère à modérée, on préférera les antalgiques de palier 1 type paracétamol et AINS en l'absence de contre-indications (ulcère gastroduodéal évolutif, insuffisance hépatique, rénale ou cardiaque sévère, grossesse). En cas d'inefficacité il est possible d'utiliser des antalgiques de palier 2 sous couvert d'une bonne tolérance et de l'absence de contre indication (notamment insuffisance respiratoire): association paracétamol-codéine ou tramadol.

Ce traitement est à associer à des séances de kinésithérapie de type physiothérapie antalgique, récupération et entretien des amplitudes articulaires ainsi qu'un entretien musculaire.

## 5 Que prescrire en cas d'inefficacité du traitement de première intention ?

Il est possible de réaliser une infiltration de dérivés cortisoniques dont l'intérêt est établi. L'efficacité est renforcée si la réalisation se fait sous contrôle scopique ou échographique.

Des séances de kinésithérapie peuvent également encore être prescrites.

Le médecin traitant sera vigilant quant au risque de récurrence favorisé par certaines activités personnelles ou professionnelles. La tendinopathie et la rupture de la coiffe des rotateurs peuvent s'inscrire dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle inscrite au tableau n° 57 du régime général de l'Assurance maladie.

### Références

1. Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte. Recommandations HAS, Avril 2005
2. Examen clinique de l'appareil locomoteur, tests, évaluations et niveaux de preuve. Cleland J, Koppenhaver S, Pillu M. Editions Masson, 2e édition, Juin 2012
3. Abitbeoul Y, Leroux G, Laterre D, et al. Tests cliniques de l'épaule. Rev Prat Med Gen 2011;25(860):325-6 <http://bit.ly/10MLler>
4. Leroux J.L. Pathologie non traumatique de l'épaule, l'importance d'un diagnostic lésionnel précis. Rev Prat 2006;56:1-2
5. Bismuth M, Bismuth P, Boyer P, et al. Mal au cou et à l'épaule. Rev Prat Med Gen 2011;25(872) :862 <http://bit.ly/Ynb751>
6. Noël E. Comment s'orienter devant une épaule douloureuse ? Rev Prat 2006;56:1525-33

### Item ECN

257. Lésions péri-articulaires et ligamentaires du genou, de la cheville et de l'épaule
306. Douleur des membres et des extrémités
307. Douleur et épanchement articulaire. Arthrite d'évolution récente

# Cystite récidivante

« Docteur, ça brûle encore !!! »

Anne-Laure Boudou Battisti, interne, Toulouse

*L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.*

ITEM ECN 93 & 173



Madame P, âgée de 55 ans, vient consulter au cabinet pour un problème de brûlures mictionnelles et de pesanteur pelvienne. Elle a comme antécédents une sinusite chronique et une allergie aux acariens. Elle est actuellement sous traitement anti-histaminique. C'est le troisième épisode de cystite pour lequel elle consulte en 3 mois.

La prise en charge de ces récurrences me pose problème.

## Questions

- \* Quand parler de cystites récidivantes ?
- \* Quelle est la conduite à tenir ?
- \* Faut-il faire un bilan complémentaire ?
- \* Existe-t-il une prophylaxie ?

## 1 Quand parler de cystites récidivantes ?

On retient comme définition de la cystite récidivante : survenue d'au moins quatre épisodes de cystite aiguë simple sur 12 mois.

La cystite simple concerne les femmes de 15 à 65 ans, sans malformations organiques urinaires, en dehors de la grossesse et sans comorbidité ni terrain d'immunodépression.

## 2 Quelle est la conduite à tenir ?

L'interrogatoire et l'examen clinique permettent de poser le diagnostic : à l'interrogatoire on recherche une pollakiurie, des brûlures mictionnelles ou des urines malodorantes (symptôme fréquemment retrouvé chez les enfants ou les personnes âgées). On recherche aussi de la fièvre et des signes digestifs associés. La palpation abdominale est douloureuse au niveau du bas ventre.

L'examen doit permettre d'éliminer une pyélonéphrite (fièvre et douleur lombaire irradiant au niveau des organes génitaux externes, spontanée ou déclenchée à la palpation ou percussion) ou une complication grave (sepsis). Il faut également s'assurer de l'absence de rétention aiguë d'urine en recherchant un globe vésical.

La réalisation d'une bandelette urinaire est simple et utile pour orienter le diagnostic (positif si présence de nitrites et leucocytes). Dans la pratique elle est peu utilisée, possiblement du fait d'une

faible rentabilité entre le cout, la durée de péremption d'environ 18 mois, et la fréquence d'utilisation.

En cas de récurrences fréquentes, il faut réaliser un examen cyto-bactériologique des urines (ECBU) pour identifier le germe en cause et s'assurer de l'absence de résistances à l'antibiotique choisi. On aura initié une antibiothérapie probabiliste dans un premier temps comme dans les cystites aiguës simples.

Le traitement ne fait plus l'objet d'une recommandation. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a retiré en 2011 les recommandations sur les infections urinaires élaborées en 2008, annonçant de nouvelles recommandations qui ne sont finalement pas parues. Plusieurs éléments rendent complexe l'élaboration d'une recommandation : l'émergence de résistances aux quinolones, les résistances fréquentes de certaines entérobactéries à l'ampicilline et l'amoxiciline, et le risque de pneumopathie intersticielle iatrogène secondaire à la nitrofurantoïne.

En 2008, l'AFSSAPS proposait en première intention : fosfomycine-trométamol per os 3 gramme en dose unique, à distance des repas. Un traitement par fluoroquinolones pouvait aussi être proposé avec une préférence pour l'ofloxacine (per os 200 mg matin et soir pendant 3 jours) qui sélectionne moins les germes que la norfloxacine.

Le risque de iatrogénie secondaire à la nitrofurantoïne en fait un traitement de deuxième intention depuis 2011 ; il peut être prescrit en cas de cystite récidivante à germes multirésistants (per os 100 mg matin midi et soir pendant 5 jours).



### 3 Faut-il proposer un bilan complémentaire ?

Les examens complémentaires permettent de rechercher une pathologie favorisante qu'il faudrait traiter afin d'éviter les récurrences (diabète, malformation, reflux avec résidu post mictionnel, pathologie rénale, pathologie locale compressive digestive ou gynécologique...). On prescrira une biologie avec glycémie, créatininémie, une glycosurie et protéinurie, une échographie des voies urinaires (voire une cystoscopie en fonction des résultats).

### 4 Existe-t-il une prophylaxie ?

Il n'existe pas d'antibiotique ayant l'autorisation de mise sur le marché spécifique pour le traitement prophylactique des cystites récidivantes. Les antibiotiques utilisés font l'objet d'accords professionnels.

L'AFSSAPS proposait en 2008 : cotrimoxazole un comprimé de 400 mg par jour pendant 6 mois, ou nitrofurantoïne un comprimé de 50 mg par jour pendant 6 mois.

Les fluoroquinolones et les beta lactamines ne sont pas utilisées dans ces indications du fait du risque de développer des résistances. Il est possible de poursuivre le traitement au-delà de 6 mois si l'on constate une récurrence des cystites. L'éducation des patientes à l'utilisation des bandelettes permet de débiter un traitement par prescription anticipée en cas de leucocyturie positive. Cette démarche est à proposer au cas par cas.

#### Références

1. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte. AFSSAPS. Juin 2008
2. Nitrofurantoïne et risque de survenue d'effets indésirables hépatiques et pulmonaires lors de traitements prolongés. AFSSAPS. Février 2011
3. Nitrofurantoïne et infections urinaires : pas en usage prolongé, rarement en curatif. Revue prescrire, Juillet 2011. Tome32, n° 345:511-512
4. Cystites. F. Bruyère\*, G. Cariou, J.-P. Boiteux, et al. Elsevier Masson. 2008
5. Cortesse A. Revue du praticien médecine générale. Retour sur article, février 2011. Tome 25, n°855

#### Item ECN

93. Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte. Leucocyturie.
173. Prescription et surveillance des antibiotiques.

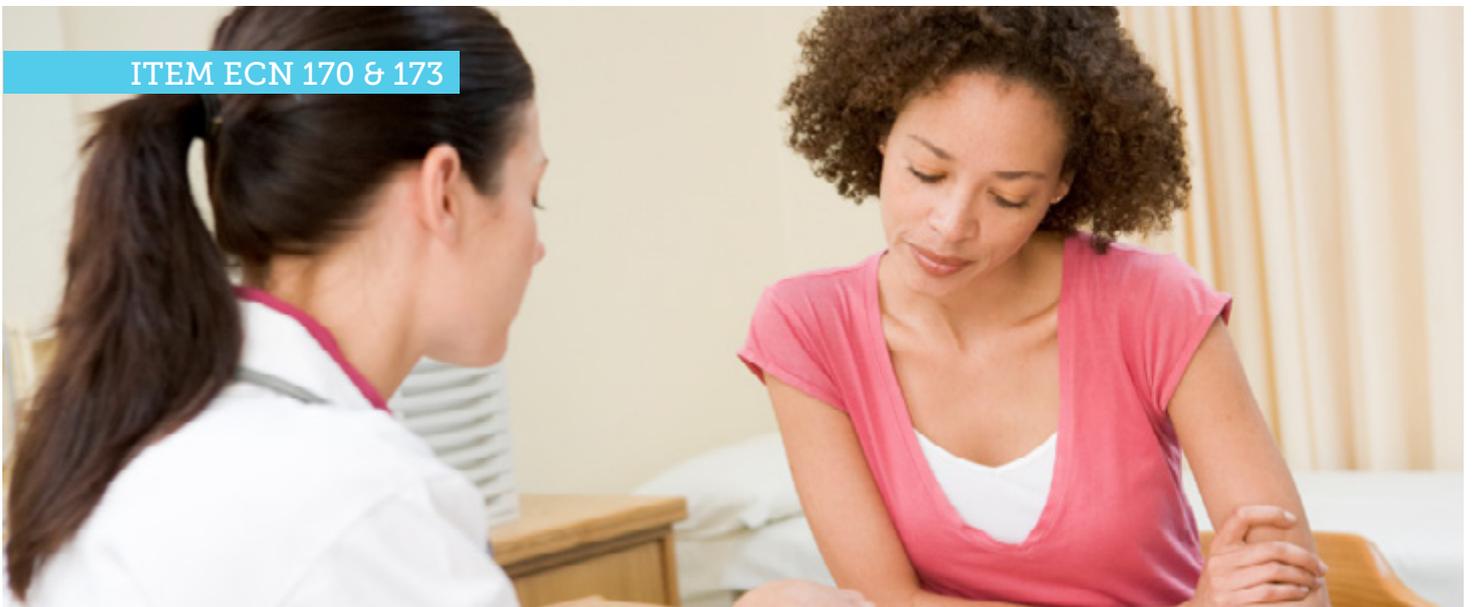
# Pour aller plus loin : cystite récidivante de la jeune femme et automédication

« Docteur, ça brûle mais je me soigne toute seule ! »

Anne-Sophie Pradeilles, interne, Toulouse

*L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.*

ITEM ECN 170 & 173



Une jeune femme de 20 ans se présente à la consultation de médecine générale pour une cystite évoluant depuis 10 jours, elle rapporte un fébricule à 38°C, la veille, sans douleur. Il s'agit du cinquième épisode de l'année, traité par fluoroquinolone. Elle s'est auto-médicamentée par de l'amoxicilline les premiers jours mais la symptomatologie persiste. Elle n'a pas de fièvre, ni de douleur lombaire à l'examen. La bandelette urinaire retrouve une croix de nitrite et deux croix de leucocytes.

## Questions

- \* Quelle antibiothérapie donner devant une cystite simple d'une femme jeune évoluant depuis 10 jours ?
- \* S'agit-il d'un tableau de pyélonéphrite atypique ? Quelle place pour l'examen cytobactériologique urinaire ?
- \* Quelles mesures préventives non médicamenteuses sont à proposer à la jeune femme ?
- \* De manière générale, quelle est la place de la fosfomycine-trometamol dans la cystite aiguë ?

## 1 Quelle antibiothérapie donner devant une cystite simple d'une femme jeune évoluant depuis 10 jours ?

Le traitement minute ou monodose n'est pas recommandé étant donné une durée des symptômes supérieure à trois jours et l'échec d'un premier traitement antibiotique.

Le traitement proposé est le traitement d'une cystite aiguë compliquée. C'est celui que l'on propose en cas de comorbidités type diabète, insuffisance rénale, immunodépression.

D'après les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (2008), il est possible d'instaurer un traitement par ofloxacine (200mg matin et soir pendant 5 jours) ou par nitrofurantoïne (100 mg matin midi soir pendant 7 jours), ou alors par cefixime (200 mg matin et soir pendant 5 jours). Seulement après obtention des résultats de l'antibiogramme, d'autres traitements peuvent être proposés : amoxicilline (1 gramme matin midi soir pendant 5 jours), bactrim (800 mg 1 matin et soir pendant 8 jours).

## 2 S'agit-il d'un tableau de pyélonéphrite atypique ? Quelle place pour l'examen cytot bactériologique urinaire ?

L'absence de douleur lombaire et de signes généraux sont rassurants et peu évocateurs d'une pyélonéphrite dans ce cas. Néanmoins il convient que la patiente surveille sa température. Il faut se méfier d'une infection évolutive à bas bruit dans un contexte d'automédication et de persistance des symptômes depuis 10 jours. Une échographie rénale et des voies urinaires sera réalisée afin d'éliminer un foyer de néphrite et rechercher une pathologie sous-jacente.

L'ECBU est préconisé dans ce cas afin d'identifier un germe résistant à l'amoxicilline prise en automédication.

En attendant les résultats de l'antibiogramme, il est possible de démarrer un traitement probabiliste par céphalosporine 3e génération ceftriaxone (1 gramme par jour en intramusculaire) ou, si l'on préfère éviter les bêta-lactamines, un traitement par fluoroquinolone ofloxacine (200 mg matin et soir per os). Secondairement, en fonction des résultats de l'antibiogramme, il faudra adapter le traitement avec poursuite ou modification cefixime (200 mg matin et soir pendant 14 jours) ou ofloxacine (200mg matin et soir pendant 14 jours).

Il est nécessaire d'informer la patiente de poursuivre le traitement jusqu'au bout même en l'absence de symptômes afin de supprimer le risque de récurrence.

## 3 Quelles mesures préventives non médicamenteuses sont à proposer à la jeune femme ?

Les extraits concentrés de canneberge permettraient en prévention d'empêcher l'adhésion du colibacille à l'urothélium. Cependant, l'efficacité semble modeste et les preuves sont actuellement insuffisantes pour une recommandation d'utilisation. Il existe un

risque d'interaction avec les antivitamine K (hémorragies graves rapportées).

Les mesures prophylactiques habituellement citées sont des apports hydriques suffisants ( $\geq 1\ 500$  ml/j), une hygiène locale normale, le port de sous-vêtements en coton, le traitement des mycoses vaginales, la correction des mauvaises habitudes mictionnelles, lutter contre la constipation et déconseiller les mictions retenues.

En cas d'infections récidivantes survenant après les rapports sexuels, on conseille une miction post-coïtale et l'arrêt de l'utilisation des spermicides (avec proposition d'un autre moyen de contraception).

## 4 De manière générale, quelle est la place de la fosfomycine trometamol dans la cystite aigue ?

La fosfomycine trometamol est le traitement de première intention de la cystite aigue simple, y compris chez les femmes de plus de 65 ans en bonne santé. Le risque d'émergence de résistances à *Escherichia Coli*, bactérie la plus souvent retrouvée, semble faible.

Cependant, ce traitement est peu actif sur *staphylococcus saprophyticus*, deuxième bactérie rencontrée. En cas d'infection à cette bactérie (femme de moins de 30 ans et recherche de nitrites négative à la bandelette urinaire), il faudra privilégier une quinolone ou la nitrofurantoïne.

### Références

1. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte. AFSSAPS. Juin 2008
2. Nitrofurantoïne et risque de survenue d'effets indésirables hépatiques et pulmonaires lors de traitements prolongés. AFSSAPS. Février 2011
3. Nitrofurantoïne et infections urinaires : pas en usage prolongé, rarement en curatif. Revue prescrire, Juillet 2011. Tome32, n° 345:511-512
4. Cystites. F. Bruyère\*, G. Cariou, J.-P. Boiteux, et al. Elsevier Masson. 2008
5. Cortesse A. Revue du praticien médecine générale. Retour sur article, février 2011. Tome 25,n°855

### Item ECN

170. La décision thérapeutique personnalisée. Observance médicamenteuse.
173. Prescription et surveillance des antibiotiques.

# Article invité

## Interview du Dr Haleh Bagheri , pharmacologue, au sujet des génériques

propos recueillis par Lucie Bidouze, externe



Les génériques sont une question d'actualité qui concerne les professionnels de santé, les patients ainsi que les pouvoirs publics. Ils influencent la société et notre pratique.

Nous avons interrogé le Dr Bagheri, spécialiste de ce sujet, pour mieux les comprendre, les utiliser, et les prescrire.

*Bonjour Dr Bagheri, Pourriez-vous vous présenter en quelques mots?*

Je suis pharmacologue et praticien au CHU de Toulouse dans le service pharmacologie au Centre de Pharmacovigilance et d'Information sur le Médicament.

### 1. Fondamentales et pharmacologiques

*Pouvez-vous nous en donner une brève définition?*

Les génériques sont des médicaments pour lesquels le principe actif est identique parfaitement autant sur le plan qualitatif que quantitatif, au médicament princeps.

Ils peuvent différer (mais ce n'est pas obligatoire) par les excipients qui sont des substances pharmacologiquement inertes et par la formulation.

Le prix est moindre car le brevet du médicament tombe dans le domaine public

*Où sont-ils fabriqués? Ont-ils une traçabilité?*

le dossier d'AMM auprès de l'ANSM des génériques est allégé, car les études cliniques phase 1, 2 et 3 ne se réalisent pas puisqu'il n'y a pas d'indication nouvelle.

Ce dossier est plus technique : mode de fabrication, de préparation la formulation et le lieu de fabrication mais cela ne figure pas sur la boîte de médicament, sur le conditionnement. Le lieu de fabrication et les fournisseurs peuvent changer au cours du temps, le laboratoire génériqueur n'est pas obligé de signaler ces changements aux Agences

*Pensez-vous que des études cliniques plus poussées seraient nécessaires ?*

Il faut démontrer la bio équivalence : c'est à dire démontrer une équivalence de la biodisponibilité du principe actif dans l'organisme, et pour la plupart des cas ces études in vitro suffisent.

Pour les médicaments à marge thérapeutique étroite on fait des études de phase 1, donc chez le volontaire sain.

Une étude clinique chez le malade pourrait être utile, compte tenu d'une éventuelle modification de la bioéquivalence liée aux interactions médicamenteuses

*Dans votre pratique au centre de pharmacovigilance, constatez-vous plus de déclarations d'effets indésirables imputables aux génériques?*

On constate beaucoup plus de **déclarations** dues aux génériques depuis le mois d'août 2012. Cela est sans doute lié au fait que l'assurance maladie de la Haute Garonne a adressé un courrier pour sensibiliser les médecins au taux de prescription des génériques trop bas par rapport au seuil fixé (on doit atteindre un taux de 85%).

Il y a également le problème du tiers payant: les patients doivent avancer le prix du médicament (et seront remboursés ensuite) s'ils n'acceptent pas le générique. La seule condition où cette avance n'est pas nécessaire est si le médecin note « non substituable ».

De ce fait les patients demandent cette mention. Ce qui augmente le taux de déclaration d'effet indésirable (EI), car la survenue d'un EI avec un générique peut justifier la mention NS par le médecin Mais attention certaines sont subjectives !

Il faut également différencier les erreurs médicamenteuses dues à la galénique des effets indésirables. Un cas a été déclaré, avec une confusion entre le (Fluindione) Previscan et un générique du Lisinopril du fait que les deux médicaments ont une forme de trèfle, et le patient confondant a présenté un surdosage au Previscan.

Ce problème de couleur et de forme pourrait être évidemment plus fréquent chez les personnes âgées.

## 2. Nouveautés

### RAPPORT de l'Académie nationale de Pharmacie« Médicaments génériques »(24 octobre 2012)

*Ce rapport mentionne des conditions spécifiques pour les médicaments à Marge thérapeutique étroite, (c'est à dire que la différence entre la dose toxique et la dose thérapeutique est faible) Pouvez-vous nous expliquer quels sont-ils?*

Ils sont peu nombreux. Il s'agit essentiellement des anti-épileptiques, des anticoagulants, des digitaliques et des immunosuppresseurs. Il y a eu des cas de déséquilibre hormonal chez les patients traités par le générique de la levothyroxine (Levothyrox®). Pour ce dernier, le générique a une durée de vie moindre que chez les princeps (le taux vers la date de péremption était moindre, du à un problème de stabilité il semblerait).

Les AVK et les digitaliques sont non génériques car ils sont trop chers.

### Evaluation de la politique française des médicaments génériques l'Inspection générale des affaires sociales septembre 2012

*Selon cette évaluation la prescription des génériques connaît désormais un fort ralentissement, pouvez-vous nous expliquer en quelques mots pourquoi?*

Plusieurs raisons à cela:

L'affaire « Mediator » a engendré une grande méfiance des patients par rapport aux autorités.

Ensuite, l'absence de traçabilité suscite beaucoup d'émulation sur internet, sur des forums, avec l'exemple de la fabrication des génériques en chine ou en inde, ce qui signifierait « mauvaise qualité ».

Ensuite l'obligation d'avancer le prix du médicament s'ils n'acceptent pas le générique

*Est également proposé pour les médecins un système de bonus-malus dans lequel ceux ayant un taux de prescription dans le répertoire faible seraient pénalisés financièrement, qu'en pensez-vous?*

Ce ne sont pas des mesures pédagogiques, il faut sensibiliser les patients, médecins et pharmaciens en leur donnant des informations pertinentes, à partir de là, le médecin n' a pas de raison de ne pas prescrire le générique, et le patient de ne pas le prendre.



Il faut une campagne d'information digne de ce nom et pas uniquement des plaquettes d'information en expliquant ce qu'est un générique, sa fabrication et les contrôles effectués, sa traçabilité, comment on demande son AMM, dans un langage simple.

### 3. Pour notre future pratique?

*IFOP : 61 % des français pensent que les génériques sont aussi sûrs que les princeps, et très souvent en consultation, j'entends des patients dire « je le supporte pas le générique »*

*Comment peut-on répondre simplement à nos patients dans ce cas?*

Il faut rassurer dans un premier temps, leur dire de l'essayer, être sensible aux effets indésirables qui peuvent être subjectifs, et en cas de réel effet indésirable le signaler.

Ensuite c'est souvent le profil du patient qui peut être un problème pour le substituer: c'est à dire un patient fragile, âgé, épileptique...

Un patient polymédiqué, âgé, avec beaucoup de facteurs de risques et qu'on a eu du mal à équilibrer, n'est pas un « bon candidat » à la substitution. L'équilibre est difficile à atteindre avec ces patients. Il ne faut pas donc s'amuser à le déséquilibrer pour une économie mineure, car les conséquences en terme de coût peuvent être plus importantes par la suite.

Il y a des profils patients que l'on peut tranquillement substituer, et d'autres non (anxiété,...).

L'autre problème est la marque du générique qui peut changer, mais les pharmaciens ont passé un accord pour ne pas changer de marque de générique d'un mois à l'autre, ce qui est déstabilisant.

*Comment utiliser la notion de « non substituable »?*

Il ne faut pas céder à la pression de tous les patients, il faut éduquer, même si cela prend du temps.

*Enfin «ouverture» comment voyez-vous le générique et sa place dans la société dans 10 ans, 50 ans, 100 ans?*

Les laboratoires font fabriquer les génériques à l'étranger pour une question de coût et de plus en plus les laboratoires décentralisent aussi la fabrication du princeps. C'est une mondialisation qui est anxiogène mais cela devrait s'apaiser avec le temps.

La première chose à faire est d'avoir une réelle traçabilité, et de plus en plus les laboratoires font leur auto générique, ce que les pharmaciens privilégient.

Il ne faut pas négliger que l'arrivée des génériques oblige les laboratoires à diminuer le prix de médicaments princeps souvent chers, comme les IPP et les Statines



*Et comment cela est vécu et utilisé dans les autres pays?*

La France est dans les 3 / 4 derniers prescripteurs de génériques en Europe

Il les génériques ont permis l'accès des pays en voie de développement à des médicaments utiles comme les antirétroviraux. Il ne faut donc pas raisonner uniquement au niveau franco-français mais au niveau santé publique mondiale !

#### Références

1. RAPPORT de l'Académie nationale de Pharmacie « Médicaments génériques »
2. Rapport adopté par le Conseil de l'Académie nationale de Pharmacie (24 octobre 2012)
3. Evaluation de la politique française des médicaments génériques
4. l'Inspection générale des affaires sociales septembre 2012

# Lecture critique d'article

## Prévalence de l'hypertension artérielle en population générale à la Martinique

Arterial-hypertension prevalence in the general population of Martinique  
S. Merle et al. / Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 57 (2009) 17–23  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19152771>

Damien Driot, interne, Toulouse & Gérard Leroux, médecin, Créteil

### 1 - Quel est l'objectif de cette étude ?

L'objectif de l'étude était de mesurer la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) et d'étudier la relation entre l'HTA, le statut pondéral et le niveau socio-économique dans la population générale de la Martinique.

### 2 - Comment les auteurs justifient-ils cette étude ? Que pensez-vous de ces justifications ?

L'HTA a été définie comme une priorité de santé en Martinique depuis 1996. Cependant, la prévalence de cette pathologie n'a jamais été mesurée dans la population générale martiniquaise. Il semble donc nécessaire de l'évaluer s'agissant d'un problème de santé publique.

L'obésité est en progression dans de nombreux pays et les femmes martiniquaises sont plus fréquemment obèses. Les auteurs avancent que l'obésité est un facteur de risque d'HTA, mais ne citent qu'une étude cas-témoins guadeloupéenne (faible niveau de preuve même si la similitude des populations est grande). L'argumentaire aurait été plus solide en utilisant comme références des études de type étude de cohorte, avec une puissance supérieure (nombre plus important) et des résultats extrapolables à la population martiniquaise.

L'incidence des accidents vasculaires cérébraux est particulièrement élevée en Martinique touchant essentiellement des patient(e)s hypertendu(e)s. C'est un argument supplémentaire, au regard de la gravité de cette pathologie, pour justifier l'évaluation de la prévalence de l'HTA en Martinique.

### 3 - De quel type d'étude s'agit-il ? Vous semble-t-il adapté aux objectifs de l'étude ? Justifiez votre réponse.

Il s'agit d'une enquête épidémiologique cherchant à estimer la prévalence d'une pathologie donnée dans une population donnée. C'est une étude observationnelle transversale.

L'objectif étant de déterminer une prévalence, ce type d'étude est adapté.

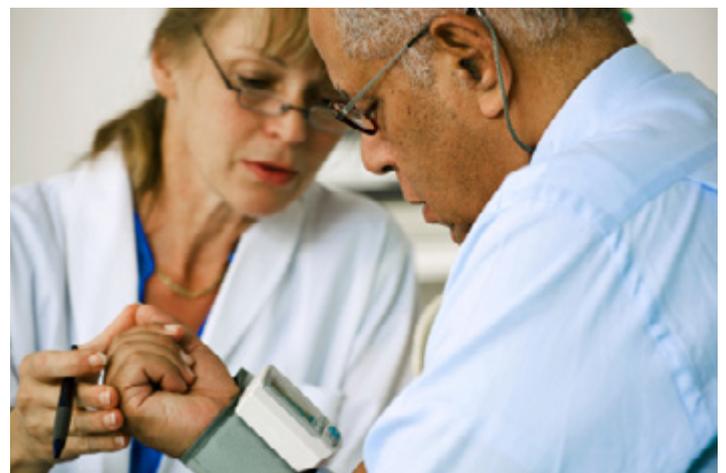
Un biais de sélection pourrait résulter d'un échantillon sélectionné parmi une population hospitalière ou parmi les patients consultant en soins primaires. Le tirage au sort des sujets de l'échantillon en fonction de leur domiciliation permet d'éviter ce biais.

L'objectif étant d'évaluer la prévalence de l'HTA en population générale, cet échantillon (s'il est suffisamment large) rendra possible l'extrapolation des résultats.

L'autre objectif visait à étudier les relations entre l'HTA, le statut pondéral et le niveau socio-économique.

La réalisation d'une étude transversale ne permet pas de conclure à un lien de causalité entre l'HTA et ces différents facteurs. Elle ne peut que mettre en évidence une association statistique, que l'analyse soit univariée ou multivariée.

Une étude cas/témoins (respectant les critères de Bradford et Hill), ou une étude de cohorte prospective pourraient permettre d'affirmer un lien de causalité. Dans l'étude de cohorte, l'exposition



au facteur de risque (statut pondéral) précédant l'apparition de la pathologie évaluée (HTA) pourrait permettre d'affirmer ce lien de causalité, à condition d'ajuster l'analyse sur d'autres facteurs confondants (ethnie, alimentation, tabac, alcool, antécédents familiaux ...).

#### 4 - Pourquoi ne retrouve-t-on pas en analyse multivariée les facteurs activité sportive et niveau socio-économique, pourtant significativement associés à l'HTA en analyse univariée ?

Le facteur activité physique, lié à l'HTA en analyse univariée, disparaît en analyse multivariée car il agit dans cette étude comme un facteur de confusion. L'obésité et l'HTA sont liées et les sujets obèses font vraisemblablement moins de sport que ceux ayant un statut pondéral normal. Mais la démonstration de ces liens ne peut pas être faite avec ce type d'étude.

Le niveau socio-économique est un autre facteur de confusion.

L'analyse univariée étudie l'action d'un seul facteur à la fois sur un phénomène observé (obésité et HTA dans notre exemple).

L'analyse multivariée prend en compte plusieurs facteurs (covariables) à la fois. Elle permet d'étudier les interactions statistiques entre ces multiples facteurs ainsi que les interactions avec le phénomène observé.

Cette étude d'interactions statistiques entre différents facteurs permet d'éliminer les facteurs de confusion et d'augmenter la puissance de la comparaison: dans cette étude par exemple, le sport, lié à la fois au phénomène observé (dans notre exemple l'HTA) et à un autre facteur causal de ce phénomène (l'obésité).

#### 5 - En analyse multivariée, le fait d'être obèse est-il significativement plus associé à la présence d'HTA que le fait d'être en surpoids ? De même, le fait d'avoir plus de 65 ans est-il significativement plus associé à la présence d'HTA que le fait d'avoir entre 45 et 64 ans ? Justifiez.

Les intervalles de confiance (IC95%) des odds-ratio (OR) du facteur obésité et surpoids se chevauchent. Il n'y a donc pas de facteur significativement plus à risque qu'un autre bien que l'OR de l'obésité soit supérieur à celui du surpoids.

Concernant l'âge, les IC des OR ne se chevauchent pas, le fait d'avoir 65 ans ou plus est donc significativement plus à risque d'être associé à une HTA que la tranche d'âge des 45-64ans.

#### 6 - Discutez de l'extrapolation des résultats à la population de la Martinique en précisant les biais de comparaison soulevés par les auteurs ; expliquez-les. Quelle est l'attitude des auteurs par rapport à ces biais ?

On note dans l'échantillon une surreprésentation des femmes. Or la prévalence de l'obésité est plus importante chez les femmes martiniquaises, et il y a plus d'hypertendu(e)s parmi les obèses. Il s'agit donc d'un biais tendant à surestimer la prévalence de l'HTA.

Par ailleurs, les sujets âgés de 20 à 30 ans sont sous-représentés dans cet échantillon probablement parce qu'ils répondent moins aux enquêtes. La limitation du nombre associée au fait que la prévalence de l'HTA est plus faible dans cette population jeune surestime artificiellement la prévalence de l'HTA pour la population globale considérée.

D'ailleurs les auteurs ont effectué un redressement selon l'âge et le sexe.

#### 7 - Quelle est la validité de la méthode diagnostique de l'HTA dans cette étude ?

Pour affirmer qu'une personne était hypertendue, les auteurs ont procédé à deux fois deux mesures de la pression artérielle à 6 - 8 semaines d'intervalle. Si le patient avait un traitement anti-hypertenseur, il était considéré comme hypertendu.

Le diagnostic d'HTA peut se faire sur 3 mesures de la pression artérielle dans un intervalle de 3 à 6 mois avec des chiffres de pression artérielle systolique (PAS) supérieurs à 140 mmHg, et/ou de pression artérielle diastolique (PAD) supérieurs à 90 mmHg.

Les auteurs semblent utiliser ces bornes quel que soit l'âge, sans proposer de critère différent pour les patients de plus de 70 ans pour lesquels on accepte une PAS supérieure à 160 mmHg et une PAD inférieure à 90 mmHg définissant alors l'HTA systolique.

En 2008, la mesure de la PA avec un appareil type Omron M5-1 et un grand brassard (32-42 cm) n'était pas validée. Elle ne l'était que pour le modèle Omron M7 ([Automesure.com](http://Automesure.com)).

# Lecture critique d'article

Emergency department treatments and physiotherapy for acute whiplash: a pragmatic, two-step, randomised controlled trial. <sup>(1)</sup>

## Traitements dans les services d'urgence et physiothérapie des coups de fouet cervicaux aigus : un essai pragmatique, contrôlé, randomisé, en 2 étapes.

Lamb SE, Gates S, Williams MA, Williamson EM, et al- MINT study team  
Lancet 2012 Dec 18. pii: S0140-6736(12)61304-X

Damien Driot, interne, Toulouse & Gérard Leroux, médecin, Créteil

### Contexte :

Le coût total des « coups de fouet cervicaux » est élevé, à cause des frais médicaux initiaux, de la fréquence (30 à 50% des cas) des douleurs chroniques séquellaires, et de la perte associée des journées de travail. De plus, les différentes approches thérapeutiques proposées ne sont pas d'un bon niveau de preuve.

### Objectifs :

Évaluer si la formation des médecins à une prise en charge active des coups de fouet cervicaux était plus efficace qu'une prise en charge habituelle. Comparer l'efficacité de plusieurs séances de physiothérapie à une seule séance de conseils dans les douleurs chroniques secondaires aux coups de fouet cervicaux et évaluer leur rentabilité pour le système de santé.

### Méthode :

Cet essai clinique en 2 étapes a été réalisé dans 15 services d'accueil des urgences (SAU) de 12 hôpitaux, de décembre 2005 à décembre 2008. Il portait sur la prise en charge des « coups du lapin », de stade WAD 1 à 3. Le Whiplash Associated Disorder comprend 5 stades de 0 à 4 :

- Stade 0 : il n'y a aucun symptôme et aucun signe d'examen physique ;
- Stade 1 : il existe une plainte de douleur, de raideur ou seulement de sensibilité du cou sans signe clinique ;
- Stade 2 : la cervicalgie s'accompagne d'une limitation objective des amplitudes cervicales et il existe des points douloureux à la palpation ;
- Stade 3 : la symptomatologie cervicale s'accompagne d'anomalies neurologiques (abolition d'un réflexe, déficit sensitif, déficit moteur) ;

- Stade 4 : les signes cliniques sont importants et il existe des lésions graves ostéoarticulaires (fracture ou luxation).

La première étape était un essai contrôlé, randomisé en grappes. Les SAU ont été randomisés en deux groupes qui ont reçu les mêmes informations sur ce type spécifique de traumatisme et sur le design de l'étude.

Dans le groupe 1, les médecins étaient formés à réaliser des consultations actives de prise en charge des « coups du lapin » : rassurer sur le bon pronostic, encourager un retour le plus tôt possible aux activités normales, réaliser des exercices individuels, expliquer que la douleur est une réponse normale et que l'antalgie peut être obtenue, éviter le port du collier cervical et s'assurer que tous les patients recevaient le « Livre du traumatisme cervical ». Dans le groupe 2, les patients recevaient le protocole et le livret de conseils habituellement utilisés par le SAU.

Les patients étaient informés que le service participait à une étude; ils devaient donner leur consentement verbal pour l'inclusion et le suivi à 1 an. Ils étaient également informés que s'ils présentaient des douleurs persistantes à 3 semaines, ils pourraient bénéficier de séances de physiothérapie.

L'étape 2, nichée dans la première, consistait en une randomisation individuelle, stratifiée par centre, des patients de l'étape 1 (des 2 groupes) se plaignant d'une symptomatologie persistante après 3 semaines. Un bras bénéficiait de 6 séances de physiothérapie sur 8 semaines (thérapie manuelle sans manipulations, conseils sur la gestion de la douleur, intérêt des exercices, récupérations des activités normales, soutien psychologique concernant l'anxiété liée



à la reprise de la voiture...), l'autre bras ne bénéficiait que d'une seule séance de 30-40 minutes (examen clinique et conseils).

Le critère d'évaluation principal était le NDI (Neck Disorder Index) correspondant aux restrictions d'activités secondaires à la douleur dans 10 domaines de la vie quotidienne. Les critères secondaires comprenaient l'évaluation de la qualité de vie (SF12), l'auto évaluation des cervicalgies, l'utilisation de ressources publiques et privées de santé, les journées de travail perdues et l'historique des réclamations financières.

La collecte des données était faite à partir de questionnaires postaux à 4, 8 et 12 mois.

L'analyse a été faite en intention de traiter avec ajustement sur le WAD et le NDI pour les 2 étapes.

## Résultats :

6 952 patients ont été éligibles, et 3 851 ont accepté de participer à l'étude. 2 704 (70%) des 3 851 patients ont rendu des données à 12 mois, sans différence entre les groupes 1 et 2. 949 (25%) des patients se sont plaints de symptômes persistants à 3 semaines et 599 ont été randomisés pour l'étape 2, (45% du groupe 2 et

55% du groupe 1). Par rapport à l'ensemble des patients, ceux de l'étape 2 présentaient d'avantage de WAD 2-3, d'antécédents de problèmes cervicaux, et il y avait plus de femmes. Il y a eu 20% de perdus de vue à l'étape 2.

**Dans l'étape 1**, 1 598 patients ont été assignés à la prise en charge habituelle, et 2 253 à la consultation de prise en charge active. Les 2 groupes étaient comparables à l'inclusion (âge moyen 37 ans, 42% d'hommes, plus de 70% blancs et 94% d'AVP) (WAD 1 = 55%, WAD 2 = 42% et WAD 3 = 2%).

Sur le critère principal (différence moyenne sur le NDI) il n'y a pas eu de différence entre les groupes 1 et 2, que ce soit à 4 mois (0,5 - IC95 : -2,1-3,0) à 8 mois (0,8 -IC95 : -1,6-3,1) et à 12 mois (0,5 -IC95 :-1,5-2,5).

Pour les différents critères secondaires, il n'y avait pas de différence entre les groupes 1 et 2.

Le coût global moyen pour la prise en charge active (€305) était supérieur à celui de la prise en charge habituelle (€277).

**Dans l'étape 2**, 299 patients ont reçu des conseils et 300 des séances de physiothérapie.

Dans le groupe conseil, 80% des patients ont assisté à toutes les séances, contre seulement 67% dans le groupe physiothérapie. Ces derniers avaient une instabilité du cou plus importante et ils ont eu, pour le critère principal (NDI), une amélioration significative mais modeste au 4ème mois (-3,7 IC95 :-6,1 à -1,3). Cette différence ne persistait ni au 8ème mois (-1,0 IC95 :-3,6-1,6) ni au 12ème mois (-2,0 IC95 :-4,6-0,6).

Pour les critères secondaires, il n'y avait pas de différence sauf pour le nombre de jours de travail perdus (4 jours de moins pour le groupe physiothérapie). Par contre les patients du groupe physiothérapie ont plus consulté leur médecin généraliste, plus fréquenté les urgences et consommé plus de médicaments.

Le coût moyen des séances de physiothérapie (£414) était supérieur à celui de la seule la séance de conseils (£356).

## Résultat principal :

Les consultations de prise en charge active des « coups du lapin cervicaux » aux urgences n'ont pas montré leur supériorité par rapport aux prises en charge habituelles, et ce pour un coût moyen plus élevé. Les résultats sont identiques dans la prise en charge des douleurs chroniques après la 3ème semaine (physiothérapie versus 1 seule séance de conseils).

## Commentaires :

L'analyse des autoévaluations par les participants de cette étude (selon 5 niveaux : « beaucoup mieux, mieux, identique, plus mal ou beaucoup plus mal » et pour les 2 étapes à 4, 8 et 12 mois) est intéressante car elle ne montre pas de différence, quelle que soit la prise en charge. Avec cependant une petite dégradation au fil du temps pour les items « beaucoup mieux et mieux » (de 55% à 40% entre 4 et 12 mois pour l'étape 1 et de 65% à 45% pour l'étape 2) et « identique » (de 14% à 25%) et une stagnation des items « plus mal et beaucoup plus mal » entre 6 et 9%. Le nombre de perdus de vue est important (32% dans les 2 groupes de l'étape 1 et 20% pour ceux de l'étape 2) mais ce chiffre renforce peut être l'idée qu'une grande partie de ces cervicalgies aiguës post traumatiques a un bon pronostic. Même si 50% en souffrent encore à 1 an.

La prise en charge à la phase aiguë des coups de fouets cervicaux reste mal définie et les résultats des études sont discordants. Une revue Cochrane de 2007 <sup>(2)</sup> concluait que les études analysées étaient de mauvaise qualité méthodologique et trop hétérogènes

## Références

1. <http://bit.ly/WHIJgu>

2. Verhagen AP, Scholten-Peeters GG, van Wijngaarden S et al -

Conservative treatments for whiplash. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Apr 18;(2):CD003338.

3. Côté P, Hogg-Johnson S, Cassidy JD, et al Initial patterns of clinical care and recovery from whiplash injuries: a population-based cohort study. Arch Intern Med. 2005;165(19):2257-63.

4. Kongsted, Alice; Qerama, Erisela; et al - Neck Collar, "Act-as-Usual" or Active Mobilization for Whiplash Injury? A Randomized Parallel-Group Trial Spine. 2007;32: 618-626.

5. Carroll, Linda J.; Holm, Lena W.; Hogg-Johnson (et al) - Course and Prognostic Factors for Neck Pain in Whiplash-Associated Disorders (WAD): Results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders - Spine. 2008 33(45):S83-S92, (February 15) <http://bit.ly/14X7iUS>

pour pouvoir apporter une réponse claire. Un travail canadien de la même année <sup>(3)</sup> avait montré qu'augmenter l'intensité des soins initiaux dans les coups de fouet cervicaux était associé à une récupération plus lente de l'ordre de 25% sur une année, après ajustement sur un certain nombre de facteurs confondants (stade initial des lésions, comorbidités, statut socioéconomique, type de collision). Le délai moyen de guérison s'étalait entre 300 et 700 jours, surtout après chiropraxie. Et un travail danois <sup>(4)</sup> arrivait aux mêmes conclusions, en insistant sur le fait que le port d'un collier cervical semblait retarder la récupération. Les conclusions de la Task Force US <sup>(5)</sup> donnaient les mêmes délais de guérison (50% à 1 an pour les WAD 1 à 3) et insistaient sur les facteurs pronostiques négatifs (comportement passif d'adaptation, état dépressif, peur des mouvements et compensation financière).

Il nous faut tenir compte de tous ces éléments dans notre prise en charge de ces patients. Il faut bien les examiner, contrôler la douleur, ne pas prescrire de collier cervical, rassurer en expliquant le caractère anxiogène de ce traumatisme, insister sur une reprise rapide des activités Et il faut garder à l'esprit que 50% d'entre eux seront encore gênés au bout d'un an et que moins de 10% poseront un problème difficile (entre sinistrose et attente de dédommagements financiers).

# Article en anglais : soins primaires en GB

## Round 1: France challenges the United Kingdom in doctor-patient relationship

Vincent Guion, interne & Inès Lakbar, externe & Jennifer Phillips, médecin généraliste, Toulouse

What vision do the British living in France have of French primary care? We asked a group of British citizens from England and Scotland what they thought.

The interview was focused on the possible differences between the French and the British General Practitioners (GPs) in managing "comprehensive first contact and continuing care" <sup>(1)</sup>.

The first difference is the **choice of the GP**. In the United Kingdom (UK) patients are allocated to particular surgeries according to their address <sup>(2)</sup>. In France it is much more common to choose and switch GPs, and this right is defended as much by the patients as by the GPs themselves. British patients seem to like this additional right, but are faced to little choice in France.

*"I chose a doctor who spoke English. It's reassuring if the GP can. It's the patient's responsibility to speak French, but when you have a medical condition, it's nice for the doctor to come out to you."*

The general **availability** of the GPs tends to be higher in France. This impression is appreciated among British patients, as much on a personal point of view as a general public health point of view. Despite what we may think, the French system is perceived as better for preventive care (but it seems due to confusion between screening and multiplying tests).

*"I have the feeling that if you really need it, it is nice to know that the doctor is not about twenty minutes more, you can talk to him for longer [...]. And this is never the case in the UK"*

*"I think there is the feeling that the French doctor has time for you, and emphasises on the preventative side rather than treating a condition when it's occurred, trying to keep your general health under control so that the problem does not develop."*



**Clinical examination** reveals to be led rather differently. British doctors are trained to maximize the effectiveness of their consultations, which should not last more than ten minutes. French doctors take more time to consider several reasons for consultation, do more clinical examination and further tests. In fact the French have a more curative approach and use them mostly to confirm a clinical suspicion.

*"In France I was asked to take all my clothes off, which doesn't happen in England. The French are more polite: "excusez-moi", before putting the speculum in!"*

*"They are very very thorough here. Not unnecessarily thorough. But sometimes you don't want to say I have a problem with this because you know you are down a whole other road of tests."*

The way doctors refer their patients to a **specialist** is more directive in the UK. The details are organized mostly by the GP, and then communicated to the patient <sup>(3)</sup>. In France the patient is given the responsibility to make an appointment with the specialist and keep their medical records.

*"I think the biggest difference between the 2 systems is that [here] you are responsible for your own documents and appointments... If you are given a letter for a specialist, it is your responsibility to go and make an appointment with him."*

For a British patient, it is normal to come out without a **prescription**, and a reassurance is often enough. It is even annoying to get so many prescriptions when it is not the expected outcome.

*"There's a lot of treatment that you get here and would never get in the UK, full blood test, and a follow up for this, a follow up for that... Now I go to the pharmacy with a carrier bag."*

The relation to **money** between a patient and their doctor does not exist in the UK, whereas it is the conclusion of a consultation in France. The different doctors' remuneration <sup>(4)</sup> has consequences on the doctor-patient relationship. British GPs are paid for a closed number of hours spent in their surgery <sup>(5)</sup>. The French are paid depending on the number of patients they see, regardless of the time spent. Medical time is shared differently, with more responsibilities given to nurse practitioners in the UK (i.e education, follow-up, blood pressure, diabetes balance, etc.) leaving only problematic situations to the doctors. The French per capita system looks like a business even though the British, paid directly by the government earn more than twice as much.

*"When you go to a French doctor, the first thing that you are expected to do is to give your Carte Vitale and your money. In the English system [...] we don't pay for the treatment, so you actually forget*

## Références

1. Definition of Primary Care, American Academy of Family Physicians, <http://bit.ly/13TlPoi>
2. NHS Choices, GP choice. <http://bit.ly/Z09nLY>
3. NHS hospital treatment and information about specialists, British Medical Association. <http://bit.ly/X7lfMx>
4. Kroneman MW, Van der Zee J, Groot W. Income development of General Practitioners in eight European countries from 1975 to 2005. BMC Health Serv Res., 2009 Feb 9;9:26
5. NHS Employers. Pay circular (M&D) 1/2012 <http://bit.ly/Z09wif>

*about it. The interesting question is do you think that the care is actually more valuable if you're paying or if you are not."*

*"The practice here is a business"*

Most importantly the patients all agreed:

*"I put no difference in trust between French and English doctors."*

**So what do you think: the French way: - better choice, more time with the patient, more autonomy but maybe lost time and excess tests? Or the British way: - help from the nurses to better optimize medical time and no worry about money?**

*Our warmest thanks go to the British ladies settled in Aveyron who kindly accepted to take part in the interview, and to Mrs Félicie Pastore for reviewing this article.*



# Les Associations

## Alors voilà...

Mathilde Radenne, interne & Bastien Jeudy Brosset, interne

Pour ceux et celles qui n'en ont pas encore entendu parlé, « Alors voilà » est un blog créé fin 2012 par un interne de médecine générale de Toulouse suite au mouvement de grève de l'ISNIH et à l'image des internes et du milieu médical, plutôt négative, donnée dans les médias.

Ce blog raconte des anecdotes vécues par des internes de médecine ou par des médecins à l'hôpital ou au cabinet.

Il a remporté un prix au XIVème congrès national des internes de médecine générale de l'ISNAR organisé à Tours réunissant cette année 500 internes de médecine générale : le prix Alexandre Varney.

Le prix Alexandre Varney est remis chaque année et a pour but de récompenser un travail valorisant notre discipline : la Médecine Générale. Il est organisé par l'ISNAR-IMG lors du Congrès national des internes en Médecine Générale qui a lieu en janvier.

Il peut s'agir de différents types de projet comme une vidéo, un article ou une bande dessinée, d'un mémoire ou d'une thèse soutenue pendant l'année du congrès ou celle qui le précède. Le thème est vaste mais facile : tout ce qui nous concerne dans notre vie d'interne, pouvant aller de notre travail à nos souhaits de pratique future ou notre vie privée.

Toutes les villes peuvent participer, y compris celles non adhérentes à l'ISNAR-IMG.

Le jury chargé de la lecture des travaux est constitué d'un membre du Bureau National de l'ISNAR-IMG, d'un Président de ville ou de son représentant (tout deux élus par le Conseil d'Administration), et d'un membre d'honneur extérieur à l'ISNAR-IMG impliqué dans le domaine de la Médecine Générale choisi par le Bureau National.

Le nombre de travaux présentés est illimité. Si plus de six projets sont reçus, le jury se réserve le droit d'en retenir au minimum 6 d'après les résumés envoyés. Les candidats retenus effectuent en

suite une présentation orale de 5 minutes au cours d'une plénière lors du Congrès de janvier.

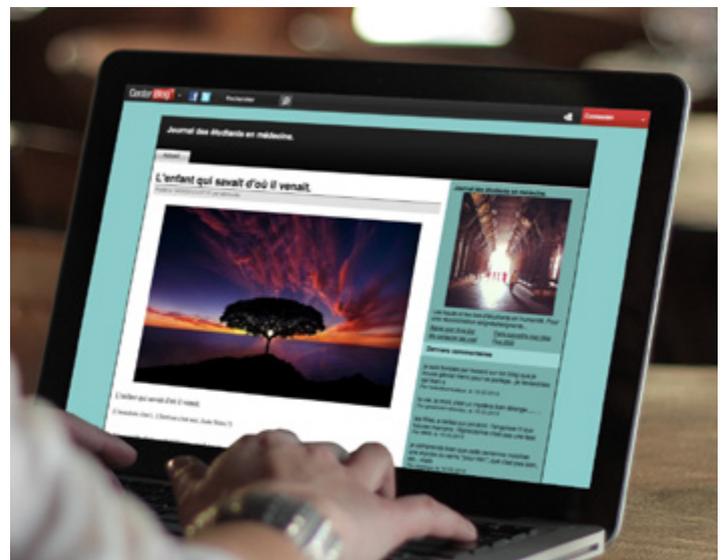
À l'issue de cette présentation, le jury sélectionne trois projets qu'il souhaite distinguer. Enfin, il désigne parmi eux le vainqueur, qui est dévoilé lors de la soirée de Gala du Congrès.

Le prix est alors remis au lauréat, il comprend une œuvre d'art et 1000 €.

Ce prix existe depuis 2004, en hommage à Alexandre Varney, un interne qui était très investi dans la défense de la Médecine Générale au sein de son syndicat local et à l'ISNAR-IMG pendant toute la durée de son mandat.

**Alors voilà, c'est par là :** <http://alorsvoila.centerblog.net/>

et bientôt en librairie puisque notre interne a signé avec une maison d'édition pour publier ses anecdotes et d'autres surprises...



# Les Associations

## Le Téléthon vécu par l'ACEMT

David Outh-Gauer, externe, Toulouse

### La Corpo fait son Téléthon

Le Téléthon, cet évènement, créé en **1987** par l'AFM (**Association Française contre les Myopathies**)<sup>(1)</sup>, a comme objectif de financer les projets de recherche essentiellement sur les **maladies génétiques neuromusculaires** mais aussi sur d'autres maladies génétiques rares. Le Téléthon français, qui recueille 3 % des dons annuels des Français, est la plus grosse collecte populaire au monde.

Pour la majorité de la population française, le Téléthon se résume en un unique évènement télévisuel occupant une fois par an les antennes de France Télévision, durant le premier weekend du mois de décembre. Cette année, pour sa 26<sup>ème</sup> édition, l'AFM organisait le marathon solidaire sous le slogan « Osez Vaincre », et à travers d'innombrables actions de plus ou moins grande envergure, toute la France se mobilisait.

Pour la Corpo toulousaine, le Téléthon fait partie des évènements incontournables de la vie associative carabine. En parallèle des projets de Santé Publique, des projets Hospitaliers et des projets Développement Durable, le Téléthon est sûrement l'évènement qui réunit le plus de bénévoles dans le cadre des projets de Solidarité Locale.

### Equipe d'organisation :

Sur le campus universitaire toulousain, beaucoup d'autres filières, de santé ou non, participent à l'évènement. En ce qui concerne la Corpo médecine, une quinzaine de DFGSM2 (anciennement PCEM2) se sont fédérés autour de la Vice Présidente Solidarité Locale, Maryne Gascoin (DFGSM 3, UFR Purpan) pour que l'ACEMT puisse organiser son Téléthon.

Tel un chef d'orchestre, elle dut déployer nombre de compétences pour coordonner la dizaine de postes de Chargés de Mission. Ainsi, partageant son temps entre les démarches administratives, la gestion de la trésorerie, la communication sur les évènements Téléthon auprès des différentes promotions, l'organisation de ces évènements, la gestion des flux de matériel, et le partenariat avec différents commerçants toulousains, la tâche ne fut pas aisée.

Mais, à travers une dizaine d'évènements étalés sur une période d'un mois et demi, de début novembre à mi décembre, (stands de vente de nourriture, différentes soirées à thème, stands stéthoscopes et célèbre lâcher de ballons au Capitole), l'investissement de l'équipe fut payant et a permis ainsi de reverser 9685.39€ à l'AFM, faisant vivre à ses participants une expérience qu'ils ne seront pas prêts d'oublier !

### L'AFM : des dons pour faire avancer la recherche

L'AFM existe depuis 1958 et organise ses activités selon trois axes principaux : guérir, aider et communiquer.

Guérir : Il existe environ 300 maladies neuromusculaires contre lesquelles se bat l'AFM-Téléthon. Des maladies pour la plupart d'origine génétique, évolutives, lourdement invalidantes et dont le pronostic est souvent très sombre.

La moitié des essais sur l'Homme soutenus par l'AFM concerne des maladies rares autres que les maladies neuromusculaires. En effet, depuis le premier Téléthon, en 1987, l'AFM a investi 250 millions d'euros dans la recherche sur ces maladies rares. Ainsi, l'AFM travaille en partenariat avec des associations telles que Vaincre la mucoviscidose, Alliance Sanfilippo ou encore la Fondation du rein et l'Association pour l'information et la recherche sur les maladies rénales génétiques.

De plus, l'AFM soutient également des projets de recherches sur les maladies dites « fréquentes ». On pourra citer par exemple des essais sur le traitement de l'infarctus du myocarde, ou encore un essai dans le cadre de la Progéria, concernant un médicament qui pourrait permettre de combattre l'un des effets secondaire des trithérapies utilisées contre le vieillissement prématuré des cellules du patient.

On peut citer enfin sa collaboration aux travaux d'I-Stem (laboratoire dont elle est cofondatrice)<sup>(2)</sup> pour créer de la peau à partir de cellules souches pourraient servir à soigner les grands brûlés.

Aider : Les maladies neuromusculaires font partie des quelque 7 000 maladies rares qui touchent chacune un nombre restreint de personnes mais affectent au total plus de 30 millions d'Européens et trois millions de Français. En France, elles représentent quelque 30 000 nouveaux cas par an.

Il existe naturellement un partenariat avec le monde médical ; Pour illustrer cette réalité, l'AFM a par exemple impulsé la création de **75 consultations hospitalières spécialisées** dans les maladies neuromusculaires, dont elle finance en partie le fonctionnement.

L'association milite aussi pour un meilleur accompagnement des familles et œuvre également à un gain d'autonomie pour les malades : ainsi ont pu voir le jour des lieux de vie adaptés qui réunissent toutes les compétences médicales et paramédicales nécessaires à l'amélioration des conditions de vie des patients. Dans cette optique, des fonds sont injectés dans l'innovation technologique : appartements domotisés, fauteuils plus confortables, plus intelligents ... Par ces biais, l'AFM contribue à l'importation ou au développement de nombreuses **aides techniques innovantes** pour compenser le handicap.

Meilleur témoin de ces efforts, en cinquante ans, l'espérance et la qualité de vie des patients ont fait un bond. En moyenne, les personnes atteintes de **myopathie de Duchenne** bénéficient de 15 ans de vie en plus.

Communiquer : Cet axe est primordial pour que les consciences restent éveillées et que la recherche avance. Ainsi l'AFM s'est dotée de plusieurs types de médias :

- un site internet officiel (en partenariat avec l'HAS) permettant d'informer le grand public, les malades et leur famille, mais aussi les professionnels de santé, les chercheurs et les journalistes. Des films sont également disponibles sur le site.
- l'AFM édite également des publications spécialisées pour les scientifiques et les médecins et un magazine bimestriel destiné aux familles et aux professions médicales, paramédicales et sociales qui les accompagnent : VLM (*Vaincre les maladies neuromusculaires*).
- enfin, elle organise régulièrement des événements : colloques scientifiques ou médicaux, rencontres entre familles, chercheurs et médecins...

### Références

1. AFM – Téléthon <http://bit.ly/13TkfmA>
2. Laboratoire i-stem <http://bit.ly/X7iqLD>

## ACTUALITES DE L'AIMG-MP

Comme chaque année, l'AIMG-MP recueille les **évaluations de stage** des internes de médecine générale (IMG) ainsi que leurs **pré-choix**.

Dans un souci de continuelle amélioration et pour répondre aux demandes des internes, ces évaluations et pré-choix se modernisent.

Cette année un tout nouveau module de pré-choix est testé, ressemblant à celui de « Coline » pour les ECN.

Les évaluations sont depuis l'année dernière des évaluations standardisées à remplir via un google doc.

Ce recueil des évaluations et des pré-choix permet de connaître les terrains de stage posant problème ou au contraire rencontrant un grand succès, ainsi que les demandes des internes, afin de prévoir

les postes pour le semestre à venir lors des commissions d'évaluation des besoins en lien avec le DUMG ainsi que l'ARS.

Et comme chaque année, à venir les **soirées de formation** de l'AIMG-MP :

- soirée sur le thème du **remplacement** ayant eu lieu le vendredi 17 mars
- soirée **fiscalité** le vendredi 19 avril pour mieux comprendre comment remplir sa déclaration d'impôts en tant qu'interne mais surtout en tant que remplaçant !

Suivez nos actualités et des informations pratiques sur le déroulement de l'internat de médecine générale en Midi Pyrénées sur notre site : [www.aimg-mp.com](http://www.aimg-mp.com)