



HAL
open science

Analyse qualitative de la gestion de la corticothérapie au long cours en cabinet de médecine générale

Caroline Bellais

► **To cite this version:**

Caroline Bellais. Analyse qualitative de la gestion de la corticothérapie au long cours en cabinet de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01632704

HAL Id: dumas-01632704

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01632704>

Submitted on 10 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Nice Sophia-Antipolis
Faculté de Médecine de Nice

Analyse qualitative de la gestion de la corticothérapie au long cours en cabinet de médecine générale

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice
Le dix-neuf octobre deux mille dix sept

Par Caroline BELLAIS
Née le 11 Février 1991 à Paris

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine
(Diplôme d'Etat)

Devant la commission d'examen composée de :

Monsieur le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET, Président du Jury
Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER, Assesseur
Monsieur le Professeur Thierry PASSERON, Assesseur
Monsieur le Docteur David DARMON, Assesseur
Madame le Docteur Mathilde VERSINI, Directrice de Thèse

LISTE DES ENSEIGNANTS

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE



Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Vice-Doyen

Assesseurs

Conservateur de la bibliothèque

Directrice administrative des services

Doyens Honoraires

M. BAQUÉ Patrick

M. BOILEAU Pascal

M. ESNAULT Vincent
M DELLAMONICA Jean
Mme BREUIL Véronique
M. MARTY Pierre

Mme AMSELLE Danièle

Mme CALLEA Isabelle

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc

M. BALAS Daniel

M. BATT Michel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIÈRE Françoise

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. CANIVET Bertrand

M. CASSUTO Jill-patrice

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

Mme CRENESSE Dominique

M. DARCOURT Guy

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DESNUELLE Claude

M. DOLISI Claude

M. FRANCO Alain

M. FREYCHET Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. GRIMAUD Dominique

M. HARTER Michel

M. INGLESAKIS Jean-André

M. JOURDAN Jacques

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE FICHOUX Yves

Mme LEBRETON Elisabeth

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. ORTONNE Jean-Paul

M. PRINGUEY Dominique

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. SCHNEIDER Maurice

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. ZIEGLER Gérard

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE



Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSÉ Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

« Nou Veut Nou Peut »

REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse et amie, Docteur VERSINI

C'est un sacré binôme qui a vu le jour il y a 3 ans. Tu m'as enseigné rigueur, perfectionnisme, raisonnement et empathie. Ton influence sur ma pratique de la médecine est incontestable.

Puis j'ai découvert une femme exceptionnelle, aux qualités de cœur incroyables. Tu as été exemplaire dans la direction de cette thèse, tu as su me conseiller et m'encourager. Je suis fière de notre duo, fière de notre thèse. Merci pour tout. Je n'oublierai jamais.

A mon président de Jury, Professeur FUZIBET,

Merci pour votre implication dans mon travail et mon parcours. Merci d'avoir accepté de présider ce jury.

Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur HOFLIGER,

Merci pour votre aide et votre soutien tout au long de mon DES ainsi que pour votre engagement auprès de tous les internes de médecine générale.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

Monsieur le Professeur PASSERON

Votre présence au sein du jury de cette thèse est un honneur.

Vous avez toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur DARMON,

Merci pour ces 6 mois de cohabitation au cabinet qui furent un réel plaisir.

Merci pour ton implication au sein du DERMG qui valorise notre belle spécialité.

Je suis très flattée de ta présence dans ce jury.

A mes parents,

Merci pour votre amour et tous vos sacrifices qui m'ont permis de réussir tous mes projets. Vous m'avez soutenu (et supporté) toutes ces années, sans faillir.

Ce diplôme est le votre et je suis fière de vous.

Je vous aime et vous serai éternellement reconnaissante.

(Des bisous du balcon)

A mon Vinvin,

Merci pour ton grand sourire de Bamako, ton amour et nos si nombreuses rigolades.

Vive tes « tu travailles ou tu fais semblant ? » les cacatoes et autres loutres. Je suis la plus chanceuse des ti'sœurs.

A Romain,

Merci pour tous ces rêves, tous ces projets qui me donnent des ailes. Merci de me faire voyager, naviguer, skier, rire. Merci de m'écouter, de me consoler et de m'aimer comme tu le fais. OUI je suis niaise mais je n'ai pas pu m'en empêcher...Because of the menu.

A mon Papilou,

Il n'y aurait probablement pas de Dr BELLAIS sans toi. Merci de m'avoir tant inspiré et tant soutenu. Merci pour tous ses pinceaux avec lesquels je me badigeonne sans oublier les Gaulois dans la plaine. Ta courgette.

A ma Nounou,

Merci pour ton énergie et ta volonté-volonté. Avec tout mon amour.

A ma Belle Famille,

Déjà si précieuse, Merci pour votre générosité et votre accueil. Merci pour votre folie qui vous caractérise et que je chéris tant.

A Clémoune,

Mon zoukzouk. Ma pépite. Tu es mon rayon de soleil depuis tant d'années... Merci pour ta bienveillance, ta fidélité ; merci pour tous nos moments précieux.

A Marion,

Merci de m'avoir suivi, merci de partager mon quotidien et d'être toujours là. Merci pour ton amitié sans faille. Je t'aime.

A ma juju.

Pour tous ces souvenirs et toutes ces années d'amitié.

A mes deux anges de l'Archet,

Segogo, Benou. La vie serait si fade sans vous deux. Merci pour votre simplicité, votre tolérance, votre amitié à toute épreuve. A toutes les années de fous rire et de partage qui nous attendent. Je vous aime.

A mes amies de toujours,

Rosie et Dodie : La distance n'a pas eu gain de cause. Je vous aime et vous sais dans mon cœur pour toujours. Merci d'être là.

A la bande des petits mouchoirs, Clémi, Margaux, Titi, Fach, Gregou, Maud, Jaja, Kelly, Marine.

Merci de partager ma vie, de me faire rire, danser, chanter, rêver.

A mes cousins d'amour, rere, yoyo, antho, loic, william, clem et chacha.

A Babeth,

Qui me manque.

A LA VIE,

Merci de m'être si clément

TABLE DES MATIERES

TABLEAU DU PERSONNEL UNIVERSITAIRE	2
REMERCIEMENTS.....	10
TABLE DES MATIERES	12
RESUME	14
LISTE DES ABREVIATIONS.....	15
INTRODUCTION.....	16
MATERIEL ET METHODE.....	18
I. Choix de la méthode.....	18
II. Définition.....	18
III. Echantillonnage.....	18
IV. Recueil de données.....	19
V. Analyse de données.....	19
VI. Ethique	19
RESULTATS	20
I. Données descriptives.....	20
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	20
2. Nombre et durée des entretiens.....	20
II. Analyse du discours.....	20
1. Etat des lieux des pratiques.....	21
1.1 Gestion de la molécule	21
1.1.1. Introduction d'une corticothérapie au long cours.....	21
1.1.2. Modification d'une corticothérapie au long cours	21
1.1.3. Arrêt d'une corticothérapie au long cours	23
1.2. Surveillance	24
1.2.1. Rythme	24
1.2.2. De l'efficacité	24
1.2.3. Des effets secondaires	25
1.2.3.1. Ostéoporose	25

	13
1.2.3.2. Risques infectieux.....	25
1.2.3.3. Diabète.....	26
1.2.3.4. Hypokaliémie.....	26
1.2.3.5. Prise de poids	26
1.2.3.6. Fragilité cutanée.....	26
1.2.3.7. Autres.....	26
1.3. Education.....	27
1.3.1. Mesures hygiéno-diététiques.....	27
1.3.2. Observance.....	28
2. Difficultés rencontrées.....	28
2.1. Connaissances.....	28
2.2. Absence de consensus	29
2.3. Comorbidités.....	29
2.4. Liens avec le spécialiste.....	30
2.5. Interactions médicamenteuses.....	30
3. Besoins d'amélioration.....	30
3.1. Carnet de suivi	30
3.2. Partage de l'information avec le spécialiste	31
3.3. Formations Médicales Continues / Recommandations / Protocoles	31
3.4. Prise en charge pluridisciplinaire	32
3.5. Autres	32
DISCUSSION	33
I. Gestion de la molécule	33
II. Effets secondaires et mesures de prévention.....	36
III. Forces et faiblesses de l'étude	44
IV. Implication des résultats et perspectives	45
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE.....	48
ANNEXE 1 : Guide d'entretien final	52
ANNEXE 2 : Formulaire d'information et de consentement	53
ANNEXE 3 : Caractéristiques des participants	54

RESUME

Introduction :

La corticothérapie au long cours (CTLC) est fréquemment rencontrée en médecine générale dans le traitement de pathologies rhumatismales inflammatoires, vascularites ou pathologies respiratoires. Son bénéfice est souvent contrebalancé par la survenue d'effets secondaires pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel ou vital des patients.

Par ailleurs, la gestion de la CTLC est très hétérogène dans la population des médecins généralistes (MG) et spécialistes du fait de l'absence de données factuelles.

Objectif :

Analyser les perceptions, réflexions et difficultés des MG concernant la gestion d'une CTLC en cabinet de médecine générale.

Méthode :

Une étude qualitative par entretiens individuels semi structurés a été réalisée auprès de 18 MG de la région PACA en 2017. L'analyse a été menée par théorisation ancrée avec double codage.

Résultats :

Les médecins interrogés ont des pratiques hétérogènes dans la gestion de la CTLC, tant au niveau de la prescription de la molécule (introduction, décroissance et arrêt), que concernant les mesures de prévention des effets secondaires. Les difficultés énoncées par les MG sont principalement dues à un manque de données basées sur la science et une communication avec les spécialistes insuffisante.

La prise en charge est donc empirique et à l'origine de nombreux doutes.

Conclusion :

L'analyse des données des 18 entretiens a permis l'émergence de nouvelles représentations : la CTLC est source de questionnements malgré sa large utilisation au cours des maladies rhumatismales principalement.

Cette étude offre des perspectives de progression en lien avec les attentes des MG interrogés: amélioration dans la communication avec les spécialistes, tentative de mise en place de protocoles, création de carnet de suivi, coordination des soins pluridisciplinaires.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACR : American College of Rheumatology
ACTH : Adreno-Cortico-Trophic Hormone
AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
CRP : C-reactive Proteine
CTLC : Corticothérapie au long cours
DCI : Diabète Cortico-Induit
DMO : Densité Minerale Osseuse
FMC : Formation Médicale Continue
GRACG : Groupe de Recherche sur l'Artérite à Cellules Géantes
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : Hypertension artérielle
IPP : Inhibiteur de la Pompe à Proton
LDCI : Lipodystrophie Cortico-Induite
MG : Médecins Généralistes
MSU : Maître de Stage Universitaire
NEJM : New England Journal of Medicine
OCI : Ostéoporose Cortico-Induite
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PPR : Pseudopolyarthrite Rhizomélique
PR : Polyarthrite Rhumatoïde
SNFMI : Société Nationale Française de Médecine Interne
UGD : Ulcère Gastro-Duodéal

INTRODUCTION

De 1933 à 1936, trois groupes de chercheurs isolent à partir des corticosurrénales une substance que l'on baptisera cortisone en 1939. Pour la première fois, une patiente souffrant de polyarthrite rhumatoïde (PR) est traitée de façon spectaculaire grâce à cette hormone. En 1950, Edward Calvin Kendall, Tadeusz Reichstein et Philip Showalter Hench reçoivent le prix Nobel de physiologie et de médecine pour l'ensemble de leurs travaux sur les hormones issues du cortex des glandes surrénales (1). Depuis, les corticoïdes sont largement utilisés comme anti-inflammatoires et immunosuppresseurs. En France, l'autorisation de mise sur le marché de la prednisone date de 1955 et cette autorisation concerne actuellement plus d'une centaine de maladies.

Ainsi, la corticothérapie est utilisée de manière prolongée pour le traitement de nombreuses maladies chroniques. Lors d'une étude descriptive transversale menée par Perdoncini-Roux *et al* en 2009 auprès de 860 médecins généralistes (MG) français du Réseau Sentinelles, les principaux motifs de prescriptions de corticoïdes au long cours (durée > 3mois) étaient les pathologies rhumatismales inflammatoires (47%) suivies des vascularites (21%), des néoplasies (11%) et des pathologies respiratoires (10%) (2).

De fait, la corticothérapie au long cours (CTLC) est fréquemment rencontrée en médecine générale. En 1996, Walsh LJ a conduit une étude rétrospective sur quatre ans auprès de 65,786 personnes issues de la population générale afin de déterminer la prévalence d'utilisation de la CTLC en Angleterre. Au sein de cette cohorte, la prévalence d'utilisation d'une CTLC était de 0,5% dans la population totale et 1,4% chez les sujets de plus de 55ans avec une durée médiane de traitement de trois ans (3).

Le bénéfice de la corticothérapie est souvent contrebalancé par la survenue d'effets indésirables cliniques et/ou biologiques dont certains peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel ou vital des patients (tels que l'ostéoporose, les infections, le diabète, les troubles ioniques,...).

Des mesures adjuvantes à la corticothérapie permettent de limiter l'apparition de certains effets secondaires. Si parmi ces mesures, la prévention de l'ostéoporose bénéficie de recommandations claires (4), les autres mesures de prévention ne font l'objet d'aucun consensus.

Du fait de la large prescription des CTLC au sein de la population, et de la nécessité d'un suivi et d'une surveillance réguliers, la place du MG dans la gestion de ce traitement est centrale.

Cependant, plusieurs études descriptives transversales ont montré une grande hétérogénéité des pratiques des MG mais aussi des spécialistes face à la gestion de la CTLC (2,5,6). Cette hétérogénéité s'explique notamment par l'absence de données factuelles.

A ce jour aucune étude qualitative n'a évalué le vécu, les attitudes et les expériences personnelles des MG concernant la CTLC.

Cette thèse a pour objectif d'analyser les perceptions, réflexions et difficultés concernant la gestion d'une CTLC en cabinet de médecine générale.

MATERIELS ET METHODES

I. Choix de la méthode :

Nous avons choisi la méthode qualitative qui est adaptée à l'exploration des représentations des participants (7). Cette méthode permet d'appréhender les expériences, le vécu et le ressenti vis-à-vis d'une pratique.

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés afin de favoriser la libre expression des MG, sans aucune forme de jugement venant de confrères (en comparaison des focus group).

II. Définition

Selon les critères de la Haute Autorité de Santé (HAS) (4), la CTLC a été définie comme une dose $>7,5\text{mg/jour}$ d'équivalent prednisone pendant plus de 3 mois consécutifs.

III. Echantillonnage

Les critères d'inclusion étaient d'être un MG installé dans la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) (Var et Alpes-Maritimes), de suivre ou d'avoir suivi au moins un patient sous CTLC et d'accepter de participer à l'étude.

Nous avons procédé à la constitution d'un échantillon dit « en recherche de variation maximale ». Il s'agit d'un échantillonnage dynamique recherchant une diversification de MG, par rapport au sexe, à l'âge, au mode et milieu d'exercice et à la qualification de Maître de Stage Universitaire (MSU).

Le mode de recrutement a été un « snowballsampling » (boule de neige). Les médecins interrogés ont été recommandés par les précédents en raison de l'intérêt des éléments qu'ils pourraient apporter.

La taille de l'échantillon a été définie a posteriori, après avoir obtenu une saturation des données.

IV. Recueil de données

Les médecins recommandés ont été contactés par téléphone. Le lieu et la date du rendez-vous ont été laissés à la convenance du médecin.

Un guide d'entretien a été élaboré puis modifié au cours de l'étude afin de répondre au mieux à la problématique. L'annexe 1 correspond à la version finale de ce guide.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone visible en permanence par le médecin.

Chaque enregistrement audio a ensuite été retranscrit sous forme verbatim, dans l'optique de traduire l'authenticité des propos.

V. Analyse de données

Une analyse thématique de texte a été appliquée sur le corpus verbatim avec identification des unités de sens. Un codage par deux chercheurs a été effectué (double codage) à l'aide du logiciel NVivo.

Les unités de sens ont ensuite été regroupées afin de dégager plusieurs thèmes et profils de médecins.

Les thèmes les plus pertinents ont été développés dans la partie résultats.

VI. Ethique

Le consentement des participants a été recueilli oralement et par écrit grâce à un formulaire dédié (Annexe 2).

L'anonymisation des participants, des lieux et des personnes cités a été faite lors de la retranscription de chaque entretien.

RESULTATS

I. Données descriptives

1. Caractéristiques de l'échantillon

Dix-huit MG ont participé à cette étude.

Leurs caractéristiques (âge, sexe, lieu, mode d'exercice, MSU, nombre de patients sous CTLC, pathologies en causes) sont résumées dans l'Annexe 3.

L'échantillon comporte 11 hommes pour 7 femmes.

L'âge de la population recrutée est compris entre 29 ans et 65 ans avec une moyenne de 47 ans. Huit médecins ont moins de 40 ans et 3 ont plus de 60 ans.

Parmi les médecins interrogés, 13/18 sont MSU.

Huit médecins exercent en milieu urbain, 5 en milieu rural et 5 en milieu semi rural.

Deux médecins exercent seuls et 16 en cabinet de groupe.

Six médecins suivent plus de 10 patients sous CTLC; 8 médecins suivent entre 5 et 10 patients et 4 médecins suivent entre 1 et 5 patients.

Les raisons les plus fréquentes de prescriptions de CTLC dans la population de médecins interrogés sont : la pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR) (n=12/18), la maladie de Horton (n=9/18), les pathologies néoplasiques (n=8/18), la polyarthrite rhumatoïde (PR) (n=8/18) et les pathologies respiratoires (n=7/18).

2. Nombre et durée des entretiens

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre le 23 janvier 2017 et le 19 juin 2017.

La saturation des données a été atteinte après 18 entretiens, aucun élément nouveau n'étant apparu lors des 17ème et 18ème entretiens.

Seize entretiens ont eu lieu dans des cabinets médicaux et deux au domicile du médecin.

La durée des entretiens a varié de 11 à 38 minutes avec une médiane de 20 minutes.

II. Analyse du discours

Les résultats de cette étude s'articulent autour de trois grands axes.

Le premier s'attache à l'analyse des pratiques des MG de la région face à la gestion de la CTLC. Le second axe explore les difficultés rencontrées par les médecins. Enfin le troisième axe comporte les attentes ainsi que des propositions d'amélioration.

1 Etat des lieux des pratiques

Les entretiens font ressortir une hétérogénéité des pratiques à tous les niveaux de la gestion de la CTLC.

1.1 Gestion de la molécule

1.1.1. Introduction d'une CTLC

Certains MG ont déclaré initier la prescription de CTLC mais dans des situations jugées exceptionnelles ; en urgence ou dans le cadre d'une poussée typique de PPR.

MG11 : « Soit seul quand c'est nécessaire en urgence, soit en accord avec un spécialiste qui gère la pathologie, on introduit la corticothérapie sur la base d'1mg/kg de prednisone. »

MG9 : « Bon dans le cadre de la PPR surtout, en général je leur donne un schéma thérapeutique. Mais moi j'ai l'habitude de commencer des doses un petit peu fortes. Je commence en général à 40mg 2-3 jours. »

La plupart des MG restent prudents et préfèrent confier leur patient à des confrères spécialistes pour l'introduction des corticoïdes.

MG15 : « En général ce n'est pas moi qui les mets en place les corticothérapies au long cours, c'est souvent un spécialiste, soit un interniste soit un rhumato. »

MG2 : « Pour l'introduction clairement, je ne le ferai pas. Parce-que je ne me sens pas à l'aise et c'est souvent des pathologies assez complexes pour moi alors j'adresserai aux spécialistes. Hmm que ce soit en médecine interne ou effectivement en rhumato selon le type de pathologie. »

1.1.2. Modification d'une CTLC

Les modifications posologiques de CTLC sont couramment réalisées au cabinet de médecine générale.

La première situation détaillée par les médecins est celle de poussée de la maladie de fond.

Les médecins interrogés définissent la poussée par des critères cliniques (douleur dans le cadre d'une pathologie rhumatismale) et biologiques par une augmentation de la C-Reactive Proteine (CRP), conduisant à une augmentation de la dose de corticoïdes le plus souvent empirique.

MG14 : «Voilà donc si je suis à 1mg, je vais essayer 2mg et je vais le revoir rapidement pour réévaluer. C'est fonction des critères de suivi sur la CRP, sur la VS (vitesse de sédimentation), sur les douleurs. »

MG12 : « Si le patient est à 10 et si ça recommence un peu à tirer, je ne vais pas le remonter à 15, je vais le mettre à 12 par exemple. Enfin, concrètement ça se base sur rien. »

La deuxième situation évoquée concernant les modifications de posologie est celle de la décroissance.

Les médecins interrogés sont univoques quant à la nécessité de réaliser une décroissance très progressive lorsque la pathologie est contrôlée; tout en gardant à l'esprit le dogme de "dose minimale efficace".

Aucun médecin n'a fourni le même schéma de décroissance et tous ont conclu à une façon de faire empirique et non consensuelle.

MG12 : « C'est vraiment purement au feeling, en fonction de l'intensité des symptômes avant et des doses qu'ils ont. C'est-à-dire que globalement s'ils ont 1mg/kg jour bon, je dirais on passe de 60 à 40 en 1 mois puis ensuite à 20 en un mois. A 20 on commence à lever le pied, passer à 15, puis 10 puis 7,5 et 3 et 2 et voilà. »

MG13 : « Ça fait une courbe plus ou moins exponentielle avec euh.... Les premiers paliers moins 50% puis après, du moins 30 % à peu près en fonction du dosage disponible, c'est du fabriqué sur mesure. »

MG14 : « Je trouve que c'est très variable. Donc je dis que c'est un peu de la cuisine. »

Au cours des entretiens, nous avons noté deux attitudes distinctes: certains médecins se disent à l'aise quand il s'agit de moduler les posologies et d'autres se sentent moins en confiance, préférant confirmer cette décision auprès du spécialiste.

MG1 : « Le principe même de modifier une posologie ne me fait pas hésiter si j'ai les critères précis pour décider. »

MG5 : « Quand je modifie par contre, je ne suis pas très confortable, donc je recherche toujours les références, les recours parce-que bon je me sais être en danger quand je fais ça. »

MG4: « C'est vrai on aime bien laisser le spécialiste prescrire puis aller derrière et recopier quoi, tu vois, parce-qu'il y a plein de choses auxquelles on ne pense pas. »

Lors d'une analyse matricielle par caractéristiques de cas, il apparaît que la totalité des médecins de moins de 40 ans expriment des réticences concernant la gestion de la corticothérapie. Ils jugent leurs connaissances médiocres et sont systématiquement demandeurs de protocoles et de liens avec le spécialiste pouvant les guider tout au long du traitement. Cette attitude est rarement retrouvée chez les médecins âgés de plus de 40ans.

1.1.3. Arrêt d'une CTLC

Ce thème est source de nombreux questionnements de la part des médecins.

Tous connaissent le risque d'insuffisance corticotrope mais la faible prévalence et la pauvreté de l'examen clinique au cours de l'insuffisance corticotrope génèrent une appréhension manifeste des médecins. Deux d'entre eux seulement en ont déjà rencontré au cours de leur carrière.

MG16 : « Effectivement, chaque fois ça me fait stresser mais parce-que c'est des tableaux un peu bâtards je sais mais..... non, je n'en ai jamais vu. »

MG2 : « Ca m'évoque quelque chose de lointain. Après oui c'est le syndrome de Cushing et les choses comme ça. C'est vrai que je n'en ai pas vu en vrai.

Typiquement ce serait le patient qui gonfle ou avec des douleurs abdominales violentes... je m'inquiéteraï peut être. »

Par ailleurs, beaucoup s'interrogent sur la conduite à tenir en deçà de 5mg par jour de corticoïdes, en particulier les dosages à réaliser et l'intérêt de l'hydrocortisone.

MG10 : « Pour l'arrêt en fait justement, est ce qu'on fait le test au Synacthène ? Est ce qu'on ne le fait pas en ville ? A quelle dose en fait ? Comment on fait les paliers ? »

MG5 : « Après se pose la question du « quand l'arrêter et comment » et ça c'est pas toujours facile. »

MG16 : « Quand on est vers 5mg et là on se dit, qu'est-ce qu'on va faire, est ce qu'on l'arrête totalement, est ce qu'on ne l'arrête pas, est-ce qu'on va faire un dosage derrière etc. ... donc c'est pas simple. Mais après... les arrêts je n'en fait pas des masses, en fait je n'en ai jamais fait encore, des arrêts total. »

1.2. Surveillance

1.2.1. Rythme

La fréquence de surveillance varie selon les médecins interrogés, de 15 jours à 6 mois. La plupart ajustent leur surveillance en fonction de la pathologie de fond, de la dose de corticoïdes et des comorbidités.

MG6: « La surveillance...je dirais que c'est un peu au cas par cas. Il n'y a pas de règles. »

1.2.2. De l'efficacité

Comme cela a été évoqué concernant la modification des posologies de corticoïdes, l'ensemble des MG s'accordent pour surveiller l'efficacité du traitement sur le critère clinique de la douleur dans les indications rhumatismales, et sur le critère biologique de la CRP.

Un médecin nous a confié faire des ordonnances de bilan sanguin à l'avance. En cas de recrudescence des symptômes, le patient se présente directement à la consultation avec les résultats de la CRP. L'intérêt étant « *d'impliquer le malade dans son traitement, et d'optimiser la prise en charge en gagnant du temps.* » (MG3)

1.2.3. Des effets secondaires

Les effets secondaires sont multiples, sources de morbidité et de mortalité.

Nous détaillerons les effets secondaires à l'origine des problématiques majeures soulevées lors des entretiens, et nous verrons qu'ils représentent souvent un frein à la prescription.

1.2.3.1 Ostéoporose

L'ostéoporose cortico-induite (OCI) reste source de débat chez les médecins interrogés.

Beaucoup avouent ne jamais prescrire de supplémentation vitamino-calcique à leurs patients, préférant stimuler l'activité physique et la bonne hygiène alimentaire.

L'ostéodensitométrie n'est pas réalisée de façon systématique dans la population à risque.

Enfin, le traitement par biphosphonates reste très controversé et peu prescrit en pratique.

MG9 : « Alors j'avoue que pour l'ostéoporose, je ne suis pas un fanatique des traitements actuels, je suis très soft, je suis... vitamine D une ampoule tous les 3 mois, la marche et une alimentation équilibrée. Même le calcium, je vais dire, je préfère une alimentation équilibrée en calcium plutôt que leur donner du calcium, des comprimés de calcium à bouffer tous les jours, voilà. »

MG11 : « Là où il y a un flou qui est beaucoup plus important c'est sur l'intérêt des biphosphonates. Donc beaucoup de craintes concernant l'ostéoporose et les traitements par biphosphonates et beaucoup de difficultés à gérer les patients qui sont sous corticoïdes au long cours qui ont une ostéoporose. »

1.2.3.2. Risque infectieux

Les entretiens ont mis en exergue l'appréhension des médecins face au risque infectieux de la CTLC. Beaucoup ont une attitude très prudente avec une prescription plus importante d'antibiotiques et une vigilance accrue vis à vis d'une bonne mise à jour du calendrier vaccinal.

MG7 : « Ca ça me fais peur, voilà un frein : j'ai la trouille par rapport au risque infectieux. »

MG9 : « C'est quand on met de la cortisone ça favorise les infections, il faut mettre à tout prix un antibiotique. »

1.2.3.3 Diabète

Le diabète cortico-induit (DCI) a été abordé par une minorité de médecins, ces derniers n'évoquant aucune difficulté dans sa gestion.

1.2.3.4 Hypokaliémie

Cet effet secondaire a été cité à de nombreuses reprises comme un marqueur biologique à surveiller pour une éventuelle supplémentation. Aucun autre commentaire n'a été fait dans ce contexte.

1.2.3.5 Prise de poids

La prise de poids a été abordée par tous les médecins interrogés. Considérée comme une angoisse constante du patient, la prise de poids nécessite un temps dédié de consultation afin de rassurer et d'éduquer le patient au régime diététique.

MG8 : « Les patients souvent mettent en avant la prise de poids, la répartition un peu bouffie, donc c'est là-dessus que je vais insister en expliquant que c'est normal, que c'est dû au médicament mais aussi ce qui peut être fait pour essayer de la limiter. »

1.2.3.6 : Fragilité cutanée

Cette complication a été parfois citée, comme étant à l'origine de protocoles de pansements lourds et chronophages pour les MG.

MG6 : « C'est un monsieur qui a toute sa tête qui est autonome qui bricole donc à chaque fois qu'il bricole, il se fait mal, à chaque fois qu'il se fait mal il appelle l'infirmière et l'infirmière m'appelle et me le renvoie et on refait des protocoles. Ce sont des soins qui durent des semaines »

1.2.3.7 Autres

D'autres effets secondaires ont été abordés: gastrite et ulcère gastrique, hypertension artérielle (HTA), tremblements, insomnies mais ces complications semblent être gérées sans difficultés au cabinet.

MG8 : « Il n'y a pas de très grosses difficultés parce-que c'est pour moi assez similaire avec d'autres médicaments qui peuvent avoir des effets secondaires aussi. Des anti hypertenseurs qui font gonfler les jambes, des problèmes de brûlures d'estomac, de... donc là ça ressemble plus à tout ce qu'on gère d'habitude »

Aucun médecin n'a évoqué les complications ophtalmologiques de la CTLC, dont le risque accru de glaucome et cataracte.

Aucun des médecins interrogés ne prescrit de façon systématique de médicaments (protecteur gastrique, supplémentation potassique) en mesure associée à la CTLC, sans bilan biologique ou plainte somatique.

1.3. Education

L'éducation thérapeutique, dans ce contexte, est primordiale. Les médecins sont tous conscients de l'intérêt de l'éducation du patient sur son traitement. Sa mise en oeuvre est disparate.

1.3.1 Mesures hygiéno-diététiques

La totalité des MG a évoqué la nécessité d'un régime hyposodé, principalement dans l'idée de lutter contre la prise de poids, les oedèmes et l'HTA.

Certains le notifient sur l'ordonnance ou fournissent des fiches de conseils diététiques, d'autres préfèrent ne pas accabler d'avantage leur patient.

MG13 : « L'éducation est répartie sur chaque consultation avec un renforcement de temps à autre. Ce sont des rappels réguliers. »

MG2 : « Il n'y a pas vraiment de raison de les opprimer avec tout ça. Ils ont déjà leur pathologie et à un moment on peut leur faire confiance pour que tout se passe bien. »

Un seul médecin a mentionné le régime pauvre en sucres rapides en prévention du diabète cortico-induit.

1.3.2 Observance

Les médecins considèrent l'observance et la régularité des prises comme essentielles pour l'efficacité du traitement.

MG1 : « L'observance c'est une espèce de mini combat, non pas quotidien mais mensuel ou hebdomadaire. Parce-que la corticothérapie, elle est forcément très régulière sinon ça ne fonctionne pas bien. »

Les médecins expriment parfois des difficultés d'adhérence de leur patient.

MG2 : « Parce-que moi j'ai une patiente, ça fait tellement longtemps qu'elle l'a sa pathologie, que clairement, elle fait un peu ce qu'elle veut. »

MG9 : « Le problème c'est que souvent euh... ils remontent eux-mêmes la dose, au moins qu'ils vous avertissent qu'ils ont remonté parce-que ça... Ils aiment bien se gérer eux-mêmes. »

2 Difficultés rencontrées :

Les médecins ont rapporté certaines difficultés rencontrées dans la gestion en ville de la CTLC.

2.1 Connaissances :

Quelques médecins se disent « globalement à l'aise » avec la corticothérapie, cela en rapport avec une veille documentaire importante, des logiciels informatiques d'aide à la prescription ou l'expérience. Mais la plupart d'entre eux évaluent leurs connaissances comme étant insuffisantes, nécessitant d'avantage d'information.

MG1 : « J'essaie de me tenir au courant, sur ce qui se fait. J'essaie d'être à peu près au courant dans tous les domaines, celui là aussi. »

MG4 : « Moi je pense qu'on est toujours nul. Si tu veux, on oublie beaucoup de choses au fil du temps et... bon il y aurait une Formation Médicale Continue (FMC) qui correspondrait à ça, je pense que franchement il faudrait que j'y aille. »

2.2 Absences de consensus

Les médecins mettent l'accent sur l'absence de consensus entre spécialistes à l'origine d'une grande disparité de pratique, ainsi que sur l'absence de données factuelles concernant la corticothérapie. Une gestion empirique, « au feeling » et non basée sur des preuves.

MG8 : « Parce-que deux maladies de Horton ne sont pas traitées pareilles et euh.. , on a l'impression des fois, enfin il y a beaucoup l'expérience vécue du médecin qui joue là-dedans, du médecin qui prescrit la cortisone au départ. »

MG16 : « Effectivement s'il y avait des reco claires sur le suivi euh... sur l'instauration, sur la mise en place et sur l'arrêt ça serait fastoche. Mais vu que c'est du cas par cas, je pense que c'est difficile, même les spécialistes entre eux ils ne savent pas comment on fait pour la décroissance donc bon c'est un peu difficile. »

2.3 Comorbidités :

La prise en compte des comorbidités est une difficulté souvent énoncée. Beaucoup de médecins sont réticents à l'utilisation d'un tel traitement chez un patient "poly-pathologique", avec de nombreux facteurs de risques cardio-vasculaires.

MG3 : « Quand ils sont très âgés ce n'est quand même pas simple. Et ce qui est compliqué c'est quand ils sont diabétiques, hypertendus, coronariens... Ca c'est encore pire. »

Mais tous insistent sur le rôle central du généraliste pour coordonner les soins et prendre en compte cette complexité.

MG5: « Enfin pour moi c'est un mal nécessaire quoi. Si on met les gens sous corticoïdes c'est que la pathologie le justifie et que si derrière il y a un diabète, ben on gèrera le diabète. »

2.4 Lien avec le spécialiste

Plus de trois-quarts des médecins interrogés évoquent le manque de communication avec le spécialiste. Les principaux problèmes évoqués sont l'absence de contact téléphonique, de compte rendu de consultation et d'information concernant les modifications de doses. Cela aboutit à une mauvaise visibilité pour le MG du traitement à moyen et long terme.

MG4 : « Ben euh le seul problème c'est le spécialiste hospitalier que tu n'arrives jamais à avoir, c'est vraiment la misère du généraliste. »

2.5 Interactions médicamenteuses

Les interactions médicamenteuses nécessitent une attention particulière au cabinet.

MG11 : « Voilà c'est jongler entre les effets indésirables de la cortisone et les anti hypertenseurs et diurétiques. Tout ça c'est un peu casse tête mais ce n'est pas une vraie difficulté. »

MG12 : « Euh... mais j'aimerais aller plus loin concrètement et surtout voilà... m'assurer de ce que je fais et pouvoir m'assurer que je ne fasse pas de conneries surtout avec les interactions, les autres médicaments parce-que c'est des patients qui sont poly pourris. »

3 Besoin d'amélioration :

Cet axe est à l'origine de nombreuses propositions. L'actualisation constante des données de la science est source de doutes. Les médecins sont désireux de formation, de liens et d'accès à l'information afin d'optimiser leur prise en charge globale face à la CTLC.

3.1 Carnet de suivi

Certains médecins ont proposé la mise en place d'un carnet de suivi afin d'impliquer le patient dans sa pathologie et son traitement, d'indiquer les posologies en cours et de réaliser des rappels diététiques. Cela peut également être envisagé comme outil de communication avec le spécialiste.

MG3 : « Donc peut être envisager qu'on ait une sorte d'outil à leur donner. Comme un carnet de suivi pour les anti-vitamine K qu'ils pourraient gérer eux même. »

3.2 Partage de l'information avec un spécialiste

La plupart des médecins souhaiteraient développer les échanges avec le spécialiste. Notamment pour disposer d'informations supplémentaires sur la maladie, la durée du traitement, permettant au MG une meilleure vision à long terme.

MG16 : « Et effectivement ça vaudrait le coup qu'on ait un courrier de spécialiste à chaque fois qui soit un peu plus fourni en disant : voilà ce qu'on va faire, comment on va le mettre en place, comment on va le surveiller etc. Quels sont les effets secondaires, qu'est-ce qu'il faut faire...»

MG8 : « Tout ça ça pourrait être intéressant lors d'un courrier, le fameux : je vous rappelle que l'étude cortico chouette est parue dans le New England et que elle dit ça ça ça. Ce qui me permet moi d'aller regarder le travail, de le lire et comme ça modifier ma pratique, basée sur la science. Mais je suis assez utopiste. »

3.3 FMC / Recommandations / Protocoles

La majorité des médecins interrogés souhaitent se mettre à jour concernant la CTLC. Certains pointent du doigt l'absence de recommandation claire et la nécessité d'aboutir à des protocoles consensuels ; bien que la tâche paraisse difficilement réalisable.

MG7 : « Non peut être juste des reco fixes, peut être elles existent et je ne suis pas au fait mais sur combien de fois par an faire un bilan, quelles données rechercher au bilan et quelle fréquence de consultation. »

MG8 : « Ben voilà la décroissance idéale pour telle ou telle pathologie, alors si après c'est un protocole qui est validé, que tout le monde se met d'accord, tant mieux pour la visibilité, mais j'ai un peu de doute, ça paraît difficile à envisager »

3.4 Prise en charge pluridisciplinaire

Certains médecins aimeraient inclure des relais paramédicaux dans la gestion du traitement, principalement des infirmières, afin d'optimiser l'éducation thérapeutique et l'observance du traitement car *MG2* : « toutes les maladies chroniques doivent avoir de l'éducation thérapeutique. »

Mais aussi des pharmaciens afin de s'assurer de la bonne prise médicamenteuse et de l'absence d'interactions médicamenteuses.

3.5 Autres

L'utilité de sites web et outils d'aide à la prescription a été citée de nombreuses fois.

Un médecin pensait formater son logiciel médical afin d'ajouter automatiquement sur l'ordonnance des conseils hygiéno-diététiques et une fiche d'information sur la corticothérapie, à l'attention des patients, à imprimer à chaque renouvellement.

Un autre médecin espérait un numéro direct « contact corticoïde », afin de joindre un spécialiste en cas de question.

DISCUSSION

Cette étude met en exergue l'hétérogénéité des pratiques des MG et leurs appréhensions dans la gestion globale de la CTLC. Cela semble avant tout être la conséquence d'un manque de données factuelles et d'échanges insuffisants avec le spécialiste.

L'observation de cette grande hétérogénéité avait déjà été mentionnée par d'autres auteurs lors de plusieurs études descriptives transversales de pratiques.

La première étude menée en 2009 par Perdoncini-Roux *et al.* (2) analysait les pratiques de 860 MG Français du Réseau Sentinelles concernant les mesures adjuvantes recommandées lors de l'initiation d'une CTLC. De la même façon, Belaksir *et al.* (5) avaient étudié de manière descriptive, les pratiques de 200 généralistes de Casablanca au Maroc. Enfin, une troisième étude était menée par Fardet *et al.* (6) auprès de 813 médecins internistes membres de la SNFMI (Société Nationale Française de Médecine Interne). Ces trois études soulignent de façon constante des pratiques très hétéroclites notamment dans la prescription des mesures adjuvantes à la CTLC.

I. Gestion de la molécule:

Lors de nos entretiens, il apparaît que l'introduction de CTLC est très rarement réalisée en cabinet de médecine générale. D'après les témoignages, cela peut s'expliquer par le sentiment d'illégitimité qu'exprime le MG par rapport au spécialiste pour porter le diagnostic de pathologies souvent rares, et pour décider de l'instauration d'un traitement considéré comme très iatrogène. De plus, beaucoup de médecins se disent peu à l'aise avec la CTLC souvent en raison d'un manque d'expérience avec ce traitement (peu de patients suivis). Cette observation était également rapportée par Perdoncini-Roux *et al.* chez les MG du Réseau Sentinelles puisque moins de 5% d'entre eux initiaient une CTLC (2).

Cependant, il est à noter que la prise en charge de la douleur, par exemple au cours de la PPR, est considérée par beaucoup comme une urgence fonctionnelle, et la prise en charge d'une maladie de Horton comme une urgence thérapeutique. Ce caractère d'urgence n'est pas compatible, pour les MG interrogés, avec les délais d'attente de rendez-vous de plus en plus longs des médecins spécialistes.

Selon une étude de l'Observatoire de l'accès aux soins réalisée par l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) (8), le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous chez un médecin spécialiste est passé de 48 à 61 jours en cinq ans.

A l'inverse, les modifications de posologies des corticoïdes sont fréquemment pratiquées en cabinet, même si elles restent empiriques.

Les augmentations de posologie réalisées au cabinet s'appuient sur des critères de surveillance clinique et biologique simples. Cependant, cela s'applique en l'absence de recommandation et de schémas consensuels.

Concernant la décroissance de la corticothérapie, la principale motivation pour entamer ou poursuivre la décroissance est de limiter la iatrogénicité notamment chez les patients poly-pathologiques.

Toutefois, le principal écueil rapporté lors des entretiens est l'absence de consensus quant au rythme de décroissance, les pratiques chez les spécialistes eux-mêmes étant largement variables. De même dans la littérature, aucune étude contrôlée ne définit la meilleure stratégie de décroissance de la CTLC (9,10), et cela quelle que soit la pathologie.

Il est intéressant de noter que l'ensemble des médecins âgés de moins de 40 ans se disent moins en confiance et gèrent rarement seuls la CTLC car ils jugent leurs connaissances insuffisantes, tandis que les médecins plus âgés expriment moins d'inquiétudes et de retenue. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce clivage.

Tout d'abord, le manque d'expérience dû à un faible recrutement. Dans notre étude, sur quatre MG appartenant à la catégorie « moins de cinq patients suivis » trois sont des médecins âgés de moins de 40ans.

La seconde hypothèse est la crainte du médecin face à la judiciarisation et la pénalisation croissante des fautes médicales. Lors d'une étude quantitative observationnelle transversale, Lorphelin-Martel *et al.* ont constaté que les médecins français ressentent une pression judiciaire bien plus importante qu'elle ne l'est en réalité, et tendent à modifier leurs pratiques pour s'en protéger (11). Les jeunes médecins sont d'avantage sensibilisés à cette problématique lors de leur installation. En effet, la quasi-totalité des internes de Haute Normandie pensent que le nombre de plaintes contre les médecins augmente (11).

Ce phénomène est susceptible de favoriser le recours rapide aux spécialistes et le besoin de s'appuyer sur des protocoles validés.

Enfin, avant l'émergence de corticoïdes inhalés pour les patients asthmatiques (la commercialisation du dipropionate de béclométazone, 1^{er} corticoïde inhalé, datant de 1986 (12)), les patients asthmatiques étaient sous corticoïdes oraux. Les asthmatiques représentant une part importante de la patientèle d'un généraliste (21,000 adultes de plus de 15ans en France métropolitaine), les médecins plus âgés ont donc pu acquérir par ce biais plus d'expérience dans la gestion des CTLC.

Concernant l'arrêt de la CTLC et le risque d'insuffisance surrénalienne corticotrope, il est ressorti de façon unanime une certaine confusion autour du diagnostic et des moyens de prévention de cette complication. De même, les médecins ont exprimé de nombreuses interrogations sur l'attitude adéquate en-deçà de 5mg/jour, pour le sevrage de la corticothérapie.

En conséquence, dans la pratique les prescriptions d'hydrocortisone et les dosages à visée diagnostique sont peu réalisés et débattus.

Cela correspond aux données rapportées dans la littérature, lors de l'enquête de pratique réalisée en 2007 par Goichot *et al.* auprès des internistes de la SNFMI et des médecins ayant participé à l'étude Groupe de Recherche sur l'Artérite à Cellules Géantes (GRACG) (13). Les résultats montraient que l'évaluation de la fonction surrénalienne n'était réalisée que chez une minorité de patients et la prévention du risque d'insuffisance surrénalienne par hydrocortisone lors d'un stress médical ou chirurgical très rarement effectuée.

Il a été démontré qu'à une dose supérieure à 5mg d'équivalent prednisone par jour, les glucocorticoïdes exercent un rétrocontrôle négatif au niveau hypothalamo-hypophysaire avec inhibition de la sécrétion d'AdrenoCorticoTrophic Hormone (ACTH). Le déficit chronique en ACTH est lui-même secondairement responsable d'une atrophie surrénalienne. Après l'arrêt d'une corticothérapie, le premier paramètre qui se normalise est l'ACTH, plusieurs mois avant le cortisol basal. Cependant, même après la normalisation de ces paramètres, les tests de stimulation peuvent montrer une hyporéactivité de l'axe hypophyso-hypothalamo-surrénalien un an à dix-huit mois après l'arrêt du traitement (14).

Toutefois, l'intérêt de l'évaluation biochimique de l'axe hypothalamo-hypophysaire est discuté.

En 1972, Kehlet *et al.* avait montré que chez des patients traités par corticoïdes, la réponse au test au Synacthène® standard est bien corrélée aux dosages de cortisol observée au cours d'un stress chirurgical. (15). Cependant, les 48 patients de l'étude, y compris ceux n'ayant pas répondu au test au Synacthène® (31/48), ont été opérés sans traitement substitutif par hydrocortisone avec une évolution clinique parfaitement normale. Et cela alors même que 25 sur les 31 patients ne répondant pas au Synacthène® avaient, une heure après le début de l'intervention chirurgicale, un dosage de cortisol < 300mg/L.

Le test au Synacthène® standard semble donc un bon test pour évaluer la réserve surrénalienne et la réponse hormonale d'un patient face à un stress, mais un test insuffisant pour prédire le risque d'insuffisance surrénalienne aiguë. Aucun test ne semble donc capable de prédire l'événement clinique.

La mise en place d'une substitution en hydrocortisone en cas de réponse insuffisante au test au Synacthène® reste donc sujet à débat.

Cette substitution revient à prolonger de fait la corticothérapie et ses effets secondaires alors que son utilité n'est pas démontrée. Elle permet cependant de protéger les patients contre un risque non quantifié mais semble-t-il très faible d'insuffisance surrénalienne aiguë qui peut engager le pronostic vital (16).

Ainsi pour Bancos *et al.* l'éducation des patients et des médecins sur les risques d'insuffisance surrénalienne pourrait être une alternative à la substitution systématique (16).

II. Effets secondaires et mesures de prévention

Lors d'une étude prospective réalisée auprès de 2,446 patients Américains sous CTLC, Curtis *et al.* ont observé que 90% des individus présentaient au moins un effet secondaire et que ces effets secondaires étaient dose-dépendant (17). Ainsi la connaissance, la surveillance, la prévention et le traitement des effets secondaires des corticoïdes est un enjeu majeur de la prise en charge des patients atteints de maladies systémiques.

L'ostéoporose cortico-induite (OCI) est la cause d'ostéoporose secondaire la plus fréquente. Elle affecte principalement les régions riches en os trabéculaire (rachis lombaire et col fémoral) (18). La figure 1 (ci-dessous) illustre la physiopathologie de l'OCI. Cette complication est responsable de fractures chez 30 à 50% des patients recevant une CTLC. Le risque de fracture augmente rapidement après le début d'une CTLC (dans les 3 à 6 mois) et diminue à l'arrêt. Le risque est indépendant de la maladie sous-jacente, de l'âge et du sexe (19).

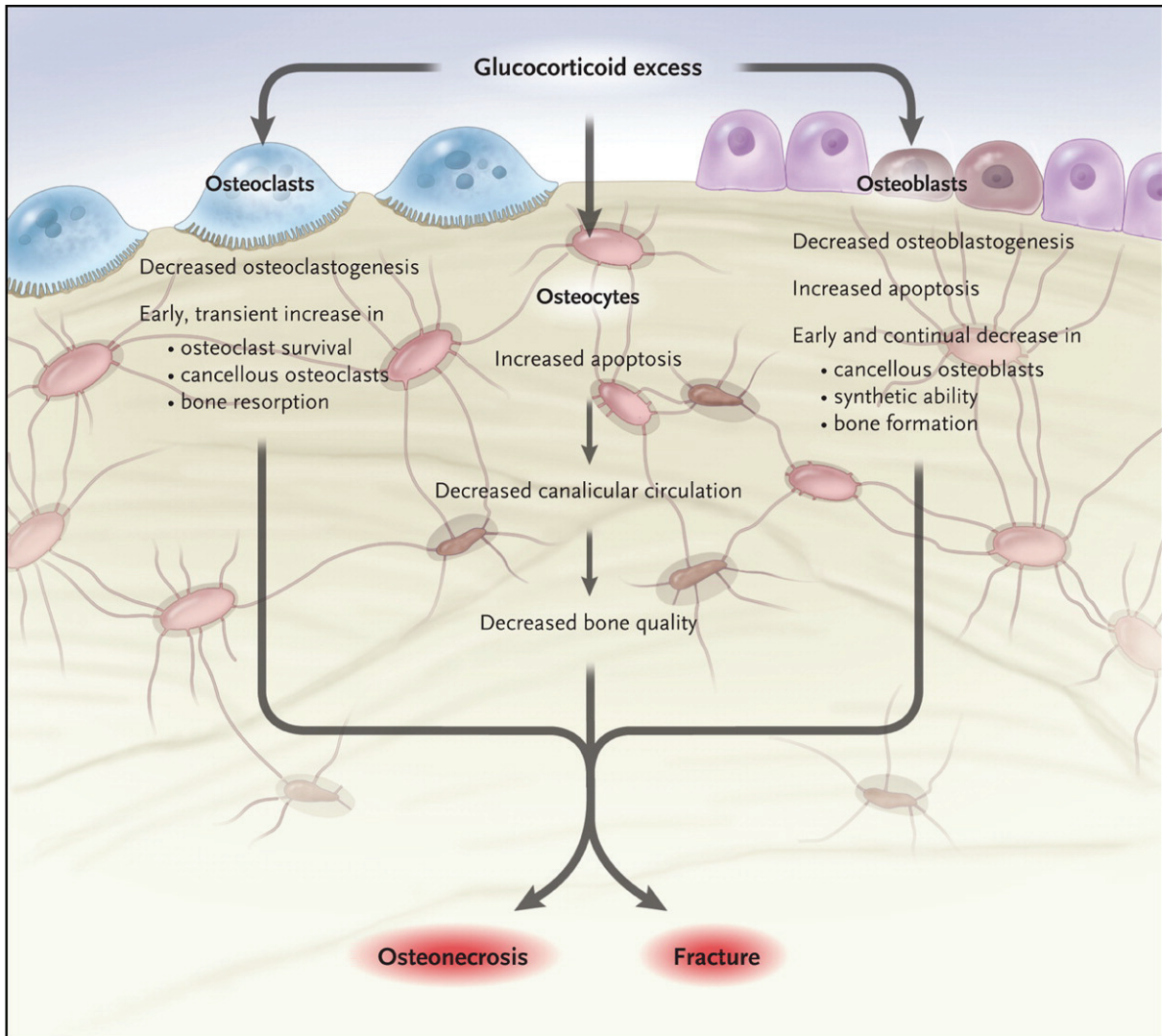


Figure 1 : Weinstein RS. Clinical practice. Glucocorticoid-induced bone disease. N Engl J Med. 2011 (18):

Effets des corticoïdes sur les cellules osseuses: ici sont représentées les conséquences d'un excès de corticoïdes aboutissant à une ostéoporose et une ostéonécrose. Les cellules marrons sont des ostéoblastes et des ostéocytes en apoptose. Les ostéocytes en apoptose perturbent la trame osseuse.

La prise en charge de l'OCI fait l'objet de recommandations Françaises validées, publiées en 2014 par l'HAS (4) ainsi que de recommandations Américaines publiées en Août 2017 par l'American College of Rheumatology (ACR) (20).

La figure 2 (ci-dessous) correspond à l'arbre décisionnel proposé par l'HAS pour la prévention de l'ostéoporose en cas de CTLC (4).

Conduite à tenir en cas de corticothérapie en cours

(à dose supérieure ou égale à 7,5 mg/j d'équivalent prednisone pendant au moins 3 mois)

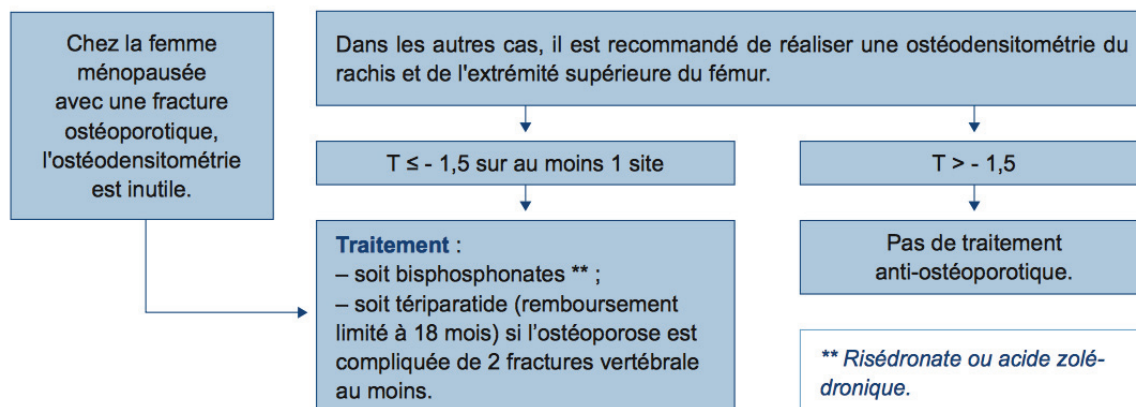


Figure 2 (4) : Arbre décisionnel issu des recommandations de l'HAS de Juin 2014. Le traitement par bisphosphonates concerne tout patient sous CTLC ayant une Densité Minérale Osseuse (DMO) <1,5 et toute femme ménopausée sous CTLC ayant présenté une fracture ostéoporotique.

Malgré ces recommandations, les MG interrogés ne sont, pour la plupart, pas favorables à une supplémentation vitamino-calcique orale, à la réalisation d'ostéodensitométrie et à la prescription de traitements anti-ostéoporotiques (en particulier les bisphosphonates). Nous n'avons pas réussi à déterminer les causes de leurs réticences. Les médecins disent insister principalement sur les mesures hygiéno-diététiques pour la prévention de l'OCI, en particulier l'activité physique et l'alimentation riche en calcium.

Cette attitude est retrouvée lors d'une revue rétrospective (21): 21% des patients sous CTLC depuis plus d'un an ont réalisé une ostéodensitométrie et 5% seulement reçoivent un traitement par bisphosphonates.

Cette attitude pourrait notamment s'expliquer par les risques liés aux bisphosphonates de fractures atypiques du fémur ou d'ostéonécrose de la mâchoire ; ce dernier risque nécessitant des soins dentaires préalables. Cependant, Murray J *et al.* en 2010 dans le New England Journal of Medicine (NEJM) (22) concluent que la relation entre fractures atypiques et bisphosphonates reste encore à prouver scientifiquement. En effet une récente analyse post hoc combinée des essais ayant étudié les effets de l'alendronate et de l'acide zolé-dronique sur l'incidence des fractures n'a montré aucune relation entre l'utilisation de bisphosphonates et les fractures de fémur atypiques (23). Par ailleurs, les ostéonécroses de la mâchoire surviennent dans 95% des cas dans un contexte de myélome ou autres cancer, et à des doses 10 à 12 fois supérieures à celles utilisées pour le traitement de l'ostéoporose (24).

Les bénéfices d'un traitement par biphosphonates restent donc encore bien supérieurs aux risques encourus (22).

Par ailleurs, la supplémentation vitamino-calcique permet de prévenir la perte osseuse liée à la CTLC (20). Buckley L. *et al.* proposent que sa prescription soit étendue à toute la population sous corticoïdes (20).

Concernant le risque infectieux lié à la corticothérapie, les MG de notre étude apparaissent très vigilants dans la tenue du calendrier vaccinal (vaccination pour la grippe saisonnière tous les ans et rappel pour le pneumocoque tous les 5ans) ainsi que dans le traitement des épisodes infectieux intercurrents. Il est démontré que les corticoïdes affectent quantitativement et surtout qualitativement le système immunitaire, aboutissant à un déficit de l'immunité cellulaire (l'immunité humorale étant peu touchée). Ils ont également un effet délétère sur les acteurs de la réponse inflammatoire (25). Les études observationnelles démontrent un risque accru d'infection grave ou d'infection opportuniste (herpes, tuberculose, pneumocystose) selon la dose de corticoïdes (25, 26, 27). L'association entre CTLC et infections a fait l'objet d'une seule méta-analyse (28) datant de 1989, regroupant les données de 71 essais cliniques contrôlés. Le taux global de complications infectieuses était de 12,7% chez les 2115 patients traités par corticothérapie systémique et de 8% chez les 2087 patients témoins. Le risque relatif d'infection sous corticoïdes s'élevait à 1,6 (95%IC:1,3-1,9 ; $p < 0,001$).

Les patients sous CTLC, sont donc considérés comme immunodéprimés et font l'objet de recommandations vaccinales spécifiques (29).

Mais aucune étude évaluant l'efficacité des autres mesures prophylactiques des infections chez les sujets traités par corticoïdes n'a, à ce jour, été publiée. En 2007, dans leur revue sur les risques infectieux associés à la corticothérapie, Dussauze *et al.* (27) proposent prudemment des mesures préventives visant à diminuer les complications infectieuses. Ces mesures sont résumées dans le tableau 1 (ci-dessous).

Proposition de mesures visant à prévenir les complications infectieuses de la corticothérapie systémique

Infection	Contexte favorisant les complications infectieuses de la corticothérapie	Bilan préthérapeutique	Prévention
Tuberculose	Antécédent de tuberculose insuffisamment traitée Séquelles radiologiques de tuberculose Originaire d'une zone d'endémie Tabagisme, diabète, dénutrition, maladie respiratoire chronique Corticothérapie prévue à une dose d'au moins 15 mg/j pendant au moins un mois	Radiographie de thorax Test tuberculinique (IDR) QuantiFERON-TB-Gold	Traitement d'une infection tuberculeuse latente ^a
Varicelle	Absence d'antécédent de varicelle Corticothérapie prévue aux doses de prednisone suivantes Enfants : ≥ 2 mg/kg par jour pendant plus d'une semaine ou ≥ 1 mg/kg par jour pendant plus d'un mois Adultes : ≥ 40 mg/j durant plus d'une semaine, lors des trois mois précédents	Sérologie VZV	Voir Tableau 2
Hépatite B	Sujets porteurs chroniques du VHB (Ag HBS +)	Sérologie HBV	Traitement antiviral : lamivudine par exemple
Hépatite C	Sujets porteurs chroniques du VHC	Sérologie HCV	Surveillance des transaminases
Pneumocystose	CD4 < 250/mm ³ Corticothérapie prévue à une dose d'au moins 15 mg/j pendant au moins un mois	Numération des LTCD4	Antibioprophylaxie par triméthoprim et sulfaméthoxazole
Anguillulose	Séjour en zone d'endémie	Interrogatoire	Cure systématique d'ivermectine ou d'albendazole
Grippe	-	-	Vaccination
Infection invasive à pneumocoque	-	-	Vaccination

Tableau 1 : Dussauze H. et al. Systemic corticosteroid treatment and risk of infectious diseases. Rev Med Interne. 2007 (27) : Proposition de mesures préventives des patients sous CTLC concernant la tuberculose, la varicelle, l'hépatite B, l'hépatite C, la pneumocystose, la grippe et le pneumocoque. A noter pour la varicelle, la prévention repose sur la sérologie en cas d'antécédents douteux ; et en cas d'exposition chez un patient à risque de varicelle grave sur l'administration de gammaglobulines spécifiques anti-VZV (patient vu dans les quatre jours), et/ou l'administration d'un traitement antiviral par valaciclovir.

Concernant la CTLC et le risque d'hypokaliémie, les MG de notre étude disent surveiller le potassium sur les bilans biologiques de suivi et ne supplémenter qu'en cas d'hypokaliémie avérée. A ce jour, les cas bien documentés d'hypokaliémie cortico-induite sont rares et beaucoup rapportent des facteurs de confusion tels que maladie de Crohn, tubulopathie ou traitement par diurétique associé. Ainsi, dans un article paru dans le NEJM (30), l'auteur annonçait une réduction très modeste de la kaliémie au cours d'une corticothérapie orale prolongée, de l'ordre de 0,2 à 0,4 mmol/L. Cela conforte donc l'attitude des médecins interrogés visant à surveiller et à ne supplémenter leurs patients qu'en fonction d'une hypokaliémie objectivée biologiquement.

Concernant le diabète cortico-induit (DCI), les MG interrogés n'ont pas relevé de problématique dans sa gestion. Probablement car le diabète est une maladie rencontrée quotidiennement en médecine générale. Cependant, un seul médecin a évoqué l'intérêt d'un régime hypoglycémique dans la prévention de DCI. Il a été démontré que les glucocorticoïdes favorisent la fabrication hépatique de glucose et diminuent la sensibilité à l'insuline. Cela entraîne une hyperglycémie secondaire (31, 32).

Un régime contrôlé en glucide semble donc cohérent pour prévenir l'apparition d'un DCI. Cependant, aucune donnée de la littérature ne permet de savoir si le contrôle glucidique doit porter sur les glucides d'absorption rapide et/ou les glucides d'absorption lente.

Concernant la prise de poids et la lipodystrophie cortico-induite (LDCI) ou « aspect Cushingoïde », cela représente la plainte la plus fréquemment rapportée selon les MG de notre étude. Il en est de même dans la littérature : en effet, 63% de la cohorte de 88 patients sous CTLC de Fardet *et al.* ont notifié cet effet secondaire (33). La LDCI ressort donc comme un frein majeur à une observance optimale du traitement, de par son préjudice esthétique. Par ailleurs, elle est également démontrée comme étant un facteur de risque de syndrome métabolique (34). Sa prévention est par conséquent essentielle. Au cours d'une étude de cohorte prospective, Fardet *et al.* ont examiné chez 80 patients la relation entre les apports alimentaires effectifs et l'apparition d'une LDCI (35). Les auteurs observent lors de l'analyse multi-variée qu'un régime riche en calories (>30kcal/kg/jour) est un facteur de risque indépendant de LDCI. A l'inverse, ni les apports en sel, en carbohydrates, en lipides et en protéines ne sont liés au risque de développer une LDCI.

La myopathie cortisonique, définie par une faiblesse musculaire proximale, n'a jamais été évoquée lors des entretiens, bien que sa prévalence soit importante (15% de la population sous CTLC) (33). Cette complication est la conséquence de l'induction par les corticoïdes d'une diminution de synthèse et d'une augmentation du catabolisme protéique. Il a été démontré qu'une activité physique régulière permettait de prévenir mais également de traiter cette myopathie iatrogène (36). A l'inverse, aucune étude ne permet de conclure à l'intérêt d'un régime hyperprotidique.

Les MG interrogés étaient unanimes quant à la nécessité de surveiller la tension artérielle d'un patient sous CTLC. En effet, il est admis que les glucocorticoïdes peuvent entraîner une HTA, cependant, le mécanisme est mal connu. L'activité minéralo-corticoïde avec rétention sodée ne semble pas intervenir dans la physiopathologie de l'HTA cortico-induite, contrairement au système d'oxyde nitrique (37, 38). Cette nouvelle donnée remet en cause l'intérêt d'un régime hyposodé dans le cadre de la prévention de l'HTA cortico-induite.

Ce régime hyposodé était recommandé par l'ensemble des MG de notre étude et par plus de deux tiers des MG français du Réseau Sentinelles interrogés par Perdoncini-Roux *et al.* (2). De même, rappelons qu'il n'a pas été démontré que les apports sodés soient associés au risque de développer une LDCI. Cela soulève la question de la nécessité d'un régime hyposodé sous corticoïdes, qui ne repose à ce jour sur aucun rationnel scientifique.

De plus ce régime représente une contrainte majeure pour le patient, à l'origine d'une mauvaise observance. Partant de cette observation, l'étude CORTISEL (39) menée par l'équipe du Pr GUILLEVIN sous l'égide du Groupe Français d'Etude des Vasculrites a pour objectif de déterminer si la CTLC nécessite un régime alimentaire spécifique (hyposodé, hypoglycémique). Il s'agit d'une étude prospective randomisée multicentrique interventionnelle. L'étude, dont les résultats sont en cours de rédaction, pourrait donc apporter une justification scientifique à ce régime, ou à l'inverse modifier de façon majeure les habitudes de prescription.

Les MG ont insisté sur la survenue fréquente d'ulcères gastro-duodénaux (UGD) dans le cadre d'un traitement par corticoïdes. Cependant, les médecins nous ont confié n'introduire un traitement par inhibiteur de la pompe à proton (IPP) qu'en cas de plainte somatique.

Lors d'une méta-analyse en 1994 (40), Conn *et al.* ne retrouvaient pas d'association statistiquement significative entre CTLC et UGD. Cependant, d'autres auteurs rapportaient une augmentation du risque d'UGD en cas de co-prescription avec un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) (41). Aux vues des données de la littérature, il semble justifié d'associer un IPP à la prescription de corticoïdes uniquement en cas de co-prescription d'AINS, d'antécédent personnel d'UGD ou de plainte somatique.

Plusieurs médecins ont décrit des troubles cutanés, notamment des retards de cicatrisation à l'origine de protocoles de pansements parfois lourds et chronophages. Il est donc important que le patient soit éduqué quant aux risques de troubles de la cicatrisation dans le but de ne pas retarder des soins adaptés.

Les autres effets cutanés des corticoïdes (acné, folliculite bactérienne, vergetures, érythrose, purpura, ecchymose, trouble de la pilosité, trouble de la pigmentation) n'ont pas été abordés par les médecins lors des entretiens.

Le tableau 2 synthétise les différentes mesures de prévention des effets secondaires de la CTLC. Ce tableau reprend pour chaque mesure les données de la littérature ainsi que les données recueillies lors de notre étude.

La validité des données issues de la science sont exprimées par les termes « démontré » « non démontré » et « plausibilité scientifique ».

EFFETS SECONDAIRES	MESURES DE PREVENTION	DONNEES DE LA LITTERATURE	DONNEES DE NOTRE ETUDE
Ostéoporose	Régime riche en calcium	Démontré (4,20)	+
	Exercice physique	Démontré (4,20)	+
	Supplémentation vitamino-calcique médicamenteuse	Démontré (4,20) Vitamine D : 800 UI/j Calcium : 1g/j	+/-
	Ostéodensitométrie	Démontré (4,20) Tous les 2-3 ans	+/-
	Biphosphonates	Démontré (4,20) Selon critères définis	-
Infections	Vaccination	Démontré (29) Grippe 1x/an Pneumocoque tous les 5ans	+
	Recours rapide à l'antibiothérapie	Plausibilité scientifique (27)	+
	Antibioprophylaxie / traitement antiviral	Plausibilité scientifique (27)	-
Hypokaliémie	Supplémentation potassique	Démontré (30) Selon la kaliémie seulement	+
Diabète	Régime hypoglycémique	Plausibilité scientifique (31,32) Sur les glucides d'absorption rapide ou d'absorption lente ?	+/-
Lipodystrophie	Régime hypocalorique	Démontré (35)	+/-
	Régime hypolipidique	Non démontré	+/-
	Régime hyposodé	Non démontré	+
Myopathie	Exercice physique	Démontré (36)	0
	Régime hyperprotidique	Non démontré	0
Hypertension artérielle	Régime hyposodé	Non démontré	+
Gastrite et ulcères	Prescription d'IPP	Plausibilité scientifique (41) Si association avec AINS ou si symptômes	+/-

Tableau 2 : Synthèse des mesures de prévention des effets secondaires :

- + : Mesures proposées par la plupart des médecins interrogés
 +/- : Mesures proposées par une partie des médecins interrogés
 - : Mesures très rarement proposées par les médecins interrogés
 0 : Mesures non évoquées par les médecins interrogés

III. Forces et faiblesses de l'étude

Concernant la validité interne de cette thèse, nous pouvons considérer les résultats fiables sur le plan méthodologique car l'étude qualitative est la méthode de référence pour l'exploration des expériences personnelles complexes et le choix des entretiens individuels a permis un climat propice à l'échange.

De plus, l'échantillon était varié selon l'âge, le sexe, le mode d'exercice et le lieu d'installation, critères pouvant a priori influencer les représentations.

Un seul et même investigateur a réalisé l'ensemble des entretiens, permettant un recueil homogène et en cohérence avec l'analyse parallèle des données déjà recueillies.

Enfin, le double codage a permis une analyse par triangulation des données limitant ainsi le biais interprétatif inhérent à la méthode choisie.

Cependant nous pouvons noter certaines faiblesses méthodologiques.

D'une part, la grande proportion de MSU en comparaison aux données démographiques des médecins de la région représente un biais de recrutement car nous pouvons supposer que les MSU sont d'avantage au fait des recommandations de bonnes pratiques et des actualités scientifiques. Bouton *et al.* ont démontré qu'il n'existait pas de différence significative concernant le taux de participation aux FMC entre MSU et non-MSU (42). Cependant, lors d'une étude transversale réalisée auprès de 4992 MG de la région Rhône-Alpes en 2011, Letrilliart L *et al.* ont conclu qu'il existait de meilleurs indicateurs de suivi médical dans la population des MSU. (43).

D'autre part, l'un des critères d'inclusion de l'étude était de suivre au moins un patient sous CTLC. Nous avons essuyé de très nombreux refus de participation, le manque de temps et d'intérêt pour le sujet étant les principales raisons avancées. Nous pouvons donc considérer que les médecins ayant accepté de participer à l'étude sont d'avantage sensibilisés à la CTLC. Cela peut représenter un biais de sélection. Cependant, malgré ce biais, nos résultats restent comparables à ceux rapportés dans la littérature.

Enfin, chaque entretien faisait l'objet d'une retranscription verbatim ce qui était précisé aux médecins interrogés avant l'entretien, pouvant représenter une retenue dans leur discours et donc un biais d'information.

Pour finir, nous noterons un biais inhérent au manque d'expérience en recherche qualitative des deux chercheurs de cette étude.

IV. Implication des résultats et perspectives

Ce travail a permis d'analyser la complexité de gestion de la CTLC en cabinet de médecine générale, ainsi que les représentations et expériences personnelles diverses des MG. Les pratiques sont hétérogènes et souvent sources de doutes et d'interrogations.

Les problématiques entourant la gestion de la CTLC en ville apparaissent essentielles de part le grand nombre de patients concernés. En effet malgré l'essor des biothérapies, les corticoïdes demeurent à ce jour un traitement incontournable dans un vaste nombre de pathologies inflammatoires.

Le principal écueil rencontré est l'absence de recommandations et de données scientifiques auxquelles se référer, tant pour la gestion des posologies que pour les mesures préventives associées. Le souhait émis par de nombreux praticiens serait de disposer de protocoles issus d'études, concernant la conduite à tenir dans les paliers de décroissance et l'arrêt d'une CTLC, ainsi que de recommandations validées concernant les mesures hygiéno-diététiques et médicamenteuses à proposer.

Cependant, cela paraît difficile à envisager car les études nécessaires à de tels consensus concerneraient des populations de malades hétérogènes. Cela devrait faire intervenir des disciplines médicales et des pathologies extrêmement diverses. De plus la gestion des doses est également déterminée par l'évolution de la pathologie, qui est bien sûr imprévisible et ne permet donc pas de suivre de façon linéaire un schéma de décroissance prédéterminé.

A défaut de protocoles consensuels, il est donc essentiel de renforcer les échanges entre le MG et les spécialistes impliqués dans la prise en charge du patient afin de coordonner au mieux les soins et la gestion du traitement. De nombreux MG ont également souligné l'importance majeure des intervenants paramédicaux pour intégrer le patient dans un parcours de soin pluridisciplinaire. Ainsi, les infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues peuvent intervenir à différents niveaux de la prise en charge. Au sein de ce réseau, la place du MG est centrale pour accompagner le patient.

Enfin, il nous a été proposé à plusieurs reprises la création d'un carnet de suivi du traitement par CTLC. Cette suggestion paraît intéressante sur différents aspects. Il permettrait aux différents protagonistes d'optimiser le suivi et la communication autour de la CTLC en notifiant les différents critères cliniques et biologiques de suivi, la dose de corticoïdes en cours, les éventuels effets secondaires rencontrés, et les mesures hygiéno-diététiques et médicamenteuses proposées. Des informations à l'attention du patient pourraient également être intégrées.

Ce carnet pourrait être conservé par le patient, l'impliquant ainsi dans sa prise en charge et remis aux différents médecins et intervenants paramédicaux en charge du suivi, à chaque consultation.

La figure 3 présente les propositions recueillies auprès des MG pour améliorer la gestion de la CTLC.

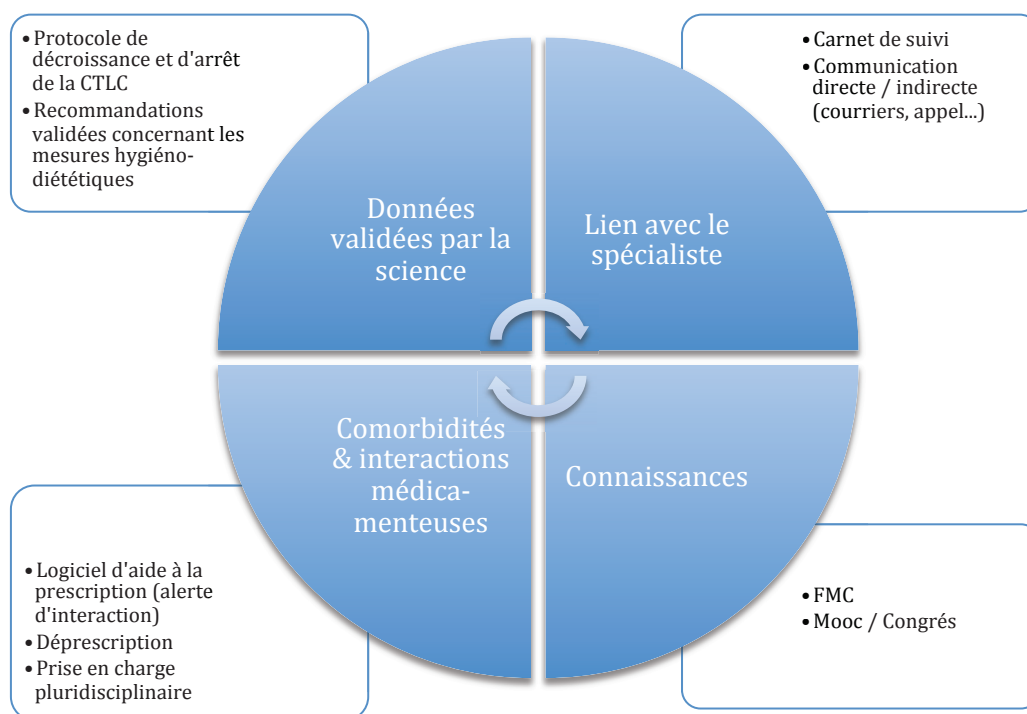


Figure 3 : Schéma de synthèse des propositions d'amélioration afin d'optimiser la gestion de la CTLC.

CTLC : Corticothérapie au long cours, FMC : Formation médicale continue, Mooc : portail de cours en ligne

CONCLUSION

Cette étude visait à recueillir les expériences personnelles des MG de la région PACA face à leur gestion de la CTLC. L'analyse des données de 18 entretiens a permis l'émergence de nouvelles représentations: la CTLC est source de questionnements et de doutes malgré sa large utilisation au cours des maladies rhumatismales principalement.

Ces questionnements sont inhérents à l'absence d'étude contrôlée permettant de guider les pratiques. Toutefois, ces études semblent peu réalisables devant l'hétérogénéité des patients concernés.

De plus, le manque de fluidité dans la communication avec les médecins spécialistes est pointé de façon unanime comme un obstacle dans la bonne gestion du traitement. Cet échange gagnerait à être développé de façon réciproque ; tant pour faciliter l'information du MG sur le traitement en cours et l'évolution de la pathologie, que pour apporter au spécialiste des données dont il ne dispose pas toujours pouvant influencer sur sa gestion thérapeutique, concernant l'observance, les comorbidités ou encore les difficultés rencontrées par le patient. Le rôle du MG dans ce contexte apparaît donc central pour la coordination des soins autour du patient.

Enfin, la création d'un carnet de suivi pourrait être un outil utile dans la communication avec le spécialiste et les paramédicaux, et permettrait de répondre aux attentes énoncées par les MG de notre étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kendall C. The development of cortisone as a therapeutic agent. Nobel Lecture.1950.
2. Perdoncini-Roux A, Blanchon T, Hanslik T, Lasserre A, Turbelin C, Dorleans Y. Description of French general practitioners' practices regarding long term systemic corticosteroid therapy-associated measures. Rev Prat. 2009;59:19-24.
3. Walsh LJ, Wong CA, Pringle M, Tattersfield AE. Use of oral corticosteroids in the community and the prevention of secondary osteoporosis: a cross sectional study. BMJ. 1996;313:344-6.
4. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1751307/fr/les-medicaments-de-l-osteoporose-fiche-bum
5. Belaksir L. Seh bani I, Mkinsi O. Systemic corticosteroid treatment: description the practices of the General practioners in Casablanca. Rev Mar Rhum 2013;24:39-44.
6. Fardet L, Hanslik T, Blanchon T, Perdoncini-Roux A, Kettaneh A, Tiev KP. Long-term systemic corticosteroid-therapy associated measures: description of the French internal medicine physicians' practices. Rev Med Interne. 2008;29:975-80.
7. Aubin-Auger I, Mercier A. Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5
8. http://www.ifop.com/media/poll/2076-1-study_file.pdf
9. Richter B, Neises G, Clar C. Glucocorticoid withdrawal schemes in chronic medical disorders. A systematic review. Endocrinol Metab Clin North Am. 2002;31:751-78.
10. Hoes JN, Jacobs JWG, Boers M, Boumpas D, Buttgerit F, Caeyers N. EULAR evidence-based recommendations on the management of systemic glucocorticoid therapy in rheumatic diseases. Ann Rheum Dis. 2007;66:1560-7.

11. Lorphelin-Martel H. Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute Normandie: vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale ? Thèse Médecine, Rouen, 2014.
12. Aubier M, Renon D, Crestani B, Pappo M. La fluticasone: un nouveau corticoïde inhalé, propriétés pharmacologiques et efficacité clinique. *Rev Fr Allergol.* 1997;37:499-512.
13. Goichot B, Duhaut P. Modalités d'arrêt d'une corticothérapie prolongée : enquête de pratique auprès de 150 médecins. *Rev Med Interne* 2007;28:62-5
14. Luca F, Taquet MC, Goichot B. Secondary adrenal insufficiency due to exogenous glucocorticoid therapy. *Rev Med Interne.* 2013;34:324-7
15. Kehlet H, Binder C. Value of an ACTH test in assessing hypothalamic-pituitary-adrenocortical function in glucocorticoid-treated patients. *BMJ* 1973;2:147-9.
16. Bancos I, Hahner S, Tomlinson J, Arlt W. Diagnosis and management of adrenal insufficiency. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015;3:216-26
17. Curtis JR, Westfall AO, Allison J, Bijlsma JW, Freeman A, George V. Population-based assessment of adverse events associated with long-term glucocorticoid use. *Arthritis Rheum.* 2006;55:420-6.
18. Weinstein RS. Clinical practice. Glucocorticoid-induced bone disease. *N Engl J Med.* 2011;365:62-70.
19. van Staa TP, Leufkens HG, Cooper C. The epidemiology of corticosteroid-induced osteoporosis: a meta-analysis. *Osteoporos Int.* Oct 2002;13(10):777-87.
20. Buckley L, Guyatt G, Fink HA, Cannon M, Grossman J, Hansen KE. 2017 American College of Rheumatology Guideline for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. *Arthritis Care Res.* 2017;69:1095-110
21. Hougardy D, Peterson G, Bleasel MD, Randal CT. Is enough attention being given to the adverse effects of corticosteroid therapy? *J Clin Pharm Ther.* 2000;25:227-34.

22. Murray J, Favus MJ. Bisphosphonates for Osteoporosis. *N Engl J Med*. 2010;363:2027-35.
23. Black DM, Kelly MP, Genant HK. Bisphosphonates and fractures of the subtrochanteric or diaphyseal femur. *N Engl J Med* 2010;362:1761-1771
24. Woo SB, Hellstein JW, Kalmar JR. Systemic review: bisphosphonates and osteonecrosis of the jaws. *Ann Intern Med* 2006;145:235
25. McEwen BS, Biron CA, Brunson KW, Bulloch K, Chambers WH, Dhabbhar FS. The role of adrenocorticoids as modulators of immune function in health and disease: neural, endocrine and immune interactions. *Brain Res Rev*. 1997;23:79-133.
26. Klein NC, Go CH, Cunha BA. Infections associated with steroid use. *Infect Dis Clin North Am*. 2001;15:423-432.
27. Dussauze H, Bourgault I, Doleris LM, Prinseau J, Baglin A, Hanslik T. Systemic corticosteroid treatment and risk of infectious diseases. *Rev Med Interne*. 2007;28:841-51.
28. Stuck AE, Minder CE, Frey FJ. Risk of infectious complications in patients taking glucocorticosteroids. *Rev Infect Dis* 1989 ;11 :954-63.
29. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=504>
30. Gennari FJ. Hypokalemia. *N Engl J Med*. 1998;339:451-8.
31. Van Everdingen AA, Jacobs JWG, Siewertsz Van Reesema DR, Bijlsma JW. Low-dose prednisone therapy for patients with early active rheumatoid arthritis: clinical efficacy, disease-modifying properties, and side effects: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Ann Intern Med*. 2002;136:1-12.
32. Gurwitz JH, Bohn RL, Glynn RJ, Monane M, Mogun H, Avorn J. Glucocorticoids and the risk for initiation of hypoglycemic therapy. *Arch Intern Med*. 1994;154:97-101.

33. Fardet L, Flahault A, Kettaneh A, Tiev KP, Genereau T, Toledano C. Corticosteroid-induced clinical adverse events: frequency, risk factors and patient's opinion. *Br J Dermatol*. 2007;157:142-8.
34. Fardet L, Cabane J, Kettaneh A, Lebbe C, Flahault A. Corticosteroid-induced lipodystrophy is associated with features of the metabolic syndrome. *Rheumatology (Oxford)*. 2007;46:1102-6.
35. Fardet L, Cabane J, Lebbe C, Morel P, Flahault A. Incidence and risk factors for corticosteroid-induced lipodystrophy: a prospective study. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57:604-9.
36. Falduto MT, Czerwinski SM, Hickson RC. Glucocorticoid-induced muscle atrophy prevention by exercise in fast-twitch fibers. *J Appl Physiol* 1990;69:1058-62.
37. Whitworth JA, Kelly JJ. Evidence that high dose cortisol-induced Na⁺ retention in man is not mediated by the mineralocorticoid receptor. *J Endocrinol Invest*. 1995;18:586-91.
38. Whitworth JA, Schyvens CG, Zhang Y, Andrews MC, Mangos GJ, Kelly JJ. The nitric oxide system in glucocorticoid-induced hypertension. *J Hypertens*. 2002;20:1035-43
39. <http://www.vascularites.org/protocoles/cortisel/>
40. Conn HO, Poynard T. Corticosteroids and peptic ulcer : meta-analysis of adverse events during steroid therapy. *J Intern Med*. 1994 ;236 :619-32
41. Garcia Rodriguez LA, Hernandez-Diaz S. The risk of upper gastrointestinal complications associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, glucocorticoids, acetaminophen, and combinations of these agents. *Arthritis Res*. 2001 ;3:98-101
42. Bouton C, Leroy O, Huez JF, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. *Santé Publique*. 2015 ;27:59-67
43. Letrilliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B, Kellou N, Paumier F, Bois C. Comparison of French training and non-training general practices: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*. 2016 ;16:126-70

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien final

➤ Objectif N°1 : Etat des lieux des pratiques

Comment cela se passe en pratique pour gérer une corticothérapie au long cours en cabinet de médecine générale ?

Relances :

1/Comment abordez-vous la surveillance des patients ? A quel rythme effectuez vous cette surveillance? Sur quels critères précis de surveillance insistez vous ?

Vous n'avez pas évoqué :

- l'ostéoporose
- le diabète
- l'HTA
- l'insuffisance surrénalienne
- les gastrites
- les troubles hydro-electrolytiques

pour quelles raisons ? Que faites vous concernant cet/ces effets indésirables ?

2/ Quelle est la place de l'éducation du patient dans ce cas ? par rapport à l'observance ? au régime hygiéno-diététique ? la vaccination ?

3/ Dans quelles circonstances modifiez-vous la posologie ? Comment gérez-vous la décroissance ? L'arrêt ?

4/ A quoi ressemble votre ordonnance type associée à la prescription de corticoïdes au long cours ?

➤ Objectif N°2 : Recueil des obstacles

Quels sont les difficultés et obstacles que vous rencontrez personnellement dans la gestion globale d'un traitement par corticoïdes au long cours ?

Relances :

1/ Comment évalueriez vous vos connaissances dans le domaine ?

2/ Dans quelles circonstances êtes vous amené à communiquer avec le spécialiste ?

Comment estimez-vous ce travail confraternel ?

3/ Quelles craintes ou hésitations avez-vous avant de modifier la posologie ?

4/ Rencontrez-vous des difficultés dans l'observance et la tolérance du traitement ?

➤ Objectif N°3 : Cas clinique

Pouvez vous me décrire une situation marquante concernant un patient sous corticoïdes au long cours ?

➤ Objectif N°4 : Proposition d'améliorations / attentes

Quels seraient vos besoins pour améliorer votre gestion de corticothérapie au long cours ?

Relances :

- Quel outil pourrait aider le patient dans cette gestion complexe pluri professionnelle ?
- Quelles sont vos suggestions ?

Y a t'il un autre point que vous souhaiteriez aborder ?

Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement

Madame, Monsieur

Vous êtes invité(e) à participer à une étude sur la gestion de la corticothérapie au long cours en médecine générale.

Ce document vous renseigne sur les modalités de cette étude. N'hésitez pas à poser des questions si certains éléments ne sont pas clairs.

La méthode choisie pour répondre à cette question est qualitative d'après des entretiens individuels.

C'est pourquoi nous sommes réunis pour une rencontre d'environ 20min.

Les discussions seront enregistrées de façon à permettre l'analyse ultérieure des informations récoltées. L'anonymisation sera réalisée lors de la retranscription des données.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision.

Nous vous ferons parvenir par mail, à la fin de notre étude, les résultats de l'analyse des données. Nous serons attentifs à votre retour sur analyse.

Consentement libre et éclairé

Je soussigné (e)déclare avoir lu et compris le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Fait à :

le

Signature :

Annexe 3 : Caractéristiques des participants

Médecin	Sexe	Age	Lieu	Mode d'exercice	MSU	Nombre de patients sous CTLC	Pathologies
MG1	H	56	Urbain	PP	oui	5 à 10	PR PPR Horton Asthme Néoplasie
MG2	F	30	Urbain	PP	non	1 à 5	M. auto-immune pulmonaire
MG3	H	58	Semi-rural	Cabinet de MG	oui	>10	PPR Asthme BPCO Crohn Horton Mononeuropathie multiple
MG4	H	59	Rural	Seul	oui	>10	Néoplasie PPR
MG5	F	60	Rural	PP	oui	1 à 5	Périartérite noueuse
MG6	F	35	Urbain	Cabinet de MG	oui	5 à 10	Asthme Horton PR
MG7	F	32	Urbain	PP	non	5 à 10	PR PPR
MG8	H	36	Semi-rural	Cabinet de MG	non	1 à 5	Horton BPCO Hodgkin
MG9	H	65	Rural	Seul	oui	> 10	PPR PR néoplasie
MG10	F	29	Urbain	Cabinet de MG	non	5 à 10	PR Insuffisance respiratoire chronique Horton néoplasie
MG11	H	57	Semi-rural	MSP	oui	5 à 10	Horton PPR maladie de système néoplasie
MG12	H	29	Semi-rural	Cabinet de MG	non	1 à 5	PPR PR Rhumatisme inflammatoire
MG13	H	59	Urbain	Cabinet de MG	oui	>10	PPR PR lupus néoplasie
MG14	H	53	Semi-rural	Cabinet de MG	oui	5 à 10	PPR Horton Addison fibrose pulmonaire PNP à éosinophile asthme
MG15	F	49	Urbain	Cabinet de MG	oui	>10	PPR rhumatisme psoriasique PR
MG16	H	38	Rural	MSP	oui	5 à 10	PPR Horton
MG17	F	37	Rural	MSP	oui	5 à 10	Horton syndrome néphrotique soins palliatifs
MG18	H	65	Urbain	Cabinet de MG	oui	> 10	Asthme PPR ORL

BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive, F : femme, H : homme, MG : Médecin généraliste, MSP : Maison de santé pluridisciplinaire, MSU : Maître de stage Universitaire, PP : Pluriprofessionnel, PPR : Pseudo-polyarthrite rhizomélique, PR : Polyarthrite rhumatoïde