

Au fil de la presse

Rodolphe Charles

Université Jean Monnet, Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Département de médecine générale, Campus Santé Innovations, Saint-Priest-en-Jarez
rodolphe.charles@univ-st-etienne.fr

La cigarette électronique réduit-elle le tabagisme ?

• Mots clés : tabagisme, cigarette [smoking, cigarette].

Il suffit de quelques entretiens (cliniques ou sociologiques) pour être certain que la cigarette électronique est utilisée par les fumeurs pour réduire ou interrompre leur tabagisme. Elle a d'ailleurs été inventée ou au moins commercialisée dans cette perspective.

Beaucoup de polémiques et d'agitations autour de l'innocuité de son usage s'évaporent en fumée face aux certitudes sur les dangers polymorphes du tabagisme. Le dispositif est devenu extrêmement populaire. On manque encore de données chiffrant réduction, arrêt et rechute du fait de son usage.

Une étude de cohorte grâce aux Consultants des Centres d'Examens de Santé (CONSTANCES) propose quelques résultats intéressants à partir de 5400 fumeurs et 2000 anciens fumeurs ayant quitté le tabagisme l'année de l'introduction en France des cigarettes électroniques (2010). L'ensemble de ces sujets ont été suivis pendant deux ans (2017-2018).

Sur les 5400 fumeurs, environ 800 (plutôt des hommes, un peu plus âgés)

utilisaient quotidiennement les cigarettes électroniques, ils avaient plus souvent tenté d'arrêter, étaient de plus gros fumeurs (13 vs. 10 cigarettes par jour) et présentaient des scores de dépression plus forts. Sur les 2000 anciens fumeurs, des usagers réguliers de cigarettes électroniques étaient repérés : plutôt des hommes, aux antécédents de tabagisme plus forts, présentant moins de soucis avec l'alcool, mais un peu plus de dépression. Après deux ans, les usagers fumeurs avaient plus diminué leur tabagisme (-4,4 [95% CI : -4,8 à -3,9] vs. -2,7 [-3,1 à -2,4] cigarettes par jour), les arrêts étaient plus nombreux dans le groupe cigarette électronique, encore plus si elle était utilisée depuis un an.

Ces résultats s'ajoutent à la littérature démontrant un intérêt de la cigarette électronique dans la lutte antitabagique. Un dernier résultat rend l'étude plus intéressante : les anciens fumeurs usagers de la cigarette électronique sont plus souvent victimes de rechute !

Des études complémentaires devront compléter ces recherches : la technologie des cigarettes électroniques

évolue et des éléments peuvent tenir à l'addiction nicotinique et à la délivrance de la nicotine par le dispositif. Enfin, des considérations sociologiques centrées sur le genre, les usages sociaux devront préciser si la cigarette électronique peut aussi constituer un outil de retour au tabagisme.

1. Gomajee R, El-Khoury F, Goldberg M, et al. Association Between Electronic Cigarette Use and Smoking Reduction in France. JAMA Intern Med [Internet]. 2019 Jul 15



Pour la pratique

- Le praticien de soins primaires se doit d'utiliser l'intervention brève en tabacologie ; il note le tabagisme et l'intention d'arrêter ; il peut aussi enquêter autour de l'usage de la cigarette électronique et le faire figurer au dossier médical. En cas d'arrêt, il encourage et soutient l'abstinence, en redoublant sa vigilance et son effort si l'arrêt a été produit et entretenu par la voie de l'e-cigarette.

La CRP pour diriger la décision d'antibiothérapie en cas d'exacerbation de BPCO ?

• Mots clés : Protéine C réactive ; BPCO ; antibiotiques ; biologie médicale délocalisée [C-Reactive Protein ; COPD ; Antibiotic ; Point-of-care testing].

Cette étude multicentrique [1] a été réalisée au Royaume-Uni dans 86 cabinets de médecine de famille entre 2015 et 2017.

Les cabinets disposaient d'appareils de biologie médicale délocalisée (ABMD) testant la CRP (C-Reactive Protein). Étaient inclus des patients de plus de 40 ans porteurs d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et présentant un épisode d'exacerbation. Ils ont été randomisés en deux groupes soins usuels avec ou sans aide de la CRP par biologie délocalisée. Un guide support pour les mé-

decins et les patients précisait qu'une CRP inférieure à 20 mg dispensait de l'usage d'antibiotique, qu'entre 20 et 40 il était possible, et qu'au-dessus de 40 il était souhaitable.

L'étude regroupait 653 patients. L'usage des antibiotiques était nettement plus faible dans le « groupe CRP » (57,0 % vs. 77,4 % ; OR ajusté [adjOR] 0,31 ; 0,20-0,47), dès la première consultation (47,7 % vs. 69,7 %) et jusqu'à la quatrième semaine (59,1 % vs. 79,7 %) sans aucun indice de préjudice clinique.

Dans une optique de réduction de la consommation d'antibiotiques en médecine humaine, le Royaume-Uni a décidé d'inclure les appareils de biologie médicale délocalisée en soins primaires. Des plans nationaux de lutte contre le développement de l'antibiorésistance se succèdent en France depuis 2001, un plan d'action mondial est conduit par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) depuis mai 2015 [2].

Au Royaume-Uni, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) a mis à jour en décembre 2014 la recommandation sur la prise en

charge des pneumopathies en soins primaires. Le praticien doit envisager un dosage de la CRP sur ABMD si, après examen clinique, le diagnostic de pneumopathie ne peut pas être fait et si une antibiothérapie peut être discutée. Il est recommandé de se limiter à une surveillance clinique si elle est inférieure à 20 mg/L. Pour un résultat supérieur à 100 mg/L, une origine bactérienne à l'épisode infectieux doit être envisagée ainsi qu'une antibiothérapie. Cette recommandation formalise l'incertitude diagnostique souvent rencontrée par les praticiens. L'examen clinique pratiqué est rassurant, mais la symptomatologie ou la demande d'antibiotique émise par le patient peut dominer. Entre 20 et 100 mg/L, il est recommandé de réévaluer le contexte infectieux à distance de la consultation initiale. Le praticien peut également décider de délivrer une ordonnance anticipée comportant un antibiotique, en demandant au patient de le débiter si les symptômes s'aggravent [3].

En 2014, la Cochrane a effectué une revue de la littérature sur l'utilisation

de la CRP sur ABMD en soins primaires lors d'un épisode d'infection respiratoire aigu. Les auteurs ont conclu à une diminution de la prescription d'antibiotiques, sans incidence sur la durée de guérison [4].

1. Butler CC, Gillespie D, White P, et al. C-Reactive Protein Testing to Guide Antibiotic Prescribing for COPD Exacerbations. *N Engl J Med* 2019 ; 381 (2) : 111-20.
2. OMS. Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens. 2016 ? Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249548/1/9789242509762-fre.pdf>. (consulté le 12/08/2019).
3. National Institute for Health and Care Excellence. Pneumonia in adults: diagnosis and management. 2014.
4. Aabenhus R, Jensen J-US, Jørgensen KJ, Hróbjartsson A, Bjerrum L. Biomarkers as point-of-care tests to guide prescription of antibiotics in patients with acute respiratory infections in primary care. In: The Cochrane Collaboration, (Eds). *Cochrane Database of Systematic Reviews* Internet Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2014: Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010130.pub2> (consulté le 12/08/2019).
5. Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de Santé. L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013. Saint Denis : ANSM, 2014.



Pour la pratique

- La France se classe quatrième pays le plus prescripteur d'antibiotiques en Europe ; premier pays prescripteur en soins primaires, avec près de 70 % de la consommation d'antibiotiques concernant les infections des voies respiratoires [5]. En France, l'utilisation des ABMD est réglementée depuis 2010 (Ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010, articles 6211 du Code de Santé Publique). Elle s'appuie sur une norme établie en 2006 qui fournit des exigences spécifiques pour les analyses de biologie délocalisées. L'usage des ABMD est restreint au milieu hospitalier, les expériences dans les pays où les cabinets sont équipés nous aident à réfléchir. Dans notre système de soins, en attendant qu'on pense le généraliste capable de gestes plus difficiles que la bandelette urinaire, le streptotest, et la glycémie capillaire, il reste toujours possible d'attendre une CRP de laboratoire !

Soutenir la parentalité durant la petite enfance

• Mots clés : défense des droits de l'enfance ; expériences défavorables de l'enfance ; pratiques éducatives parentales [Child Advocacy ; Adverse Childhood Experiences ; Parenting].

La société canadienne de pédiatrie vient de publier un texte de recommandations destiné aux médecins de famille pour aider la pratique clinique relationnelle autour de la parentalité.

Chaque consultation d'un nourrisson ou d'un enfant jusqu'à 6 ans devrait constituer l'occasion de vérifier la qualité de la relation, les comportements de l'enfant, les habitudes quotidiennes, et le fonctionnement de la famille. Il s'agit de repérer les difficultés éducatives et de s'appuyer sur les ressources parentales ou des conseils pour les résoudre.

Le texte distingue d'abord le repérage et propose un cadre méthodique : poser des questions, miser sur les ressources de la famille, donner des conseils axés sur la famille, dresser des plans notamment autour des questions de sommeil et de discipline, fournir des informations sur les attitudes parentales positives.

Les expériences négatives de l'enfance sont décrites : événements stressants et traumatiques, maltraitance, négli-

gence, séparation, et le fait d'être témoin de violence. La relation effet-dose de l'accumulation d'adversité (violence, séparation, précarité...) est démontrée et induit une augmentation des comportements à risque, mais la prise en charge précoce peut soigner et renforcer la résilience. Malheureusement peu de situations à risque sont dépistées en soins primaires.

Les conseils recensés par les auteurs sont centrés sur les trois points qui incitent le plus souvent les parents à nous consulter : les pleurs, le sommeil et les comportements difficiles. Les pleurs inexplicables (chez nous « les coliques » : les Français doivent-ils s'accrocher à des explications ?) font partie du développement normal entre deux semaines et quatre mois. Les auteurs valorisent le soutien et l'empathie envers les parents. Ils donnent des pistes de repérage de la frustration, de l'impuissance et de la colère parentale. Ils listent des conseils.

Le texte s'appuie sur une bibliographie importante de « données probantes » fondant l'action sociale (70

références). L'EBM se doit de vérifier l'utilité, l'efficacité des habiletés relationnelles. Les auteurs fournissent des phrases types favorisant l'action à mettre en place. Par exemple, une ouverture de la consultation par la phrase : « *est-ce que vous, votre enfant ou votre famille avez vécu un événement stressant depuis la dernière fois que nous nous sommes vus ?* » permet plus de repérage que : « *comment allez-vous ?* » ou « *comment va votre enfant ?* ». Un chapitre propose de dresser des plans pour modifier les comportements liés au sommeil ou à la discipline : des check-lists simples, parfois avec des aide-mémoire en acronyme (REDIRIGE) aident le praticien à accompagner les parents.

Bien sûr, ces pratiques comportementalistes pourront apparaître un peu simplistes en première lecture à des soignants de niveau 2 ou tout simplement à des soignants ayant déjà été parents ! Mais rappelons qu'il s'agit de « technique relationnelle » efficace destinée à être appliquée au sein d'une consultation de soins pri-

maires « ordinaire » incluant plusieurs autres éléments cliniques (courbes de développement staturo-pondéral, acquisition développementale, vaccination...). Si le praticien sait faire plus, qu'il n'hésite pas... Mais la santé publique le montre : en général, ces guidances ne sont pas effectuées.

Enfin, soulignons, outre-Atlantique, la possibilité d'aborder les questions ethniques et communautaires dans un texte de recommandation : de nombreux chapitres sont ponctués de nuances précisant que l'éducation des enfants relève de postures cultu-

rellement codées. Les auteurs font des propositions d'investigations élémentaires. Je retiens cette suggestion : « *Comment vos parents vous ont-ils aidé à faire face à... ?* » En cas de nécessité, l'organisation du système de soins canadien prévoit l'intervention en niveau 2 de centres ou de services ressources communautaires.

1 Robin C. Williams AB. L'importance des relations : comment les cliniciens peuvent soutenir des pratiques parentales positives pendant la petite enfance. Société canadienne de pédiatrie. 2019. Consultable à l'URL <https://www.cps.ca/fr/documents/position/parentales-positives> (consulté le 12/08/2019).



Que retenir pour notre pratique ?

- Le texte est en français, téléchargeable, et ne contient pas plus de 12 pages. Il apparaît indispensable de le diffuser auprès des cabinets de soins primaires (généralistes, pédiatres et médecins de PMI, cadres de santé en crèche). En cas de problème difficile, les pistes proposées pour le niveau 2 ne correspondent pas à notre système de soins et il appartient aux soignants de les transposer. Mais les conseils de repérage apparaissent cohérents avec nos pratiques médicales, les attentes de notre société et de notre santé publique, et la guidance décrite correspond à notre mode de vie.

Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs

• Mots clés : handicap ; retour au travail ; maladie chronique ; médecine du travail [disability ; return to work ; chronic disease ; occupational medicine].

Le développement de l'accompagnement des travailleurs et des entreprises dans la prévention de la désinsertion professionnelle et dans le maintien en emploi est une priorité dans les politiques publiques. Il constitue l'une des lignes directrices et structurantes du troisième Plan santé au travail 2016-2020 définie par les partenaires sociaux.

Afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, l'un des axes de la stratégie nationale de santé 2018-2022 comprend un objectif visant à prévenir la désinsertion professionnelle et sociale des malades, des blessés et des victimes d'accidents sanitaires ou traumatiques et de leurs aidants. Elle mentionne que l'amélioration des politiques de maintien en emploi repose sur une prise en charge précoce et sur un accompagnement de l'employeur pour favoriser autant que possible le retour à l'emploi, et qu'en cas d'impossibilité de retour à l'emploi initial, une attention doit être portée à la reconversion professionnelle de la personne. La maladie chronique (15 % des travailleurs continuent de travailler avec une ou plusieurs maladies chroniques – diabète, cancer, asthme, troubles de santé mentale, maladies infectieuses transmissibles ou atteintes anatomiques ou fonctionnelles) et le handicap (2,6 millions de travailleurs) sont associés à un risque

accru d'incapacité professionnelle, de limitation de l'activité, de perte/changement d'emploi, d'absentéisme au travail, mais pas systématiquement à un risque de désinsertion professionnelle. La présence d'une (ou plusieurs) maladie chronique impose donc une vigilance aux acteurs du maintien en emploi [1].

La place du médecin généraliste est capitale et trois articles récents de la revue [2] visaient à l'aider à s'emparer du problème en amont de la crise de la perte d'emploi. Les articles insistaient sur les facteurs de risque que représentent handicap et maladies chroniques en ce qui concerne le maintien dans l'emploi. Cette recommandation de la HAS propose un socle commun pour prévenir la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien en emploi (MEE) des travailleurs ayant un ou plusieurs problèmes de santé (en première intention dans l'entreprise d'origine) et améliorer la lisibilité et la cohérence de la prise en charge des personnes en risque de désinsertion professionnelle. Les facteurs de mauvais pronostic sont décrits : âge > 50 ans, faible niveau d'études, isolement social ou un manque de soutien social/familial, capacité physique limitée, mauvaise santé perçue, symptôme de détresse, symptomatologie anxieuse et/ou dépressive, surpoids, arrêts de travail antérieurs répétés et/ou pro-

longés (> 3 mois). Des pathologies posent plus particulièrement des problèmes : les troubles musculosquelettiques, la santé mentale, les cancers, les pathologies cardiovasculaires et neurologiques.

La recommandation cadre le plan de retour au travail et la place de la visite de pré-reprise, les missions du médecin du travail (mesure d'adaptation). Pour le généraliste, les demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), d'invalidité, les programmes d'activité physique adaptée et de remédiation cognitive post prise en charge du cancer sont décrits. Les pages 27 et 28 listent les acteurs et leurs missions, souvent mal connues des généralistes : AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées), Comète... SAMETH (Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des travailleurs Handicapés) ... Enfin les dernières pages donnent des dispositions réglementaires, des lettres types, des documents CERFA, des fiches de liaisons entre partenaires généralistes, médecins du travail, médecins-conseils, des tableaux exposant mesures, actions, droits (communs, assurance maladie, MDPH, AGEFIPH) et aides.

1. HAS. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. 2019. (consulté le 12/08/2019) <https://www.has-sante.fr/upload/docs/>

application/pdf/2019-02/reco271_recommandations_maintien_en_emploi_v1.pdf
 2. Ouali I, Debout M, Fontana L, Nicolas F, Charles R. Consulter un patient en situation de perte d'emploi. Partie 1 : entrevoir le contexte et différencier les typologies des pertes d'emploi. *Médecine* 2019 ; 15 (3) : 131-7. Partie 2 : entrevoir le contexte et différencier les typologies des pertes d'emploi. *Médecine* 2019 ; 15 (4) :

173-7. Partie 3 : un référentiel de pratique pour la médecine générale. *Médecine* 2019 ; 15 (5) : 216-21.

3. HAS. Synthèse : Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. 2019. (consulté le 12/08/2019) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/fs_sante_maintien_emploi_v1.pdf



Que retenir pour notre pratique ?

- Les aspects sociaux de la santé ne constituent pas, en général, le point fort des généralistes. Cette recommandation est assez facile à lire et très pratique : mais pour les « allergiques », on peut se contenter de lire les neuf pages de la synthèse [3].

Décès directement liés aux drogues

• Mots clés : drogue, mortalité [drug abuse, mortality].

Les auteurs écrivent depuis le Centre régional de pharmacovigilance de Grenoble. Le taux de décès directement liés aux drogues (DDL) en France est l'un des plus faibles de l'Union européenne (4 à 6 par million d'habitants ou 537 en 2017) notamment en raison de leur sous-estimation, mais aussi de l'effet de la politique française en matière de mise en place des traitements de substitution aux opioïdes.

Il existe trois sortes d'opioïdes faisant prendre des risques de surdosages mortels (78 % des DDL de 2017) : les opioïdes illicites, les opioïdes destinés à la substitution et les opioïdes antalgiques. Plus globalement, il apparaît que désormais les risques ne pèsent

plus uniquement sur les seuls usagers de drogues, mais aussi sur des personnes qui consomment ces produits avec un objectif initial de lutte contre la douleur.

1. Brisacier AC, Palle C, Mallaret M. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Décès directement liés aux drogues. Tendances [Internet]. 2019 ; (133), 9 p. (consulté le 12/08/2019). <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxabz7.pdf>

~ **Liens d'intérêts** : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.



Que retenir pour notre pratique ?

- Sur le plan déclaratif, en cas de décès le généraliste note le diagnostic de DDL sur le volet CépiDc du certificat et coche « l'obstacle médico-légal ».
- Sur le plan préventif, il garde à l'esprit lors de ses prescriptions le nombre croissant de mésusages des antalgiques opiacés. La période de l'initiation et celle de l'arrêt du traitement sont particulièrement à risque.
- Les cabinets devraient s'investir dans le traitement substitutif des toxicomanies aux opiacés.