

# GRUPE DE LECTURE CRITIQUE, FORMATION ET ANALYSE DES PRATIQUES : EXEMPLE DE L'ÉPICONDYLITE

## Contexte

La formation Médicale Continue (FMC) et l'évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sont indissociables. Elles sont au mieux mises en œuvre entre pairs au sein de petits groupes favorisant l'interactivité<sup>1</sup> Au sein de ces groupes la confrontation des pratiques avec des données actualisées de la science permet les remises en question nécessaires pour une démarche qualité. Le médecin doit régulièrement consulter la littérature pour améliorer ses prises en charge. Retrouver et sélectionner les articles originaux nécessite un investissement important<sup>2</sup> Des synthèses condensées de la littérature rédigées selon les principes de l'EBM sur des questions précises concernant la pratique quotidienne ou l'organisation des soins sont susceptibles d'apporter une aide précieuse pour la décision médicale et représentent un outil efficace de formation.

## Hypothèse

La confrontation des pratiques aux données de la littérature permet les remises en question nécessaires et l'actualisation des données scientifiques.

## Objectif

Créer et tester une méthode de formation basée à la fois sur la littérature et l'expérience clinique.

## Méthode

Définition préalable d'un thème à partir d'une liste actualisée de documents de synthèse répondant aux critères prédéfinis.

**Bibliomed, hebdomadaire de la SFDRMG et du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC présente 40 fois par an une synthèse des données les plus récentes de la littérature, pouvant aider à la décision sur une question précise, particulièrement en pratique quotidienne de médecine générale.**

Dans le cas précis, le thème choisi est les épicondylites.

Chaque médecin sélectionne dans ses dossiers un cas clinique de douleur du coude, qu'il présente à ses confrères. Le groupe lit ensuite le Bibliomed correspondant, ici le n° 464 du 26 avril 2007.

**Tour de table** : points clés des dossiers et des documents ; analyse des convergences et divergences entre les pratiques relevées dans les dossiers et les éléments de la littérature : pratiques appropriées ou non ? dans ce cas pourquoi et comment les modifier ?

## Résultats

**Recherche documentaire complémentaire** : Reprise des articles ayant permis la rédaction du Bibliomed, et mise à jour.

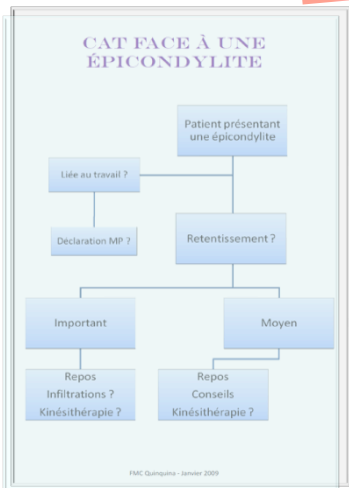
Hay *et al* ont montré dès 1999 qu'un traitement de 2 semaines par AINS (naproxène) n'est pas supérieur au placebo, et que le pronostic à long terme de l'épicondylite est bon, quel soit le traitement initial choisi. Bisset en 2006 montre aussi une moindre utilisation de traitements complémentaires chez les sujets bénéficiant de la kinésithérapie, mais pour un coût hautement supérieur aux infiltrations ou à l'abstention. Par ailleurs, cette étude confirme les recommandations néerlandaises de 1997 sur le sujet : la stratégie abstention-surveillance avec des conseils adaptés suffit chez la majorité des patients. Dans son éditorial<sup>3</sup>, Nynke Smidt conclue que la décision doit être partagée entre le patient et son médecin, selon les avantages et inconvénients de chaque option.

Si le patient préfère un soulagement rapide, l'infiltration peut être adaptée, mais l'efficacité à long terme est assez faible. Pour les patients avec des douleurs sévères et persistantes, la kinésithérapie constitue une alternative efficace, le rapport coût –efficacité pouvant alors devenir favorable.

Pour ce qui est de la durée du repos, il n'existe pas de recommandation. Les médecins du travail de Rennes<sup>4</sup> recommandent 3 semaines de repos, mais il ne s'agit que d'un avis d'expert.

On note que le Bibliomed n'aborde pas du tout la question socio-professionnelle. Dans un certain nombre de cas, l'épicondylite entre dans le tableau 57 des maladies professionnelles. Un contact avec le médecin du travail semble particulièrement important pour promouvoir le maintien du salarié dans le monde du travail. (avis d'experts<sup>5</sup>)

Elaboration par le groupe d'un document, algorithme, fiche info patient ...



**VOUS AVEZ UNE ÉPICONDYLITE**

REPOSEZ-LE MOUVEMENT QUE FAIT MAL. Il est **EXTREMEMENT** important de ne plus le faire. Seul l'arrêt des activités responsables de l'épicondylite permettra la cicatrisation de vos tendons. Ce type de maladie favorise par conséquent l'arrêt temporaire de toute activité d'activité ou de tâches responsables de la douleur au coude. Evitez 1 à 2 fois par semaine pendant plus d'une semaine. Dans ce cas, le chirurgien est exceptionnellement la solution, mais elle n'est pas toujours possible.

Il existe différentes possibilités de traitement de la douleur :

- Essentiellement l'application de glace ou l'administration de médicaments pour réduire la douleur.
- En la **limitant** afin d'éviter le processus de guérison de rendre le coude le plus fonctionnel possible et d'éviter le risque de récidive au travail.
- Une **infiltration**. Il s'agit d'une injection d'un médicament dans le but d'apaiser le contact de vos tendons. Le plus souvent, le produit injecté est de la cortisone, mais il peut aussi utiliser un anesthésique, seul ou en association avec la cortisone.

Toutes les études ont montré que les anti-inflammatoires sont efficaces sur la douleur et sur l'activité de l'épicondylite.

Le traitement de cette maladie peut parfois prendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois. **COMMENT CHOISIR SON TRAITEMENT ?**

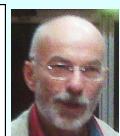
En fonction de vos priorités et sachant que :

- L'abstention**, en particulier massive (message) et avec accompagnement des activités de rééducation et de musculature adéquates, peut vous permettre de récupérer plus rapidement. Néanmoins, le coût de ce traitement n'est pas négligeable.
- L'infiltration** ne permet pas de faire, et est efficace à long terme, est essentielle. Néanmoins, elle peut apporter un soulagement rapide et d'une durée de quelques semaines. Il existe des effets secondaires potentiels :
  - Quelques jours pendant lesquels la douleur est plus importante.
  - Risque de saignement.
  - Infection du point de ponction, rare.
  - Déclenchement d'un diabète pré-existant.
  - Alourdissement.

Pensez à contacter votre médecin du travail.

FMC Quinquina Janvier 2008, d'après Bibliomed

Anne-Claire BENOËTEAU Yves LE NOC, (SFDRMG - Centre de Documentation UNAFORMEC).



Les références

**A distance, analyse de nouveaux cas cliniques : avons-nous modifié notre pratique ? Avons-nous utilisé notre outil ?**

**Conclusion**

Cette méthode permet de conforter ou modifier les pratiques, éventuellement d'actualiser les données scientifiques. Elle est utilisée actuellement par un groupe de généralistes de la région nantaise. Les thèmes de la thrombose veineuse profonde, de la BPCO, des épicondylites et de la coqueluche ont été abordés depuis 2 ans, débouchant chaque fois sur un arbre décisionnel ou un document patient.

**Références**

- 1 Bras PL, Duhamel G, Grass E. Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de Disease Management. Prat Org Soins. 2006;37(4):341-56.
- 2 Taieb S, Vennin P, Carpentier P. EBM et choix du patient. Première partie : décider sur quelle « évidence » ? Médecine 2005 ;1 ;2 :90-2.
- 3 Smidt, Tennis elbow in primary care. BMJ 2006;333:927-8
- 4 Institut Universitaire de Médecine du Travail de Rennes, Troubles musculo-squelettiques et travail, 1999, http://www.med.univ-rennes1.fr/resped/s/medtra/troubles\_musc-squel.htm#3.2
- 5 Groupe de FMC de généralistes de Loire Atlantique Quinquina