

N° 74 - Décembre 2018



PRINCIPAUX VACCINS DU VOYAGEUR

DÉPISTAGE PRÉCOCE DES TROUBLES VISUELS

ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DES ENFANTS ET DES ADOS. LA SANTÉ AFFECTIVE ET SEXUELLE : EN PARLER



ENQUÊTE SUR LES PRATIQUES DE GESTION DE
LA DOULEUR DANS LE TRAITEMENT PRÉVENTIF
DES RECHUTES DE RAA, EN NC, EN 2018

ENQUÊTE SUR LES PRATIQUES DE GESTION DE LA DOULEUR DANS LE TRAITEMENT PRÉVENTIF DES RECHUTES DE RAA, EN NC, EN 2018

Nina GUILLOT Cadre de santé Coordinatrice du programme rhumatisme articulaire aigu – ASSNC

Elodie MAGNAT Epidémiologiste Responsable des enquêtes Baromètre Santé – ASSNC

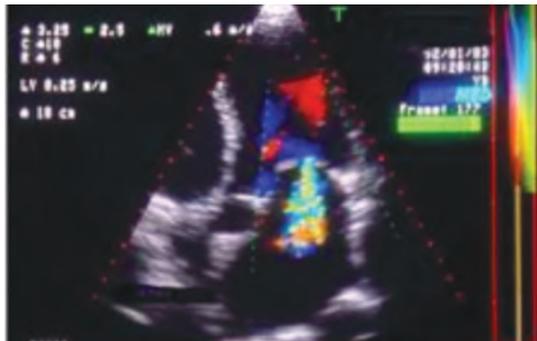
Patrick BLANCO Médecin responsable Espas CMP - DPASS Province Sud

Jean-Baptiste GAUMERY Référent RAA - DASSPS Province Nord

Dr Pascale DOMINGUE MENA Médecin chef cellule évaluation, étude prospective - DPASS Province Sud, anciennement adjointe SASP – DASSPS Nord

Dr Hervé LANTHONY Responsable pi de la Cellule d'Epidémiologie et des Enquêtes Prospectives - DPASS Province Sud

Dr Bernard ROUCHON Directeur - ASSNC



1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ENQUÊTE

Le rhumatisme Articulaires Aigu (RAA) est une affection auto-immune consécutive à une infection causée par le streptocoque hémolytique du groupe A (SGA). Sa gravité est liée à l'atteinte cardiaque (cardiopathie rhumatismale chronique - CRC) associée à ce processus auto-immun, qui provoque à terme de graves dysfonctionnements cardio-vasculaires nécessitant dans de nombreux cas une prise en charge chirurgicale. La CRC constitue la première pathologie cardiaque acquise dans la population des jeunes adultes dans le monde. Elle est responsable de plus de 345 000 décès par an, et représente une charge mondiale de morbidité estimée à plus de 10 millions d'années de vie en bonne santé perdues (DALY) ^{[1][2]}.

Cette pathologie aujourd'hui pratiquement disparue des pays industrialisés persiste dans la zone pacifique, notamment en Nouvelle-Calédonie, en lien principalement avec les conditions de vie et la promiscuité. En 2013, une étude rétrospective de cohorte hospitalière estimait la prévalence de la CRC en Nouvelle-Calédonie à 2.8 pour 1 000 hab (IC95% [2.6-3.0]). Ramenée à la population mélanésienne, cette prévalence passait à 4.93 pour 1 000 hab (I 95% [4.50-5.35]) ^[3]. La prévalence de la CRC dans la population des 18-22 ans était estimée, en 2010, à 5.9/1000 hab (IC95% [2.6-12.2]) ^[4].

Enfin, la prévalence de l'insuffisance cardiaque attribuée à la CRC entre 2005 et 2015, était estimée à environ 30 pour 1000 hab ^[5].

L'unique traitement préventif de la rechute du RAA et de l'apparition ou de l'aggravation de la CRC consiste en une administration de pénicilline retard, préférentiellement par voie injectable, toutes les quatre semaines, pendant au minimum dix années.

La gestion de la douleur dans le traitement préventif des rechutes de RAA est une problématique majeure à laquelle sont confrontés les professionnels de santé, et qui compromet bien souvent l'observance au traitement. Face au risque d'arrêt du traitement et ses conséquences sur l'état de santé du patient, l'utilisation de la lidocaïne, peut être alors un recours pour les professionnels

qui ont dû adapter leurs pratiques aux spécialités qui se sont succédées depuis l'arrêt de la commercialisation de l'Extencilline®. La spécialité disponible sur le territoire, au moment de l'enquête, était la Benzathine Benzylpenicilline Sandoz® (BZT), mais celle-ci, en regard de son autorisation de mise sur le marché, ne doit pas être mélangée à un autre produit et donc à la lidocaïne. Les données disponibles sur la question de l'utilisation de la lidocaïne avec la pénicilline sont rares et incomplètes. Seules deux études ont vérifié les effets de la substitution d'une partie du solvant de la pénicilline par de la lidocaïne, et ce, sur des effectifs et une durée peu importants (n= 18 et 100) ^{[6][7]}. Les résultats ne révèlent pas de différence au niveau des concentrations sériques de pénicilline et montrent une réduction significative de la douleur. En revanche la sécurité de cette pratique n'a pas été recherchée ^[8], bien que dans le traitement de la syphilis, cette pratique soit recommandée par les sociétés savantes ^{[9][10]}.

L'utilisation de lidocaïne dans la gestion de la douleur liée au traitement préventif des rechutes de RAA semble largement pratiquée par les professionnels de santé, mais aucune donnée fiable et précise au sujet de cette pratique et des autres méthodes de gestion de la douleur sur le territoire n'est disponible. Il nous a donc semblé nécessaire, dans un premier temps, d'évaluer les pratiques actuelles, avant de réaliser une étude qualitative sur l'impact du traitement sur la qualité de vie des patients.

2. OBJECTIFS

L'objectif principal de cette enquête est de décrire les pratiques actuelles des équipes médicales et paramédicales du secteur public et des médecins généralistes du secteur privé concernant les méthodes de gestion de la douleur utilisées dans l'antibioprophylaxie injectable du RAA en NC en 2018. Il s'agit d'une démarche compréhensive dont les prolongements prévus sont l'évaluation de l'impact du traitement sur la qualité de vie des patients.

Les objectifs secondaires sont :

- de déterminer les méthodes de gestion de la douleur les plus utilisées ;

- d'estimer la proportion de professionnels de santé utilisant la lidocaïne et déterminer le mode d'administration, les raisons et les circonstances de son utilisation ;
- d'informer et d'impliquer les professionnels de santé pour une future étude sur l'évaluation de l'impact du traitement sur la qualité de vie des patients.

3. MATÉRIELS ET MÉTHODES

3.1. Schéma et site de l'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale dont la collecte de données s'est déroulée du 22 mai au 6 juillet 2018 auprès de médecins et infirmiers. Elle a lieu sur l'ensemble du territoire de la Nouvelle-Calédonie.

3.2. Population d'étude

La population d'étude est composée de :

- l'ensemble des médecins et infirmiers exerçant dans les 31 CMS des trois provinces de la Nouvelle-Calédonie ;
- l'ensemble des médecins hospitaliers exerçant dans les services de pédiatrie et de médecine interne du CHT (ont été exclus : les autres services hospitaliers ainsi que l'ensemble du personnel infirmier hospitalier qui ne sont pas susceptibles de réaliser des injections d'antibioprofylaxie) ;
- l'ensemble des médecins libéraux suivant au moins un patient atteint par le RAA (ont été exclus les médecins libéraux n'ayant aucun patient suivi en longue maladie RAA).

Aucun échantillonnage n'a été réalisé, l'ensemble des médecins et infirmiers au sein de la population source ont été contactés.

L'effectif total de la population source totale recensée est de 354 professionnels de santé dont les caractéristiques sont présentées dans le Tableau 1.

3.3. Recueil des données

Les données ont été recueillies sur une durée de 6 semaines via un questionnaire auto-administré consultable en ligne. Le questionnaire se compose de trois parties : consentement, caractéristiques professionnelles et pratique en matière de gestion de la douleur. Le temps de passation du questionnaire était estimé à 5 min.

3.4. Analyses Statistiques

L'analyse des données et la rédaction de l'article ont été réalisées par le personnel de l'ASS-NC. Les données ont fait l'objet d'une étude descriptive, notamment en fonction des caractéristiques suivantes : sexe, lieu d'exercice et statut professionnel. Les variables qualitatives ont été comparées en fonction des caractéristiques socio-démographiques des répondants selon le test du Chi-deux, ou le test exact de Fisher si les conditions d'application du Chi-deux n'étaient pas respectées. Le seuil de significativité est fixé à 0.05. Les analyses statistiques ont été réalisées sur le logiciel R version 3.3.2.

3.5. Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement implicite des professionnels de santé volontaires pour participer à l'étude leur était demandé en approuvant explicitement 3 conditions indispensables à la validité de leur contribution, en préambule du questionnaire.

Une fois la vérification des données effectuées, celles-ci ont définitivement été anonymisées. Aucune donnée directement ou indirectement nominative ne sera publiée ou transmise à quiconque. Toutes les données de l'étude non encore publiées resteront confidentielles.

Le comité d'éthique de Nouvelle-Calédonie a été saisi le 28 mars 2018 et a émis un avis favorable. Une déclaration normale à la CNIL a été réalisée.

4. RÉSULTATS

4.1. Taux de participation, représentativité des répondants et description de l'échantillon

Taux de participation global

Le taux de participation globale s'élève à 29% (n=104).

Représentativité des répondants

Nous observons une surreprésentation des infirmiers ainsi qu'une sous-représentation des médecins libéraux dans notre échantillon par rapport à la population-cible.

Les taux de participation varient fortement en fonction des provinces. Ces différences entraînent une surreprésentation des professionnels de santé des Iles Loyauté qui représentent près de 31% des répondants contre seulement 18% de la population-cible (cf. Tableau 1).

	Répartition de la population cible	Répartition des répondants	Taux de participation
Genre			
Homme	47 %	38 %	23 %
Femme	53 %	62 %	35 %
Statut	p < 0.05		
Infirmier	40 %	56 %	41 %
Médecin public	22.4 %	22.4 %	23 %
Médecin libéral	37 %	26 %	21 %
Province	p < 0.01		
Province des Iles Loyauté	18 %	31 %	51 %
Province Nord	21 %	13 %	19 %
Province Sud	61 %	56 %	27 %
Total	100% (n=354)	100% (n=104)	29 %

Tableau 1 : Répartition de la population cible et des répondants et taux de participation en fonction du sexe, du statut professionnel et de la province

Description détaillée de l'échantillon

L'échantillon des répondants est composé à 38% d'hommes et 62% de femmes. Cette répartition varie en fonction du statut professionnel. En effet, les infirmiers sont plus souvent des femmes (79%) alors que les médecins salariés sont à 53% des femmes et les médecins libéraux 33%.

La répartition des infirmiers et médecins de l'échantillon varie également en fonction de la province : parmi les enquêtés de la province Sud, 62% sont médecins (40% dans le secteur privé et 22% dans le secteur public), contre 28% en province Nord (21% dans le secteur privé et 7% dans le secteur public) et 19% en province des îles Loyauté (3% dans le secteur privé et 16% dans le secteur public).

L'interprétation des résultats présentés ci-dessous doit tenir compte des différences observées entre la population-cible et la population des participants mais également des liens existants au sein de l'échantillon entre les variables socio-professionnelles (ceux-ci pouvant introduire des facteurs de confusion dans les analyses univariées). Un redressement de l'échantillon ainsi que des analyses multivariées n'ont pas été jugés pertinents, à la vue du faible effectif.

4.2. Suivi de patients avec injections de BZT

La première question permettait de sélectionner, pour la suite du questionnaire, seulement les professionnels de santé déclarant suivre actuellement au moins un patient recevant des injections de BZT en prévention des rechutes de RAA.

A la question « suivez-vous actuellement des patients recevant des injections de BZT en prévention des rechutes de RAA ? » :

- 94% (n=98) des professionnels de santé interrogés ont répondu « Oui »,
- 5% (n=5) ont répondu « Non »,
- 1% (n=1) a répondu « Ne se prononce pas ».

Dans la suite du document sont présentés les résultats des professionnels suivant au moins un patient recevant des injections de BZT en prévention des rechutes de RAA (n=98)

4.3. Douleur et traitement

Plus d'un professionnel de santé sur deux (53%, IC95% [43 ; 63]) a déclaré avoir rencontré, au cours des douze derniers mois, au moins un patient en rupture de traitement à cause de la douleur (Figure 1) et près de 9 professionnels sur 10 (87%, IC95% [78 ; 92]) ont le sentiment que la douleur est un problème dans l'adhésion au traitement préventif des rechutes de RAA (Figure 2).

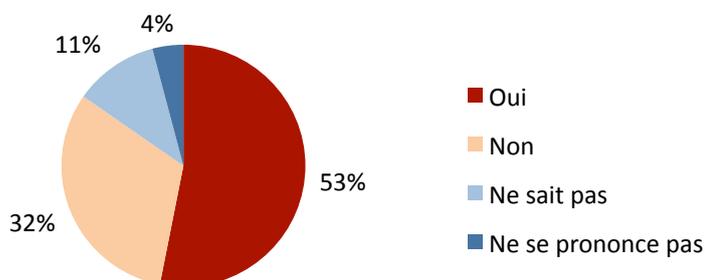


Figure 1 : Répartition des réponses à la question "avez-vous rencontré, au cours des douze derniers mois, au moins un patient en rupture de traitement BZT à cause de la douleur ?" (n=98)

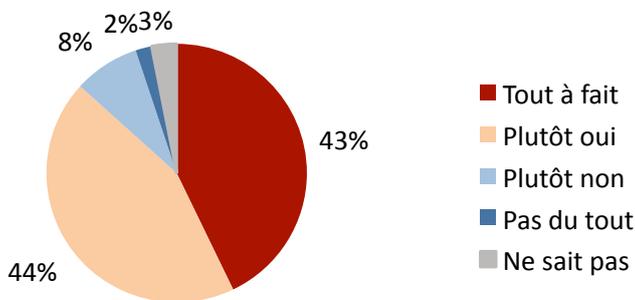


Figure 2 : Répartition des réponses à la question "Avez-vous le sentiment que la douleur est un problème dans l'adhésion au traitement préventif des rechutes de RAA ?" (n=98)

4.4. Méthodes de gestion de la douleur utilisées lors des injections

Les méthodes de gestion de la douleur les plus souvent utilisées ou prescrites au cours des douze derniers mois sont :

- la lidocaïne/xylocaïne utilisée par 62%, IC95% [52 ; 72] des professionnels de santé,
- le pack de glace utilisé par 60%, IC95% [50 ; 70] des professionnels de santé,
- le Méopa utilisé par 48%, IC95% [38 ; 58] des professionnels de santé,
- les antalgiques utilisés par 26.5%, IC95% [18 ; 37] des professionnels de santé (parmi les 26 professionnels utilisant des antalgiques, 25 ont cité le paracétamol et une personne a cité le tramadol).

D'autres méthodes non médicamenteuses de gestion de la douleur, qui ne figuraient pas dans les propositions de réponses du questionnaire, ont également été citées par 27.6%, IC95% [19 ; 38] des enquêtés. On retrouve principalement des techniques basées sur la relation soignant-soigné et l'accompagnement du patient dans son individualité : méthodes de relaxation (sophrologie, exercices de respiration, hypnose, musique...), attention portée à l'accueil du patient (mise à l'aise du patient, bon relationnel, environnement calme, positionnement du patient assis/debout...), distraction (films, jeux ou dessins pour les enfants...) mais aussi des astuces dans la préparation et la manière d'injecter (agitation énergique de la préparation, injection plus ou moins lente, diminution de la quantité de liquide,...) et l'utilisation d'Emla®Patch.

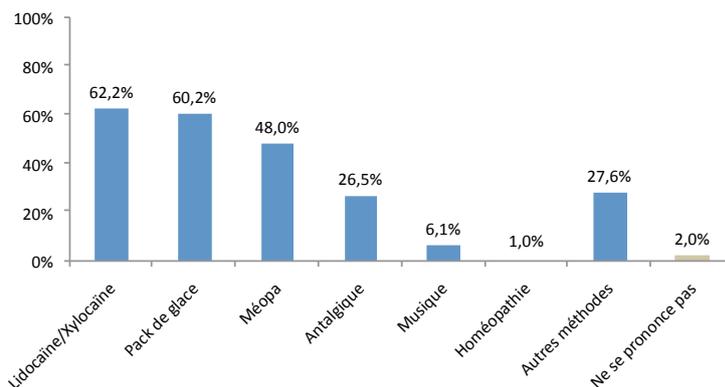


Figure 3 : Pourcentage de professionnels de santé déclarant avoir utilisé chaque méthode de gestion de la douleur au cours des douze derniers mois (n=98)

Sachant d'une part, que la province des Iles Loyauté est surreprésentée dans l'échantillon des répondants et que les professionnels de santé de cette province utilisent moins souvent la lidocaïne (cf. Figure 5 ci-dessous) et, d'autre part, que les médecins libéraux sont sous-représentés et utilisent plus souvent la lidocaïne, (cf. Figure 4), on peut supposer que la prévalence d'utilisation de lidocaïne est en réalité plus élevée que 62%.

Si l'on regroupe les méthodes dites médicamenteuses (lidocaïne, Méopa, antalgique et Emla®Patch) et les méthodes dites non médicamenteuses (pack de glace, musique, homéopathie et autres méthodes citées), les professionnels de santé sont :

- 61%, IC95% [51 ; 71] à déclarer utiliser au moins une des deux méthodes
- 28%, IC95% [19 ; 38] à utiliser seulement des méthodes médicamenteuses
- 9%, IC95% [5 ; 17] à utiliser seulement des méthodes non médicamenteuses
- 2%, IC95% [0 ; 8] à ne pas s'être prononcés

Statut



Le statut professionnel semble influencer les méthodes de gestion de la douleur utilisées (cf. Figure 4). Les médecins libéraux sont 84%, IC95% [63 ; 95] à utiliser ou prescrire la lidocaïne contre

57%, IC95% [43 ; 70] des infirmiers et 47%, IC95% [25 ; 70] des médecins du secteur public. Les packs de glace et antalgiques sont plus souvent cités par les professionnels de santé du secteur public et le Méopa est exclusivement utilisé dans ce secteur.

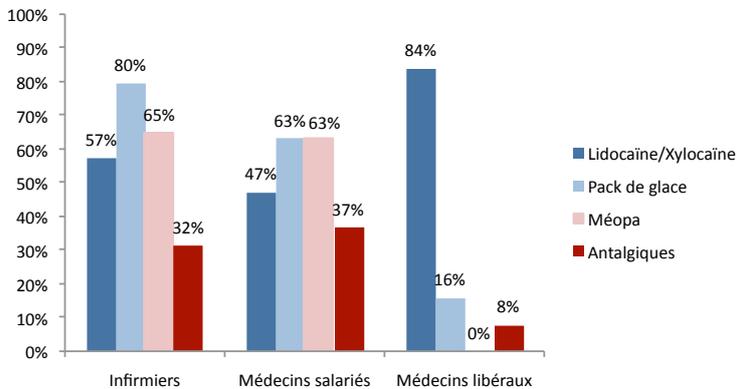


Figure 4 : Proportion de professionnels de santé déclarant avoir utilisé ou prescrit chaque méthode de gestion de la douleur au cours des douze derniers mois, par statut professionnel (n=98)

Province

En province Nord, 92%, IC95% [62 ; 100] des professionnels de santé utilisent la lidocaïne lors des injections. Ils sont 66%, IC95% [52 ; 78] en province Sud et 44%, IC95% [27 ; 62] en province des Iles Loyauté (cf. Figure 5). Ces chiffres s'expliquent par le fait que la province Nord a mis en place un protocole encadrant l'utilisation de la lidocaïne courant 2017.

Dans les Iles Loyauté, les méthodes de gestion de la douleur les plus utilisées sont le pack de glace (78%, IC95% [60 ; 90]) et le Méopa (75%, IC95% [56 ; 88]).

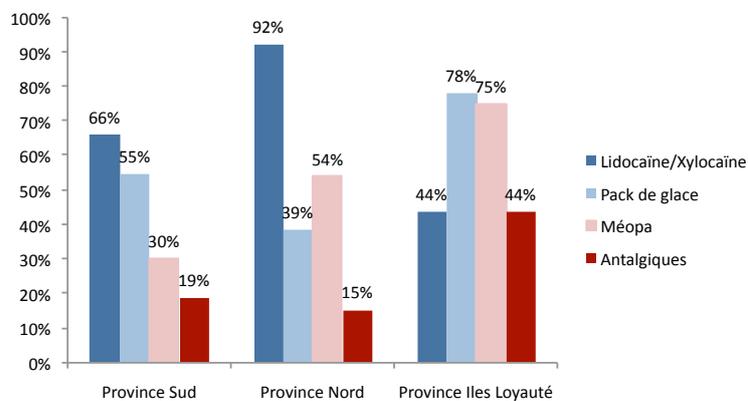


Figure 5 : Proportion de professionnels de santé déclarant avoir utilisé ou prescrit chaque méthode de gestion de la douleur au cours des douze derniers mois, par province (n=98)

4.5. Manière d'injecter la lidocaïne

Parmi les professionnels de santé utilisant la lidocaïne :

- 50%, IC95% [38 ; 62] l'utilisent en pré-administration (avec la même aiguille laissée en place ou non)
- 33%, IC95% [22 ; 47] l'utilisent en remplaçant 1, 2 ou 3 cc du solvant par la lidocaïne
- 17%, IC95% [9 ; 29] des professionnels n'ont pas répondu précisément à la question et n'ont pas pu être classés dans une catégorie précise.

Rapportée à l'ensemble de la population enquêtée (utilisant ou non la lidocaïne, n=98), la proportion de professionnels de santé mélangeant la lidocaïne à la BZT s'élève donc à minima à 20%.

4.6. Profil type de patients recevant systématiquement de la lidocaïne

A la question « avez-vous repéré un (des) profil(s) type de patients recevant systématiquement de la lidocaïne ? », les professionnels de santé sont 20%, IC95% [11 ; 33] à répondre « Oui », sans différence significative selon les variables sexe, âge, statut et province. Les différents profils type cités sont les enfants et les patients qui ont déjà eu une rupture du traitement à cause de la douleur.

4.7. Acceptation du traitement avec lidocaïne

L'utilisation de la lidocaïne facilite l'acceptation de l'injection de BZT pour 95%, IC95% [85 ; 99] des professionnels de santé l'utilisant sans différence selon le sexe ou le statut.

4.8. Raisons de non-utilisation de lidocaïne

Parmi les professionnels de santé n'ayant pas recours à la lidocaïne lors des injections de BZT (n=34, 3 n'ont pas répondu à la question), la principale raison de non-utilisation est pour 85%, IC95% [68 ; 94] d'entre eux le fait qu'il n'y a pas de protocole officiel ou pas d'AMM, qu'il existe une contre-indication du mélange ou qu'on leur a conseillé de ne pas le faire.

Douze pourcents d'entre eux, IC95% [4 ; 28] pensent que les autres techniques sont aussi efficaces que la lidocaïne et un médecin n'était pas sensibilisé au caractère douloureux de l'injection (injection réalisée par l'IDE).

4.9. Remarques diverses

Les professionnels de santé avaient la possibilité de s'exprimer librement sur le sujet en fin de questionnaire. Les résultats montrent que 3 thèmes principaux ressortent de ces remarques :

- la nécessité d'harmoniser les pratiques concernant l'utilisation de la lidocaïne sur le territoire (besoin d'une clarification sur les recommandations, de conseils sur les bonnes pratiques d'injection...)
- le fait que l'utilisation de la lidocaïne améliore la prise en charge de la douleur des patients (en référence à la question du chapitre 4.7)
- le fait que la douleur est propre à chaque patient et que les méthodes utilisées varient d'un patient à l'autre.

5. CONCLUSION

Cette étude apporte de précieuses informations sur les pratiques des professionnels de santé en matière de gestion de la douleur dans le traitement préventif des rechutes de RAA. Elle met en avant le réel impact de la douleur sur l'observance au traitement et le vécu difficile de l'injection par les soignants.

Parmi les méthodes de gestion de la douleur les plus utilisées, la lidocaïne arrive en tête, et ce de façon encore plus importante chez les libéraux qui ne disposent pas en général du Meopa. De plus, son utilisation est très probablement sous-estimée au vu des différences observées entre la population cible et celle des répondants. Après la glace, le Méopa et les antalgiques, et afin de répondre au mieux aux besoins de chaque patient, les professionnels privilégient la qualité de l'accueil et la relation avec le patient en s'orientant vers des méthodes dites non médicamenteuses. Si la lidocaïne est administrée à une très grande majorité des patients et ce, dès le début du parcours de soins, les besoins sont réévalués fréquemment par une partie des professionnels de santé. Enfin, cette étude montre qu'un certain nombre de professionnels de santé utilisent la lidocaïne et la Benzathine pénicilline G hors AMM,

en mélangeant les produits. A l'inverse, d'autres professionnels n'osent pas utiliser la lidocaïne au regard du protocole relatif à l'administration de Benzathine pénicilline G, rédigé par la DASS, l'ASS et les directions sanitaires provinciales en 2014.

Cette hétérogénéité des pratiques semble poser quelques difficultés de compréhension pour les patients et se traduire par des difficultés de prise en charge pour les soignants. Aussi ces derniers réclament une harmonisation des pratiques et une clarification des recommandations. Dans le prolongement de cette étude, le protocole relatif à l'administration de Benzathine pénicilline G a été révisé en prenant en compte les méthodes de gestion de la douleur les plus fréquemment citées dans cette étude, et en intégrant la possibilité d'utiliser la lidocaïne en pré-administration, en deux injections successives. L'objectif étant d'harmoniser les pratiques des professionnels de santé, dans le respect des AMM, et en prenant en compte la problématique de la gestion de la douleur. Ce protocole est en cours de validation finale par la DASS.

Certains répondants ont également mis l'accent sur l'importance de l'accompagnement du patient dans sa relation propre à la douleur pour favoriser l'acceptation du traitement. Dans cette perspective, il semble primordial de prendre en compte son vécu pour mieux comprendre les contraintes de la maladie au quotidien. Ce sera l'objet d'une prochaine étude qui aura pour ambition d'évaluer l'impact du traitement sur la qualité de vie des patients.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 15 déc 2012 ; 380(9859) : 2095-128.
- [2] Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, Weber M. The global burden of group A streptococcal diseases. *Lancet Infect Dis*. nov 2005 ; 5(11) : 685-94.
- [3] Marianna Mirabel, cardiopathie rhumatismale, prevalence, methods diagnostiques, morbidité et mortalité attribuables en Nouvelle-Calédonie [Thèse de Doctorat, Epidémiologie et Sciences de l'information biomédicale]. Paris : Université Pierre et Marie Curie ; 2016
- [4] Ledos P-H, Kamblock J, Bourgoin P, Eono P, Carapetis JR. Prevalence of rheumatic heart disease in young adults from New Caledonia. *Arch Cardiovasc Dis*. janv 2015 ; 108(1) : 16-22.
- [5] Mariana Mirabel, Patients Admitted With Newly Diagnosed Rheumatic Heart Disease : Characteristics and Outcomes, CHT Nouvelle-Calédonie, 2015
- [6] Morsy M, Mohamed M, Abosedira M, et al. Lidocaine as a diluent for benzathine penicillin G reduces injection pain in patients with rheumatic fever: a prospective, randomized, double-blinded crossover study. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences* 2012; 6(5) : 236-40
- [7] Amir J, Ginat S, Cohen YH, Marcus TE, Keller N, Varsano I. Lidocaine as a diluent for administration of benzathine penicillin G. *Pediatr Infect Dis J* 1998 Oct ;17(10) : 890-893
- [8] Amir Emami Zeydi, Hadi Darvishi Khezri. Can lidocaine be safely used to reduce pain caused by intramuscular penicillin injections ? A short literature review. *Oman Medical Journal* (2012) Vol.27, N° 4:337
- [9] M. Janier, V. Hegyi, N. Dupin, M. Unemo, G.S. Tiplica, M. Potocnik, French, R. Pate . European guideline on the management of syphilis 2014. Received: 13 July 2014 ; Accepted: 4 August 2014 *JEADV* 2014, 28, 1581–1593 © 2014 European Academy of Dermatology and Venereology
- [10] Société Française de Dermatologie et de Pathologie Sexuellement Transmissible. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles février 2016.