



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2015

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation des outils de recueil de l'information "allergie
médicamenteuse" chez les médecins généralistes en France.**

Présentée et soutenue publiquement le 09/01/2015 à 18 heures
au Pôle Formation

Par Guillaume BOUREL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel DELAPORTE

Assesseurs :

Madame le Docteur Sophie GAUTIER

Monsieur le Docteur Stéphane SAMAILLE

Directeur de Thèse :

Madame le Professeur Delphine STAUMONT-SALLE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
MATERIELS ET METHODES	9
RESULTATS	10
• DESCRIPTION DES MÉDECINS AYANT RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE:	11
• UTILISATION D'UN SUPPORT PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES QUESTIONNÉS, POUR CONSIGNER LES INFORMATIONS RELATIVES À UNE ALLERGIE MÉDICAMENTEUSE ET NATURE DE CE SUPPORT:.....	11
• INFORMATIONS CONSIGNÉES SUR LE/LES SUPPORT(S) PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AYANT RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE:	12
• CONTRE-INDICATIONS ET CONSEILS QUE LES MÉDECINS APPORTAIENT À LEUR PATIENT:	15
• RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS SUR LES ANTÉCÉDENTS D'ALLERGIE D'UN NOUVEAU PATIENT PAR LES MÉDECINS INTERROGÉS:.....	17
DISCUSSION	18
• PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES MÉDECINS DE L'ÉCHANTILLON:	18
• SUPPORTS UTILISÉS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA COHORTE POUR CONSIGNER LES DONNÉES SUR LES ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES:.....	19
• CONTENU DU SUPPORT UTILISÉ PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AYANT RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE:.....	22
• CONSEILS ET ATTITUDE DES MÉDECINS FACE AUX ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES:	24
• BIAIS DE L'ÉTUDE:.....	25
CONCLUSION	27
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	28
ANNEXES.....	31
• ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE	31
• ANNEXE 2 : EXEMPLE DE CARTE D'ALLERGIQUE FOURNIE PAR UN LABORATOIRE	34

RESUME

Contexte:

L'allergie médicamenteuse est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Elle est potentiellement grave. L'élément clé de sa prise en charge et de la prévention des récives est l'éviction du médicament en cause voire de la classe à laquelle appartient ce médicament. Or, il n'existe aucun consensus quant à la manière de consigner cette information. Cela peut conduire à la perte de cette information à plus ou moins long terme et donc au risque de réintroduction accidentelle du médicament. L'objectif de cette étude était d'évaluer les modalités de renseignement et de consultation des informations relatives aux allergies médicamenteuses auprès des médecins généralistes français.

Méthode:

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive sur un échantillon de 350 médecins généralistes obtenu par tirage au sort. Ils ont été contactés systématiquement par téléphone entre avril et juin 2014 pour leur proposer de remplir un questionnaire. Ce questionnaire était soit soumis directement par téléphone, soit envoyé par mail via GoogleDoc.

Résultats:

Sur les 350 médecins généralistes, 35 se déclaraient non concernés par l'étude. Sur les 315 concernés, 138 ont répondu au questionnaire (taux de réponse de 43,8%). 99% des médecins déclaraient noter le nom du médicament incriminé dans une probable réaction allergique sur un support. Ces supports étaient le logiciel médical informatique pour 87%, le carnet de santé pour 84%, une carte d'allergie médicamenteuse élaborée par le médecin lui même pour 32%, le dossier médical papier pour 18% et une carte d'allergie fournie par un laboratoire ou l'industrie pour 3%. Sur ces supports, 90% des médecins déclaraient préciser le type de réaction allergique que le patient avait présenté. 69% des médecins déclaraient inscrire le nom du médicament en DCI sur le support et 74% déclaraient contre-indiquer la classe médicamenteuse en première intention.

Conclusion:

Ce travail montre que les informations concernant les allergies médicamenteuses sont retranscrites sur des supports par les médecins généralistes français. Mais la nature de ces supports et les renseignements fournis sur ces supports ne sont pas homogènes. Cela constitue un obstacle à la délivrance d'une information précise surtout à long terme. Notre étude souligne l'intérêt de l'élaboration et de la diffusion d'un outil standardisé et commun à tous les acteurs de santé.

INTRODUCTION

L'allergie médicamenteuse est un motif fréquent de consultation en médecine générale.

Plusieurs études peuvent nous le démontrer:

Une étude réalisée entre mai 2003 et février 2004 auprès d'un échantillon de 282 médecins généralistes australiens, montrait que sur 8215 consultations, 852 patients (soit 10,4%) avaient présenté un effet indésirable médicamenteux dans les 6 mois précédents. Parmi ces 852 effets indésirables médicamenteux 11% correspondaient à une allergie médicamenteuse [1].

Une autre étude concernant les patients admis dans le service d'accueil des urgences de trois grands hôpitaux italiens entre 2005 et 2008 montrait que les effets indésirables des médicaments étaient également un motif fréquent de consultation aux urgences hospitalières. Sur cette période, 2644 patients sur les 56031 admis dans les services d'urgences, consultaient pour un effet indésirable médicamenteux. Dans 96% des cas, ces patients avaient présenté une manifestation cutanée [2].

Les mécanismes des réactions allergiques médicamenteuses sont très variés. Ils incluent l'ensemble des quatre réactions immunologiques de la classification de Gell et Coombs [3].

Classification de Gell et Coombs: [4] [5] [6]1. L'hypersensibilité de type I:

Elle correspond à l'hypersensibilité immédiate avec présence d'anticorps circulants qui sont des immunoglobulines (Ig) de type IgE capables de se fixer sur les mastocytes tissulaires et sur les basophiles du sang circulant. Ces anticorps IgE se trouvent à l'état libre dans le sang circulant, mais c'est la partie fixée sur les cellules qui est la plus importante, et qui est directement responsable des symptômes allergiques. Ceux-ci apparaissent quand les IgE fixées à la surface des mastocytes et des basophiles réagissent avec l'allergène correspondant. Il en résulte la dégranulation de ces cellules qui libèrent dans la circulation des amines vasoactives qui sont les médiateurs chimiques de l'allergène.

Le mécanisme de la réaction allergique médiée par IgE se déroule en deux étapes:

- La sensibilisation: lors du premier contact avec l'allergène, le système immunitaire va produire des IgE spécifiques. Cette première étape est muette cliniquement.
- La réaction allergique proprement dite: lors d'une seconde exposition à l'allergène, le système immunitaire va reconnaître l'allergène et réagir contre lui. (Activation des mastocytes et basophiles, libération de médiateurs chimiques notamment l'histamine et des cytokines pro-inflammatoires). Le sujet va déclencher lors de cette étape une manifestation clinique allergique dont la gravité dépend de chaque individu.

2. L'hypersensibilité de type II:

Elle est dite cytotoxique ou cytolytique. Dans ces réactions immunes, les anticorps sont libres dans le sérum alors que l'antigène est fixé à la surface de certaines cellules ou est un composant de la membrane cellulaire elle-même. Quand les anticorps réagissent avec l'antigène, il se produit une activation du complément qui aboutit à la détérioration de la cellule et même à sa lyse.

3. L'hypersensibilité de type III:

Ces réactions sont dues à des anticorps circulants, les précipitines qui appartiennent à la classe des IgG. Le système complémentaire est activé quand ces anticorps réagissent avec des antigènes pour produire un complexe antigène-anticorps. Cette activation du complément entraîne une accumulation de polynucléaires et une libération d'histamine. Ces réactions sont semi-retardées (> 6 heures).

4. L'hypersensibilité de type IV:

Elle se différencie des 3 autres car elle n'est pas produite par des anticorps mais par des cellules immunocompétentes: les lymphocytes T. Ces réactions se caractérisent aussi par le délai de 24 à 72 heures nécessaire à l'apparition des manifestations après réintroduction de l'antigène, d'où le nom d'hypersensibilité retardée à médiation cellulaire.

Les manifestations cliniques des allergies médicamenteuses peuvent être classées en deux groupes en fonction du mécanisme en cause [7]:

a. Les réactions d'hypersensibilité immédiates:

Elles correspondent à l'hypersensibilité de type I selon la classification de Gell et Coombs. Mais également aux réactions de pseudo-allergies médicamenteuses. Ces réactions de pseudo-allergies correspondent à des manifestations cliniques proches des allergies médicamenteuses mais n'impliquant pas les immunoglobulines ni les lymphocytes T [6].

- L'urticaire: il s'agit de papules ou de plaques érythémateuses ou rosées, oedémateuses à bords nets. Les caractéristiques sémiologiques majeures sont le caractère fugace, migrateur et prurigineux de l'éruption. L'urticaire profond correspond à l'angio-oedème ou oedème de Quincke, qui peut toucher la peau et/ou les muqueuses et être associé à une urticaire superficielle. Le mécanisme d'apparition de l'urticaire d'origine médicamenteuse peut être immunologique (nécessitant une sensibilisation préalable du patient) ou non immunologique résultant d'un mécanisme d'intolérance ou de pseudo-allergie.
- Le choc anaphylactique: c'est la réaction immunologique la plus redoutée par les médecins et par les patients du fait de l'installation extrêmement rapide des symptômes et de sa possible issue fatale [8]. Il peut être dû à un mécanisme d'hypersensibilité immédiate allergique ou d'hypersensibilité immédiate non allergique [9]. La symptomatologie comporte essentiellement des signes cutanéomuqueux (prurit, exanthème, angio-oedème), respiratoires (angio-oedème des voies aériennes supérieures et bronchospasme des voies aériennes inférieures) et cardiovasculaires (tachycardie,

hypotension artérielle). Les étiologies les plus fréquentes en préhospitalier et aux urgences sont médicamenteuses (devant les étiologies alimentaires et les piqûres d'insectes). On estime entre 1 et 3 pour 10000 habitants les cas d'anaphylaxie sévère et la mortalité par anaphylaxie est de l'ordre de 1 à 3 par million d'habitants [10][11][12].

b. Les réactions d'hypersensibilité retardées:

Elles correspondent principalement à l'hypersensibilité de type IV selon la classification de Gell et Coombs, mais aussi à l'hypersensibilité de type II et III.

- L'exanthème maculopapuleux: il apparaît entre 24 heures et 10 jours après le début du traitement et disparaît en environ 10 jours après l'arrêt de celui-ci. L'éruption débute sur le tronc ou à la racine des membres avec une extension en quelques jours. L'exanthème est polymorphe, avec association de macules et de papules érythémateuses et parfois de lésions pseudo-urticariennes.
- L'érythème pigmenté fixe: il se manifeste par un prurit et/ou une sensation de brûlure localisée, suivi par l'apparition de lésions uniques ou multiples, ovalaires, oedémateuses, de quelques centimètres de diamètre. Les lésions apparaissent en moins de 48 heures après la prise d'un médicament, guérissent en quelques jours après l'arrêt et récidivent rapidement aux mêmes endroits en cas de réintroduction.
- Le DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms): il apparaît entre 3 semaines et 3 mois après l'introduction du médicament. Ce tableau est caractérisé par une éruption maculopapuleuse étendue, débutant le plus souvent à la partie haute du corps, souvent associée à un oedème du visage et/ou des extrémités, et parfois à une atteinte des muqueuses. Des

signes généraux sont présents tels qu'une fièvre, une altération de l'état général, une polyadénopathie douloureuse et une hépatosplénomégalie. Les atteintes viscérales conditionnent le pronostic: néphrite interstitielle, pneumopathie, péricardite, myocardite, atteinte hépatique. À ces manifestations cliniques s'associent des anomalies biologiques caractéristiques: hyperleucocytose avec éosinophilie supérieure à $1000/\text{mm}^3$ et/ou présence de grands lymphocytes hyperbasophiles activés. La guérison survient le plus souvent en 4 à 8 semaines.

- La nécrolyse épidermique toxique: elle débute par des symptômes peu spécifiques (fièvre, angine, éruption érythémateuse). L'atteinte des muqueuses précède souvent l'éruption cutanée qui est rapidement diffuse et polymorphe avec des lésions en pseudo-cocardes. L'étendue des décollements cutanés permet de différencier deux tableaux: moins de 10% de la surface cutanée pour le syndrome de Stevens Johnson et plus de 30% avec un aspect de décollement en linge mouillé pour le syndrome de Lyell. Le pronostic est sévère avec une mortalité de l'ordre de 20 à 25%.
- La pustulose exanthématique aiguë généralisée: elle est d'apparition généralement rapide (48 à 72 heures après l'introduction du médicament). Elle débute par un érythème diffus, rapidement recouvert de petites pustules superficielles stériles et non folliculaires. S'y associent parfois un purpura, des bulles, un oedème de la face et des mains, des cocardes atypiques et une atteinte des muqueuses dans 20% des cas. Une hyperthermie est souvent présente. Une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles est classique. Après l'arrêt du médicament responsable, l'évolution est rapidement favorable avec une desquamation.

Beaucoup de patients ayant présenté une réaction de type allergique à un médicament ne sont pas en capacité de mentionner le médicament incriminé et/ou le type de réaction qu'ils ont présenté. Pour exemple, une étude réalisée à Porto en 2004 retrouvait que moins d'un tiers des patients qui se disaient allergiques aux bêta-lactamines ou aux anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient en mesure de mentionner le nom exact du médicament incriminé [13].

Cela pose un véritable problème. En effet, l'élément clé de la prise en charge et de la prévention des récurrences de l'allergie médicamenteuse est l'éviction du médicament incriminé.

Même si la délivrance d'une "carte d'allergie médicamenteuse" est communément admise dans la littérature, il n'existe aucun consensus sur sa nature ni sur son contenu. Cela peut conduire à la perte de ces informations à plus ou moins long terme et donc au risque de réintroduction accidentelle du médicament. Les atouts de ces cartes seraient d'informer le patient sur ses allergies médicamenteuses et de relayer l'information aux autres professionnels de santé.

L'objectif principal de ce travail était de faire un état des lieux sur la manière dont les médecins généralistes français procédaient pour que les informations relatives aux allergies médicamenteuses de leurs patients soient conservées.

MATERIELS ET METHODES

Une liste de 350 médecins généralistes tirés au sort parmi tous les médecins généralistes installés en France, a été fournie par la plate-forme d'aide méthodologique du service d'information et des archives médicales de la clinique de santé publique du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille.

Ces 350 médecins généralistes ont été contactés systématiquement par téléphone, entre avril et juin 2014, pour répondre à un questionnaire. Les appels étaient passés pendant les heures ouvrables: le matin entre 9 heures et 12 heures et l'après-midi entre 14 heures et 17 heures. En cas de non réponse ou d'indisponibilité au moment de l'appel, les médecins ont été recontactés au moins trois fois. Les médecins avaient la possibilité de répondre directement au questionnaire par téléphone (en leur proposant de les rappeler à une heure de leur choix) ou de répondre au même questionnaire par mail via GoogleDoc.

Ce questionnaire comportait 16 questions (Annexe 1). Les premières concernaient des données démographiques sur les médecins de la cohorte. Les suivantes traitaient de l'archivage des informations sur les allergies médicamenteuses.

Le questionnaire était volontairement bref pour améliorer le taux de réponse et ainsi se focaliser sur l'objectif principal de l'enquête.

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive sur un échantillon de médecins généralistes obtenu par tirage au sort. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur écart type. Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et leur pourcentage. Ces valeurs sont assorties de leur intervalle de confiance à 95%. Le recueil de données s'est fait sur tableur Excel et l'analyse sur logiciel R version 3.2.0.

RESULTATS

Sur la liste des 350 médecins généralistes français, 35 médecins se déclaraient non concernés par l'étude (1 médecin exerçait en cure thermale uniquement, 1 médecin travaillait en clinique, 7 médecins étaient angiologues, 2 médecins étaient médecins du sport, 3 médecins étaient échographistes, 2 médecins étaient nutritionnistes, 7 médecins étaient urgentistes, 2 médecins étaient ostéopathes, 1 médecin était allergologue, 7 médecins étaient homéopathes/acuponcteurs, 1 médecin était sexologue et 1 médecin pratiquait la médecine esthétique uniquement).

Parmi les 315 médecins restants, 12 médecins n'ont pas pu être contactés (les coordonnées de 7 médecins restaient introuvables, 4 médecins étaient retraités et 1 médecin était absent de son cabinet pour une durée indéterminée) et 16 médecins ont refusé de participer à l'étude.

130 médecins avaient répondu au questionnaire directement par téléphone. 20 médecins avaient souhaité recevoir le questionnaire par mail, sur ces 20, uniquement 8 avaient répondu. 137 médecins étaient restés indisponibles malgré au moins trois appels téléphoniques dans les heures ouvrables.

Au total: 138 médecins généralistes sur les 315 concernés avaient répondu au questionnaire soit un taux de réponse de 43,8%.

- Description des médecins ayant répondu au questionnaire:

La durée moyenne d'exercice des médecins ayant répondu au questionnaire était de 20,8 ans avec un minimum de 1 an et un maximum de 41 ans.

Leur âge moyen était de 51,4 ans avec un minimum à 30 ans et un maximum à 75 ans.

Parmi les médecins interrogés, il y avait 50 femmes soit 36% et 88 hommes soit 64%.

La plupart exerçait en milieu urbain 42% (n=58) et en milieu semi-rural 41% (n=56), 17% (n=24) exerçaient en milieu rural.

- Utilisation d'un support par les médecins généralistes questionnés, pour consigner les informations relatives à une allergie médicamenteuse et nature de ce support:

La quasi-totalité soit 99% (n=136) des médecins interrogés, inscrivait le nom du médicament incriminé dans la probable réaction de type allergique sur un support. La nature du support utilisé était pour 87% (n=118) leur logiciel informatique et pour 84% (n=114) le carnet de santé du patient. 18% (n=25) utilisaient un dossier médical papier. Environ un tiers des médecins remettaient à leur patient une "carte d'allergie", celle-ci était élaborée par leurs soins pour 32% (n=44) ou alors il s'agissait d'une "carte d'allergie" fournie par un laboratoire pharmaceutique pour 3% (n=4).

Tableau 1: Utilisation d'un support pour inscrire le nom du médicament incriminé dans la probable réaction allergique par les médecins ayant répondu au questionnaire.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	2	1	[0.18-5.14]
Oui	136	99	[94.86-99.82]

Tableau 2: Nature du support utilisé par les médecins ayant répondu au questionnaire.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Logiciel informatique	118	87	[79.63-91.75]
Carnet de santé	114	84	[76.31-89.37]
Carte d'allergie élaborée par le médecin	44	32	[24.73-40.99]
Dossier médical papier	25	18	[12.46-26.13]
Carte d'allergie fournie par un laboratoire	4	3	[0.81-7.36]

- Informations consignées sur le/les support(s) par les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire:

Sur le ou les support(s) utilisé(s), 24% (n=33) des médecins inscrivaient le nom du médicament en dénomination commune internationale (DCI) uniquement, 31% (n=42) le notaient en nom commercial uniquement et 45% (n=61) l'inscrivaient en DCI et en nom commercial.

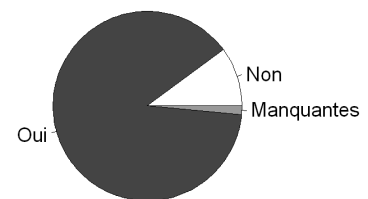
Tableau 3: Mode d'inscription du médicament incriminé sur le ou les support(s) par les médecins ayant répondu au questionnaire.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
DCI	33	24	[17.51-32.5]
Nom commercial	42	31	[23.4-39.46]
DCI et nom commercial	61	45	[36.4-53.6]

Sur le ou les support(s), 90% (n=122) des médecins précisait le type de réaction que le patient avait présenté (exemples mentionnés sur le questionnaire: éruption cutanée, angio-oedème, choc anaphylactique...).

Tableau 4: Inscription du type de réaction sur le support par les médecins ayant répondu au questionnaire:

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	14	10	[5.95-16.97]
Oui	122	90	[83.03-94.05]



Les médecins étaient aussi interrogés sur leur manière d'archiver les résultats des éventuels tests allergologiques effectués. Une grande majorité, 95% (n=129), consignait ces résultats sur au moins un support. Parmi ces 95%, 99% (n=128) inscrivaient eux-mêmes ces résultats sur au moins un support avec les courriers des allergologues qui leur étaient adressés. Dans ce cas, il s'agissait d'un support informatique ou d'un dossier médical papier. D'autre part, 2% (n=2) déclaraient qu'un support faisant mention des résultats de ces tests allergologiques était rempli et remis au patient par le praticien ayant effectué les tests.

Pour les 129 médecins qui consignaient les résultats des tests allergologiques sur au moins un support, 80% (n=103) précisait mentionner les résultats des tests cutanés et 79% (n=102) précisait mentionner les tests de provocation par voie orale.

Tableau 5: Inscription des éventuels tests allergologiques effectués sur au moins un support.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	7	5	[2.27-10.71]
Oui	129	95	[89.29-97.73]

Tableau 6: Inscription de ces tests allergologiques sur un support avec le courrier de l'allergologue.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	1	1	[0.02-4.24]
Oui	128	99	[95.76-99.98]

Tableau 7: Support rempli et remis au patient par l'allergologue qui a effectué les tests sur le patient.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	127	98	[94.51-99.81]
Oui	2	2	[0.19-5.49]

Tableau 8: Inscription des résultats des tests cutanés sur un support.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	26	20	[13.81-28.32]
Oui	103	80	[71.68-86.19]

Tableau 9: Inscription des résultats des tests de provocation par voie orale sur un support.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	27	21	[14.47-29.16]
Oui	102	79	[70.84-85.53]

- Contre-indications et conseils que les médecins apportaient à leur patient:

Devant la suspicion d'une allergie médicamenteuse, en première intention et avant la réalisation d'éventuels tests allergologiques, 74% (n=102) des médecins déclaraient contre-indiquer l'ensemble de la classe médicamenteuse et 26% (n=35) déclaraient contre-indiquer le médicament incriminé uniquement.

Tableau 10: Contre-indication du médicament incriminé uniquement.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	102	74	[66.16-81.34]
Oui	35	26	[18.66-33.84]

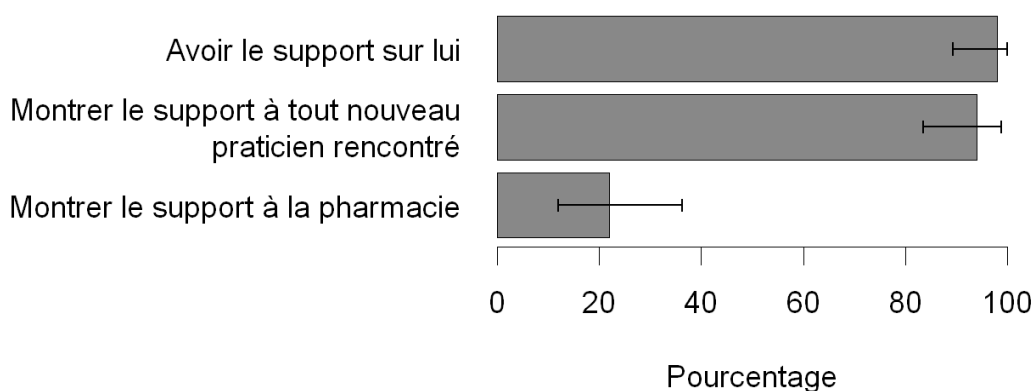
Tableau 11: Contre-indication de la classe médicamenteuse

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	35	26	[18.66-33.84]
Oui	102	74	[66.16-81.34]

Les médecins affirmant remettre une carte d'allergie à leur patient étaient interrogés sur les conseils délivrés en donnant cette carte. 98% (n=49) conseillaient au patient de porter cette carte toujours sur lui, 94% (n=47) demandaient au patient de la présenter à tous les nouveaux praticiens rencontrés et 22% (n=11) proposaient de présenter cette carte d'allergie à la pharmacie. Il y avait également une réponse libre concernant les autres conseils délivrés par les médecins à leur patient, peu ont répondu. Parmi les quelques réponses, il y avait: "présenter le support lors d'une hospitalisation", "l'avoir avec sa carte vitale ou sa carte d'identité", "informer la famille sur les allergies", "présenter le support chez le dentiste". Parmi les médecins ne remettant pas de support à leur patient, plusieurs (sans avoir de chiffre exact), disaient conseiller à leur patient de noter et de retenir le nom du médicament incriminé dans l'allergie médicamenteuse.

Tableau 12: Conseils fournis par les médecins remettant un support au patient.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Avoir le support sur lui	49	98	[89.35-99.95]
Montrer le support à tout nouveau praticien rencontré	47	94	[83.45-98.75]
Montrer le support à la pharmacie	11	22	[11.99-36.33]



Une question était posée quant à la prescription d'un stylo d'adrénaline en cas de réaction de type anaphylactique. 20% des médecins interrogés déclaraient ne jamais en prescrire, 38% déclaraient en prescrire et 42% déclaraient en prescrire uniquement si des tests allergologiques confirmaient cette allergie.

Tableau 13: Prescription d'un stylo d'adrénaline devant une réaction de type anaphylactique.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	27	20	[13.6-27.55]
Oui	52	38	[29.92-46.68]
Si tests	58	42	[34.04-51.07]

- Renseignements recueillis sur les antécédents d'allergie d'un nouveau patient par les médecins interrogés:

Une dernière question était posée aux médecins concernant leur attitude face à un nouveau patient. 95% disaient demander systématiquement si ces patients avaient connaissance d'antécédents d'allergie médicamenteuse.

Tableau 14: Demande systématique d'antécédents d'allergie médicamenteuse à un nouveau patient.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	7	5	[2.24-10.56]
Oui	131	95	[89.44-97.76]

Parmi les médecins interrogés, 12% disaient demander un support sur lequel cette ou ces allergie(s) étai(en)t inscrite(s).

Tableau 15: Demande par le médecin de présentation d'un support au patient.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	121	88	[80.74-92.45]
Oui	17	12	[7.55-19.26]

DISCUSSION

Ce travail avait pour objectif principal d'évaluer la manière dont les médecins généralistes français procédaient pour consigner les informations concernant les allergies médicamenteuses.

- Profil épidémiologique des médecins de l'échantillon:

D'après une série statistique publiée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en 2009 [14], la cohorte de médecins généralistes de ce travail paraît représentative de la population des médecins généralistes libéraux français.

En effet, la moyenne d'âge des médecins généralistes de notre cohorte était de 51,4 ans alors qu'à l'échelle nationale, la moyenne d'âge des médecins généralistes installés en cabinet individuel est de 51,1 ans et celle des médecins généralistes installés en cabinet de groupe est de 49,6 ans. (Dans cette étude, nous n'avons pas fait de distinction entre les médecins travaillant en cabinet individuel et ceux travaillant en cabinet de groupe).

Il en était de même pour le sexe des médecins, le pourcentage de femmes dans notre cohorte était de 36% alors qu'à l'échelle nationale les femmes représentent 31,2% des médecins généralistes libéraux.

En ce qui concerne le milieu d'exercice, la cohorte de l'étude était également comparable aux chiffres nationaux. En effet, dans notre cohorte, 17% des médecins exerçaient en milieu rural contre 15,7% à l'échelle nationale. 41% travaillaient en milieu semi-rural contre 40,4% à l'échelle nationale et 42% travaillaient en milieu urbain contre 43,9% à l'échelle nationale (agglomération parisienne comprise).

- Supports utilisés par les médecins généralistes de la cohorte pour consigner les données sur les allergies médicamenteuses:

La quasi-totalité des médecins de la cohorte (99%) disait inscrire sur un support le nom du médicament incriminé dans une probable réaction allergique présentée par leur patient. Ce chiffre semble cohérent car l'allergie médicamenteuse qui est un motif fréquent de consultation en médecine générale [1], est potentiellement grave [8]. Dans la mesure où l'éviction du médicament incriminé est primordiale en cas de réaction allergique [15], il est essentiel que le nom du médicament impliqué dans cette réaction allergique soit inscrit sur un support et que cette information ne soit pas perdue.

Le support le plus utilisé par les médecins de la cohorte était le dossier médical informatisé (utilisé par 87% des médecins ayant répondu au questionnaire). Une étude s'intéressant à l'enregistrement des données sur les allergies et les effets indésirables médicamenteux dans les logiciels informatiques médicaux avait été menée auprès de médecins généralistes dans le sud-est de l'Angleterre. Elle retrouvait que tous les médecins généralistes interrogés entraient eux-mêmes ces informations dans leurs logiciels médicaux du fait de leur importance [16]. Ces chiffres sont aussi en accord avec une enquête de juin 2014, réalisée auprès des médecins libéraux franciliens, qui révélait que 93% d'entre eux étaient équipés de matériel informatique [17].

Il semble que les logiciels informatiques médicaux soient un bon support car ils permettent d'enregistrer facilement une nouvelle information, de la retrouver rapidement (les antécédents et les allergies apparaissant le plus souvent sur la première page du dossier médical) et de la garder durablement dans le temps (nombreuses sauvegardes imposées par les logiciels). Les limites de ce support viennent du fait que ces informations ne peuvent être utilisées que par le médecin ayant décelé l'allergie et il ne permet pas de relayer l'information aux autres professionnels de santé.

Le carnet de santé apparaît comme le second support le plus utilisé par les médecins de la cohorte (84% d'entre eux). Beaucoup de médecins interrogés précisait que le carnet de santé était utilisé principalement voire exclusivement en pédiatrie. Ces chiffres sont supérieurs à ceux retrouvés dans une étude de juin 2010 sur l'intérêt des modifications apportées au carnet de santé en 2006 (notamment sur l'ajout de pages mentionnant les affections au long cours et les allergies). Sur 120 médecins généralistes interrogés, 69,2% trouvaient l'ajout de ces pages pertinent et 64,6% disaient s'en servir [18]. Le carnet de santé semble être un bon support pour inscrire les allergies médicamenteuses en pédiatrie. Son inconvénient principal reste que certains parents ne l'apportent pas systématiquement lors d'une consultation pédiatrique. Dans ce cas, le médecin ne peut ni retrouver les informations médicales antérieures connues ni en inscrire de nouvelles. Un autre problème est que beaucoup d'adultes, sans avoir retrouvé de chiffre exact à ce sujet, égarent le carnet; ainsi toutes les informations qu'il contenait sont perdues. De par son format, il semble compliqué de l'avoir en permanence sur soi.

Parmi les médecins de la cohorte, 35% (n=48) disaient remettre à leur patient une carte d'allergie. Cette carte d'allergie était élaborée par eux-mêmes pour 44 médecins (32%) (exemple le plus fréquemment cité: inscription du nom du médicament sur une ordonnance avec la date de survenue de l'évènement) ou une carte d'allergie fournie par un laboratoire pharmaceutique pour 4 médecins (3%). On retrouve peu de chiffres dans la littérature à ce sujet et ceux retrouvés sont assez disparates. Une étude menée dans le service de dermatologie du CHRU de Lille sur la prise en charge des réactions cutanées médicamenteuses avait été réalisée auprès de 108 médecins généralistes du Nord. Dans cette étude, 41% des médecins généralistes disaient remettre à leur patient une carte d'allergie médicamenteuse ou s'assurer qu'ils en étaient déjà porteur [19]. Une étude réalisée en Écosse retrouvait que sur 2500 patients adultes ayant été vus consécutivement et par un même médecin aux urgences d'un hôpital d'Édimbourg, 276 allergies médicamenteuses ont été décrites par 242 patients

(certains patients se disaient allergiques à plusieurs médicaments). Sur ces 242 patients, 7 (3%) avaient sur eux un document attestant de cette allergie médicamenteuse [20].

Les différences entre ces chiffres peuvent être expliquées par le fait que certains patients ne suivent pas les conseils de leur médecin en ne gardant pas cette carte sur eux ou par le fait que le médecin ne leur précise pas de la garder sur eux. Elles peuvent aussi être expliquées par la qualité parfois médiocre de cette carte d'allergie (on peut facilement imaginer qu'une ordonnance ou un papier s'abîme rapidement dans un portefeuille et finisse au bout de quelques temps à la poubelle). Seuls 3% des médecins interrogés utilisaient une carte d'allergie fournie par un laboratoire pharmaceutique probablement plus adaptée. Ce faible pourcentage peut être expliqué par le fait que peu de médecins déclaraient avoir à leur disposition des cartes d'allergie fournies par un laboratoire (exemple de carte d'allergique fournie par un laboratoire: annexe 2). Un autre problème peut également se poser: la lisibilité de l'écriture manuscrite. En effet, il n'est pas rare d'avoir des difficultés à relire une lettre ou une ordonnance écrite à la main.

Enfin, le support le moins utilisé était le dossier médical papier. Ce support semble moins adapté. En effet, au vu du nombre moyen de 101 consultations hebdomadaires chez un médecin généraliste français (chiffres provenant d'un rapport de l'union régionale des médecins libéraux de Rhône Alpes de septembre 2010), il paraît difficile de retrouver facilement et rapidement les informations relatives à chaque patient. Ce support non partagé ne permet évidemment pas de retransmettre l'information aux autres praticiens.

- Contenu du support utilisé par les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire:

La plupart des médecins de la cohorte disaient inscrire sur leur support le nom du médicament incriminé en nom commercial (31% indiquaient le nom commercial uniquement et 45% le nom commercial et la dénomination commune internationale (DCI)). Cette inscription du médicament en nom commercial peut avoir un intérêt en pratique. En effet, si la réaction allergique survient lors de la substitution d'un médicament princeps par son générique, une allergie à un excipient qui compose le générique peut être évoquée [21]. Dans la littérature, on retrouve des cas de toxidermies survenues lors de la substitution d'un médicament princeps par son générique, par exemple avec le Tégrétol [22] et le Zyloric [23]. Mais cet intérêt reste limité devant la rareté de ces événements. Dans la littérature, très peu de cas similaires ont été retrouvés. L'inscription du médicament en DCI à un avantage lors de séjours à l'étranger car les noms commerciaux diffèrent selon les pays.

Le type de réaction allergique présentée par le patient est une information essentielle à garder. 90% des médecins ayant répondu au questionnaire disaient noter ces informations sur un support. En effet, un bon descriptif de l'évènement clinique peut permettre d'évoquer ou de révoquer avec quasi certitude les différents mécanismes allergiques. Une étude réalisée en 2013 sur la fréquence réelle de l'hypersensibilité médicamenteuse de type immédiate chez des enfants scolarisés avait été réalisée à Ankara sur un échantillon de 9096 enfants. 7,87% (soit 792 enfants) étaient déclarés porteurs d'une allergie médicamenteuse de type immédiate sur un questionnaire rempli par leurs parents. Après enquête téléphonique auprès de ces parents, une histoire clinique évocatrice d'allergie médicamenteuse avait été retrouvée chez seulement 1,16% d'entre eux (117 enfants) [24]. D'autre part, le type de réaction et le délai d'apparition des symptômes cliniques après introduction du médicament est important à consigner afin de faire la différence entre une hypersensibilité de type immédiate et une

hypersensibilité de type retardée à un médicament. Cette distinction est essentielle pour la prise en charge ultérieure du patient. Elle permet à l'allergologue de décider des tests allergologiques à effectuer et des contre-indications à mettre en place [7].

Les réponses concernant l'archivage sur un support des tests allergologiques effectués semblaient cohérentes. En effet, 95% des médecins disaient consigner les résultats des tests allergologiques sur au moins un support. Parmi ces 95%, 99% enregistraient eux-mêmes ces résultats avec les courriers des allergologues. Dans ce cas, il s'agissait d'un support informatique ou d'un dossier médical papier. De nombreux médecins de la cohorte avaient spécifié qu'ils scannaient systématiquement les courriers des spécialistes et les enregistraient dans le dossier médical informatisé du patient. L'inscription de ces résultats semble essentielle car ils confirment ou infirment une allergie médicamenteuse et permettent donc de maintenir ou non les contre-indications médicamenteuses. De plus, des tests sur des molécules de substitutions utilisables sont souvent réalisés. Cela permet de proposer des alternatives thérapeutiques pour le patient. L'inscription des résultats des tests allergologiques a également un intérêt en terme de coût de santé; cela peut éviter la multiplication d'examens similaires si ces informations étaient perdues.

Seuls 2% des médecins interrogés disaient qu'un support faisant mention des résultats des tests allergologiques était rempli et remis au patient par le praticien ayant effectué les tests. Ce faible chiffre peut être expliqué par le fait que seulement 12% des médecins de la cohorte demandaient à un nouveau patient de leur présenter un support attestant de leurs allergies. Les patients peuvent donc être porteurs d'un support sans que les médecins en aient connaissance.

- Conseils et attitude des médecins face aux allergies médicamenteuses:

Les médecins de la cohorte étaient également interrogés sur leur façon de procéder quant à la contre-indication des médicaments incriminés dans l'allergie. Les trois-quarts déclaraient contre-indiquer la classe médicamenteuse complète alors que le quart restant n'excluait que le médicament incriminé dans l'allergie. Nous ne leur avons pas demandé si leur choix était guidé par le type de réaction allergique présentée ou par la classe médicamenteuse concernée par l'allergie. En effet, cette contre-indication doit être guidée par le type de réaction présentée. Devant une toxidermie sévère, il convient de contre-indiquer la classe médicamenteuse dans son ensemble. Devant les autres types de toxidermie, les contre-indications découlent des tests allergologiques effectués [7] [25].

Une étude menée en 2012 dans le service de dermatologie du CHRU de Lille auprès de 108 médecins généralistes du Nord retrouvait que 62% d'entre eux adressaient leurs patients pour qu'ils bénéficient de tests allergologiques [19]. Ainsi nous n'avons pas jugé utile de les requestionner à ce sujet.

Il est surprenant de voir que moins de 40% des médecins de la cohorte déclaraient prescrire un stylo d'adrénaline devant une réaction de type anaphylactique. Ce chiffre peut s'expliquer par la rareté de ce type de réaction allergique [11]. Beaucoup de médecins disaient n'avoir jamais été confrontés à ce type de réaction. Devant des manifestations cliniques importantes les patients consultent, à juste titre, en premier lieu aux urgences hospitalières.

Seuls les médecins remettant un support de type "carte d'allergie médicamenteuse" étaient interrogés sur les conseils délivrés à leur patient quant à son utilisation. La quasi-totalité disait à leur patient de l'avoir en permanence sur eux et beaucoup proposaient de la ranger dans le portefeuille, avec leur carte vitale ou leur carte d'identité. Également la quasi-totalité conseillait de présenter

ce support à chaque consultation avec un nouveau praticien afin que celui-ci tienne compte des médicaments contre-indiqués. Par contre, peu d'entre eux conseillaient de la présenter à la pharmacie. Ce conseil paraît pourtant important face à l'automédication des patients. D'après un rapport de juin 2014 de l'AFPIA (Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable) en France en 2013, l'automédication représenterait en volume 15,7% des parts de marché [26].

Lors de la rencontre avec un nouveau patient, 95% des médecins de la cohorte demandaient systématiquement s'il présentait des allergies médicamenteuses. Ce chiffre est un peu supérieur à celui retrouvé dans l'étude menée auprès de 108 médecins généralistes du Nord qui retrouvait que 84,3% d'entre eux demandaient systématiquement à leur patient s'il présentait des allergies médicamenteuses lors de la prescription d'un nouveau médicament et 13% d'entre eux le demandaient uniquement lors de la prescription de certaines classes médicamenteuses (antibiotique, AINS, paracétamol, iode) [19].

À l'inverse, très peu d'entre eux (12%) demandaient à un nouveau patient de présenter un support sur lequel cette allergie est indiquée. Cela montre bien qu'il est inhabituel pour un médecin que son patient soit porteur d'une carte d'allergie médicamenteuse.

- Biais de l'étude:

Nous avons conscience que les chiffres retrouvés dans cette étude étaient biaisés par le fait que les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire étaient ceux qui se sentaient les plus concernés et les plus investis dans la bonne prise en charge des allergies médicamenteuses. L'outil utilisé, à savoir le téléphone, pouvait également influencer les réponses.

Globalement, les chiffres sur la conservation des données sur les allergies médicamenteuses retrouvés dans cette enquête menée auprès des médecins généralistes étaient supérieurs aux chiffres retrouvés dans la littérature sur les enquêtes menées auprès des patients. En effet, dans l'étude qui avait été menée à Porto en 2002 auprès de 2500 adultes, moins d'un tiers des patients connaissaient le nom exact du médicament auquel ils étaient allergiques [13]. De plus, l'étude réalisée en Écosse citée précédemment, retrouvait que sur 2500 patients adultes, 38 patients se déclarant allergiques ne se souvenaient pas du nom du médicament impliqué et 57 ne se souvenaient pas du type de réaction qu'ils avaient présenté. 3% des patients se déclarant allergiques avaient sur eux un document attestant de cette allergie médicamenteuse [20].

Le principal problème semblait donc la mise en commun des informations d'une part entre le médecin et son patient et d'autre part entre les différents acteurs de santé.

Il découle de ce constat la question du dossier médical partagé qui pourrait présenter un certain avantage dans la mise en commun de ces informations. Les services publics français ont créé en 2011 le dossier médical personnel en ligne [27]. Il s'agit d'un dossier médical informatisé en ligne. Il peut être créé à la demande du patient. Il contient ses antécédents, ses allergies, ses traitements, ses comptes rendus. Mais ce dossier médical personnel est confronté à de nombreux problèmes. En effet, peu d'établissements peuvent l'utiliser (exemple dans le Nord-Pas de Calais: seuls les centres hospitaliers d'Armentières, d'Arras et de Valenciennes, l'EPSM Lille métropole et la maison médicale Jean XXIII y ont accès) et peu de logiciels informatiques médicaux sont compatibles (liste disponible sur le site www.dmp.gouv.fr). Ce projet a également été onéreux; d'après un rapport de la cour des comptes de 2013, le coût global aurait dépassé le demi milliard d'euros [28]. De plus, ce dossier médical personnel n'a pas rencontré le succès escompté, seuls 400 000 dossiers ont été créés (chiffres datant de début 2014). Ces dossiers en ligne posent également le problème du respect du secret médical. Toutes les données mises en ligne sont des données pouvant potentiellement être piratées.

CONCLUSION

Dans ce travail, nous avons mis en évidence que la quasi-totalité des médecins généralistes français utilisait un support pour consigner les informations relatives aux allergies médicamenteuses présentées par leur patient. Cependant, il n'y a aucune recommandation sur la nature de ces supports ni sur les éléments à renseigner. Cela constitue un obstacle à la délivrance d'une information précise surtout à long terme. Notre étude souligne l'intérêt de l'élaboration et de la diffusion d'un outil standardisé et commun à tous les acteurs de santé.

Au regard de ces résultats, il pourrait être intéressant de poursuivre les investigations autour de cette thématique. Nous avons pensé à l'élaboration d'un onglet "carte d'allergie médicamenteuse" sur le site amelie.fr. En effet ce site est accessible par tous les professionnels de santé muni de la carte vitale du patient. Il pourrait s'agir d'un document imprimable prérempli et comportant différents items à compléter: identité complète du patient, nom du médicament en DCI et en nom commercial, type de réaction présentée, confirmation éventuelle de l'allergie par des tests allergologiques. L'élaboration de cette carte d'allergie commune pourrait favoriser la communication sur ces informations essentielles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **Miller GC**, Britt HC, Valenti L. Adverse drug events in general practice patients in Australia. MJA 2006; 184: 321-324.
- 2- **Ventura MT**, Laddaga R, Cavallera P, Pugliese P, Tummolo RA, Buquicchio R, Pierucci P, Passalacqua G. Adverse drug reactions as the cause of emergency department admission: focus on the elderly. Immunopharmacol Immunotoxicol 2010; 32: 426-9.
- 3- **Demoly P**, Messaad D, Benahmed S, et al. Les réactions immuno-allergiques d'origine médicamenteuses: données épidémiologiques et cliniques. Thérapie 2000; 55: 13-21.
- 4- **Regnault J.-P**, Agression et défense du corps humain, Vigot, Paris, 1992, page 231.
- 5- Classification de Gell et Coombs : www.ciriha.org/index.php/allergies-et-intolerances-2/classifications/classification-de-gell-et-coombs
- 6- **Nicolas JF**, Guillot I, Cousin F, Saad N, Nosabaum A, Berthoux E, Kerhoas A, Rozieres A, Bienvenu J, Berard F. Diagnostic de l'allergie aux médicaments : place des tests cutanés. John Libbey Eurotext, Paris 2005 ; 7-16.
- 7- **Devos C**, Beaussart H, Lannoy D, Staumont-Sallé D. Toxidermie et tests cutanés. Le moniteur hospitalier 2013 ; 252 : 21-30.
- 8- **Demoly P**, Hillaire-Buys D, Raison-Peyron N, Godard P, Michel FB, Bousquet J. Identifier et comprendre les allergies médicamenteuses. Médecine Sciences 2003; 19: 327-36.
- 9- **Johansson SG**, Bieber T, Dahl R, et al. Revised nomenclature for allergy for global use : Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, 2003. J Allergy Clin Immunol 2004 ; 113 : 832-6.

- 10-Choc anaphylactique, oedème de Quincke avec détresse respiratoire:
www.sfar.org/acta/dossier/2009/pdf/c0020.fm.pdf
- 11-**Moneret-Vautrin DA**, Morisset M, Flabbee J, et al. Epidemiology of life-threatening and lethal anaphylaxis : a review. *Allergy* 2005 ; 60 : 443-51.
- 12-**Clark S**, Bock SA, Gaeta TJ, et al. Multicenter study of emergency department visits for food allergies. *J Allergy Clin Immunol* 2004 ; 113 : 347-52.
- 13-**Gomes E**, Cardoso MF, Praça F, Gomes L, Marino E, Demoly P. Self-reported drug allergy in a general adult Portuguese population. *Clin Exp Allergy* 2004 ; 34 : 1597-601.
- 14-**Publications de la DREES** - Documents de Travail - Série statistique – 138 - Les médecins - estimations au 1er janvier 2009
www.dress.sante.gouv.fr
- 15-**Ghislain PD**, Roujeau JC. Treatment of severe drug reactions: Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis and hypersensitivity syndrome. *Dermatol Online J* 2002; 8: 5.
- 16-**Fernando B**, Morrison Z, Kalra D, Cresswell K, Sheikh A. Approaches to recording drug allergies in electronic health records: qualitative study. *Plos One* 2014; 9(4): e93047.
- 17-Enquête “Votre pratique professionnelle de l’informatique”. Juin 2014. URPS Ile-de-France, médecins libéraux. ARDOC Ile-de-France
- 18-Évaluation du carnet de santé auprès des professionnels N° CERFA 12593*01 (Modèle en vigueur depuis le 1 janvier 2006). Juillet 2010. Évaluation réalisée pour la DGS par CEMKA-EVAL
- 19-**Vonarx M**, Leurele V, Béné J, Delaporte E, Staumont-Sallé D. Évaluation de l’expérience des médecins généralistes du département du Nord dans la prise en charge des réactions cutanées médicamenteuses. *Revue française d’allergologie* 2012; 52: 11-9.
- 20-**Wyatt J**. Patients’ knowledge about their drug allergies. *J Accid Emerg Med* 1996; 13:114-115.

- 21-**Barbaud A.** Place of excipients in drug related allergy. Clin Rev Allergol Immunol 1995; 13: 253-63.
- 22-**Busch RL.** Generic carbamazepine and erythema multiforme: generic drug nonequivalency. N Engl J Med 1989; 321: 692-3.
- 23-**Chandeclerc M-L,** Tréchet P, Martin S, Weber-Muller F, Schmutz J-L, Barbaud A. Cutaneous adverse drug reaction induced by a generic substitute of Zyloric with a residual sensitization to allopurinol. Allergy 2006; 61: 1492-3.
- 24-**Erkoçoglu M,** Kaya A, Civelek E, OzcanC, Cakir B, Akan A, Toyran M, Ginis T, Kocabas CN. Prévalence de l'allergie médicamenteuse immédiate confirmée chez l'enfant. Pediatr Allergy Immunol 2013; 24: 160-7.
- 25-**Collet E.** Indications et contre-indications des tests cutanés dans les toxidermies. Diagnostic de l'allergie aux médicaments. John Libbey Eurotext, Paris 2005 ; 115-22.
- 26-Rapport AFIPA. Deuxième observatoire européen sur l'automédication en 2013
- 27-www.dmp.gouv.fr
- 28-www.ccomptes.fr/Actualites/Archives/Le-cout-du-dossier-medical-personnel-depuis-sa-mise-en-place

ANNEXES

- Annexe 1 : questionnaire

Questions démographiques :

- I. Depuis combien d'années exercez-vous ? _____
- II. Vous êtes :
- un homme
 une femme
- III. Quel âge avez-vous ? _____
- IV. Quel est votre milieu d'exercice ?
- Rural
 Urbain
 Semi-rural

Questions sur vos pratiques :

- V. Lorsqu'un de vos patients présente une probable réaction de type allergique à un médicament, notez-vous le nom de ce médicament sur un support?
- Oui
 Non
- Si oui, quelle est la nature de ce support?
 - Le carnet de santé
 - Une carte d'allergie fournie par un laboratoire ou une firme
(dans ce cas, quel laboratoire ou firme : _____)
 - Une carte d'allergie élaborée par vous-même
 - Votre logiciel informatique
 - Un autre support (lequel: _____)
 - Si vous n'utilisez aucun support, passez directement à la question XII.

VI. Sur ce/ces support(s), vous inscrivez le/les médicament(s) incriminé(s) en:

- DCI
- nom commercial
- DCI et nom commercial

VII. Avant la réalisation d'éventuels tests allergologiques, vous contre-indiquez :

- le médicament incriminé uniquement

- Oui
- Non

- l'ensemble de la classe médicamenteuse

- Oui
- Non

VIII. Indiquez-vous sur un support le type de réaction que le patient a présentée? (exemple: éruption cutanée, angio-oedème, choc anaphylactique...)

- Oui
- Non

IX. En cas de réaction anaphylactique, prescrivez-vous systématiquement un stylo d'adrénaline ?

- Oui
- Non
- Seulement si les tests ont prouvé l'allergie

X. Si le patient a bénéficié de tests allergologiques pour confirmer cette allergie médicamenteuse, l'inscrivez-vous sur le support?

- Oui
 Non

• Si oui, comment sont consignés les résultats:

- Support complété par vous-même avec les résultats des courriers qui vous sont adressés
 Support rempli et remis au patient par le praticien qui a effectué les tests
 Inscription des résultats des tests cutanés sur le support
 Inscription des résultats des tests de provocation par voie orale sur le support

XI. Uniquement si vous remettez un support au patient, quels conseils lui apportez-vous quant à l'utilisation de celui-ci?

- L'avoir toujours sur lui
 Le présenter à chaque fois qu'il rencontre un nouveau praticien
 Le présenter à chaque fois qu'il prend des médicaments à la pharmacie
 Autre: _____

XII. Lorsque vous rencontrez un nouveau patient, lui demandez-vous systématiquement s'il présente des allergies médicamenteuses?

- Oui
 Non

• Si oui, lui demandez-vous de présenter une carte d'allergie ou autre support sur lequel cette allergie est indiquée:


- Oui
 Non

- Annexe 2 : exemple de carte d'allergique fournie par un laboratoire

Cette carte doit être remplie et signée par un docteur en médecine.

Elle mentionne les allergies pouvant entraîner un risque médical important pour le sujet.

Il peut s'agir :
d'allergies à des médicaments, à des aliments,
à des hyménoptères...




INSTITUT UCB DE L'ALLERGIE

Lutter ensemble contre l'allergie


Section Française - Division S.A. UCB
1, rue Diderot - F Nanterre
Tél : 01 47 29 44 44 - Fax : 01 47 29 45 16
E-mail : disease.management.allergie@UCB-Group.com
www.institutucb-allergie-fr.com

60002971

CARTE D'IDENTITÉ DE L'ALLERGIQUE



**ATTENTION !
ALLERGIQUE**



NOM _____

Prénom _____

Personne à prévenir, tél : _____

Je soussigné, Dr _____

certifie que ce patient(e) présente une allergie à :

Fait à _____

le _____ signature :

AUTEUR : Nom : BOUREL

Prénom : Guillaume

Date de Soutenance : 09/01/2015

Titre de la Thèse : Évaluation des outils de recueil de l'information "allergie médicamenteuse" chez les médecins généralistes en France.

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Allergologie

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : allergie médicamenteuse, carte d'allergie, médecine générale

Contexte: L'allergie médicamenteuse est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Elle est potentiellement grave. L'élément clé de sa prise en charge et de la prévention des récives est l'éviction du médicament en cause voire de la classe à laquelle appartient ce médicament. Or, il n'existe aucun consensus quant à la manière de consigner cette information. Cela peut conduire à la perte de cette information à plus ou moins long terme et donc au risque de réintroduction accidentelle du médicament. L'objectif de cette étude était d'évaluer les modalités de renseignement et de consultation des informations relatives aux allergies médicamenteuses auprès des médecins généralistes français.

Méthode: Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive sur un échantillon de 350 médecins généralistes obtenu par tirage au sort. Ils ont été contactés systématiquement par téléphone entre avril et juin 2014 pour leur proposer de remplir un questionnaire. Ce questionnaire était soit soumis directement par téléphone, soit envoyé par mail via GoogleDoc.

Résultats: Sur les 350 médecins généralistes, 35 se déclaraient non concernés par l'étude. Sur les 315 concernés, 138 ont répondu au questionnaire (taux de réponse de 43,8%). 99% des médecins déclaraient noter le nom du médicament incriminé dans une probable réaction allergique sur un support. Ces supports étaient le logiciel médical informatique pour 87%, le carnet de santé pour 84%, une carte d'allergie médicamenteuse élaborée par le médecin lui même pour 32%, le dossier médical papier pour 18% et une carte d'allergie fournie par un laboratoire ou l'industrie pour 3%. Sur ces supports, 90% des médecins déclaraient préciser le type de réaction allergique que le patient avait présenté. 69% des médecins déclaraient inscrire le nom du médicament en DCI sur le support et 74% déclaraient contre-indiquer la classe médicamenteuse en première intention.

Conclusion: Ce travail montre que les informations concernant les allergies médicamenteuses sont retranscrites sur des supports par les médecins généralistes français. Mais la nature de ces supports et les renseignements fournis sur ces supports ne sont pas homogènes. Cela constitue un obstacle à la délivrance d'une information précise surtout à long terme. Notre étude souligne l'intérêt de l'élaboration et de la diffusion d'un outil standardisé et commun à tous les acteurs de santé.

Composition du Jury :

Président : Professeur Emmanuel DELAPORTE

Asseseurs : Docteur Sophie GAUTIER

Docteur Stéphane SAMAILLE

Directeur de thèse: Professeur Delphine STAUMONT-SALLE