



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 12 décembre 2024 à Poitiers
par Monsieur **SERVANT Axel**

Titre

Hypertonie déformante acquise : un état des lieux des connaissances en médecine générale par le biais d'entretiens avec des médecins généralistes

COMPOSITION DU JURY

Président :

Madame le Professeur SILVAIN Christine, Professeur des universités - praticien hospitalier, CHU de Poitiers

Membres :

Docteur MIGNOT Stéphanie, Maître de conférences des universités - médecin généraliste, CHU de Poitiers

Docteur DAVID Romain, Maître de conférences des universités - praticien hospitalier, CHU de Poitiers

Directeur de thèse :

Docteur GEOFFRION Julie, médecin généraliste, CHU de Poitiers

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGORD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique

- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)

- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCC Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAUD Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BAUDRY Michel, physiologie (directeur honoraire)
- BOURIANNES Joëlle, physiologie
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAEKER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur SILVAIN Christine,
Vous me faites l'honneur de présider ce Jury et de juger ce travail. Soyez assurée de mes remerciements et de tout mon respect.

A Madame le Docteur MIGNOT Stéphanie,
Vous me faites l'honneur de participer au Jury de cette thèse et d'accepter de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'assurance de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur DAVID Romain,
Vous me faites l'honneur de participer au Jury de cette thèse et d'accepter de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et ma respectueuse considération pour votre travail sur le sujet traité.

A Madame le Docteur GEOFFRION Julie,
Tu m'as fait l'honneur d'avoir accepté de diriger ce travail alors que nous ne nous connaissions pas encore. Je te remercie sincèrement pour ta confiance, ta patience, ton accompagnement et ton attentive correction.

A tous les médecins qui ont participé à cette étude, pour le temps et l'intérêt que vous avez consacré à mon travail.

A tous mes professeurs, mes anciens maîtres de stage, tous les médecins rencontrés au cours de mes études, pour votre enseignement, votre accueil, votre confiance, et tous vos encouragements au cours de ces longues années d'étude.

A mes parents, je vous remercie pour l'amour indéfectible que vous m'apportez chaque jour et pour tout le soutien pendant ces longues études.

A toute ma famille, mes frères, mes oncles, mes tantes, mes cousins, mes cousines, mes neveux et mes nièces pour votre soutien et vos encouragements.

A Pauline, pour ton soutien infailible, ta tendresse, ta patience, et tant d'autres qualités qui ont rendu ce travail possible au quotidien, merci d'avoir été et d'être toujours à mes côtés.

A tous mes amis, ceux de longue date, ceux qui ont partagé le chemin ou non des études de médecine, ceux de près comme ceux de loin, pour votre chaleur, pour votre humour, pour votre compréhension et votre bienveillance.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| REMERCIEMENTS | 5 |
| RESUME | 8 |
| ABSTRACT | 9 |
| LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES | 10 |
| 1. INTRODUCTION | 11 |
| 2. MATERIEL ET METHODES | 12 |
| 2.1. Type et déroulement de l'étude | 12 |
| 2.2. Recueil et analyse des données | 12 |
| 3. RESULTATS | 13 |
| 3.1. Données statistiques | 13 |
| 3.2. Mode d'exercice | 13 |
| 3.3. Connaissances sur l'HDA | 14 |
| 3.4. Projection sur leur patientèle actuelle | 17 |
| 3.5. Traitements et prise en charge de l'HDA | 17 |
| 3.6. Réflexion sur l'intérêt de la formation sur l'HDA | 19 |
| 4. DISCUSSION | 20 |
| 4.1. Analyse des résultats | 20 |
| 4.1.1. Un manque de connaissance de l'HDA | 20 |
| 4.1.2. Une prise en charge symptomatique | 21 |
| 4.1.3. Une prévention insuffisante | 21 |
| 4.2. Forces et limites de l'étude | 22 |
| 5. CONCLUSION | 24 |
| 6. REFERENCES | 25 |
| 7. ANNEXES | 27 |

ABREVIATIONS

Par ordre alphabétique :

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

DIU : Diplôme Interuniversitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HDA : Hypertonie Déformante Acquisse

IEM : Institut d'Education Motrice

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

MSU : Maître de Stage Universitaire

SAS : Service d'Accès aux Soins

TMS : Troubles Musculosquelettiques

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

RESUME

Introduction : L'hypertonie déformante acquise est une entité nosologique récente fréquemment rencontrée par les médecins généralistes sans le savoir. L'objectif de cette étude est d'explorer les connaissances et les méthodes actuelles des médecins généralistes autour de cette pathologie.

Méthode : Vingt-sept entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins généralistes de la Vienne et des Deux-Sèvres. Les enregistrements ont été retranscrits puis ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats : Les médecins généralistes interrogés connaissent peu l'HDA et ont parfois des représentations erronées de la pathologie. La prise en charge proposée est souvent symptomatique et les professionnels spécialisés adéquats sont peu connus. Les médecins interrogés sont demandeurs d'une meilleure information et reconnaissent l'intérêt d'une sensibilisation à l'HDA tant pour eux que pour les professionnels intervenant au sein des établissements gériatriques où la prévalence de l'HDA est la plus importante.

Conclusion : La prise en charge du patient atteint d'HDA est améliorable, notamment en médecine générale, où la formation et la sensibilisation peuvent être développées dans l'intérêt d'une meilleure prise en charge pour le patient atteint d'HDA.

Mots clés : Hypertonie déformante acquise, connaissances, prévention, médecine générale, entretiens

ABSTRACT

Introduction: Acquired deforming hypertonia (ADH) is a recent nosological entity frequently encountered by general practitioners without knowing it. The aim of this study was to explore general practitioners' current knowledge and methods concerning this pathology.

Method: Twenty-seven semi-structured interviews were conducted with general practitioners in the Vienne and Deux-Sèvres departments. The recordings were transcribed and analyzed thematically.

Results: The general practitioners interviewed had little knowledge of ADH, and sometimes misrepresented the condition. The treatment offered is often symptomatic, and little is known about the appropriate specialist professionals. The doctors surveyed are calling for better information and recognize the value of raising awareness of ADH, both for themselves and for professionals working in geriatric establishments, where the prevalence of ADH is highest.

Conclusion: There is room for improvement in the care of patients with ADH, particularly in general practice, where training and awareness-raising can be developed in the interests of better care for patients with ADH.

Key words: Acquired deforming hypertonia, knowledge, prevention, general medicine, interviews

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1. Mots-clés les plus cités à la question "Qu'est-ce que l'HDA pour vous ?" (n = 27)..... | 14 |
| Figure 2. Estimation du pourcentage de patients présents en EHPAD ou USLD atteints par l'HDA (n = 27)..... | 15 |
| Figure 3. Facteurs favorisant l'apparition de l'HDA cités par les médecins (n = 27) | 15 |
| Figure 4. Complications de l'HDA citées par les médecins (n = 27)..... | 16 |
| Figure 5. Proportion de patients âgés de plus de 75 ans estimée dans la patientèle (n = 27) | 17 |
| Figure 6. Prises en charge de l'HDA les plus citées par les médecins interrogés (n = 27) | 17 |
| Figure 7. Notions les plus citées à la question "Quel rôle estimez-vous avoir pour votre patient atteint d'HDA ?" (n = 23)..... | 18 |
| Figure 8. Professionnels les plus cités par les médecins interrogés dans la prise en charge de l'HDA (n = 25) | 19 |

1. INTRODUCTION

L'hypertonie déformante acquise (HDA) est une entité nosologique récente dont la définition proposée décrit les déformations articulaires, avec réduction d'amplitude et augmentation de la résistance à la mobilisation passive, quelle qu'en soit la cause, à l'origine d'une gêne fonctionnelle, d'un inconfort et de toute autre limitation dans les activités de la vie quotidienne. ¹

Ces déformations articulaires, très fréquentes chez les patients âgés, concerneraient 22% des patients présents en institution gériatrique (EHPAD et USLD) ¹. Elles représentent, par la gêne et la limitation qu'elles provoquent, un enjeu majeur dans l'autonomie et la qualité de vie des patients âgés. ²

Les causes et les différents mécanismes d'apparition de l'HDA sont plurifactoriels, qu'ils soient d'origine neurogène ou non, et leur compréhension, incomplète. Il est cependant établi que la restriction de mouvement, peu importe son origine, contribue fortement au développement des troubles articulaires. ³

Ces déformations et les conséquences qu'elles engendrent sont liées à un déclin cognitif chez les patients atteints, par la diminution des capacités gestuelles, la majoration de l'immobilité, et une diminution de la communication liée à la douleur. ⁴

L'HDA est également un problème important pour les équipes de soin prenant en charge ces patients dépendants ⁵, 94% des maladies professionnelles reconnues au sein des EHPAD sont liées à troubles musculosquelettiques ⁶. En France, l'Assurance Maladie estime qu'un arrêt de travail sur quatre dans le secteur médico-social est lié au mal de dos, et plus largement que les troubles musculosquelettiques représenteraient plus de 660 000 journées de travail perdues dans ce même secteur. ⁶

A l'heure actuelle, les traitements mis en place pour prendre en charge les patients atteints d'HDA visent à limiter les symptômes. Il existe différentes techniques, en plein développement, permettant des stratégies thérapeutiques spécifiques adaptées à chaque patient :

- le travail du positionnement par les ergothérapeutes qui corrigent la posture ;
- les traitements médicamenteux antispastiques, comme le baclofène, qui présentent cependant de nombreux effets indésirables ⁷ et une mauvaise tolérance ⁸ ;
- les injections de toxine botulinique, qui agit en bloquant la transmission de l'information au niveau de la jonction neuromusculaire ⁹ ;
- les ténotomies percutanées, réalisées sous anesthésie locale, au lit du malade, qui sont des actes micro-invasifs définitifs visant à corriger les déformations causées par les rétractions musculaires ¹⁰ ;
- la neurotomie partielle, intervention chirurgicale proposée en deuxième ou troisième intention, qui sectionne une partie des nerfs à composante uniquement motrice ¹¹ ;
- d'autres techniques sans recommandations officielles dans l'HDA ou en cours d'évaluation (phénolisation, protocole lidocaïne, hypnose). ¹²

Du fait de l'absence de traitement étiologique, la prévention apparaît comme le meilleur moyen de lutter contre l'apparition de l'HDA. Ceci nécessite une information et une implication de tous les acteurs gravitant autour du patient.

Dans une approche compréhensive, l'objectif de cette étude est d'explorer les connaissances et les potentielles représentations des médecins généralistes à propos de l'HDA.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Type et déroulement de l'étude

Les auteurs ont réalisé une enquête prospective qualitative sur une population de médecins généralistes, exerçant dans les départements de la Vienne et des Deux-Sèvres.

Le recrutement a été réalisé selon les critères d'inclusion suivants :

- médecin généraliste déclaré au tableau départemental de l'Ordre des Médecins en Vienne ou en Deux-Sèvres ;
- pratiquant la médecine générale en secteur 1 ;
- actuellement en exercice ;
- âge et sexe différents ;
- mode d'exercice seul ou en groupe ;
- expérience et formations variées.

Cent trente médecins ont été recrutés par le biais de listes générées par l'annuaire du Conseil national de l'Ordre des médecins avec les qualifications « Médecine Générale, sans orientation ni titre spécifique », un statut « en activité », un sexe « indifférent ». Une liste a été générée pour chaque département.

Un échantillonnage aléatoire simple a ensuite été réalisé en alternant les deux listes. Lorsque le médecin répondait aux critères d'inclusion, les auteurs ont récupéré les données de contact de son lieu d'exercice. Les médecins ont été sollicités par le biais de leur secrétariat ou directement par téléphone lorsque cela était possible.

Le consentement des médecins concernant l'enregistrement a été recueilli avant chaque entretien. La destruction de l'enregistrement après retranscription, et le caractère anonyme des retranscriptions effectuées leur ont été certifiés.

2.2. Recueil et analyse des données

Les données ont été recueillies à partir d'entretiens semi-dirigés, à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 1) abordant les thèmes suivants :

- Mode d'exercice du médecin ;
- Connaissances sur l'HDA ;
- Projection sur leur patientèle actuelle ;
- Traitements et prise en charge de l'HDA ;
- Réflexion sur l'intérêt de la formation sur l'HDA.

Les données ont été enregistrées sur un appareil dédié, un Zoom H4n Pro Black, et stockées en tout temps sur une carte SD dédiée jusqu'à leur destruction après retranscription. La retranscription a été effectuée sur un fichier texte Microsoft® Word pour Microsoft® 365 MSO (Version 2408).

La saturation des données a été obtenue après 17 entretiens, 10 entretiens supplémentaires ont été réalisés afin d'apporter des sources de variations potentielles.

L'analyse a été effectuée par l'enquêteur selon la méthode inductive d'analyse thématique.

3. RESULTATS

3.1. Données statistiques

Sur les 130 médecins contactés, 29 ont répondu favorablement, 18 ont refusé, 83 n'ont pas donné de réponse après une relance.

Deux médecins ont retiré leur consentement avant la fin de l'étude, 27 ont été inclus.

Ainsi, 27 entretiens ont été réalisés entre le 28/11/2023 et le 04/06/2024 (Annexe 2). Tous les entretiens ont été réalisés sur le lieu d'exercice des médecins interrogés.

Parmi les médecins interrogés, il y a eu 13 femmes et 14 hommes.

Cinq médecins avaient 35 ans ou moins, 7 entre 36 et 45 ans, 4 entre 46 et 55 ans, 10 entre 56 et 65 ans, et un seul avait plus de 65 ans.

Treize médecins interrogés exerçaient dans la Vienne, 14 dans les Deux-Sèvres.

Au moment de l'étude, 4 médecins exerçaient la médecine générale depuis moins de 5 ans, 5 depuis 6 à 10 ans, 2 depuis 11 à 15 ans, 4 depuis 16 à 20 ans, et 12 depuis au moins 21 ans.

Vingt-deux médecins interrogés ont déclaré au moins une formation complémentaire. Dix médecins ont déclaré une formation complémentaire en gériatrie (Diplôme universitaire ou Capacité), 6 avaient une formation en médecine du sport, 3 avaient une formation à la coordination d'EHPAD, 2 avaient une formation en homéopathie, 2 avaient une formation en soins palliatifs, un médecin avait une formation au polyhandicap (*M2*), et un médecin avait une formation à l'évaluation et au traitement de la douleur (*M8*). Sept autres formations, sans lien direct avec le sujet de l'étude ont été citées une fois. Cinq médecins n'ont déclaré aucune formation complémentaire.

3.2. Mode d'exercice

Sur les 27 médecins interrogés, 18 exerçaient dans un cabinet avec au moins un autre médecin généraliste, 4 exerçaient dans un cabinet avec seulement des professionnels paramédicaux, et 5 exerçaient dans un cabinet sans autre professionnel de santé.

Vingt médecins ont déclaré réaliser des visites en EHPAD, avec une fréquence allant de 15 à 60 visites par mois, et 4 médecins ont déclaré avoir une activité de médecin coordinateur d'EHPAD. Sept médecins avaient une activité tierce salariée, dont un médecin (*M2*) qui a déclaré une activité au sein d'un IEM et d'une MAS.

Douze des médecins interrogés estimaient avoir leur cabinet en zone urbaine, huit en zone semi-rurale, et sept en zone rurale.

Trois médecins ont déclaré une activité d'enseignement, tous trois étaient MSU (*M1*, *M10*, *M21*).

Dix-sept médecins déclaraient allouer en moyenne 15 minutes pour une consultation standard, et 10 médecins déclaraient y allouer 20 minutes.

3.3. Connaissances sur l'HDA

A la question « Qu'est-ce que l'HDA pour vous ? » les médecins interrogés ont essayé de donner une définition avec leurs mots. Les mots-clés les plus répétés sont présentés dans la figure 1.

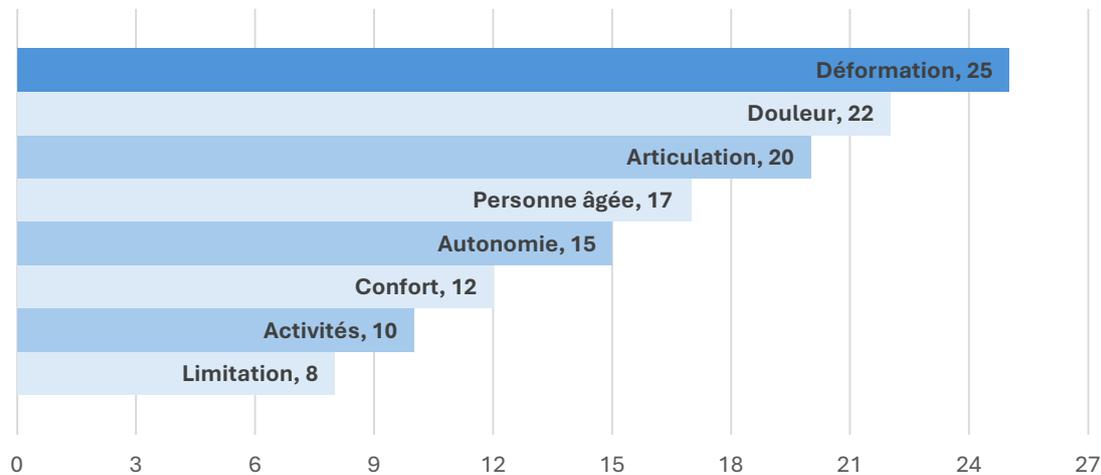


Figure 1. Mots-clés les plus cités à la question "Qu'est-ce que l'HDA pour vous ?" (n = 27)

Vingt-cinq des 27 médecins interrogés ont utilisé au moins une fois le terme « déformation » pour décrire l'HDA. Vingt-deux ont évoqué au moins une fois la notion de « douleur ». Vingt médecins ont précisé qu'il s'agissait d'une atteinte des « articulations ». Dix-sept médecins ont évoqué qu'il s'agissait probablement d'une pathologie de la « personne âgée ». Quinze médecins ont abordé la notion de perte « d'autonomie » pour les patients atteints. Douze médecins ont décrit une diminution du « confort ». Dix médecins ont évoqué les « activités » de la vie quotidienne. Huit médecins ont parlé d'une « limitation ».

Après cette question tous les médecins ont reçu la définition suivante de l'HDA avant de poursuivre le questionnaire : « Toute déformation articulaire avec réduction d'amplitude et augmentation de la résistance à la mobilisation passive, quelle qu'en soit la cause, à l'origine d'une gêne fonctionnelle, d'un inconfort ou de toute autre limitation dans les activités de la vie quotidienne ». ¹

Trois médecins seulement (M14, M15, M27) avaient déjà entendu parler de l'HDA avant l'entretien :

M14 : « j'en ai entendu parler pendant mon DIU de soins palliatifs, mais je ne connaissais pas la définition exacte [...] »

M15 : « c'était probablement dans un service de gériatrie. »

M27 : « je ne me souviens plus exactement mais j'imagine que ça devait être dans une revue ou un article que j'ai lu [...] »

Si on prend pour référence que 22% des patients présents en EHPAD ou en USLD sont atteints par l'HDA ¹, 17 des médecins interrogés sous-estiment cette proportion, 5 médecins donnent une estimation correcte de 20 à 24% et 5 médecins surestiment légèrement cette proportion :

M2 (33%) : « si je me réfère à la définition que vous venez de me donner, j'imagine que cela concerne beaucoup de patients dans les EHPAD [...] »

M4 (2-3%) : « ne connaissant pas cette pathologie je dirais deux à trois pourcents mais c'est peut-être plus, je ne sais pas. »

M10 (20%) : « j'aurai tendance à dire au moins un patient sur cinq, ça me semble assez fréquent. »

La répartition des estimations données par les médecins interrogés est résumée dans la figure 2.

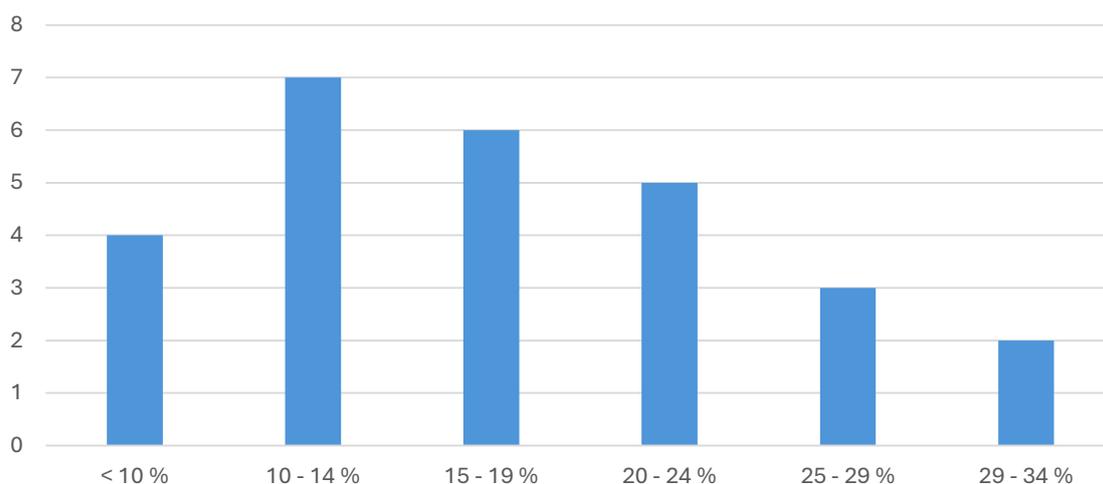


Figure 2. Estimation du pourcentage de patients présents en EHPAD ou USLD atteints par l'HDA (n = 27)

Concernant les facteurs favorisant l'apparition de l'HDA, les médecins interrogés ont évoqué la paralysie (n = 15), les pathologies neuro-orthopédiques (n = 10) comme les AVC et certaines maladies neuro-dégénératives, les traumatismes (n = 9) qu'ils soient crâniens, médullaires ou articulaires, le travail (n = 9), l'appauvrissement fonctionnel (n = 8), le manque de personnel dans les institutions (n = 5), divers facteurs environnementaux (n = 4), et la iatrogénie (n = 3). Les réponses les plus fréquentes sont présentées dans la figure 3.

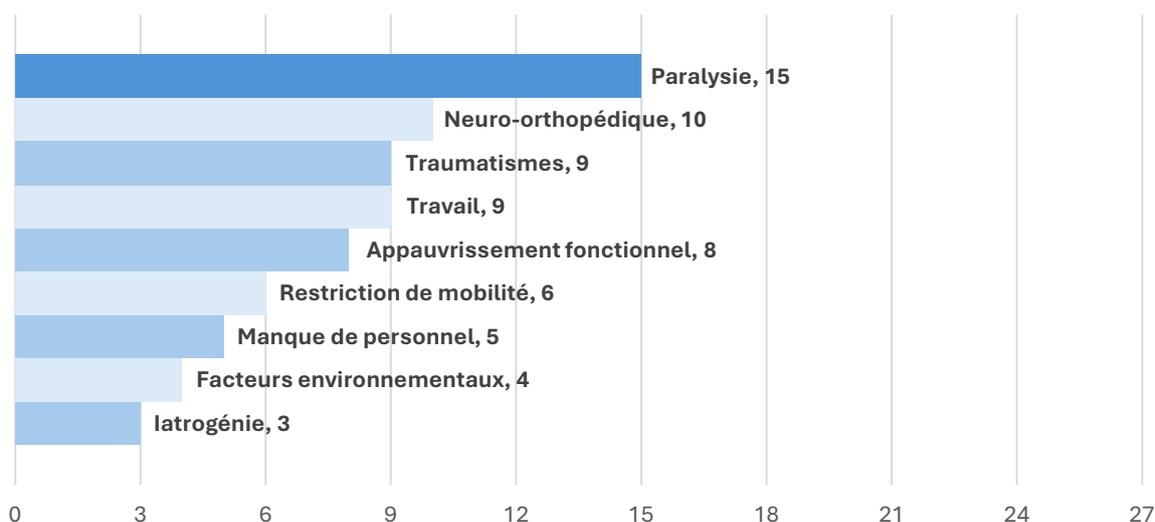


Figure 3. Facteurs favorisant l'apparition de l'HDA cités par les médecins (n = 27)

Six médecins ont évoqué la restriction de mobilité comme étant un facteur favorisant l'apparition de l'HDA :

M4 : « le port répété de charges lourdes au travail doit sûrement avoir un rôle [...] »

M6 : « je pense que le fait d'être restreint dans ses mouvements doit aggraver la pathologie donc j'imagine que ça doit commencer comme ça [...] »

M14 : « [...] il me semble que la prévention s'articule autour du mouvement, donc l'absence de mouvement doit favoriser l'apparition d'HDA. »

M25 : « [...] le fait de ne pas se mobiliser doit participer mais je ne sais pas si c'est suffisant. »

Les médecins interrogés ont quasiment tous (n = 26) cité la perte d'autonomie comme la complication principale du patient atteint d'HDA. Ils ont également évoqué le retentissement sur la qualité de vie et la douleur provoquée par les rétractions (n = 23), la majoration du risque de chute (n = 18), l'apparition de troubles cutanés dans les zones de frottement (n = 15), le déclin cognitif (n = 11) et la dépression (n = 11). Les réponses les plus fréquentes sont présentées dans la figure 4.

Treize médecins ont également évoqué le retentissement sur le personnel soignant, qu'il soit physique, par le biais des TMS, ou psychologique, avec la difficulté à s'occuper des patients les plus dépendants :

M1 : « [...] et au-delà de ça, il y a certainement un retentissement sur les équipes qui les prennent en charge, avec des problèmes de dos, des douleurs [...] »

M10 : « pour les infirmières c'est difficile de passer du temps avec des gens recroquevillés et tordus, pour les déplacer aussi [...] »

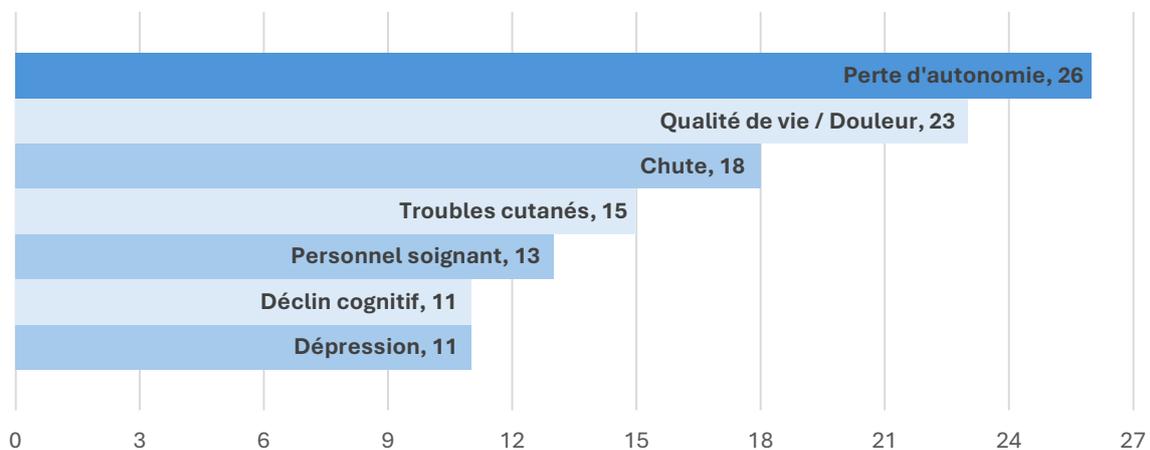


Figure 4. Complications de l'HDA citées par les médecins (n = 27)

Vingt-trois médecins interrogés pensent que l'HDA est un phénomène irréversible, dont 5 qui nuancent leur propos :

M2 : « je pense que ce n'est pas réversible mais je pense que c'est améliorable, ou en tout cas qu'on peut ralentir la progression [de la pathologie, NDLR]. »

Quatre médecins (M14, M15, M24, M27) pensent au contraire qu'il s'agit d'un phénomène réversible :

M14 : « non, je pense qu'avec un traitement adapté on peut retrouver une meilleure qualité de vie [...] quitte à recourir aux gestes chirurgicaux par exemple. »

M27 : « si le traitement est précoce et que le patient est stimulé je pense qu'on peut diminuer le retentissement de la maladie [...] le spécialiste peut également intervenir. »

3.4. Projection sur leur patientèle actuelle

Lorsque les médecins ont été interrogés sur la part occupée par les patients âgés de plus de 75 ans dans leur patientèle, les réponses se sont réparties entre 20 et 45%. Trois médecins estimaient avoir environ 20% de patients âgés de plus de 75 ans, 5 médecins environ 25%, 6 médecins environ 30%, 5 médecins environ 35%, 5 médecins environ 40% et 3 médecins environ 45%. Les estimations données par les médecins sont présentées dans la figure 5.

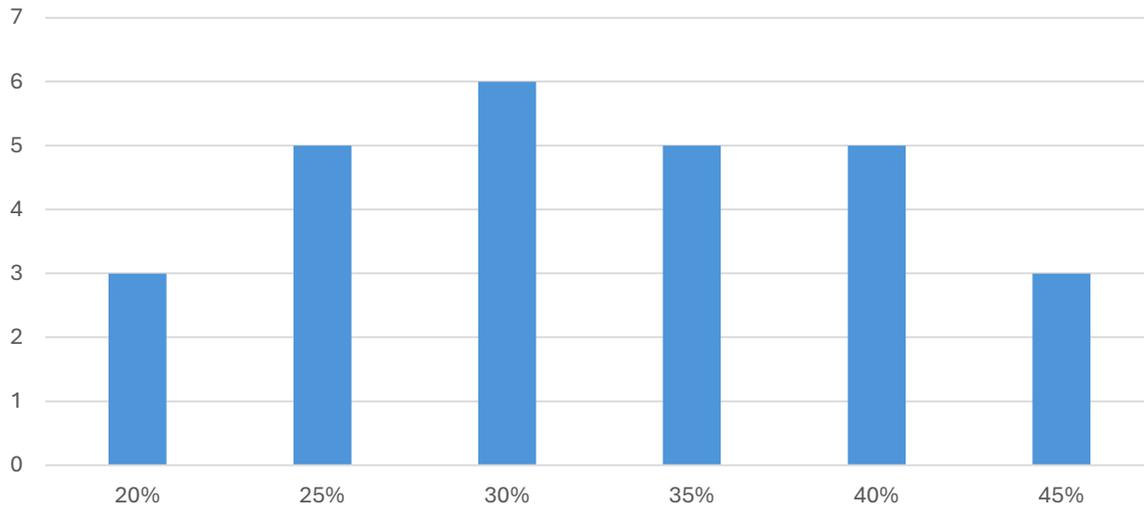


Figure 5. Proportion de patients âgés de plus de 75 ans estimée dans la patientèle (n = 27)

Vingt-six médecins ont pensé à certains de leur patients après avoir reçu la définition de l'HDA :

M1 : « j'ai effectivement quelques patientes qui ont des déformations articulaires difficiles à gérer [...] je dirai 5 ou 8 patientes comme ça. »

M8 : « [...] rien qu'aux EHPAD auxquels je me rends, il y en a au moins 20 ou 30 [...] »

M13 : « [...] c'est sûr que oui mais je ne saurais pas le quantifier. »

3.5. Traitements et prise en charge de l'HDA

Devant un patient atteint d'HDA, même si celle-ci n'est pas identifiée comme telle, les médecins interrogés ont proposé diverses prises en charge, qui sont résumées dans la figure 6 :

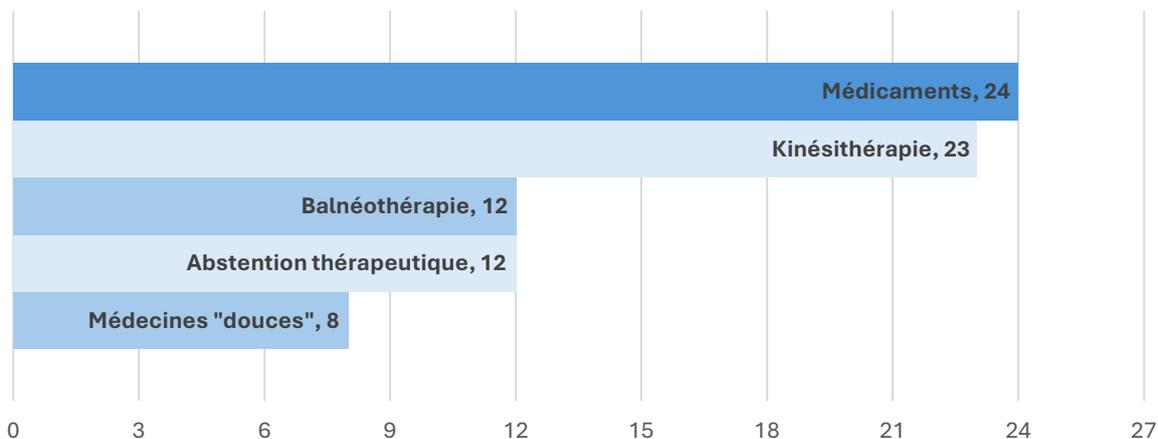


Figure 6. Prises en charge de l'HDA les plus citées par les médecins interrogés (n = 27)

- des médicaments (n = 24), principalement des antalgiques et parfois des molécules plus spécifiques comme les antispastiques, les antidépresseurs ou les myorelaxants ;
- de la kinésithérapie (n = 23), à visée principalement antalgique avec parfois l'idée que le mouvement permettrait de ralentir la progression et les complications de la pathologie ;
- de la balnéothérapie (n = 12) à visée antalgique principalement et souvent avec l'idée d'améliorer l'amplitude articulaire et de diminuer les contractures musculaires ;
- une abstention thérapeutique (n = 12) ;
- des médecines « douces » (n = 8) comme l'homéopathie, l'acupuncture, la naturopathie.

M5 : « les médicaments pour calmer la douleur, et sinon j'essaye tout ce que je peux pour diminuer les symptômes [...] la kiné[sithérapie, NDLR], la balnéo[thérapie, NDLR] et cetera. »

M18 : « [...] il y a un très bon kiné[sithérapeute, NDLR] pas loin donc j'ai recours à lui mais sinon en dehors des médicaments c'est vite difficile. »

M22 : « [...] avec les patients fragiles il n'y a vite plus de médicament raisonnable, donc ça fini surtout en surveillance en essayant de gérer au mieux la douleur. »

Cinq médecins (M10, M14, M15, M24, M27) ont cité des thérapeutiques plus spécifiques évoquées dans l'introduction de l'étude à savoir : les ténotomies percutanées (M10, M14, M15, M27), les injections de toxine botulinique (M14, M15, M24), le protocole à la lidocaïne (M14).

Vingt médecins interrogés estiment avoir un rôle d'accompagnement et de suivi auprès du patient atteint d'HDA, 15 médecins décrivent un rôle de coordination avec les autres professionnels de santé, 11 médecins évoquent un rôle « d'antalgie » et la nécessité de traiter au mieux la douleur du patient, 8 médecins se positionnent dans un rôle d'écoute et de soutien avec le patient et avec son entourage, 7 médecins estiment avoir un rôle d'information par rapport à la pathologie, et 7 médecins estiment avoir un rôle de détection et de dépistage de la pathologie et de ses complications. Quatre médecins n'ont pas su répondre à cette question. Ces résultats sont résumés dans la figure 7.

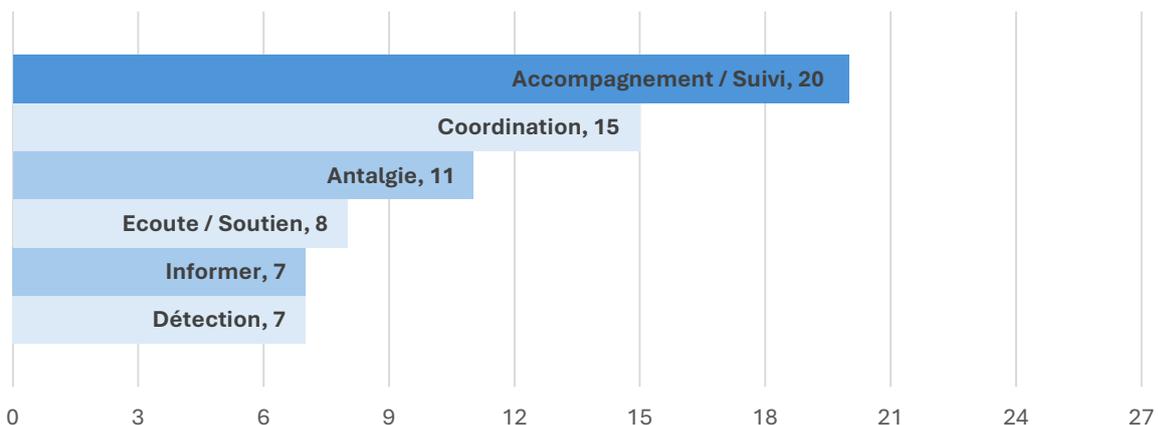


Figure 7. Notions les plus citées à la question "Quel rôle estimez-vous avoir pour votre patient atteint d'HDA ?" (n = 23)

M7 : « [...] je ne connais pas bien la pathologie en elle-même donc je serais rapidement obligée de passer la main, mais je continuerais à le suivre [le patient, NDLR] et à essayer de répondre au mieux à ses besoins [...] »

M21 : « soulager la douleur d'abord [...] puis organiser la suite avec le rhumato[logue, NDLR] ou l'ortho[pédiste, NDLR]. Faire attention aux signes et aux dégradations de la maladie [...] »

Lorsque les médecins ont été interrogés sur les professionnels de santé auxquels ils feraient appel face à un patient atteint d'HDA, 24 ont cité le kinésithérapeute, 18 ont cité le rhumatologue, 17 ont cité le chirurgien orthopédique, 16 ont cité l'infirmier, 5 ont cité le médecin en MPR, 5 ont cité le neurologue, 3 ont cité le médecin algologue au centre anti-douleur et 3 ont cité divers professionnels pratiquant des médecines « douces » (acupuncteur, naturopathe). Deux médecins n'ont pas su répondre à cette question. Ces résultats sont résumés dans la figure 8.

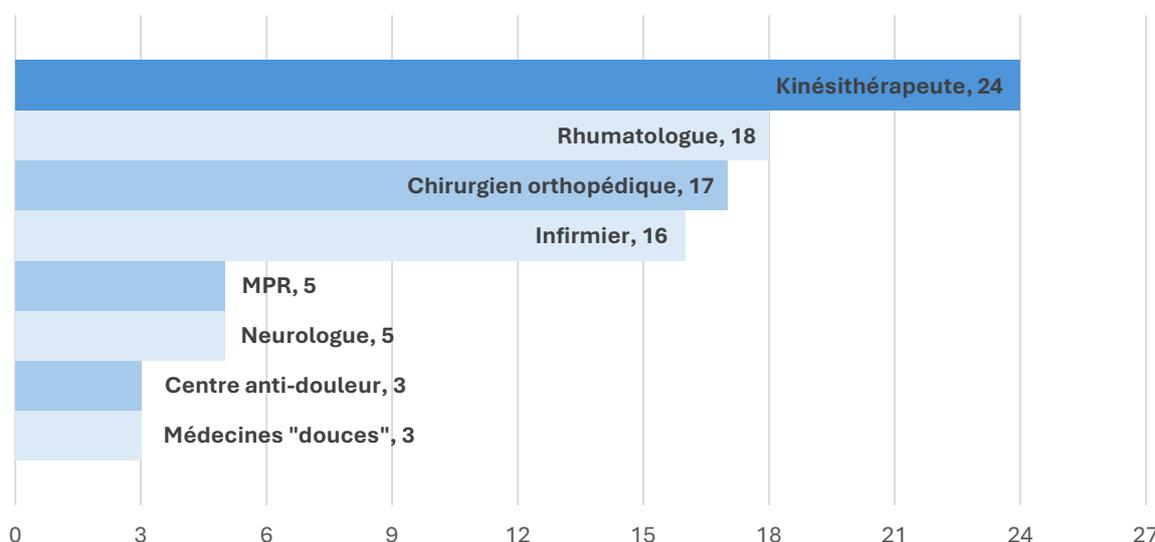


Figure 8. Professionnels les plus cités par les médecins interrogés dans la prise en charge de l'HDA (n = 25)

M3 : « le kiné[sithérapeute, NDLR] bien sûr. Je ne suis pas sûr du spécialiste qui traiterait cette pathologie, la rhumatologie peut être ? »

M20 : « [...] en plus des soins infirmiers et de la kiné[sithérapie, NDLR], je demanderai surement conseil en rhumato[logie, NDLR] ou en ortho[pédie, NDLR]. »

M26 : « [...] et si les douleurs devenaient ingérables, j'ai déjà travaillé avec le centre anti-douleur, peut-être qu'ils pourraient proposer quelque chose. »

M15 : « [...] la MPR aussi pourrait correspondre, mais je ne sais pas s'ils reçoivent des patients pour cette pathologie, je ne pense pas. »

D'autres professionnels n'ont été évoqués que par un seul médecin à la fois, comme le professeur de sport (M1) dans le cadre du sport adapté, l'ergothérapeute (M2), le pédicure-podologue (M12), l'appareilleur (M14), le psychologue (M15), et le médecin en soins palliatifs (M17).

3.6. Réflexion sur l'intérêt de la formation sur l'HDA

Tous les médecins interrogés ont répondu positivement à la question « pensez-vous qu'il est pertinent de former les équipes en EHPAD/USLD à dépister l'HDA ? », et 25 médecins ont également répondu positivement concernant la pertinence de former les médecins généralistes à dépister l'HDA. Deux médecins ont répondu négativement à cette dernière question :

M6 : « ça me pose question, il faut le dépister [l'HDA, NDLR] c'est sûr, mais je ne sais pas dans quelle mesure le médecin généraliste peut ou doit diagnostiquer ça seul. »

M20 : « [...] je pense que ce qui découle de la formation des équipes dans les institutions pourrait suffire, ça me paraît un peu lointain. »

4. DISCUSSION

4.1. Analyse des résultats

Il résulte de cette étude qu'il existe un manque de connaissance sur l'HDA conduisant les médecins interrogés à construire leurs réponses sur des notions qu'ils jugent suffisamment similaires pour être pertinentes, avec parfois de bonnes déductions. La quasi-totalité des médecins interrogés identifient ce qu'ils pensent être de l'HDA chez un ou plusieurs de leurs patients actuellement suivis, en revanche ils ont plus de difficulté à proposer les traitements et les orientations spécifiques par méconnaissance, se limitant souvent à un traitement symptomatique voire une abstention thérapeutique. Tous les médecins interrogés estiment qu'il faut former les équipes des EHPAD/USLD à dépister l'HDA et la quasi-totalité conçoit également l'intérêt de proposer cette formation aux médecins généralistes.

4.1.1. Un manque de connaissance de l'HDA

Dans notre étude, seuls 3 médecins avaient déjà entendu parler de l'HDA avant de réaliser leur entretien. Ces médecins ne se souviennent pas forcément de l'origine de ce souvenir, mais ils citent tous une formation complémentaire axée sur la personne âgée ou le fruit d'une recherche personnelle, ce qui est compréhensible puisque l'entité nosologique est relativement récente et ne fait donc pas partie de la formation initiale qu'ils ont reçue.

Pour répondre aux questions, les médecins ne connaissant pas la pathologie ont dû composer avec l'incertitude, principe central en médecine générale, pour proposer une réponse adaptée avec les moyens à leur disposition ¹³. Cependant, même avec un raisonnement sensé et méticuleux, si les médecins construisent leur réflexion à partir d'idées reçues ou de représentations approximatives, ils peuvent arriver à des conclusions incorrectes et rencontrer des difficultés dans leur pratique ¹⁴.

Dans l'étude, les médecins ont plus souvent cité le travail comme facteur favorisant l'apparition de l'HDA que la restriction de mobilité ou l'appauvrissement fonctionnel par exemple. Cette représentation peut modifier la vision de la pathologie, la prise en charge proposée, et conduire à ne pas proposer certains traitements bénéfiques par erreur de jugement.

Tous les médecins interrogés reconnaissent que cette pathologie, même inconnue, existe dans leur patientèle et ils se sentent tous concernés. Cependant, ils sont nombreux à sous-estimer la prévalence réelle de la pathologie dans les institutions gériatriques. Les médecins ayant sous-estimé la prévalence de manière importante ont fréquemment justifié leur réponse par le fait qu'ils ne connaissaient pas le trouble et qu'il ne devait, par conséquent, pas être si fréquent. Ici, c'est donc un biais de surconfiance qui a induit en erreur les praticiens.

Ce manque de connaissance représente une perte de chance pour les patients atteints d'HDA et représente aussi une source de frustration pour les professionnels de santé amenés à les prendre en charge ¹⁵.

4.1.2. Une prise en charge symptomatique

Devant une pathologie qu'ils ne connaissaient pas, les médecins interrogés ont proposé des traitements symptomatiques pour les symptômes qu'ils ont pu identifier. Certains se sont restreints à l'abstention thérapeutique, on peut donc questionner un potentiel biais d'omission chez ces médecins, préférant ne pas nuire à leurs patients.

La prise en charge majoritairement proposée par les médecins interrogés repose sur les traitements antalgiques et la kinésithérapie. Cela présente plusieurs problèmes car il existe un risque important d'escalade des traitements antalgiques pour des patients âgés, fréquemment comorbides et/ou fragiles ¹⁶, avec une augmentation du risque de nombreux effets indésirables. La kinésithérapie, même si elle fait partie intégrante du traitement, doit s'intégrer dans une prise en charge plus globale de l'HDA ¹⁷, au risque de mettre le kinésithérapeute et le médecin en échec si elle est prescrite seule.

Devant un patient atteint d'HDA, les médecins interrogés essayent de se positionner au mieux dans une approche centrée sur le patient ¹⁸ et estiment avoir un rôle prépondérant dans l'accompagnement et le suivi de leur patient. Quand ils proposent d'orienter vers un spécialiste, ils se positionnent également dans une logique de coordination des soins ¹⁹. Leur connaissance limitée de la pathologie les empêche d'informer comme ils le voudraient le patient et son entourage, créant une frustration importante.

Les médecins interrogés ne connaissaient pas les spécialistes qui s'occupent de cette pathologie, ce qui veut dire que ces patients ne seront pas orientés lors des consultations de suivi et ne bénéficieront pas des traitements spécifiques existants. Les chirurgiens orthopédiques et les rhumatologues sont nettement plus cités que les médecins algologues ou rééducateurs, les ergothérapeutes et les orthoprothésistes, moins connus des médecins généralistes malgré leur intérêt dans la prise en charge de l'HDA. Les professionnels comme les rhumatologues, les chirurgiens orthopédiques et les neurologues sont souvent cités «faute de mieux» par les médecins interrogés qui questionnent eux-mêmes l'intérêt et la justesse de leur orientation.

Très peu de médecins interrogés connaissaient les traitements spécifiques évoqués dans l'introduction, ce qui réduit directement le nombre de patients pouvant en bénéficier.

Les médecins interrogés ont souvent placé la gestion de la douleur comme un objectif prioritaire de leur prise en charge, augmentant encore le caractère symptomatique pur de la prise en charge. La quasi-totalité des médecins interrogés considérant que l'HDA est un phénomène irréversible, chez des patients souvent très âgés, ils se mettaient plus facilement dans une posture d'accompagnement, d'écoute et de soutien «vers la fin».

4.1.3. Une prévention insuffisante

Après avoir échangé une vingtaine de minutes avec chaque médecin pendant l'entretien, tous ont estimé qu'il serait intéressant de former les équipes des institutions gériatriques au dépistage de l'HDA. Les médecins interrogés ont fréquemment évoqué le retentissement physique et psychologique de la prise en charge des patients atteints d'HDA sur les équipes soignantes de ces institutions.

Il existe effectivement un risque plus important de développer de l'HDA dans les 5 premières années après l'admission du patient en institution gériatrique au long cours ²⁰ et les médecins interrogés proposent, entre autres, le manque de personnel et la méconnaissance comme

explications à ce phénomène. Ce risque plus important est un argument pour le développement d'un meilleur dépistage de l'HDA dans ces institutions.

Un meilleur dépistage de l'HDA implique de mieux comprendre les facteurs favorisant l'apparition des symptômes, mais aussi de mieux identifier les pratiques pouvant faire émerger ces facteurs pour les corriger au mieux. Par exemple, il semble plus intéressant de favoriser une approche visant à « faire avec » le patient plutôt que de « faire à la place » du patient ²¹, même si cela demande plus de temps.

Ce travail de prévention pourrait également modifier les habitudes et les gestes des professionnels de santé au plus près du patient pour limiter l'apparition des TMS chez les aides-soignants et les infirmières par exemple. Une meilleure compréhension de la pathologie et de la situation du patient permettrait aussi aux équipes de mieux se positionner vis-à-vis du patient et de son entourage, contribuant ainsi à limiter la lourdeur psychologique de la prise en charge.

Concernant la formation des médecins généralistes au sujet de l'HDA, elle semble elle aussi nécessaire pour mieux informer et orienter les patients. Les quelques réticences évoquées par les médecins interrogés ne remettent pas en question la nécessité de mieux dépister les signes d'HDA, mais elles questionnent la place du médecin traitant dans le diagnostic et les traitements qui peuvent être proposés.

La formation continue fait partie des missions du médecin généraliste ²², et à la vue des connaissances exposées par les médecins interrogés lors de cette étude, une sensibilisation à l'HDA pourrait représenter un bénéfice non négligeable pour de nombreux patients âgés. C'est dans cet objectif de prévention qu'un support d'information a été remis à chaque médecin interrogé au terme de l'entretien (Annexe 3).

La littérature scientifique au sujet de l'HDA comprend maintenant quelques articles dédiés, mais à l'image des références de cette étude, il s'agit principalement d'articles étudiant des phénomènes connexes ou recoupant partiellement l'HDA. L'usage de la définition citée en introduction ¹ ou, à défaut, de toute autre définition unique, permettrait un abord plus clair pour créer une prévention plus efficace à destination des professionnels de santé.

4.2. Forces et limites de l'étude

Concernant le choix méthodologique de l'étude, la recherche qualitative s'est rapidement imposée puisqu'elle permet de mieux discerner le raisonnement et le processus d'une action. Dans notre cas, l'étude qualitative servait à recueillir et mettre en évidence les connaissances, les réflexions et les pratiques qui existent en médecine générale autour d'une pathologie méconnue comme l'HDA. Ce travail n'a pas la précision d'une étude quantitative mais il permet de formuler des hypothèses plus précises pour mieux orienter un éventuel futur travail quantitatif.

L'entretien semi-dirigé étant composé de questions ouvertes et de questions faussement fermées (avec demande de précision), il permet aux médecins interrogés de divaguer autour du sujet avec beaucoup de liberté. L'avantage de ce procédé est représenté par la pluralité des réponses qui correspondent au mieux à la pensée de l'interrogé, mais, il présente comme inconvénient d'avoir peu de précision sur la question initiale avec une analyse plus difficile des résultats. L'enquêteur pouvait être amené à recentrer ou approfondir un sujet avec des questions fermées, créant ainsi un biais d'intervention. Les auteurs attirent également l'attention sur la dernière thématique « Réflexion sur l'intérêt de la formation à l'HDA » où la formulation des

questions invite un biais affectif, par tendance à l'acquiescement. En dehors de cette dernière thématique, les questions étaient le plus neutre possible et n'ont pas causé de problème de compréhension apparent lors des entretiens.

Concernant le recrutement, partant du principe que tout médecin généraliste respectant les critères d'inclusion pouvait apporter des données intéressantes, il a été choisi de réaliser un échantillonnage aléatoire simple à partir des listes disponibles sur le site du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Vienne et des Deux-Sèvres. Cette méthode de recrutement évite les biais provoqués par l'effet boule de neige (*snowball sampling*) souvent présent dans ce type d'étude, mais ne garantit pas non plus la représentativité de l'échantillon analysé. L'échantillon final était plutôt équilibré sur l'âge, le sexe, l'expérience, le département d'exercice et le lieu d'exercice, et comportait 27 interrogés ce qui permettait une bonne variabilité dans les réponses apportées.

Malgré un discours neutre de l'enquêteur lors de l'entretien, il reste possible que certains commentaires, certaines pauses ou intonations, aient pu influencer les réponses des médecins interrogés, à l'origine d'un biais d'intervention. Certains ont également pu rencontrer des difficultés à faire abstraction de l'enregistreur posé sur la table et craindre de renvoyer une mauvaise image lorsqu'ils avaient l'impression de ne pas répondre correctement aux questions, à l'origine d'un biais de désirabilité sociale, qui a pu être atténué par la multiplication des entretiens.

Même en l'absence de problème évident de compréhension, il n'est pas exclu que certains médecins aient répondu de manière confuse lorsqu'ils ont été invités à réfléchir sur leur patientèle ou lorsqu'ils devaient donner des estimations.

La collecte et l'analyse des données ont été réalisées par un seul auteur et malgré les précautions prises, les biais d'analyse et d'interprétation des données restent intrinsèques à cette démarche. La triangulation du recueil des données ou l'usage de *focus group* aurait pu minimiser ces biais.

Les données quantitatives ont été exposées dans la partie résultats afin d'appuyer la fréquence des réponses apportées par les médecins généralistes, toutefois, ces données ne peuvent être exploitées par cette méthode.

5. CONCLUSION

Dans cette étude exploratoire, l'HDA apparait comme une entité nosologique peu connue des médecins généralistes avec parfois des représentations erronées au sujet de la pathologie. La prise en charge du patient atteint d'HDA et les traitements proposés par les médecins généralistes sont majoritairement symptomatiques, du fait d'une méconnaissance des thérapeutiques spécifiques, relativement récentes, et d'une méconnaissance des spécialistes prenant en charge l'HDA.

Il existe, pour les médecins interrogés, un intérêt autour de l'HDA avec un désir d'en savoir plus, pour pouvoir mieux accompagner les patients qu'ils suivent. Les médecins interrogés identifient presque à l'unanimité de l'HDA dans leur patientèle et se sentent concernés par cette problématique.

Il existe actuellement une expérimentation en France qui vise à créer des unités mobiles se déplaçant dans les établissements médicosociaux pour former les professionnels à une meilleure prise en charge et une meilleure prévention de l'HDA. Il serait intéressant de réétudier les retombées de ce dispositif qui, s'il venait à être généralisé, pourrait modifier les connaissances des médecins généralistes à ce sujet.

6. REFERENCES

1. Dehail P, Simon O, Godard AL, Faucher N, Coulomb Y, Schnitzler A, et al. Acquired deforming hypertonia and contractures in elderly subjects: definition and prevalence in geriatric institutions (ADH survey). *Ann Phys Rehabil Med.* févr 2014;57(1):11-23.
2. Bergström G, Aniansson A, Bjelle A, Grimby G, Lundgren-Lindquist B, Svanborg A. Functional consequences of joint impairment at age 79. *Scand J Rehabil Med.* 1985;17(4):183-90.
3. Dehail P, Gaudreault N, Zhou H, Cressot V, Martineau A, Kirouac-Laplante J, et al. Joint contractures and acquired deforming hypertonia in older people: Which determinants? *Ann Phys Rehabil Med.* nov 2019;62(6):435-41.
4. Selikson S, Damus K, Hamerman D. Risk factors associated with immobility. *J Am Geriatr Soc.* août 1988;36(8):707-12.
5. Brière J, Fouquet N. Prévalence de troubles musculo-squelettiques en France, dans la population générale et dans la population des actifs occupés selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité. [Internet] [report]. Santé publique France; 2024 [cité 25 sept 2024]. p. 66. Disponible sur: <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-04523952>
6. L'Assurance Maladie. Les TMS dans votre secteur d'activité, secteur sanitaire et médico-social [Internet]. 2023 [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/risques/troubles-musculosquelettiques-tms/tms-secteur-activite/sanitaire-et-medico-social>
7. Baclofène : substance active à effet thérapeutique, fiche DCI [Internet]. VIDAL. [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/baclofene-482.html>
8. Romito JW, Turner ER, Rosener JA, Coldiron L, Udipi A, Nohrn L, et al. Baclofen therapeutics, toxicity, and withdrawal: A narrative review. *SAGE Open Med.* 2021;9:20503121211022197.
9. Maldonado P, Bessaguet H, Chol C, Giroux P, Lafaie L, Adham A, et al. Treatment of Acquired Deforming Hypertonia with Botulinum Toxin in Older Population: A Retrospective Study. *Toxins.* 16 août 2024;16(8):365.
10. Bessaguet H, Calmels P, Schnitzler A, Coroian F, Giroux P, Angioni F, et al. Percutaneous needle tenotomies: indications, procedures, efficacy and safety. A systematic review. *Ann Phys Rehabil Med.* juin 2024;67(5):101839.
11. Rousseaux M, Buisset N, Daveluy W, Kozłowski O, Blond S. Comparison of botulinum toxin injection and neurotomy in patients with distal lower limb spasticity. *Eur J Neurol.* mai 2008;15(5):506-11.

12. Langlois P, Perrochon A, David R, Rainville P, Wood C, Vanhauzenhuyse A, et al. Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* avr 2022;135:104591.
13. Clavilier A. Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale. Analyse des réponses mises en œuvre par les médecins généralistes. Proposition d'outils d'aide à la gestion de l'incertitude diagnostique. 6 avr 2021;175.
14. Lerigoleur M, Urena-Dores A, Gérard B, Jaume C, Minet M, Million É, et al. Obstacles et perspectives pratiques de la consultation en médecine générale du migrant porteur de troubles psychologiques. Étude qualitative auprès de médecins généralistes français. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* mars 2024;69(3):207-16.
15. Tanner CE, Eckstrom E, Desai SS, Joseph CL, Ririe MR, Bowen JL. Uncovering frustrations. A qualitative needs assessment of academic general internists as geriatric care providers and teachers. *J Gen Intern Med.* janv 2006;21(1):51-5.
16. Bouju J. Hypertonies déformantes acquises : une revue narrative de la littérature. 25 oct 2023;93.
17. Denormandie P, Goupy M, Geffrier A. Les hypertopies déformantes acquises des membres des personnes âgées. *Kinésithérapie Sci.* mars 2017;(585):p.17-23.
18. Perdrix C, Pigache C, Dupraz C, Farge T, Maynié-François C, Supper I, et al. Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer. *Exercer [Internet].* 2016 [cité 5 oct 2024]; Disponible sur: <https://shs.hal.science/halshs-01867005>
19. L. C, P. B, Huez JF, B. S, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. 1 janv 2013;
20. K L, Jsk K, Cw K, I C. Factors Associated with Development of New Joint Contractures in Long-Term Care Residents. *J Am Med Dir Assoc [Internet].* janv 2022 [cité 9 oct 2024];23(1). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34175292/>
21. Metzelthin SF, Zijlstra GA, van Rossum E, de Man-van Ginkel JM, Resnick B, Lewin G, et al. 'Doing with ...' rather than 'doing for ...' older adults: rationale and content of the 'Stay Active at Home' programme. *Clin Rehabil.* 1 nov 2017;31(11):1419-30.
22. Article R4127-11 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 11 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843562

7. ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien (page 1 sur 2)

Guide d'entretien

(version 5, du 24/11/2023)

| Identifiant d'entretien | Age | Sexe | Département d'exercice | Exerce la médecine générale depuis : | Formation(s) complémentaire(s) |
|-------------------------|-----|------|------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| | | | | | |

Thématique 1 : Mode d'exercice du médecin

« Exercez-vous seul ou en groupe ? »

→ *Précision* : « S'agit-il de médecins généralistes, de paramédicaux, de spécialistes ? »

« Avez-vous d'autres activités médicales en dehors des consultations au cabinet ? »

→ *Probe* : « Peut-être que vous faites des visites en EHPAD par exemple. »

« Avez-vous une activité d'enseignement ? »

→ *Probe* : « Comme le fait de recevoir des étudiants, d'être maître de stage universitaire, ou tuteur. »

« Combien de temps en moyenne allouez-vous à une consultation standard ? »

Thématique 2 : Connaissances sur l'HDA

« Qu'est-ce que l'hypertonie déformante acquise pour vous ? »

→ *Relance* : « Vous pouvez vous aider de ce que vous évoquent les termes pris séparément. »

→ **Tous les participants doivent recevoir la définition de l'HDA après cette question.**

« Avant cet entretien, aviez-vous déjà entendu parler de l'HDA ? »

« A votre avis, quel pourcentage de patients présents en institutions type EHPAD/USLD sont concernés par l'HDA ? »

« Qu'est-ce qui pourrait, selon vous, favoriser l'apparition de l'HDA ? »

→ *Relance* : « Comment peut-on se retrouver avec de l'HDA si vous préférez. »

« Quelles complications pouvez-vous imaginer chez un patient atteint d'HDA ? »

→ *Relance* : « Y'a-t-il d'autres aspects qui vous viennent à l'esprit ? »

« Pensez-vous que l'HDA est un phénomène irréversible ? »

Annexe 1 : Guide d'entretien (page 2 sur 2)

Thématique 3 : Projection sur leur patientèle actuelle

« A combien estimeriez-vous le pourcentage de votre patientèle âgée de plus de 75 ans, toutes activités confondues ? »

« Avez-vous dans votre patientèle actuelle, des patients qui vous viennent à l'esprit à l'évocation de l'HDA ? »

→ *Précision* : « A combien de patients cela vous fait-il penser ? »

Thématique 4 : Traitements et prise en charge de l'HDA

« Quelle prise en charge proposeriez-vous devant cette pathologie ? »

« Quelle place trouvez-vous dans cette prise en charge en tant que médecin généraliste ? »

→ *Probe* : « Quel rôle estimez-vous avoir pour votre patient atteint d'HDA ? »

« Feriez-vous appel à un autre professionnel de santé pour la prise en charge du patient atteint d'HDA ? »

→ *Précision* : « A quel(s) professionnel(s) de santé pensez-vous ? »

Thématique 5 : Réflexion sur l'intérêt de la formation sur l'HDA

« Pensez-vous qu'il est pertinent de former les équipes en EHPAD/USLD à dépister l'HDA ? »

→ *Précision* : « Pour quelle raison ? »

« Pensez-vous qu'il est pertinent de former les médecins généralistes à dépister l'HDA ? »

→ *Précision* : « Là encore, pour quelle raison ? »

Annexe 2 : Caractéristiques de l'échantillon (page 1 sur 2)

| Entretien | Sexe | Âge | Durée d'exercice (années) | Formation(s) complémentaire(s) |
|-----------|------|---------|---------------------------|---|
| M1 | F | 56 - 65 | 30 | Enfant et adulte handicapé moteur / Polyhandicap |
| M2 | F | 46 - 55 | 22 | CAPA de gériatrie / DU gynéco-obstétrique / DU nutrition thérapeutique / DU mise sous protection judiciaire |
| M3 | H | 26 - 35 | 3 | DU échographie et techniques ultrasonores |
| M4 | F | 26 - 35 | 5 | DU urgences vitales |
| M5 | H | 46 - 55 | 20 | DU médecine gériatrique et gériantologique / Formation à la coordination d'EHPAD |
| M6 | F | 36 - 45 | 9 | CAPA gériantologie |
| M7 | F | 36 - 45 | 10 | - |
| M8 | H | 46 - 55 | 18 | DU médecine gériatrique / CAPA évaluation et traitement de la douleur |
| M9 | H | 36 - 45 | 9 | DESC médecine d'urgence |
| M10 | F | 56 - 65 | 30 | Formation à la coordination d'EHPAD |
| M11 | H | 56 - 65 | 28 | CES médecine appliquée au sport / Homéopathie |
| M12 | H | 66 - 75 | 35 | DIU sexologie |
| M13 | F | 26 - 35 | 5 | - |
| M14 | H | 46 - 55 | 20 | DIU soins palliatifs et accompagnement / CAPA gériantologie |
| M15 | H | 36 - 45 | 14 | DIU soins palliatifs et accompagnement / CAPA gériantologie |
| M16 | F | 26 - 35 | 3 | - |
| M17 | H | 36 - 45 | 16 | - |
| M18 | H | 56 - 65 | 27 | CES médecine appliquée au sport |
| M19 | F | 26 - 35 | 6 | - |
| M20 | H | 56 - 65 | 28 | CES médecine appliquée au sport |
| M21 | H | 56 - 65 | 30 | CES médecine appliquée au sport / CAPA gériantologie |
| M22 | F | 36 - 45 | 15 | Homéopathie |
| M23 | H | 56 - 65 | 25 | CES médecine appliquée au sport |
| M24 | F | 36 - 45 | 10 | CES médecine appliquée au sport |
| M25 | H | 56 - 65 | 30 | CAPA gériantologie |
| M26 | F | 56 - 65 | 30 | CAPA gériantologie |
| M27 | F | 56 - 65 | 25 | DU médecine gériatrique et gériantologique / Formation à la coordination d'EHPAD |

Annexe 2 : Caractéristiques de l'échantillon (page 2 sur 2)

| Entretien | Mode d'exercice | Activités en dehors du cabinet | Zone | Activité d'enseignement | Temps moyen alloué par consultation (en minutes) |
|-----------|-----------------|---|------|-------------------------|--|
| M1 | Groupe MG | Visites (40/mois) | R | OUI (MSU) | 15 |
| M2 | Groupe PM | Salariat (IEM/MAS) + Visites (15/mois) | U | NON | 15 |
| M3 | Groupe MG | Visites (30/mois) | U | NON | 15 |
| M4 | Groupe MG | Salariat (Urgences) | SR | NON | 15 |
| M5 | Groupe PM | Coordination d'EHPAD + Visites (40/mois) | R | NON | 20 |
| M6 | Groupe PM | Salariat (mixte) | U | NON | 15 |
| M7 | Groupe MG | Visites (35/mois) | SR | NON | 15 |
| M8 | Seul | Visites (60/mois) | R | NON | 15 |
| M9 | Groupe MG | Salariat (Urgences) | U | NON | 20 |
| M10 | Seul | Coordination d'EHPAD + Visites (50/mois) | R | OUI (MSU) | 15 |
| M11 | Seul | Visites (20/mois) | SR | NON | 20 |
| M12 | Groupe MG | Coordination d'EHPAD | SR | NON | 15 |
| M13 | Groupe MG | Visites (15/mois) | U | NON | 20 |
| M14 | Groupe MG | Visites (40/mois) | R | NON | 15 |
| M15 | Groupe MG | Salariat (Régulation SAS) + Visites (15/mois) | U | NON | 20 |
| M16 | Groupe MG | Visites (25/mois) | SR | NON | 20 |
| M17 | Groupe PM | Visites (30/mois) | U | NON | 15 |
| M18 | Groupe MG | Visites (30/mois) | R | NON | 15 |
| M19 | Groupe MG | Visites (35/mois) | SR | NON | 20 |
| M20 | Groupe MG | Visites (20/mois) | U | NON | 15 |
| M21 | Groupe MG | Visites (30/mois) | U | OUI (MSU) | 20 |
| M22 | Seul | Visites (30/mois) | R | NON | 15 |
| M23 | Seul | Salariat (mixte) | U | NON | 20 |
| M24 | Groupe MG | Salariat (mixte) | U | NON | 20 |
| M25 | Groupe MG | Visites (25/mois) | SR | NON | 15 |
| M26 | Groupe MG | Visites (30/mois) | U | NON | 15 |
| M27 | Groupe MG | Coordination d'EHPAD | SR | NON | 15 |

Groupe MG : en groupe avec au moins un médecin généraliste / Groupe PM : en groupe avec des paramédicaux seulement / R : rural / SR : semi-rural / U : urbain

Annexe 3 : Support d'information remis aux médecins interrogés (recto)

Hypertonie déformante acquise : fiche récapitulative

QUOI ?

« Toute déformation articulaire, avec réduction d'amplitude et augmentation de la résistance à la mobilisation passive, à l'origine d'une gêne fonctionnelle, d'un inconfort et de tout autre limitation dans les activités de la vie quotidienne »

OÙ ?

80% des atteintes concernent les membres inférieurs :
Défaut d'abduction et/ou flessum de hanche / flessum de genou
Pied équin / déformation en varus du pied / griffe d'orteil

68% des atteintes concernent les membres supérieurs :
Défaut d'abduction de l'épaule / flessum du coude
Flessum du poignet / griffe digitale

Atteinte bilatérale dans **67%** des cas
Atteinte des 4 membres dans **27%** des cas








QUI ?

Selon une étude de 2014 :

22% des résidents en EHPAD/USLD
Âge moyen : **89 (+/- 10) ans**
75% de femmes

En moyenne 4 atteintes par patient

ET ALORS ?

Pour le patient :

- Douleurs
- Difficultés d'autonomie, toilette et nursing
- Difficultés d'habillage, chaussage
- Difficultés de préhension
- Difficultés à la marche
- Confinement au fauteuil
- Nécessité d'un verticalisateur ou transferts difficiles
- Complications cutanées et mycoses
- Escarres et points d'appui
- Troubles du comportement

Les difficultés augmentent avec le nombre de déformations présentes chez un même patient

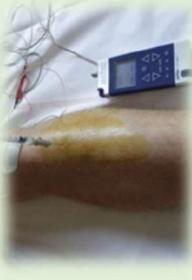
Pour le soignant :

- Lourdeur des soins
- Souffrances des soignants
- Troubles musculosquelettiques

Pour la société :

- Coût important
- Rupture de suivi
- Difficulté d'accès aux soins
- Transports complexes

Annexe 3 : Support d'information remis aux médecins interrogés (verso)

| DES SOLUTIONS ? | | | | |
|---|---|---|---|--|
| Positionnement Appareillage | Protocole Lidocaïne | Toxine botulique | Phénoélisation (ou alcoolisation) | Ténotomie percutanée |
| <p>Prise en charge par un ergothérapeute et par un orthoprothésiste</p> <p><u>Objectifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le positionnement au fauteuil et/ou au lit, limiter les douleurs, améliorer la position pour les repas, restaurer l'horizontalité du regard, limiter les nouvelles déformations, apporter du confort - Améliorer les appuis au sol pour les transferts, maintenir la posture d'un membre à la suite de la réalisation d'un geste  | <p>Ciblé sur les mains avec des griffes digitales</p> <p><u>Technique</u></p> <p>Mettre une compresse imbibée de lidocaïne 5% à l'intérieur de la main, ou pulvérisation si impossible. Laisser agir 20 mn.</p> <p>Ouvrir la main en utilisant l'effet ténodèse, commencer par le 5^{ème} doigt, puis le 4^{ème} pour nettoyer/traiter la peau.</p> <p>Maintenir l'ouverture de la main en positionnant un rouleau ou une mousse dans la main.</p> <p>Tous les 2 jours jusqu'à ouverture suffisante et/ou obtention d'une peau saine.</p>  | <p>Injection intramusculaire</p> <p>Présente un intérêt si la rétraction est réductible.</p> <p>Bien toléré chez les personnes âgées.</p> <p>Efficacité après 10 à 15 jours, pendant 3 à 6 mois puis renouvellement possible.</p> <p><u>Technique</u></p> <p>Injection de toxine au niveau d'un muscle induisant une faiblesse au niveau du muscle hyperactif.</p> <p>Le geste peut être réalisé avec électrostimulation ou échographie de guidage.</p>  | <p>Injection péri-nerveuse</p> <p>Visé à réduire la spasticité. Efficacité rapide et durable (environ 6 mois).</p> <p><u>Technique</u></p> <p>Injection d'alcool au contact d'un nerf permettant de diminuer l'influx nerveux en détruisant chimiquement une partie des fibres nerveuses.</p> <p>3 sites préférentiels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anses des pectoraux (adductum de l'épaule) - Nerf musculo-cutané (flessum de coude) - Nerf obturateur (adductum de hanche)  | <p>Section du tendon par un geste mini-invasif</p> <p>DEFINITION</p> <p>Intérêt lorsque les articulations sont déformées à cause d'une rétraction des muscles et des tendons.</p> <p>Améliore le confort, le positionnement au lit/fauteuil, évite la macération, les escarres et améliore les soins d'hygiène.</p> <p><u>Technique</u></p> <p>On utilise une aiguille pour sectionner partiellement ou totalement les tendons gênants. Le geste est réalisé sous anesthésie locale, avec du MEOPA, en quelques minutes.</p>  |

Les chiffres et données fournies sur cette fiche proviennent de l'étude suivante :
 Dehaill P, Simon O, Godard AL, Faucher N, Coulomb Y, Schmitzler A, Denormandie P, Jeandel C. Acquired deforming hypertonia and contractures in elderly subjects: definition and prevalence in geriatric institutions (ADH survey). Ann Phys Rehabil Med. 2014 Feb;57(1):11-23. doi: 10.1016/j.rehab.2013.11.001. Epub 2013 Dec 2. PMID: 24332786.

- Merci d'avoir participé à cette étude -

Fiche informative réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice, novembre 2023, SERVANT Axel

SERVANT Axel : « Hypertonie déformante acquise : un état des lieux des connaissances en médecine générale par le biais d’entretiens avec des médecins généralistes. »

RESUME

Introduction : L’hypertonie déformante acquise est une entité nosologique récente fréquemment rencontrée par les médecins généralistes sans le savoir. L’objectif de cette étude est d’explorer les connaissances et les méthodes actuelles des médecins généralistes autour de cette pathologie.

Méthode : Vingt-sept entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins généralistes de la Vienne et des Deux-Sèvres. Les enregistrements ont été retranscrits puis ont fait l’objet d’une analyse thématique.

Résultats : Les médecins généralistes interrogés connaissent peu l’HDA et ont parfois des représentations erronées de la pathologie. La prise en charge proposée est souvent symptomatique et les professionnels spécialisés adéquats sont peu connus. Les médecins interrogés sont demandeurs d’une meilleure information et reconnaissent l’intérêt d’une sensibilisation à l’HDA tant pour eux que pour les professionnels intervenant au sein des établissements gériatriques où la prévalence de l’HDA est la plus importante.

Conclusion : La prise en charge du patient atteint d’HDA est améliorable, notamment en médecine générale, où la formation et la sensibilisation peuvent être développées dans l’intérêt d’une meilleure prise en charge pour le patient atteint d’HDA.

Rubrique de classement Médecine Générale

Mots clés Hypertonie déformante acquise, connaissances, prévention, médecine générale, entretiens

Mots clés anglais MeSH Acquired deforming hypertonia, knowledge, prevention, general medicine, interviews

Jury Président :
Madame le Professeur SILVAIN Christine

Assesseurs :
Madame le Docteur GEOFFRION Julie [directeur de thèse]
Madame le Docteur MIGNOT Stéphanie
Monsieur le Docteur DAVID Romain
