

SFMG



Le plaisir de comprendre

DRMG N°50

Janvier 1998

supplément

la lettre

de la médecine générale

documents *de recherches* en médecine *générale*

Société Française de Médecine Générale
Société Savante

27, boulevard Gambetta - 92130 Issy Les Moulineaux
Tél 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 98 21

e-mail : SFMG@club-internet.fr • <http://www.upml.fr/sfmg>
O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.

Représentant officiel de la France à la WONCA

Documents de Recherche

Recommandations aux auteurs

LES ARTICLES

Ils doivent être adressés à la SFMG au plus tard à la date limite demandée et en respectant le nombre de caractères proposés.

Ils doivent être dactylographiés avec impérativement un double interligne, sur papier A4 (21 x 29,7 cm) le plus simplement possible, en limitant les effets de mise en pages (pas de tabulations pour décaler un début de phrase,...).

Une disquette doit être jointe avec l'article sous traitement de texte Word (en Mac ou PC). Une disquette MacIntosh (Word 5.1) ne pose aucun problème. Si vous ne disposez pas de ce logiciel, merci de contacter la SFMG pour définir quel autre traitement de texte est envisageable.

RÉSUMÉ

Un résumé présentant l'article est publié au début de celui-ci. Il ne doit pas dépasser 350 caractères. La traduction anglaise du résumé peut y être jointe, elle sera bienvenue.

Vous pouvez aussi proposer des mots-clés (3 à 6).

CONVENTIONS DACTYLOGRAPHIQUES

L'emploi des abréviations doit être évité. Si une abréviation doit être utilisée, sa signification in extenso doit lui faire suite entre parenthèses la première fois qu'elle est utilisée dans le texte.

Lorsque le nom chimique d'un médicament est cité, adopter la dénomination commune internationale (DCI) et indiquer également le nom commercial du médicament princeps entre parenthèses sans astérisque.

LES NOTES

Elles ne doivent pas être indexées automatiquement mais tapées en texte libre en fin de document. Leur emplacement dans le texte sera marqué par une lettre (a, b, c, ...) entre parenthèses.

LA BIBLIOGRAPHIE

L'article comportera, sauf exception, une bibliographie (des documents ayant servi à rédiger l'article) qui sera comme les notes tapée en fin de texte (pas d'indexation automatique). La place des articles de bibliographie sera indiquée par un nombre (1, 2, 3, ...) placé en exposant. Elle sera présentée selon les normes suivantes :

- Article de périodique :

Nom du ou des auteurs suivi de l'initiale du ou des prénoms "Titre de

l'article" Nom du périodique ou son abréviation internationale Année ; Numéro (Tome) : Première et dernière page de l'article.

Margerit C, Castelain E "Les groupes de pairs : une réalité française" Documents de Recherche en Médecine Générale 1995 ; 46 : 115-117.

- Livre :

Nom du ou des auteurs de l'ouvrage suivi de l'initiale du ou des prénoms "Titre de l'ouvrage" Ville de l'éditeur : Editeur Année de l'édition : nombre d'édition.

Braun RN "Pratique, critique et enseignement de la médecine générale" Paris : Payot. 1979.

- pour une thèse ou mémoire :

Nom de l'auteur suivi de l'initiale du ou des prénoms "Titre du travail" (Ville ou éventuellement université) année.

Vandenbossche S-C "Outils de codage pour l'épidémiologie en médecine générale - utilisation de la CIM 10" (UFR de médecine de Caen) 1994. Jusqu'à 2 auteurs, les citer. Lorsqu'il y a plus de 2 auteurs, citer le premier et ajouter "et coll."

Les références bibliographiques doivent être appelées dans le texte et l'ordre des références dans la bibliographie est celui de leur première apparition dans le texte (pas d'appel alphabétique).

Les bibliographies globales "on trouvera un utile complément de lecture dans les articles qui suivent" ne sont pas acceptées.

L'ICONOGRAPHIE

L'illustration par des schémas ou tableaux est possible. Ils doivent être fournis soit en sortie laser (si possible, sinon jet d'encre) noire et blanc, soit en sortie jet d'encre couleur pour les graphiques.

Si les illustrations sont séparées de l'article, l'auteur doit préciser à quel endroit du texte il souhaite les voir figurer, en marquant en marge en regard de leur emplacement leur numéro d'ordre par exemple "figure 3" entouré d'un cercle.

Les abréviations utilisées seront définies dans l'ordre alphabétique en bas du tableau.

ADRESSES DES AUTEURS

L'adresse professionnelle et la localisation du ou des auteurs sera indiquée en fin de texte le plus simplement possible.

Directeur de Publication : Docteur Pascal CLERC
(Président de la SFMG)

Rédacteur en chef : Docteur Didier DUHOT

Comité de rédaction : Docteurs Philippe BOISNAULT ;
Pierre FERRU ; Jean Luc GALLAIS ; François MOREL ; Olivier KANDEL

Conception/réalisation : Fill and Line 01 30 40 02 67

Impression : SIPP

N° ISSN : En cours • **Dépôt légal :** Juin 1997

**Ce document de recherche est édité avec le soutien
des laboratoires BIOGALENIQUE**

Journée de Communications de la Société Française de Médecine Générale

Dimanche 23 Novembre 1997
FIAP Jean Monnet 30 Rue Cabanis - 75014 PARIS

La Société Française de Médecine Générale (SFMG), tiendra comme chaque année sa journée de communications. Elle se déroulera le dimanche 23 Novembre 1997, de 9 H à 17 H 30 au FIAP ; 30 Rue Cabanis à PARIS (75014).

Vous trouverez ci-contre le programme avec les différents thèmes et intervenants qui traduisent parfaitement la diversité de la médecine générale et les thèmes de recherches et d'évaluation qui font de plus en plus partie de notre environnement professionnel quotidien.

Grâce au soutien de la société Prime time Médiamedical, l'inscription à cette journée est gratuite, mais obligatoire pour des raisons d'organisation que vous comprendrez sans difficulté. Nous vous rappelons pour mémoire que cette journée s'inscrit dans les activités de sociétés savantes donnant lieu à une attestation de participation d'une journée.

Pour toute information, contacter Dr J-L.Gallais
tél : 01-43-56-62-79 ou gallais@club-internet.fr

Programme de la Journée de Communications de la SFMG Dimanche 23 Novembre 1997 FIAP J. Monnet 30 Rue Cabanis - 75014 PARIS

			PAGE
9H	INTRODUCTION		
9h15	Dr L.. Létrillard (75)	Facteurs de risques des diarrhées aiguës épidémiques hivernales : une enquête cas-témoins en médecine générale.	3 à 5
9H45	Dr L.. Martinez (78)	Audit de pratique en médecine générale : les infections respiratoires basses chez l'adulte.	6 à 9
10H15	Dr F. Baudoux (93)	Enquête d'opinions des médecins généralistes sur les ressources de leur commune concernant les soins aux personnes âgées.	10 à 11
10H45	Dr L.. Wittke (93)	La féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique aux femmes médecins ?	12 à 14
11H15	Dr F. Chastel (38)	Perte d'emploi et santé.	15 à 17
11H45	Dr P. Oechsner (41)	La fatigue : un résultat de consultation malaisé à cerner.	18 à 23
12H15	Dr A-M. Magnier (75)	Etude comparative coût efficacité de deux stratégies diagnostiques de l'infection urinaire en médecine générale.	24 à 26
12H45	DÉJEUNER SUR PLACE		
	Dr J. Cogneau (37)	Précarité en médecine générale : problèmes de définition.	27
14H30	Dr S. Bonneau (72)	Exploiter les données d'un dossier médical informatisé : l'otite moyenne aiguë de l'enfant et du nourrisson en médecine générale.	28 à 32
15H	Dr J-M. Cohen (75)	Poster ou communication orale ?	33 à 35
15H30	Dr L.. Lambert (88)	Un audit médical : traitement hormonal de la ménopause en médecine générale.	36 à 38
16H	Dr JL. Gallais (93)	Mythe et réalité : le syndrome anxio-dépressif en questions.	39 à 43
16H30	Dr E. Galam (75)	La relation dans le dossier et le dossier dans la relation. Un partenariat SFMG/Repères : Genèse et perspectives	44 à 46
17H	CONCLUSION / FIN DE LA JOURNÉE		

Recherches et communications en médecine générale : de l'observation à la valorisation.

par Dr Jean Luc GALLAIS*

L'existence, la place et les rôles d'un groupe social et d'une discipline sont indissociables des représentations collectives les concernant en un lieu et une époque définis. Les images sur la collectivité des médecins généralistes et la médecine générale changent. Ces modifications sont liées aux facteurs sociaux extérieurs ou interne au corps médical, notamment politiques et économiques. La légitimité du dispositif de médecine générale ne peut se construire et se conforter collectivement sans ce mandat explicite. Le choix personnel du patient vient individuellement confirmer secondairement cette place et ce lien avec son médecin généraliste.

Mais la légitimité ne se décrète pas, elle s'acquiert. Le statut du médecin généraliste est lié au statut universitaire de sa discipline, c'est à dire la qualité de la recherche et de l'enseignement dans ce champ. On entrevoit sans difficulté alors les enjeux de la recherche en médecine générale. Le fameux "publish or perish" des anglo-saxons résume bien la situation.

Depuis 1973, c'est-à-dire depuis un quart de siècle, la SFMG a ouvert aux plans théorique et pratique des recherches dans une logique de rigueur et de méthode en concentrant son action sur des actions exemplaires, modélisantes mais limitées.

La période des pionniers s'achève pour celle du développement. Les moyens, concepts et outils, existent, ils se diversifient et surtout sont devenus accessibles. Cette croissance se fait et se fera notamment de plus en plus sous l'effet synergique des besoins de la santé publique, de ceux de la Formation Médicale Initiale et de la Formation Médicale Continue, de la mise en place des systèmes d'informations liés à l'informatisation et du développement universitaire de la médecine générale.

Ce numéro des Documents de recherches en médecine générale consacré aux journées de Communication de la SFMG doit être pris à la fois comme une borne de plus marquant l'entrée des nouveaux acteurs de la recherche en médecine générale et l'illustration de la diversité des travaux et des potentialités.

La SFMG poursuit ainsi sa mission de société savante en permettant de :

- témoigner et confirmer la montée en puissance de la recherche en médecine générale, par les et avec les généralistes assurant la responsabilité et la co-maitrise à toutes les phases des études.
- débattre à propos de travaux très diversifiés indispensables en particulier à la discipline Médecine Générale et a de multiples instances concernées par la santé.
- favoriser les échanges de savoir et de savoir faire pour acquérir et développer les concepts et compétences nécessaires à ces activités non soignantes de recherche et d'enseignement.
- diffuser les travaux en acceptant la diversité des formes et le caractère hétérogène des intervenants et de leurs présentations.

Au travers des textes présentés, les enjeux qui apparaissent dépassent largement le cadre de la médecine générale, même s'il est évident que la recherche est un moyen-clé de conforter et d'améliorer les pratiques et les représentations sur la médecine générale. Il est clair qu'il ne s'agit pas là que de la simple valorisation et promotion même argumentées d'un groupe professionnel, mais de questionnements sur des thèmes plus larges et sur la société qui est la nôtre.

Voilà une raison essentielle pour que les moyens de la recherche "en santé" et en particulier en médecine générale se développe plus, et mieux encore.

* Médecin généraliste, Directeur du Conseil Scientifique de la SFMG



La connaissance du contenu de l'activité médicale en terme de populations concernées et de nature de l'activité est indispensable pour mieux comprendre les spécificités de la médecine générale. Le recueil de données médicales homogènes standardisées, en continu et en temps réel au cours des visites et des consultations est difficile sans le recours à l'informatique et à l'utilisation d'outils permettant le recueil de données homogènes. La Société Française de Médecine Générale a créé en 1993 un réseau de médecins généralistes informatisés (109) en vue de la validation du Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale. Ce dictionnaire défini selon un langage commun consensuel les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés en pratique de médecine générale. La validation de ce dictionnaire de 1993 à 1995 a permis la constitution d'une base de données médicales. L'exploitation de cette base sur la période du 01 septembre 1994 au 31 août 1995 permet une approche de la connaissance du contenu de l'activité médicale. L'exploitation a porté sur toutes les personnes qui ont pris contact avec un des médecins du réseau pour un (ou des) problème(s) de santé à résoudre. Les médecins recueillaient également la "position diagnostique" et le "code de suivi" de ce(s) problème(s). La représentativité des médecins du réseau était égale à celle de l'ensemble de la population généraliste sauf en ce qui concernait le sexe, le travail en groupe et la répartition géographique. Les contrôles de la qualité des données n'a montré que 5 % d'erreurs sur le renseignement du sexe et de l'âge des patients et 0,8 % sur la cohérence des problèmes de santé avec les âges et les différents codes utilisés. Les méthodes statistiques utilisées ont été : le calcul de la moyenne, de la fréquence, le test du Chi² et les tableaux de contribution a posteriori des cellules. Trois cent dix sept mille quatre vingt un enregistrements de problèmes de santé ont été analysés. Les visites représentaient 18,76 % des 176 123 séances. Cinquante cinq mille quatre cent quatre vingt quinze patients différents ont été pris en charge. Les femmes représentaient 53 % de ceux-ci. Le nombre moyen de séances par patient augmentait avec l'âge (passant de 3,63 à 6,32) ainsi que le nombre moyen par patient de problèmes de santé pris en charge au cours de ces séances (1,26 à 2,66). Cinquante six pour-cent des séances étaient demandées par les femmes. Les problèmes de santé stabilisés représentaient plus du tiers des enregistrements et les signes isolés ou les associations de plusieurs signes non caractéristiques d'un état de la nosologie représentaient près de 50 % des enregistrements. Les maladies chronique étaient légèrement plus fréquentes (54 %) que les problèmes aigus. Les 25 premiers résultats de consultation par ordre décroissant d'enregistrement représentaient 50 % des résultats de consultation enregistrés. Ils sont rappelés dans le tableau suivant :

INTRODUCTION

Depuis janvier 1991, les diarrhées aiguës (DA) font l'objet d'une surveillance continue sur le réseau "Sentinelles" (RS) développé par l'unité 444 de l'INSERM [1]. Ce système d'information sur les maladies transmissibles en médecine générale, regroupant environ 500 médecins sentinelles bénévoles, a été créé en 1984 dans le cadre d'une convention associant le Réseau National de Santé Publique et la Direction Générale de la Santé. Outre les DA, six autres maladies transmissibles sont surveillées de façon continue - la grippe clinique, la varicelle, la rougeole, les oreillons, les urétrites masculines et les hépatites aiguës virales (A, B et C) - ainsi que la prescription de sérologies pour le VIH et pour le VHC [2]. Depuis juillet 1997, le recours à l'hospitalisation par les généralistes est également étudié sur le réseau.

Les données enregistrées depuis cinq ans sur le RS indiquent que les cas de DA surviennent sur un mode endémo-épidémique. La courbe d'incidence hebdomadaire de 1990 à 1997 montre en effet des taux inférieurs à 80 cas/100 000 habitants, sauf durant le pic épidémique de janvier où l'incidence hebdomadaire est supérieure à 200 cas/100 000 habitants et durant l'été où la recrudescence observée est de moins grande amplitude (de l'ordre de 120 cas/100 000 hab.). Cette saisonnalité est confirmée par une analyse de la série chronologique selon un modèle de régression périodique. Dépassant souvent en nombre annuel de cas rapportés la surveillance des gripes cliniques sur le RS [3], les DA, bien que cliniquement le plus souvent bénignes, constituent donc un enjeu en termes de santé publique, notamment en raison de leur impact socio-économique présumé important (consommation médicale, arrêts de travail, interruptions de scolarité...) [4].

Les déterminants de cette pathologie ne sont pas connus, en particulier en période épidémique hivernale. Le profil clinique des cas conduit le plus souvent les praticiens à les étiqueter "gastro-entérites virales", en l'absence de confirmation virologique. L'objectif de l'étude était d'évaluer le rôle des facteurs suivants dans la survenue de DA durant l'épidémie hivernale : la consommation de coquillages crus ou cuits (huîtres, palourdes, coques, moules) et d'eau du robinet, la notion d'un contact récent avec une personne atteinte de diarrhée et le lieu de ce contact (famille, travail, ...), la cohabitation avec un enfant de moins de deux ans, l'exposition aux antibiotiques.

PATIENTS ET MÉTHODES

La population cible était représentée par l'ensemble de la population française métropolitaine consultant en médecine générale dans la période épidémique considérée.

L'étude, de type cas-témoins, a été réalisée à partir d'un recueil de cas incidents entre le 25 décembre 1995 et le 31 janvier 1996. La période du recueil a pu être calée sur celle de l'épidémie grâce à l'estimation des incidences hebdomadaires, produite par le RS avec moins d'une semaine de retard.

La population source était constituée de l'ensemble des patients issus des clientèles des médecins généralistes actifs du RS, ceux-ci représentant environ 1% des médecins géné-

ralistes de France métropolitaine.

Définition des cas : patients présentant une DA datant de moins de 15 jours et motivant la consultation. Ces critères étaient ceux de la procédure habituelle de surveillance des DA sur le RS. Des questions supplémentaires posées aux cas ont permis de vérifier a posteriori la définition de la DA formulée par l'OMS : émission de selles molles ou liquides, au moins 3 fois en 24 heures, depuis moins de 2 semaines [5]. Ont été inclus dans le groupe des cas, pour chaque médecin participant, les trois premiers patients consultant (au cabinet ou à domicile) pour une DA au cours de la période épidémique considérée.

Ont été inclus dans le groupe des témoins, pour chaque médecin participant, les trois premiers patients consultant immédiatement après chacun des cas inclus et appartenant à la même classe d'âge que lui ; les classes d'âge utilisées ont été les suivantes : 0-4 ans, 5-14 ans, 15-59 ans et ≥ 60 ans. L'existence de signes fonctionnels gastro-intestinaux au cours des 3 mois précédents a été considérée comme un critère de non-inclusion des témoins. Les cas et les témoins étaient appariés sur la classe d'âge, le médecin consulté (et donc le lieu de résidence) et la période de consultation.

Les données ont été recueillies, pour les cas et les témoins, au moyen de questionnaires standardisés. Elles concernaient les caractéristiques démographiques des patients (âge, sexe, lieu de résidence), la fréquentation d'une collectivité (crèche, école, maison de retraite), la cohabitation avec un enfant de moins de 2 ans, la consommation de coquillages (huîtres, palourdes, coques et moules) dans les 10 derniers jours, la consommation habituelle d'eau du robinet, la prise d'un antibiotique oral dans le mois précédent, le contact dans les 10 derniers jours avec une personne ayant une diarrhée et le cas échéant le lieu du contact (famille, lieu de travail ou autre - crèche, école, maison de retraite ou autre -) et la date du début de la diarrhée du sujet contact. Parmi les 438 médecins sentinelles actifs au moment de l'étude, 209 y ont participé. Ils ont inclus 568 paires de cas et de témoins.

L'analyse statistique a été conduite sur le logiciel SAS version 6 (SAS Institute Inc., 1992). Les risques relatifs ont été estimés par les odds ratios appariés (Ors), présentés avec leur intervalle de confiance à 95 % (ICs). L'analyse multivariée reposait sur un modèle de régression logistique conditionnelle.

RÉSULTATS

Les cas étaient comparables aux témoins pour le sexe et le lieu de résidence. Les témoins avaient en moyenne 2,1 ans de plus que les cas et avaient été inclus 1,1 jour après les cas. La consommation de coquillages n'était pas plus fréquente chez les cas que chez les témoins (OR=1,1 ; IC à 95% 0,8-1,5), ni la consommation d'huîtres (OR=1,1 ; IC à 95% 0,9-1,4). De même, la consommation habituelle d'eau du robinet n'était pas associée avec la survenue d'une DA (OR=0,8 ; IC à 95% 0,6-1,1).

La fréquentation d'une crèche, d'une école ou d'une maison de retraite n'étaient pas associées avec les DA. En revanche, la cohabitation avec un enfant de moins de 2 ans multipliait



le risque de DA par 1,6 (IC à 95% 1,1-2,4). Un contact récent avec un cas de diarrhée multipliait le risque de DA par 4,3 (IC à 95% 3,1-6,0). Ce risque était le plus élevé lorsque le contact avait eu lieu au sein de la famille (OR=5,0 ; IC à 95% 3,4-7,3).

Le délai entre la date de début de la diarrhée chez les sujets exposés à un contact et la date de début de la diarrhée de leur sujet contact a permis d'estimer la durée d'incubation ; ce délai variait de 0 à 18 jours, avec une valeur médiane de 2,0 jours. La prise récente d'un traitement antibiotique était associée avec la survenue d'une DA en période épidémique hivernale (OR 1,7 ; IC à 95% 0,9-3,8), le risque concernant les pénicillines (OR=1,9 ; IC à 95% 1,1-3,3) et les céphalosporines (OR=2,5 ; IC à 95% 1,1-5,9) mais pas les macrolides (OR=1,2 ; IC à 95% 0,6-2,6).

DISCUSSION

La taille importante de l'échantillon, garante de la puissance statistique de l'étude, permet d'écarter le rôle de la consommation des coquillages dans la survenue des DA au plan national en période épidémique. Le principal facteur de risque identifié était le contact récent avec une personne atteinte de diarrhée, particulièrement au sein du foyer familial. La durée d'incubation médiane a été estimée à 2,0 jours. Les autres facteurs de risque mis en évidence étaient la cohabitation avec un enfant de moins de 2 ans et l'exposition récente à une bêta-lactamine par voie orale (pénicilline ou céphalosporine). La

vie en collectivité n'a pas été retrouvée comme un facteur de risque. Concernant la fréquentation d'une crèche ou d'une école, un biais de sélection est probable, dans la mesure où les enfants présentant un diarrhée avaient plus de chance de rester à domicile durant l'épisode.

Nous avons pu observer un bon recouvrement entre la définition de cas utilisée et celle de l'OMS, avec une valeur prédictive positive de 92%. La consommation habituelle d'eau du robinet parmi les témoins (66,4%) était comparable à celle relevée sur un échantillon représentatif en population générale au début de 1995 (64,4%) [6].

Il est admis que les diarrhées aiguës sont le plus souvent d'origine infectieuse [7]. Mais, les coprocultures n'ayant pas été systématiques dans notre étude, l'étiologie précise des diarrhées en période épidémique hivernale n'a pu être déterminée. Néanmoins, les arguments épidémiologiques réunis dans cette étude sont en faveur d'une origine virale de l'épidémie hivernale de DA en France. Les rotavirus représentent un agent étiologique possible, en raison de leur forte contagiosité, de leur courte période d'incubation et de la présence de jeunes enfants dans la chaîne de transmission.

Nous remercions les médecins Sentinelles, pour l'intérêt qu'ils ont manifesté envers ce projet et la qualité de leur participation.

Correspondance : Dr Letrilliat (letrilli@b3e.jussieu.fr)

Bibliographie

- 1) Flahault A, Garnerin P, Chauvin P, et al. Sentinelle traces of an epidemic of acute gastroenteritis in France. *Lancet* 1995 ; 346 : 162-3
- 2) Valleron AJ, Garnerin P. Computer networking as a tool for public health surveillance: the French experiment. *MMWR Morb Mort Wkly Rep* 1992 ; 41(S1) : 101-10
- 3) Guiguet M, Hubert B, Lepoutre A. Une année de surveillance des diarrhées aiguës par les médecins sentinelles. *Bull Epidemiol Hebd* 1992 ; 37 : 177-8
- 4) Garthright WE, Archer DL, Kvenberg JE. Estimates of incidence and costs of intestinal infectious diseases in the United States. *Public Health Rep* 1988 ; 103 : 107-15
- 5) World Health Organization. The management and prevention of diarrhea. Practical guidelines. 3rd ed. Geneva, Switzerland : The World Health Organization, 1993
- 6) Dufour A. Opinions des Français sur l'environnement et appréciations sur l'eau du robinet. Paris, France: Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie, 1995
- 7) Watson AJ. Diarrhoea. *BMJ* 1992 ; 304 : 1302-4

infections respiratoires

Audit de pratique en médecine générale : les infections respiratoires basses chez l'adulte

Dr LUC MARTINEZ*

RÉSUMÉ

La discordance entre la prépondérance de l'origine virale des infections des voies respiratoires basses de l'adulte et la fréquence des prescriptions d'antibiotiques a conduit 10 médecins de notre groupe de FMC à réaliser un audit de leur pratique. Les résultats montrent la faible valeur prédictive de la clinique, le recours fréquent à l'antibiothérapie (plus de 80 %), la non prise en compte des facteurs de risque d'acquisition d'une pneumopathie dans la décision de traitement mais le respect des références médicales opposables plus de 9 fois sur 10.

INTRODUCTION

Les infections des voies respiratoires basses touchent 10 millions de français par an (1) et sont prises en charge par les médecins généralistes. Les bronchites aiguës (5 millions par an) sont habituellement des infections bénignes et donnent lieu à 4 millions de prescriptions d'antibiotiques. Les bronchites chroniques affectent 3 millions de patients et sont responsables de plusieurs milliers de décès par an. Les pneumopathies communautaires représentent 1% des infections respiratoires (2) et se caractérisent par un taux de mortalité élevé (5 à 10%).

Les bronchites aiguës sont avant tout de nature virale (80%). De même (3), l'origine bactérienne des poussées d'exacerbation d'une bronchite chronique n'est pas prouvée. Les pneumopathies peuvent être d'origine virale ou bactérienne (4). Les infections des voies respiratoires basses se caractérisent par leur manque de spécificité clinique (1,5). Cette faillite du diagnostic impose une thérapeutique probabiliste qui repose sur les données de l'épidémiologie bactérienne, les notions de terrain et de facteurs de risque.

La grande fréquence des prescriptions d'antibiotiques laisse supposer une méconnaissance des recommandations en faveur d'une bonne pratique médicale.

Pour toutes ces raisons, il nous a semblé opportun de réaliser un audit de notre pratique face à ce problème. Pour y parvenir, nous avons réalisé une enquête d'observation prospective chez des patients adultes consultant pour une infection des voies respiratoires.

Cet article résume les principaux résultats de l'enquête de pratique et les mesures correctrices que nous avons prises.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

MATÉRIEL

Sources de l'information : nous avons utilisé les données de la quatrième conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse (2), le numéro spécial des dossiers du praticien (1), et enfin la mise à jour publiée par la SPILF (5) en 1995. Sélection des malades : chaque médecin devait fournir au moins 10 observations de patient consultant pour une infection des voies respiratoires, quelle soit haute ou basse. Sélection des médecins : tous les médecins sont volontaires.

MÉTHODES

Le questionnaire d'évaluation utilisé sera envoyé sur demande à la SFMG.

La période de recrutement s'est étendue du 1/10/95 au 26/1/96.

Les recommandations de pratique clinique ont été définies collectivement, après la fin de la période d'inclusion, mais avant le dépouillement des observations recueillies.

Nous avons évalué la pratique de notre groupe en mesurant le taux de conformité des pratiques face à nos recommandations et aux références médicales opposables.

RÉSULTATS

RECOMMANDATIONS

Nous avons défini deux tableaux cliniques d'infection des voies respiratoires basses et les conduites à tenir qui s'y rapportent.

Le tableau aspécifique (tableau 1) associe des signes respiratoires (toux parfois associée à une atteinte des voies respiratoires supérieures), une fièvre modérée et des râles diffus à l'auscultation pulmonaire.

TABLEAU 1 : Infections respiratoires aspécifique

	1er traitement	Réévaluation Clinique et Radio	2ème traitement absence de pneumonie
Sujet sain	Abstention	J7	Péni A ou Macrolide
Bronchite Chronique	Péni A ou Macrolide	J5 J5	C2G, C3G ou Amoxi-Clavul. ou quinolone
Sujet à risque de pneumopathie	Péni A ou C1G ou Macrolide	J5 J5 J5	C2G, C3G ou Amoxi-Clavul.

*médecin généraliste

50, avenue Jean Jaurès 78390 Bois d'Arcy



Le tableau spécifique d'une pneumonie (tableau 2) comprend un début brutal, des signes respiratoires avec douleur thoracique, toux, et des râles en foyer à l'auscultation pulmonaire.

TABLEAU 2 : Infections respiratoires évocatrice d'une pneumonie

	1er traitement	Réévaluation Clinique et Radio	2ème traitement absence de pneumonie
Sujet sain	Amoxicilline 3g ou Macrolide	J3	Macrolide ou Amoxicilline 3g
Sujet à risque de pneumopathie	Amoxi-Clavul. ou C2G, C3G	J3	Hospitaliser surtout si risque d'évolution compliquée
	Ceftriaxone	J3	
risque pneumocoque	Associer Macrolide ou Quinolone	J3	

Nous avons également recensé les facteurs de risque d'acquisition d'une pneumopathie. (tableau 3).

TABLEAU 3 : Facteurs de risque d'acquisition d'une pneumopathie

Facteurs de risque	Risque relatif	Germe
Age > 65 ans	1,5	Pneumocoque Légionelle, Gram Légionelle, Pneumo
Alcoolisme	9	
Tabagisme	4	
Pathologie associée		
BPCO	2,38	non déterminé
Asme	4,2	non déterminé
ATCD cardiaque	1,9	non déterminé
Diabète	non déterminé	non déterminé
Immunodépression	3,1	non déterminé
Facteurs d'environnement		
Institutionnalisation	2 à 3	non déterminé
ATCD Hospitalisation	4,4	Pneumo

RÉFÉRENCE MÉDICALE OPPOSABLE

La référence que nous avons utilisée pour évaluer notre pratique est la RMO N°2.

"Ces références s'appliquent aux infections des sphères ORL et respiratoire rencontrées en pratique quotidienne chez l'enfant ou l'adulte sans facteur de risque ni terrain particulier... Elles concernent les infections aiguës saisonnières présumées virales : ..., bronchites aiguës, ... les pneumopathies aiguës chez l'adulte sain. Il n'y a pas lieu d'utiliser une association amino-pénicilline-inhibiteur des bêtalactamases, il n'y a pas lieu d'utiliser des fluoroquinolones systémiques, il n'y a pas lieu d'utiliser des C2G et des C3G".

RECUEIL DES DONNÉES

Médecins: 11 médecins sur 20 contactés ont apporté 334 observations. Six médecins ont apporté moins des 10 observations demandées. Un médecin a apporté 173 observations, soit la moitié de l'échantillon.

Conformité méthodologique des observations : Sur 334 observations, 297 patients (89 %) ont été retenues pour analyse.

Description démographiques de la population d'étude : L'âge moyen de notre échantillon est de 38,8 ans (intervalle de confiance à 95 % : 37,3 - 40,3). Le sexe ratio est de 53,5 % d'hommes et 46,5 % de femmes.

LES INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES BASSES

Les infections des voies respiratoires basses représentent un tiers (32,3 %) des observations recueillies. Les autres pathologies ne touchent que les voies respiratoires supérieures (Tableau 4). L'atteinte des voies bronchiques est souvent associée à celle des voies respiratoires hautes.

TABLEAU 4 : Fréquence des infections des voies respiratoires

	Nombre	Pourcentage
Autres diagnostics	201	67,7 %
Bronchite associée	60	20,2 %
Bronchite isolée	28	9,4 %
Pneumonie	3	1,0 %
Poussée de bronchite chronique	5	1,7 %
TOTAL	297	100 %

ANTIBIOTHÉRAPIE

Les antibiotiques sont prescrits 9 fois sur 10 en cas d'infection des voies respiratoires basses (tableau 5).

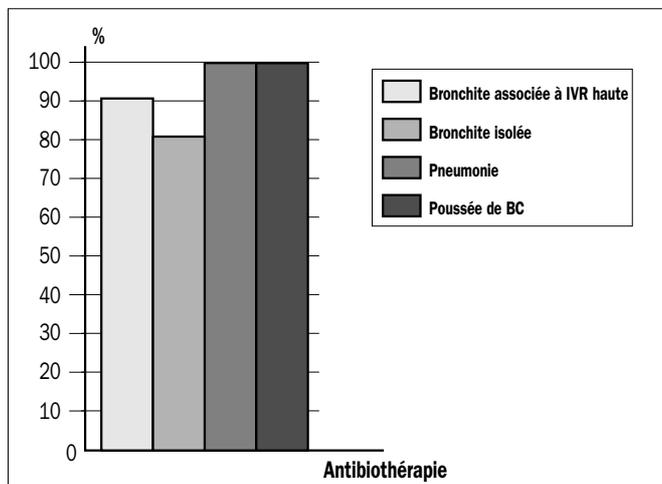
TABLEAU 5 : Antibiothérapie

	Antibiothérapie		Non Antibiothérapie		Nb total d'observations
	Nb	(%)	Nb	(%)	
Infection basse	86	89,58 %	10	10,42%	96
Bronchite associée	55	91,67%	5	8,33%	60
Bronchite isolée	23	82,14%	5	17,86%	28
Pneumonie	3	100%	0		3
Poussée de BC*	15	57,69%	11	42,31%	26

BC* = bronchite chronique

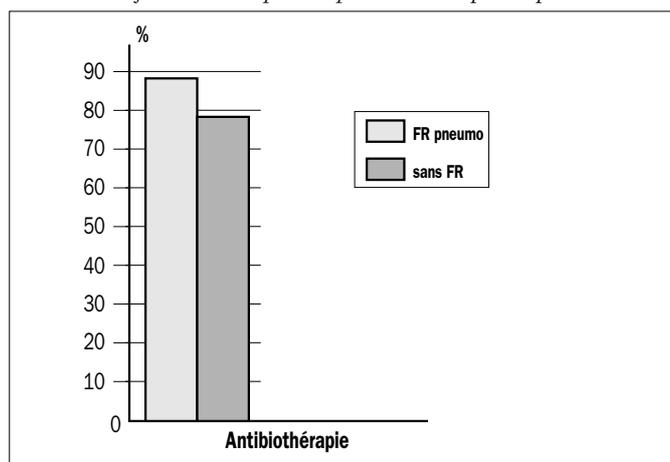
Ce rapport change peu pour les différentes formes d'infections des voies respiratoires basses (figure 1).

FIGURE 1 : Antibiothérapie



L'existence d'un facteur de risque ne modifie pas cette tendance (figure 2).

FIGURE 2 : facteurs de risque d'acquisition d'une pneumopathie



ÉVALUATION DES PRATIQUES

Conformité au référentiel

Notre pratique est conforme une fois sur deux (48,8 %) aux recommandations que nous avons établies. Ce rapport est peu modifié pour les différentes catégories nosographiques de ces infections (Tableau 6).

TABLEAU 6 : conformité au référentiel

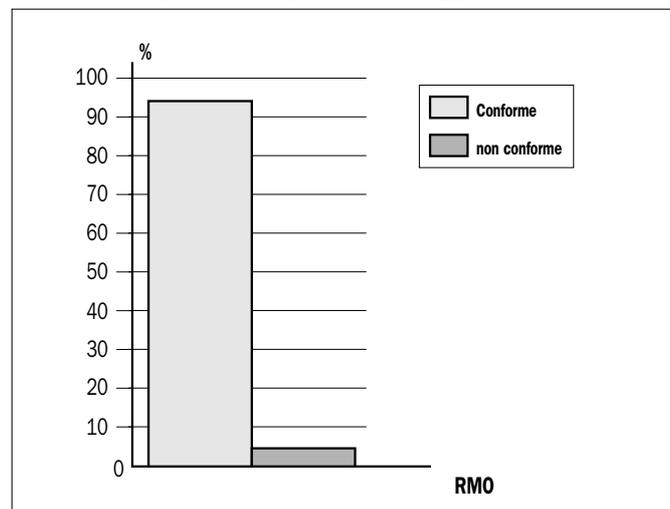
	Conforme		Non Conforme		Nb total d'observations
	Nb	(%)	Nb	(%)	
Infection basse	48	50 %	48	50%	96
Bronchite associée	28	46,7%	32	53,33%	60
Bronchite isolée	14	50%	14	50%	28
Pneumonie	2	66,7%	1	33,3%	3
Poussée de BC*	12	46,2%	14	53,8%	26

BC* = bronchite chronique

Conformité aux références médicales opposables

9 fois sur 10 (95 %) les références médicales opposables sont respectées (figure 3). Leur non respect résulte de l'emploi d'un antibiotique non autorisé.

FIGURE 3 : conformité à la référence médicale opposable



DISCUSSION

L'évaluation de notre pratique montre un bon respect des références médicales opposables. Nous avons ressenti le besoin de définir des recommandations plus adaptées à notre pratique. Enfin, notre enquête nous a indiqué la nécessité de nous améliorer.

MÉTHODOLOGIE

On peut nous reprocher d'avoir réalisé l'enquête de pratique avant d'avoir défini notre référentiel. Cette critique est vraie. Cependant nous devons faire remarquer que nous avons choisi une enquête d'observation, prospective, plutôt qu'une étude rétrospective, pour évaluer notre pratique. Il nous a semblé que la définition du référentiel avant le recueil des données était de nature à modifier notre comportement et par conséquent biaiser les résultats de l'enquête.

RECOMMANDATIONS

Notre référentiel ne tient pas compte de la distinction entre bronchite et pneumopathie communautaire, sauf en cas de tableau clinique typique de pneumonie, qui n'est pas le plus fréquent. Cette position se démarque des schémas préconisés par de nombreuses autorités médicales (1, 2, 5, 6, 7) et nous semble justifiée par deux arguments principaux : le manque de spécificité de la symptomatologie et de l'examen clinique en cas d'infection des voies respiratoires basses ne permet pas au médecin de différencier une bronchite d'une pneumopathie communautaire.

Le médecin généraliste, acteur de santé primaire, ne dispose que de l'interrogatoire et de l'examen clinique pour asseoir son diagnostic. Il ne peut demander pour chaque patient une radiographie pulmonaire. Il doit donc rechercher par l'interrogatoire les facteurs de risque de pneumopathie. Dans un second temps, face à un échec du traitement, il devra remettre en cause son diagnostic et recourir au cliché thoracique.

FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque d'acquisition d'une pneumopathie ne semblent pas être, pour les médecins qui ont participé à notre enquête, des éléments déterminants pour le choix du traitement (figure 2).

ÉVALUATION DE LA PRATIQUE

Le recours fréquent à l'antibiothérapie, la non prise en compte de l'existence d'un facteur de risque d'acquisition d'une pneumopathie, font du médecin généraliste une cible privilégiée pour les reproches. Ce constat peu flatteur mérite toutefois d'être nuancé. En effet, la faible valeur prédictive du tableau clinique d'infection des voies respiratoires, la diffusion de conduites à tenir s'appuyant sur une nosographie mal adaptée compliquent la tâche des généralistes.

Malgré cela, le respect des références médicales opposables (95 %), qui repose sur un schéma plus simple, montre que les médecins généralistes peuvent se plier à des règles.



Bibliographie

- 1 Léophonte P. Les dossiers du praticien PPP. Infections respiratoires basses aiguës de l'adulte, Impact Médecin Hebdo 1995; 29; 12p.
- 2 Quatrième conférence de consensus anti-infectieuse de la SPILF : Les infections des voies respiratoires, Méd Mal Infect 1992 ; 22(NS) ; 201p.
- 3 Faut-il traiter par antibiotiques les bronchites aiguës de l'adulte sain ou du bronchitique chronique non insuffisant respiratoire, Méd Mal Infect 1992; 22 (NS): 56-58.
- 4 Mayaud C. et al. Épidémiologie des germes responsables des infections communautaires des voies respiratoires inférieures. Méd Mal Infect 1992; 22 (NS): 130-139.
- 5 Mouton Y. et al. Recommandations sur la prise en charge de la pathologie infectieuse respiratoire. Méd Mal Infect 1995 ; 25 (10) : 1021-1028.
- 6 Dalphin JC, Dubiez A. Antibiothérapie des infections respiratoires basses de l'adulte en pratique de ville. Thérapeutiques 1996; 13 : 13-16.
- 7 Leroy O. Antibiothérapie des pneumonies communautaires. Inventaires des conduites nuisibles. Méd Mal Infect 1992 ; 22(NS) : 194-201.

Journée de communications de la Société Française de Médecine Générale

Dimanche 26 Avril 1998
au FIAP Jean Monnet
30 Rue Cabanis - 75014 PARIS

La Société Française de Médecine Générale (SFMG), tiendra comme chaque année sa journée de communications. Elle se déroulera le dimanche 26 avril 1998, de 9H à 17H30 au FIAP, 30 rue Cabanis à PARIS (75014).

Elle est ouverte aux divers acteurs de la santé, médecins ou non, généralistes ou spécialistes concernés par les travaux et recherches individuelles ou collectives, thèses et réflexions intéressant la médecine générale dans la diversité de ses approches et de ses modes d'exercice, urbain ou rural, traditionnel ou plus coordonné.

Ces communications orales ou posters peuvent porter sur les divers aspects du soin, sur la formation (FMI ou FMC) ou la recherche dans le champ de la médecine générale.

Dans le cadre de la FMC obligatoire, cette journée s'inscrit dans les activités de sociétés savantes donnant lieu à une attestation de participation d'une journée.

Pour toute information ou inscription s'adresser à :

Docteur Jean-Luc GALLAIS
à la SFMG
ou l'adresse internet : gallais@club-internet.fr

Enquête d'opinions des médecins généralistes sur les ressources de leur commune concernant les soins aux personnes âgées

Dr François BAUDOUX *

CONTEXTE

Ce travail a été réalisé en 1995 dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude pour un diplôme de Capacité de Gériatrie à l'UFR Léonard de Vinci Paris XIII, de Bobigny (93). Exerçant depuis 20 ans en tant que médecin généraliste dans la ville d'Aubervilliers, et également en tant que médecin coordinateur du Centre de Gérontologie Constance Mazier dans cette même ville, l'objectif était de mieux apprécier les connaissances des médecins généralistes d'Aubervilliers dans le domaine des services locaux utiles ou indispensables pour l'organisation des soins pour cette population. L'importance de l'activité induite par les personnes âgées en médecine générale, l'augmentation régulière de l'espérance de vie, les questions relatives à la Prestation Autonomie et mon implication au Centre de Gérontologie (maison de retraite) ouvert à tous les médecins de la ville constituaient des raisons particulières de s'adresser à ces derniers.

MÉTHODE

Un questionnaire a été adressé tous les médecins généralistes de la ville à propos de tout ce qui existe dans la commune au service de la personne âgée qui devient dépendante. Cet envoi comportait une enveloppe déjà timbrée et identifiée pour la réponse.

L'étude portait sur les diverses modalités de l'aide :

Les services au domicile : femme de ménage, aide ménagère, portage des repas, soins paramédicaux, télé-assistance, auxiliaire de vie et le service de maintien au domicile.

Les services hors domicile étaient également abordés :

- dans la ville, foyer logement, appartement de gérontologie, centre de gérontologie-maison de retraite,

- dans les villes proches : hôpital gériatrique de jour, résidence privée de type MAPI, service de moyen ou de long séjour.

Pour chacun de ces items le fil rouge du questionnaire était le même : "que savez vous de tel ou tel service, quel en est le coût et qui le prend en charge ?"

RÉSULTATS

Sur les 46 questionnaires, 28 furent retournés, dont 26 exploitables, soit 56%. Si une majorité de médecins connaît ces dispositifs, leurs coûts réels et les conditions de financement restent souvent imprécis dans plus de la moitié des cas, ne permettant au médecin de proposer une information suffisante à ses patients.

La connaissance de l'existence d'un service n'est pas forcément associée à celle des modalités précises de son fonctionnement interne. Globalement on peut dire qu'on sait d'autant moins répondre que la médicalisation et le niveau de dépendance croissent.

Les médecins précisent qu'ils ont toujours la possibilité d'adresser le patient ou sa famille aux services sociaux pour les détails de l'organisation de tel ou tel service.

La position du médecin généraliste auprès des patients vieillissant de sa clientèle le conduit à observer peu à peu de nombreux signes et troubles limitant l'activité au domicile comme au dehors du domicile. Des épisodes de santé aiguës et passagers comme les troubles et handicaps chroniques vont nécessiter des propositions d'aide adaptées au contexte. Les aspects financiers sont toujours présents, et ils dépassent la personne âgée elle-même pour concerner son entourage familial, qu'il soit présent et volontaire, mais aussi absent avec une faible, voire une absence de souhait de participation. Pour que le patient puisse continuer à accorder sa confiance au médecin, il est indispensable que son médecin soit en mesure de l'informer et de l'orienter au mieux sur les décisions à prendre et les frais qu'elles engagent, les aides qu'il pourrait obtenir et la participation éventuelle de ses enfants. Une information peut être simplement retenue, quel que soit le service proposé à la personne âgée :

- c'est toujours la personne qui assure elle-même une première contribution,
- pour l'aide ménagère et le portage des repas, la ville peut couvrir le reste si les revenus ne sont suffisants,
- pour la télé-assistance, le département du 93 prend en charge

* Médecin Généraliste

37/39, boulevard Anatole France 93300 Aubervilliers



ge l'installation, et la personnes âgée garde à sa charge l'abonnement et les communications,

- les services de soins infirmiers à domicile entrant dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées sont pris en charge à 100 % par la sécurité sociale et ce service fonctionne en terme de lits financés par un prix de journée,

- les frais engagés pour rémunérer l'auxiliaire de vie et la femme de ménage peuvent être atténués par la Prestation Spécifique Dépendance en cours de mise en place et par une exonération de charges patronales ainsi que des réductions d'impôts,

- si les enfants participent financièrement, ces dépenses sont déductibles de leurs impôts, si les modalités d'aide et les plafonds de ressources sont variables, le conseil d'orientation du médecin vers un service social de proximité ad hoc reste possible.

Il faut noter que l'on assiste de plus en plus à des initiatives pertinentes dans ce domaine sont forme de brochures, de classeurs de fiches techniques évolutives et actualisables pour ces différents services.

Conclusion

Si cette étude montre les limites actuelles des savoirs en matière médico-sociale sur les dispositifs pour les personnes âgées, il faut reconnaître que ces aspects ont rarement donné lieu à des formations initiales ou continues spécifiques. Des solutions simples sont possibles à mettre en oeuvre pour y pallier. Il me faut préciser qu'avant de réaliser ce mémoire de gérontologie je n'avais souvent pas moi-même connaissance de l'ensemble des réponses détaillées à ces mêmes questions !

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Issy, le 9 septembre 1997

La Société Française de Médecine Générale (SFMG), a appris avec tristesse le décès du Docteur Anne-Marie REYNOLDS.

Médecin généraliste et psychanaliste, elle faisait partie de ceux qui ont participé activement à l'histoire du développement de la Médecine Générale en France depuis un quart de siècle, tant au sein de la SFMG dont elle fut Vice-présidente que de l'Atelier Français de Médecine Générale dont elle fut ensuite la cofondatrice.

Elle a défendu de façon rigoureuse la place des aspects relationnels en Médecine Générale. Le Docteur Anne-Marie REYNOLDS animait en particulier depuis 1973 à l'UFR de Médecine de Bobigny (93) des enseignements, formations et recherches sur les comportements thérapeutiques en médecine de famille.

La Société Française de Médecine Générale s'associe au deuil de la famille et de ses amis.

Société Française
de Médecine Générale

La féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique aux femmes médecins ?

Dr Laurence WITKE*

L'intérêt d'étudier un tel sujet vient de ce que j'ai observé en pratique quotidienne au hasard des remplacements. Il me semblait de façon purement intuitive que les femmes et les hommes médecins ne travaillaient pas de la même façon. En d'autres termes : existe-t-il des spécificités de pratique de la médecine générale propre aux femmes ?

L'intérêt de cette question a été renforcée par des données démographiques. Aujourd'hui, 20 % des médecins généralistes libéraux sont des femmes. D'ici 20 ans elles devraient devenir majoritaires.

Il convient d'estimer dès à présent si un tel bouleversement de tendance ne s'accompagnera pas de modifications de pratiques.

Notre travail s'articule en trois parties :

L'étude des pratiques des femmes médecins généralistes à travers une revue de la littérature.

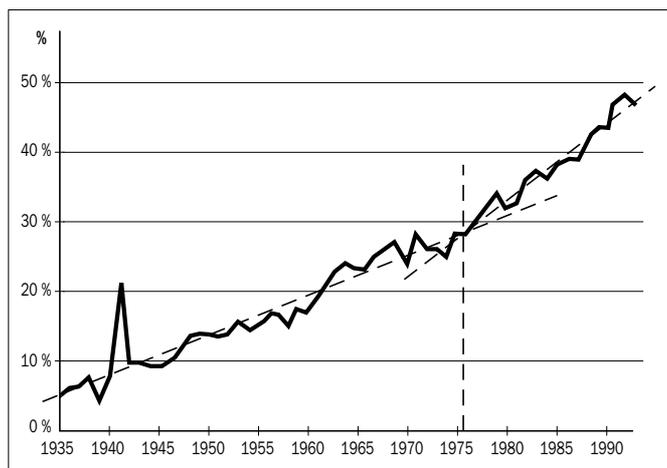
L'étude des pratiques à travers l'analyse de la base de données de l'enquête SFMG "Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales".

L'étude des opinions de quelques professionnelles.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

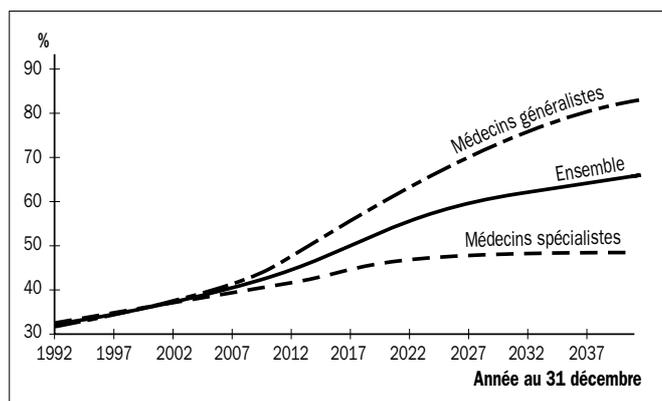
DÉMOGRAPHIE

GRAPHIQUE 1 : Evolution du taux de féminisation des diplômés en médecine depuis 1935 (Sources : Ministère de l'éducation nationale (36 et 17)).



Ce graphique retrace l'évolution de la féminisation des diplômés en médecine depuis 1935. En 1935, sur 100 étudiants issus de chaque promotion, seules 5 étaient des femmes. Ensuite, le progression se fait de façon quasiment linéaire (période de guerre exceptée) avec peut-être une accélération de la féminisation depuis les années 1975. Aujourd'hui, 50 % des diplômés sont des femmes.

GRAPHIQUE 2 : Evolution de la féminisation des médecins généralistes et spécialistes (Source SESI).



Selon les statistiques du ministère de la santé, le seuil de 50 % de femmes médecins généralistes serait atteint d'ici une vingtaine d'années. 20 ans plus tard elles représenteraient 80 % des médecins généralistes. Selon les statistiques du ministère de la santé, le seuil de 50 % de femmes médecins généralistes serait atteint d'ici une vingtaine d'années. 20 ans plus tard elles représenteraient 80 % des médecins généralistes.

CARACTÉRISTIQUE D'EXERCICE DES FEMMES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRALES

Age

Elles sont en moyenne plus jeunes car plus récemment arrivées dans la profession : l'âge moyen des femmes est de 39,3 ans et de 43,4 ans pour les hommes.

Région et taille des communes d'implantation

Elles s'installent dans des zones de forte densité médicale, en particulier dans les grosses agglomérations et les régions surpeuplées de médecins (Ile de France, région Rhône-Alpes).

Mode conventionnel

Les femmes s'installent préférentiellement en secteur 2 qui regroupe 27 % des femmes contre 19 % des hommes.

Mode d'exercice particulier (MEP)

La pratique de MEP semble attirer davantage les femmes (20 % des femmes et 10 % des hommes) et justifie plus fréquemment une activité en secteur 2.

Volume d'activité

Le volume d'activité représente le nombre d'actes (consultations et visites) sur une année d'exercice. Les femmes font en moyenne 40 % d'actes en moins que les hommes.

Temps de travail

L'écart observé entre femmes et hommes sur le temps de travail varie de 9 % à 31 % selon les études. Ceci n'est pas pro

* Dr Laurence WITKE, Médecine Générale : la féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique aux femmes médecins ?

Président du jury : Pr Jean CABANE - Directeur de thèse : Jean Luc GALLAIS



proportionnel à l'écart observé (-40 %) pour le volume d'activité.

Revenus

L'écart des recettes entre hommes et femmes est proportionnel à celui observé pour le volume d'activité (-40 %) ; par contre les bénéfices (une fois les charges déduites) sont inférieures de 48 %.

Profession du conjoint

La grande majorité des conjoints de femmes médecins ont une activité professionnelle bien rémunérée (77 % exercent une professions libérales, 11 % sont cadres moyens, 3 % sont inactifs). Il n'existe pas de données sur les professions des conjoints, mais sur l'ensemble des médecins généralistes on observe 43 à 64 % de conjoints inactifs (ce qui correspond essentiellement aux conjointes).

L'ENQUÊTE SFMG

Il s'agit d'une enquête nationale transversale, descriptive et prospective. Elle s'est déroulée en mars - avril 1994 sur une période de trois semaines, auprès de 250 médecins généralistes libéraux, représentatifs de la population des médecins généralistes sur les critères âge, sexe, région d'installation, volume d'activité, secteur d'installation (1 ou 2).

Pour chaque médecin, il a été effectué trois journées d'observation de leur activité, déterminées de manière aléatoire. Les médecins ont répondu à quatre types de questionnaires :

Questionnaire n° 1 : Caractéristiques des médecins généralistes

Questionnaire n° 2 : Enregistrement des consultations et des visites

Questionnaire n° 3 : Enregistrement quantitatif des communications (téléphonique, écrite, "rencontre directe")

Questionnaire n° 4 : Les autres activités du médecin (FMC, gestion du cabinet, lecture de la presse et des ouvrages médicaux, enseignement, réception de visiteurs médicaux). Nous avons repris l'ensemble de la base de données de cette enquête en comparant les résultats observés selon le sexe du médecin.

CARACTÉRISTIQUE DES MÉDECINS DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon comporte 19,2% de femmes. Elles sont en moyenne plus jeunes que les hommes (39,4 ans pour les femmes, 42,8 ans pour les hommes).

Accessibilité du praticien et organisation du cabinet.

Il s'agit des moyens dont dispose le patient pour rentrer en contact avec son médecin généraliste.

Le secrétariat

La différence la plus marquante concerne le secrétariat effectué par le (la) conjoint(e). En effet, pour près de 33 % des

TABLEAU 1: Qui s'occupe du secrétariat ?

	Femmes	Hommes
Pas de secrétariat	27,1%	14,9%
Conjoint(e)	4,2%	23,4%
Secrétaire	35,4%	38,8%
Secrétariat téléphonique	16,7%	11,4%
Autre (employée de maison, associé...)	8,3%	1,5%
Conjoint(e) + secrétaire et/ou secrétariat téléphonique	0%	9,5%
Secrétaire + secrétariat téléphonique	8,3%	0,5%
TOTAL	100%	100%

hommes médecins, leur conjointe s'occupe du secrétariat et plus de deux-tiers d'entre elles l'assument seules, alors que quasiment aucun conjoint de femme médecin ne le fait.

Équipement en moyens de communication lors des déplacements : les femmes sont deux fois moins équipées en moyen de communication que les hommes (31% contre 62%).

Accessibilité en dehors des heures d'ouverture et des heures de garde les femmes restreignent plus fréquemment leur accessibilité en dehors des heures d'ouverture du cabinet puisque 30 % des femmes disent ne pas être jointe « tout le temps » contre 58 % des hommes.

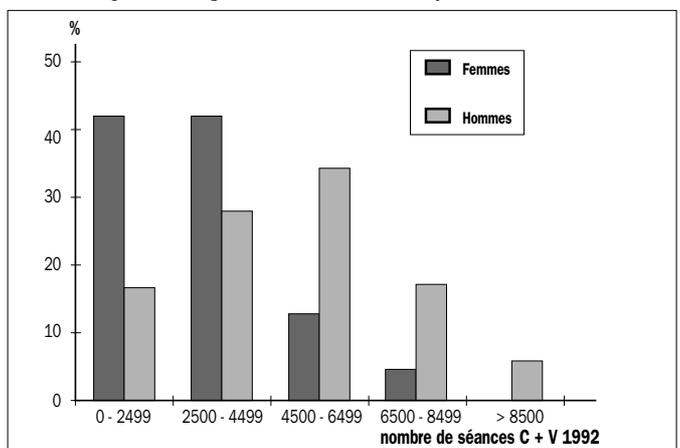
Participation au tour de garde : il est identique quelque soit le sexe du médecin.

Activité

Volume d'activité

Sur ce graphique figure l'activité (C + V) inscrite sur le relevé SNIR des médecins, en 1992. 84 % des femmes médecin se situent dans les deux tranches d'activité les plus faibles.

GRAPHIQUE 3 : Répartition des médecins en fonction de l'activité.



Nombre moyen d'actes effectués durant les trois jours d'observation : les femmes ont effectué en moyenne 32 % d'actes en moins que les hommes (11/jour pour les femmes, 16/jour pour les hommes).

Plages horaires de travail : les femmes ont effectué en moyenne des plages horaires de travail de 13 % plus courtes que les hommes (9,3 heures/jour pour les femmes, 10,7 heures/jour pour les hommes). En contrepartie elles ont effectué plus de journées partielles ou de repos.

ACTES DE CONSULTATIONS ET VISITES

Cadre de réalisation des séances

Lieu de réalisation des séances

Les femmes ont effectué proportionnellement moins de visites à domicile que les hommes (16,6 % des séances pour les femmes contre 28,6% pour les hommes).

Planification des séances

Les femmes semblent planifier plus volontiers leur activité et réalisent ainsi moins de séances dérangeant l'activité ou en urgence.

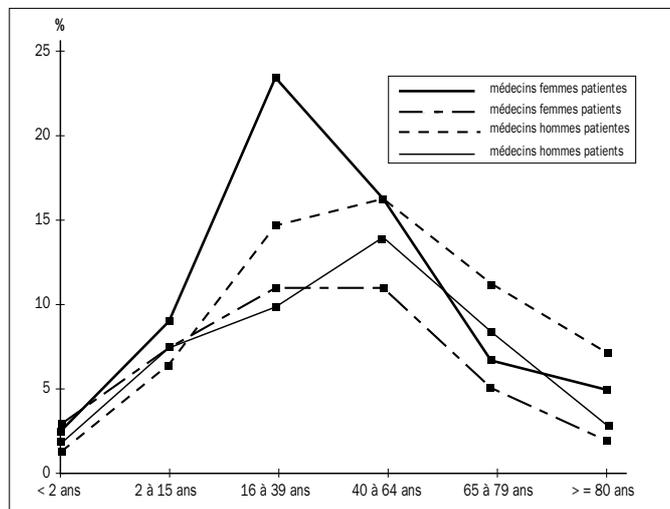
TABLEAU 2: Cadre de réalisation des séances

Médecins femmes			Médecins hommes		
Séances planifiées	Séances dérangeant l'activité	Séances en urgence	Séances planifiées	Séances dérangeant l'activité	Séances en urgence
88,3	8,2	3,5	79,5	14,8	5,6

Structure de la clientèle

La clientèle des femmes médecins est plus jeune et plus féminisée que celle des hommes. La plus grande différence concerne les patientes de 16-39 ans qui constituent à elles seules 23,2 % de la clientèle des femmes médecins de l'échantillon (14,5 % de celle des hommes).

GRAPHIQUE 4 : Répartition des séances en fonction de l'âge et du sexe des patients



Durée des consultations

On a estimé la durée moyenne d'une séance à 16 minutes pour les femmes et 14 minutes pour les hommes.

Les praticiennes effectuent des séances plus longues pour leur patientes ; alors que le sexe des patients ne semble pas influencer la durée moyenne des séances pour les hommes médecins.

TABLEAU 3 : Durée moyenne des séances en fonction du sexe du patient

Sexe des patients	Médecins femmes	Médecins hommes
hommes	14,7 mn	13,8 mn
femmes	17,3 mn	14,4 mn
TOTAL	16,3 mn	14,1 mn

Contenu des consultations

TABLEAU 4 : Examens cliniques et entretiens spécifiques (en % de séances réalisées)

	Médecins femmes	Médecins hommes
Examen clinique général	42,9%	43,8%
Loco-régional	43,7%	43,9%
Pas d'examen	13,4%	12,3%
TOTAL	100%	100%
Entretien à caractère social*	2,5%	2,6%
Aide psychotérapeutique*	9,5%	9%
Conseils - Éducation Hygiène de vie*	13,5%	13%
Injection*	7,4%	8,2%
Petite chirurgie immobilisation*	1,8%	2,5%
Gynécologie*	1,8%	0,8%
ECG*	0,1%	0,6%

* Pourcentage rapporté au nombre total extrapolé de séances réalisées (1 138 806 séances pour les hommes médecins et 176 029 pour les femmes)

Contenu des consultations

On n'observe pas de différence marquante dans le contenu des séances entre les hommes et les femmes généralistes, en particulier concernant la proportion d'entretiens à caractère social ou d'aide psychothérapeutique ou de consultation de gynécologie.

Il n'existe pas non plus de différence notable concernant le reste de la prise en charge du patient comme le type de prescriptions, et les suites envisagées par le praticien.

COMMUNICATION

Le nombre total de communication (écrite, téléphonée ou de visu) a été plus élevé pour les femmes médecins soit 1,7 communication par séance réalisée pour les femmes et 1,3 pour les hommes.

Cette différence est plus marquante dans les communications avec le patient et son entourage, et les services médicaux.

Les autres activités des médecins généralistes

Nous n'avons pas observé de différence significative quant au temps moyen journalier passé à la FMC, l'enseignement, la gestion du cabinet, la lecture d'ouvrages médicaux, la réception de visiteurs médicaux.

ENQUÊTE D'OPINION AUPRÈS DES PRATICIENNES

Ce qu'il ressort le plus de ces entretiens téléphoniques avec des praticiennes ayant participé à l'enquête est leur souci constant de concilier vie professionnelle et vie familiale et domestique. Est-ce par choix ou par contrainte individuelle, sociale, culturelle ?

CONCLUSION

Les femmes médecins généralistes **travaillent « moins »** : prévoit-on assez de médecins pour répondre à la demande de soins de la population ?

Elles s'installent dans des **zones déjà fortement médicalisées** : assisterons-nous à une désertification médicale relative dans les zones rurales ?

Elles ont une **organisation différente** de leur activité : planification des séances, moins de visites à domicile, moins facilement accessible à tout moment... Leur mode de prise en charge est-il adapté à la majorité des patients ? Quelle est la place des femmes médecins dans la permanence des soins ? Elles ont des **revenus inférieurs** : « féminisation » équivaut-il à « dévalorisation » d'une profession ?

L'organisation de notre système de soins est-il en adéquation avec les **exigences des femmes médecins** ?

Ce pose aussi un problème de société sur le **travail des femmes** en général, avec le souci de conciliation entre vie professionnelle, et vie familiale et domestique.

Enfin ce travail met en évidence les carences au niveau de la connaissance des pratiques des médecins généralistes et des femmes médecins en particulier. Il semble indispensable de poursuivre et d'approfondir ce type d'études afin de mieux comprendre et mieux prévoir l'organisation de notre système de soins.

Bibliographie

(sur demande à la SFMG)



Perte d'emploi et santé

Dr MO. ACHARD, V. CHASTEL, P. DELL'ACCIO, M. LACHENAL, E. LEGRAND*

N

ous rapportons ci-après les expériences d'un groupe de médecins du travail, ayant vécu des plans de licenciements dans leurs entreprises. Ce travail est le résultat de leurs observations et analyses concernant le retentissement humain.

TRANSFORMATIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES DES ENTREPRISES

Dans les années 60 les grosses entreprises créées au début du siècle sont à leur apogée, elles commenceront à connaître dans les années 70/80 une réduction de leurs effectifs. Tout d'abord douce, au travers de mesures d'âges, départs anticipés à la retraite, incitations aux reconversions professionnelles puis peu à peu plus rude au travers de licenciements, en particulier dans la population ouvrière (sidérurgie, métallurgie...) Les années 90 vont se singulariser par une brusque accélération de ces phénomènes avec le fleurissement des "plans sociaux" accompagnés de toutes sortes de mesures possibles et imaginables ayant pour seul objectif de réduire la masse salariale. Celle-ci étant désormais reconnue comme "variable ajustable pour équilibrer les économies d'entreprises" (J. Boissonnat - Rapport du Commissariat au Plan 1995).

Parmi ces mesures citons ce remarquable "appel aux départs volontaires" accompagné d'incitations financières alléchantes, qui crée une pression psychologique permanente.

Ces plans finissent par avoir des effets néfastes sur la pyramide des âges (moyenne d'âge élevée, écart type réduit) et la vitalité de l'entreprise.

Si les préretraites devaient favoriser l'embauche des jeunes, la réalité a été tout autre et les entreprises se sont rapidement fragilisées et appauvries :

- l'émulation entre jeunes et moins jeunes disparaît,
- les "départs volontaires" ont entraîné la fuite des plus dynamiques,
- les promotions internes "limitées" réalisées dans l'urgence ont favorisé l'ascension de personnes manquant de formation ou de compétence (syndrome de Peter).

FACTEURS DE CETTE ÉVOLUTION

Cette évolution a été perçue pendant longtemps comme logique ou nécessaire :

- de nouveaux produits arrivent en concurrence, meilleur marché ou de meilleur rendement (ex : le charbon remplacé par les produits pétroliers et le gaz naturel),
- les besoins changent (ex : dans l'hydraulique le parc national étant totalement équipé en turbines il faut conquérir des marchés mondiaux, développer la sous-traitance, s'implanter dans les pays clients),
- Les industries du papier, des matières plastiques et ali-

mentaires auront besoin de capitaux pour se développer et seront rachetées par de grands groupes financiers. Des lors les stratégies et politiques d'entreprises débordent nos frontières et échappent plus souvent à la compréhension des salariés.

TÉMOIGNAGES DES MÉDECINS

MO dira : "Pendant 16 ans à la mine, j'ai vu partir des mineurs désespérés, fermer des puits modernes ; j'ai assisté à la souffrance des salariés qui regardaient leur monde s'écrouler. Mais la mine doit rester ouverte jusqu'en 1999 et le métier est dangereux ! Je consacrais donc ma mission à la surveillance des risques professionnels nombreux : silicose, surdité, accidents graves..."

Et j'assistais meurtrie aux actes de violence, aux conflits entre mineurs, à une résistance dure qui n'admettait pas les tièdes ou opposants. Les mineurs devaient se reconnaître dans leur unité à lutter contre la fermeture annoncée..."

1990, Marielle à la suite de la fermeture de son usine, témoignera du choc psychologique brutal subi par 200 salariés, des conséquences sur leur santé et du véritable travail de deuil qu'ils ont à accomplir.

1995, Pierre assistera à une flambée de violence lors de licenciements touchant pratiquement la moitié des effectifs et Elisabeth sera le témoin de nombreux conflits et violences dans son entreprise, à la suite de la fermeture du site grenoblois.

1996, une entreprise d'énergie hydraulique, rompue aux restructurations, fait l'objet d'un nouveau plan social qui va déclencher un mouvement de résistance d'une ampleur jamais connue, réunissant pour la première fois, ingénieurs et cadres fédérés auprès des ouvriers, pour défendre leur emploi.

Ce plan sera annulé par le tribunal de grande instance le 29 août 1996.

"L'économie financière est devenue hors de portée de la démocratie... hors de portée d'un quelconque pouvoir politique". (I Ramonet - Directeur du Monde Diplomatique).

TRANSFERT DES CONNAISSANCES, PERTE DES MÉTIERS

Que se passe-t-il ?

On assiste depuis 20 ans à la disparition des métiers manuels et techniques. Le savoir-faire est méprisé. L'ouverture sur le monde a favorisé les délocalisations vers des main-d'oeuvre bon marché et les ouvriers se sont résignés à leur sort d'inutiles, de "mal-aimés" de l'économie.

Puis ces dernières années, ce sont les études et les métiers de recherche et développement qui font l'objet de transfert de technologie.

*Société de Médecine du travail Dauphiné-Savoie. Tél/Fax : 04 76 63 10 00

Tout s'est accéléré et dans une course poursuite où la concurrence économique domine, le savoir-faire, les connaissances, les compétences intellectuelles sont reconnus et monnayés comme des marchandises. La menace d'exclusion gravit l'échelle sociale et pèse maintenant sur les ingénieurs et l'encadrement, incrédules et encore surpris eux-mêmes par leur manque de clairvoyance. Ils perdent confiance en l'entreprise et s'interrogent sur le droit de celle-ci "à vendre ce qu'ils ont dans la tête".

CONSÉQUENCES SOCIALES

Trois d'entre nous ont assisté aux cellules de reclassement proposées dans les plans sociaux. Ces dernières années, peu de salariés retrouvent un emploi stable. L'entrée à l'ANPE représente alors un deuxième traumatisme : celui du basculement dans le monde encore honteux des "sans travail", tant cette période peut s'avérer longue et douloureuse en recherches infructueuses. (Richesse du monde. Pauvreté des nations. D Cohen)

Et l'on connaît untel, ancien employé qui après trois ans de chômage ne touche plus que le RMI. Heureusement, il est encore propriétaire de son petit appartement, sinon ne serait-il pas comme cet autre, ancien ouvrier, au resto du cœur ! Un ancien chaudronnier m'a raconté ses trois ans de galère depuis 92 : contrats précaires, intérim, périodes de déprime profonde avec sentiment de dévalorisation de soi, honte par rapport à ses proches.

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

Les premières personnes à venir exprimer leur souffrance, sont souvent nos "sujets clignotants", connus pour un problème de santé stabilisée jusque là, ou une certaine fragilité psychique ; puis ceux ayant une situation exposée dans l'entreprise (cadre devant assumer des licenciements, salarié se croyant visé...); enfin les nouveaux cas, que rien ne laissait prévoir.

On est frappé par la similitude des pathologies observées au cours et au décours des plans sociaux :

La pathologie psychosomatique et mentale domine

- aggravation de migraines,
- troubles du sommeil persistants,
- crises de "spasmophilie",
- accroissement de l'anxiété, crises d'angoisse avec apparition de phobies : "peur panique de perdre son emploi",
- aggravation d'états dépressifs, décompensation psychopathologie.

Dans la sphère digestive

- crampes gastriques, ulcère perforé,
- crise de rectocolite ulcéro-hémorragique...

Dans la sphère dermatologique

- extension de psoriasis, apparition d'eczémas, crises d'urticaires géantes...

Dans la sphère cardio-vasculaire

- infarctus du myocarde et syndrome de menace...

Dans la sphère comportementale

- aggravation de l'alcoolisme et du tabagisme sont fréquents,

- violences physiques envers autrui ou envers soi-même (suicides : 2 ou 3 cas décrits).

Le ressenti psychologique s'exprime aussi très largement :

- démotivation touchant peu à peu toutes les catégories sociales jusqu'au plus haut niveau,
- scepticisme s'aggravant après chaque charrette de licenciements,
- perte de l'identité professionnelle, grande cause de souffrance morale : "on est de trop", "on est trop cher", "on nous prend pour des cons"...
- dénigrement envers les dirigeants,
- perte de l'estime de soi et de celle des autres,
- incompréhension sur le terrain devant l'incohérence des décisions : "on investit pour fermer derrière".

Les salariés victimes des plans sociaux, se sentent trahis par rapport à leur engagement professionnel, détruits dans leur identité. Ils tenteront de s'en sortir par le conflit, la maladie ou la fuite.

ANALYSE ET RÉFLEXIONS

Les médecins du travail seront victimes eux-mêmes de ces situations et devront assurer en même temps une plus grande lourdeur du cabinet médical. Celui-ci devient le lieu de plaintes et de souffrances, contre lesquelles ils se retrouvent désarmés.

QUEL LIEN ENTRE SANTÉ ET MENACE SUR L'EMPLOI ?

Sur ce point C Dejours nous apporte un éclairage en décrivant la place essentielle du travail dans la construction identitaire d'un individu. On conçoit mieux ainsi que la perte du travail porte atteinte directement à la santé.

ALORS QUE FAIRE ?

Permettre aux salariés de s'exprimer et les orienter vers nos confrères généralistes afin qu'ils apportent leur écoute compréhensive et leur soutien thérapeutique : anxiolytiques, somnifères, antidépresseurs... le médicament devient la béquille d'une défaillance sociale.

COMMENT TENTER DE JOUER UN RÔLE

Si ce n'est en prenant la parole, en communiquant largement nos observations dans le but d'alerter et susciter une réflexion sur ces problèmes graves de santé publique : augmentation des besoins en soins et de leur prise en charge, conséquences sur la dynamique sociale et économique, conséquences sur l'équilibre des familles, montée des violences, délabrement de l'exemple dans le processus éducatif... la liste est longue.

AINSI LES RISQUES PROFESSIONNELS ÉVOLUENT

De "la charge mentale" des années 80, avec son lot de surmenage et de stress, nous sommes passés à une pathologie créée par la menace sur l'emploi. L'organisation du travail est devenue contraire à l'intérêt des salariés.

Désormais se côtoient, parfois dans la même entreprise, celui qui "craque" par surcharge de responsabilités et de taches et celui qui "décompense", harcelé par la menace d'un licenciement ou d'une restructuration.



QU'ONT FAIT LES MÉDECINS DU TRAVAIL ?

Observé, écouté et joué leur rôle de conseiller surtout auprès des salariés (marque de confiance dans un climat où règne la méfiance!).

Puis écrit dans leurs rapports annuels, parlé aux CE et CHSCT, à leurs directeurs, à leurs confrères.

Certains ont écrit dans les journaux : médecins de Bourg en Bresse - "les liaisons sociales" mai 1996.

Ont publié : "souffrances et précarités au travail" Paroles de médecins du travail aux éditions Syros 1994.

Ont communiqué : les 24èmes journées de médecine du travail à Paris en juin 96 ont été riches d'observations sur la précarité du travail et ses retentissements sur la santé.

Ils font référence de plus en plus souvent à l'éthique de leur métier et à la nécessité de se regrouper en collectifs.

Car aujourd'hui les analyses qu'ils font concernant, les menaces qui pèsent sur le travail salarié et leurs observations des pathologies générées par les pertes d'emploi, doivent alerter au-delà de l'entreprise la société toute entière.

NOS PROPOSITIONS

En 1997, nous avons assuré une diffusion élargie de notre travail dans la presse médicale : Prescrire, le quotidien du médecin, les archives des maladies professionnelles.

Nous avons communiqué notre texte dans d'autres sociétés

de médecine du travail (Montpellier, Marseille), après l'avoir présenté pour la première fois au cinquantenaire de la médecine du travail à Lyon en octobre 1996.

Nous souhaitons élargir notre groupe à des médecins confrontés à ces situations et voulant apporter leurs expériences.

Acteurs de la médecine de prévention, nous pensons que les situations éprouvantes, telles que : menace de licenciement, perte d'emploi, restructuration d'entreprise, incitation au départ... sont des risques engendrés par l'organisation du travail et devraient être considérées, en terme légal, comme de véritables risques spéciaux (au même titre que l'amiante, le bruit ou le travail sur écran...).

Conclusion

En vous exposant ces observations devenues trop fréquentes dans nos pratiques en médecine du travail, nous espérons vous avoir éclairé sur le fonctionnement de nos entreprises qui vous pourvoient en tant de pathologies multiples et variées dont les causes peuvent paraître parfois obscures. Partagés entre les pathologies du "surmenage professionnel" et celles du "sans travail" les médecins auront besoin de mobiliser une formidable énergie s'ils veulent faire entendre leur voix d'humaniste et avoir quelque influence sur leur époque.

MO Achard - secteur minier

Effectif: 21 500 dans les années 60, 250 en 1996.

Exploitation du charbon - fermeture programmée en 1999.

Pourquoi cette évolution ? Concurrence d'autres produits, concurrence mondiale.

V Chastel - secteur de la métallurgie

Effectif: 3 000 dans les années 60, 600 en 1996.

Leader mondial de l'hydraulique.

Pourquoi cette évolution ? Marché national saturé, concurrence mondiale acharnée avec l'émergence des pays asiatiques.

JP Dell'accio - industrie du papier

Effectif: 2 000 dans les années 60, 300 en 1995.

Entreprise familiale créée au début du siècle, puis rachetée en 85 par un groupe international

Fabrication papiers, cartons.

Pourquoi cette évolution ?

Saturation du marché national, concurrence internationale, défaut d'investissement.

M Lachenal - secteur alimentaire

Effectif: 700 en 1987, 250 en 1990.

Entreprise familiale rachetée par un groupe international en 1987.

Fabrication de pâtes alimentaires.

Pourquoi cette évolution ? Mécontentement entre actionnaires.

E Legrand - Matières Plastiques

Effectif: 1600 dans les années 60/70, 500 en 1995.

Transformation de matières plastiques.

Entreprise familiale créée dans les années 50, puis rachetée par un groupe industriel.

Pourquoi cette évolution ? Automatisation des procédés, concurrence internationale, retard dans la diversification.

La fatigue: un résultat de consultation malaisé à cerner

**Drs Boris MINSKY-KRAVETZ, Pierre OECHSNER,
Sylvie OSTERREICHER, Michel THÉNAISY ***

INTRODUCTION

La fatigue est un motif fréquent de consultation en médecine générale.

C'est une plainte difficile à objectiver car elle n'est pas mesurable et est le plus souvent intriquée avec d'autres symptômes (en dehors bien sûr d'un épisode organique invalidant) et notamment psychiques : anxiété, dépression, insomnie.

Sa prévalence varie selon les auteurs de 1 à 30 % ⁽¹⁾.

Son caractère flou, subjectif peut induire un sentiment désagréable chez le praticien ⁽²⁾, pouvant entraîner une réponse médicale qui peut être inadaptée.

Elle n'a guère été décrite dans ses conditions d'apparition et d'évolution. Son environnement et son suivi ont été peu étudiés.

Nous avons essayé, avec une équipe de quatre médecins généralistes, d'en faire une étude prospective pendant six mois sur une cohorte de patients des deux sexes.

Cette étude avait plusieurs buts :

- d'apprécier l'influence de l'environnement (habitat-famille) sur l'apparition de l'asthénie,
- d'évaluer pour une période d'âge déterminé (20-70 ans) la corrélation entre la définition du Dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG et la réalité de la pratique quotidienne,
- de relever l'évolution vers une pathologie spécifique ultérieure,
- de différencier le syndrome "Fatigue" de son intrication avec d'autres entités morbides.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

La méthode utilisée a été une étude prospective du 1^{er} Mars 1997 au 31 août 1997 d'une cohorte de 107 patients sur 7066 consultations.

Nous avons employé comme moyen un élevé quotidien

manuel parmi quatre clientèles de médecine générale dans des lieux différents : ville, campagne-ville, campagne. 3 médecins généralistes d'âges différents exerçaient en groupe et un en individuel (Dr Boris Minsky-Kravetz, Dr Pierre Oechsner, Dr Sylvie Osterreicher, Dr Michel Thénaïsy).

Nous avons utilisé un protocole spécifique incluant outre les définitions du Dictionnaire, 10 variables supplémentaires qui seront croisées.

Réflexions et difficultés au cours du recueil

Il a été nécessaire de procéder par étapes, en raison de la découverte progressive des problèmes.

Ainsi notre premier relevé nous a semblé incomplet et insuffisant.

CRITÈRES D'INCLUSION

Nous avons décidé d'inclure toute personne qui prononcerait le mot fatigue, mais nous aurions dû inclure toutes les personnes qui nous faisait penser à la fatigue (l'inclusion c'est toute la séméiologie).

CRITÈRES D'EXCLUSION

L'inclusion dans un autre résultat de consultation qui correspondrait mieux à ce qu'offrait le patient.

Ainsi, une fatigue récente associée à de la fièvre entrait dans un "état fébrile", associée à des signes rhinopharyngés ou digestifs elle entrait dans un "état afebrile", associée à un énervement (deuil, conflit, accident) elle entrait dans une "réaction à une situation éprouvante".

Une fatigue plus ancienne associée à un repli sur soi, des douleurs, une baisse des activités psychiques était incluse dans "humeur dépressive", associée à des vertiges sensation d'étouffer, palpitation, précordialgie, bouffée de chaleur, entrait dans "anxiété".

* Les médecins participant à cette étude :

Dr Boris Minsky-Kravetz 6, rue de la république 28110 Luce

Dr Pierre Oechsner : 7, Place Coty 41000 Blois

Dr Sylvie Osterreicher : 32, rue Henry Goyer 41120 Fougères sur Bièvre

Dr Michel Thénaïsy : 7, Place Coty 41000 Blois



LE PROTOCOLE DE RECUEIL DES DONNÉES

Nous nous sommes donnés dans l'inclusion une limite d'âge, plus de vingt ans et moins de soixante dix ans, les plaintes étant soit trop mal définies avant vingt ans ou trop multiples après soixante dix ans. Mais nous n'avons pas pensé à sélectionner une population de référence de non fatigué de vingt à soixante dix ans ; ce qui apporte un biais certain quoique négligeable.

Nous avons inclus les différentes sortes d'insomnies : difficulté d'endormissement, réveil fréquent, réveil précoce, car elles peuvent être les premiers signes de dépression ou d'humeur dépressive.

Variables élémentaires

Age
Sexe
Métier
Actif avec horaires ordinaires ou horaires extraordinaires (la notion de travail ordinaire ou extraordinaire inclue les horaires : les 3/8 ou des horaires continus)
Inactif: retraité, chômeur ou invalide (l'étiquette "chômeur" inclue les RMistes, les fins de droit, les SDF)
ATCD (organiques, passés, problèmes familiaux actuels et passés, problèmes psychiatriques passés)

Environnement

Vit en famille ou seul (dans le paragraphe famille sont inclus les couples non mariés, les femmes seules vivant avec leur enfant)
Lieu de vie : campagne ou ville (HLM, Maison Particulière, Foyer)
Transplanté

Définition du Dictionnaire SFMG modifiée

Fatigabilité (Le terme fatigabilité nécessite la notion d'effort)
 Lassitude
 Diminution d'activité
 Cédant au repos
 Horaire particulier (matin, journée ou soir)
 Perte d'appétit
 Amaigrissement
 Boulimie
 Prise de poids

Autres éléments relevés

Le sommeil
 Insomnie : endormissement, réveils fréquents, réveils précoces
 Hypersomnie
 La thymie (est une précision facultative, mais elle précise le comportement du patient vis à vis de son milieu extérieur, par rapport à son activité, ou à son humeur, gaie, triste)x
 L'arrêt de travail
 Les examens complémentaires (oui ou non sans précision)
 Evolution vers (est conditionnée par le taux de retour, elle peut-être difficilement appréciée lors de la première consultation)
 L'humeur dépressive
 La dépression
 Une organicité
 Taux de retour (inclue la durée)

RÉSULTATS

NOMBRE DE CONSULTATIONS ET VISITES EN 6 MOIS (du 1^{er} mars au 31 août 1997)

Sur 7066 consultations et visites, nous avons trouvé 107 cas de fatigue soit 1,5%.

	Nbre d'actes (C+V)	Nbre de malades asthéniques	Age du médecin	Type d'activité
Osterreicher Sylvie	2 203	39	36	Campagne
Thénaisy Michel	1 450	26	50	Ville
Oechsner Pierre	1 370	18	55	Ville
Minsky-Kravetz Boris	2 043	24	71	Mixte (ville et campagne)
Total	7 066	107		

CAS DE FATIGUE (par clientèle et répartition par sexe entre 20 et 70 ans)

Entre 20 et 70 ans nous avons 80 femmes (75 %) pour 27 hommes(25 %).

	Nbre de patients	Femmes	Hommes
Osterreicher	39	32	7
Thenaisy	26	18	8
Oechsner	18	14	4
Minsky-Kravetz	24	16	8
Total	107	80	27

MODE DE TRAVAIL (des patients asthéniques)

51 % des fatigués ont un travail manuel.

	Manuel	Intellectuel	Retraité	Chômage	Total
Osterreicher	17	11	6	5	39
Thénaïsy	12	6	2	6	26
Oechsner	12	4	1	1	18
Minsky-Kravetz	14	3	5	2	24
Nbre de patients	55	24	14	14	107

CROISEMENT ENTRE LE SEXE ET L'ÂGE (entre 20 et 70 ans)

Tranches d'âge	Osterreicher		Thénaïsy		Oechsner		Minsky-Kravetz		Total
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	
20-30 ans	1	5	3	4	1	7	1	0	22
31-40 ans	1	11	2	5	1	1	1	1	23
41-50 ans	3	10	3	7	1	2	4	5	35
51-60 ans	1	2	0	1	0	3	1	6	14
61-70 ans	1	4	0	1	0	2	0	5	13
Nbre de patients	7	32	8	18	3	15	7	17	107

ANTÉCÉDENT

Les antécédents organiques ou familiaux prédominent sur les antécédents psychiatriques.

Antécédents	Osterreicher	Thénaïsy	Oechsner	Minsky-Kravetz	Total
Organique	16	9	11	16	52
Familiaux	5	19	9	12	45
Psychiatrique	10	7	4	4	25
Total	31	35	24	32	122

LES HORAIRES

Il y a plus de fatigués en horaire ordinaire, il faudrait confronter à une population témoin.

Horaires	Osterreicher	Thénaïsy	Oechsner	Minsky-Kravetz	Total
Ordinaire	25	6	13	9	53
Extraordinaire	3	12	3	10	28
Sans horaire	11	8	2	5	26
Total	39	26	18	24	107

L'ENVIRONNEMENT

Il y a plus de fatigués vivants en famille (78%), que seul, ce qui met en exergue le rôle des problèmes familiaux.

L'habitat n'est pas caractéristique. 57 % des fatigués habitent une maison individuelle. L'habitat HLM ne semble pas à priori une cause de fatigue.

	Osterreicher	Thénaïsy	Oechsner	Minsky-Kravetz	Total
Famille	33	19	15	14	81
Seul	6	7	3	10	26
HLM	6	20	8	11	45
Maison Individuelle	33	6	10	13	62
Foyer	0	0	0	0	0
Transplanté	1	13	10	0	24



DÉFINITION SFMG

2 items principaux se partagent les caractéristiques de la pratique :

- la fatigabilité : 55 % traduisant l'impact physique,
- la lassitude : 83 % traduisant l'impact moral.

La fatigue du matin et de la journée (45 %) dominant.

Il y a 22 % d'amaigrissement à mettre en relation avec les phénomènes d'épuisement (définie par la nécessité de diminuer son activité) et avec les 51 % de travailleurs manuels concernés par la fatigue. Cela paraît assez important. Est-ce en relation avec la dureté du temps actuel ? Nous n'avons pas d'échantillon pour comparer.

	Osterreicher	Thénaisy	Oechsner	Minsky-Kravetz	Total	%
Fatigabilité	19	7	10	23	59	55
Lassitude	31	21	15	22	89	83
Epuisement	29	3	7	18	57	53
Cédant au repos	10	1	11	14	36	34
Matin	9	12	6	15	42	39
Journée	23	13	2	11	49	45
Soir	7	1	5	5	18	17
Perte d'appétit	16	1	3	8	28	26
Amaigrissement	10	6	2	3	23	22
Boulimie	11	0	0	2	13	12
Prise de poids	0	3	4	7	14	13

Définition SFMG NB : la fatigabilité intéresse le physique et la lassitude intéresse le psychique

L'ENDORMISSEMENT

On note une dominante des perturbations de l'endormissement et des réveils fréquents (40% de réveils fréquents). Ces perturbations peuvent-elles être considérées comme les premiers symptômes de l'humeur dépressive ?

	Osterreicher	Thénaisy	Oechsner	Minsky-Kravetz	Total
Endormissement	15	6	5	11	37
Réveil fréquent	15	8	6	14	43
Réveil précoce	7	0	2	6	15
Hypersomnie	12	5	5	2	24
Nbre de patients	49	19	18	33	119

DISCUSSION

PRÉVALENCE

Nous avons trouvé 107 cas de fatigue sur 7066 consultations⁽⁵⁾ et visites soit 1,5 %, ce qui correspond à la prévalence de la fatigue du dictionnaire de médecine générale (1,27 %)⁽⁶⁾.

Si l'on regroupe la prévalence des résultats de consultation de la rubrique "voir aussi" de la fiche du dictionnaire nous obtenons 11,66 % auquel il faut ajouter la prévalence de l'asthénie 1,27 % ce qui fait 12,93 %.

Titre	Nombre de cas	Fréquence (%)	Rang de classement
Insomnie	7410	2,73	4
État afébrile	6671	2,46	5
Anxiété-angoisse	4358	1,61	12
Humeur dépressive	3759	1,38	14
Dépression	3156	1,16	23
Réaction à situation éprouvante	2774	1,02	28
Nervosisme	2143	0,79	37
Plainte polymorphe	957	0,35	73
Anémie ferriprive	566	0,21	99
Au total	31 794	11,71 %	

Ce chiffre est à rapprocher de ceux de l'article de J Cogeau et VB Huvert ⁽⁴⁾ dans leur conclusion ils estiment à 10 % la prévalence de la plainte asthénique en médecine générale. Dans ces 10, il observe un pourcentage élevé (62 %) de fatigue, dont le score évalué par une échelle d'auto-évaluation est supérieur au seuil de la dépression.

On voit bien que ce n'est pas seulement la définition de la fatigue, mais également celles des autres résultats de consultation qui opèrent la clarification et règlent le problème de la prévalence.

Nous retrouvons entre 20 et 70 ans une répartition de 25 % d'homme et 75% de femmes ce que relèvent également tous les auteurs.

CROISEMENT ENTRE SEXE ET ÂGE

On constate que l'âge du médecin et de la clientèle ne sont pas caractéristiques.

C'est entre 61 et 70 ans que la population de femmes fatiguées est la plus élevée.

- Existe-t-il un rapport avec la plus grande longévité des femmes ?
- Faut-il voir dans cette période post-ménopausique le reflet de la baisse brutale de l'hormonothérapie féminine, non encore compensée systématiquement par un traitement substitutif ?

Croisement entre sexe et âge

21/30 ans	22 femmes	soit 72 %
31/40 ans	23 femmes	soit 73 %
41/50 ans	35 femmes	soit 68 %
51/60 ans	12 femmes	soit 85 %
61/70 ans	13 femmes	soit 90 %

LES HORAIRES DE TRAVAIL

Il y a plus de fatigués en horaire ordinaire (on s'attendait à la fatigue du travail posté) mais il faudrait confronter ces résultats à une population témoin.

L'ENVIRONNEMENT

L'habitat a peu d'implication dans la survenue de la fatigue. Il y a plus de fatigués vivant en famille (78 %) que seuls, ceci met en exergue le rôle des problèmes familiaux.

D Pouchain ⁽⁵⁾ signale des asthénies réactionnelles à des conflits familiaux que nous classerions, nous, dans réaction à situation éprouvante.

La thymie

Une dominante très sérieuse est celle de la thymie triste et de l'évolution vers l'humeur dépressive et non la dépression franche, qui mériterait une discussion (à relever le peu de facteurs organiques).

Dans les items de la définition "fatigue", la lassitude qui fait appel au facteur moral est très prédominante.

Les réactions somatiques (amaigrissement, prise de poids) sont peu nombreux (1/5 des cas). Sont-elles en rapport avec le travail manuel (51%) ?

Les arrêts de travail

Ils sont peu fréquents : 24%.

Les examens complémentaires

Ils ont été demandés dans 37 % des cas. Doit-on en tenir compte ?

L'évolution

	Nbre de patients	%
Vers l'humeur dépressive	33	30%
Vers la dépression	2	1,8%
Vers un état organique	12	11,2%
Sans évolution (traduisant un état passager)	57	53%

Les retours

Ils sont difficilement exploitables car il peut y avoir plusieurs retours par malade pour des pathologies différentes. Mais dans la majorité des cas, ceux qui ont été revus ont évolué vers l'humeur dépressive.

Conclusion

La définition de la SFMG est-elle bien adaptée au quotidien ?

Dans notre apprentissage à la faculté, nous avons été conditionnés à rechercher des diagnostics, c'est à dire pour la fatigue qui est un symptôme, à rechercher des causes organiques ⁽²⁾, en pratiquant un interrogatoire de type policier. Cette réponse médicale, empêchant l'expression par le patient, de son vécu, de son ressenti, de sa vraie demande ⁽⁶⁾, empêche le bon déroulement de la consultation.

Pour autant, nous ne pouvons pas passer à côté de causes organiques même si elles sont rares.

Dans notre pratique, au cours de cette étude, nous pouvons dire que la définition du dictionnaire des RC de la SFMG de la fatigue est un bon outil car elle constitue un socle, une plate forme permettant le bon déroulement de la consultation.

Elle procure un soutien intellectuel qui permet l'expression de la demande du patient, tout en maintenant notre vigilance sur une possible mais rare organicité ⁽⁷⁾.

Cette définition de la fatigue serait inopérante en l'absence des autres résultats de consultations et notamment : l'état afébrile, la dépression, les réactions à situation éprouvante, l'humeur dépressive, l'anxiété, l'insomnie et le nervosisme.

Ces définitions apportent par leur précision, un éclairage à cette nébuleuse qui constitue l'asthénie, englobant des réactions à l'environnement et au vécu des symptômes psychiatriques, des défaillances immunitaires.

Elles permettent aux praticiens de médecine générale de gérer avec une certaine aisance la norme biomédical, en mettant toute leur attention sur l'écoute des malades en évitant les écueils liés aux Denis du patient ou du praticien.



bibliographie

- 1) Cathebras P, Bouchou K, Cartry O et coll, épidémiologie de la fatigue, conséquence sur la définition du syndrome de la fatigue chronique : Semaine des hôpitaux de Paris: 1995 p 51-66
- 2) Granger B, la fatigue chronique, le généraliste du 17/05/1994, n°1522, p 90-91
- 3) Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale. SFMG Documents de Recherches numéro spécial 47-48, décembre 1996
- 4) Cogneau J, Hubert JB, l'asthénie en consultation de Médecine Générale, Revue du Praticien Médecine Générale, 1994 (8) n°251 p 33-42
- 5) Pouchain D, à quoi servent les Antiasthéniques ? CNGE UFR Créteil, 1984. p 2-4
- 6) Ractzo MA et Restellini A "Docteur, j'ai ...", stratégie diagnostique et thérapeutique en médecine ambulatoire, Maloine Paris.
- 7) Auteur anonyme, le malade fatigué, PPU 1988

agenda

- **Journée de communication de le SFMG**

Dimanche 26 avril 1998, FIAP, 30, rue Cabanis à Paris (75014).

Samedi 10 octobre 1998, lors du Congrès "soigner à domicile"

CNIT Paris-la-Défense

- **La WONCA tiendra son congrès à Dublin du 14 au 18 juin 1998**

Le thème retenu cette année est "People and their family doctors-partners in care".

Pascal Clerc, le président, et Philippe Jacot, président d'honneur de la SFMG, mèneront

la délégation de la SFMG, représentant officiel de la France auprès de la WONCA.

- **Le congrès de la Société Française de Santé Publique aura lieu**

du 29 juin au 3 juillet 1998 à Grenoble. Cette année le thème sera "Santé Publique des Quartiers à l'Europe".

- **Le 6^{ème} salon international "psychiatrie et système nerveux central"**

se tiendra à la cité des sciences et de l'industrie porte de la Villette

à Paris du 9 au 12 décembre 1998. La SFMG coordonnera l'atelier

scientifique "comment décrire et coder en temps réelles pathologies "psy" observées en médecine générale?"

Etude comparative coût efficacité de deux stratégies diagnostiques de l'infection urinaire en médecine générale

Dr Anne Marie MAGNIER

INTRODUCTION

Les infections urinaires sont un motif très fréquent de consultation en médecine générale (1 à 2 % de l'activité des MG).

Leur prise en charge repose sur les caractéristiques cliniques et sur l'examen cyto-bactériologique des urines (ECBU).

Celui-ci est coûteux (2^o rang de remboursement des actes de biologie), parfois inutile (cystites typiques) et souvent stérile.

Les bandelettes urinaires Leucocytes Nitrites, en raison de leur très grande valeur prédictive négative, paraissent une bonne alternative mais leur efficacité étudiée en milieu hospitalier n'a que peu été évaluée en médecine ambulatoire.

Cette étude a permis de comparer deux stratégies : la "stratégie classique" (traitement présomptif d'emblée des cystites typiques de la femme jeune ou ECBU dans les autres cas) et la "stratégie bandelette" (utilisation des bandelettes comme test d'orientation diagnostique).

L'objectif était double :

- médical : vérifier que la stratégie bandelette est au moins aussi efficace que la stratégie classique,

- économique : comparer les rapports coût-efficacité des deux stratégies.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

PROTOCOLE

Les deux stratégies ont été étudiées dans deux types de situations : cystite typique (CT) de la femme jeune et autre situation de suspicion d'infection urinaire (AS). Pour chaque situation a été réalisée une randomisation indépendante.

Le comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale de Paris Cochin a émis un avis favorable sur le protocole.

L'étude a été financée à la suite de l'appel d'offres lancé par l'association nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). Elle a été conduite par le département recherche de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG).

POPULATION DE L'ÉTUDE

Ont été inclus des patients suspects d'infection urinaire consultant en médecine générale.

La CT répondait à la définition de la conférence de consensus de 1989 : "brûlures mictionnelles et pollakiurie d'intensité variable avec hématurie possible, sans fièvre ni douleurs lombaires, chez une femme jeune, en période d'activité génitale, en dehors de la grossesse, d'un diabète non

contrôlé, en l'absence d'antécédents uro-néphrologiques ou de pathologie sous jacente sévère, évoluant depuis moins de 3 jours et ne récidivant pas à court terme c'est à dire moins de 3 mois".

Les AS correspondaient à toutes les situations où le praticien soupçonnait une infection urinaire.

Ont été exclus les patients dont l'âge était ≤ 15 ans ou ≥ 65 ans, les femmes enceintes et toutes les situations où l'antibiogramme était indispensable a priori.

Ont été définis comme perdus de vue, tous les patients dont les données n'ont pu être complétées à J 30. J30 devant être > 20 jours et ≤ 90 Jours

STATÉGIES

- La stratégie classique consistait en cas de CT en un diagnostic purement clinique suivi d'un traitement présomptif d'emblée et dans les AS en une prescription d'ECBU avec traitement présomptif éventuel.

- La stratégie Bandelette Urinaire comportait la pratique d'une bandelette urinaire. Si la fièvre était $\geq 38^{\circ}$, un ECBU "aveugle" devait être pratiqué (résultats transmis directement par le laboratoire à l'organisateur de l'étude et communiqués à l'investigateur seulement s'il le demandait expressément) Ont été utilisées les bandelettes MULTISTIX 8 SG de chez Ames-Bayer. Le résultat en a été considéré positif si l'une des deux plages (ou les deux) leucocytes ou nitrites était positive (virage colorimétrique). La bandelette a été considérée comme négative si les deux plages étaient négatives.

PARAMÈTRES DE JUGEMENT

La prise en charge a été jugée efficace si le problème clinique initial avait disparu à J 10, en l'absence de rechute ou de complications entre J 10 et J 30.

L'appréciation de cette efficacité s'est effectuée uniquement cliniquement.

LES MÉDECINS INVESTIGATEURS

Les médecins investigateurs ont été recrutés dans le réseau de la SFTG, sur 5 sites : Angers, Paris, Villefontaine (près de Lyon), Avignon et Caen.

ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des coûts directs a porté sur les dépenses engendrées par le diagnostic et le traitement des patients inclus dans l'étude. Les dépenses comprennent tous les actes médicaux qui ont été consommés, quel qu'en soit le prescripteur, dans le seul cadre de la prise en charge de l'épisode.



RÉSULTATS

INVESTIGATEURS

Sur les 72 médecins généralistes qui ont assisté aux réunions de formation de l'étude, 54 ont recruté 452 patients. En moyenne chaque médecin a inclus $8,37 \pm 2,01$ patients (moyenne \pm IC 95%).

POPULATION ÉTUDIÉE (tableau 1)

Quelle que soit la situation clinique, il n'y pas de différence

significative entre les populations qui ont bénéficié de l'une ou l'autre des stratégies.

Il y a eu 10 perdus de vue dans la stratégie bandelette (6 cystites typiques et 4 autres situations) et 8 dans la stratégie classique (4 cystites typiques et 4 autres situations).

Parmi les situations de suspicion d'infection urinaire autre, il y a un nombre significativement plus élevé de malades fébriles dans la stratégie classique que dans la stratégie bandelette.

TABLEAU 1 : comparaison des caractères cliniques des patients

Situations	Variables étudiées	Str. bandelettes	Str. classique	Signification
Cystite typique n = 269	Effectif	n = 141	n = 128	ns
	Age	$34,3 \pm 11,2$	$35,6 \pm 12$	
Autres situations n = 165	Durée écoulée entre début des symptômes et consult. initiale	2,2 J (DS : 0,56)	1,6 J (DS : 0,31)	ns
	Effectif	n = 82	n = 83	ns
	Age	$49,1 \pm 19$	$46,4 \pm 17,4$	ns
	Sexe F %	82 %	77 %	0,02
	Fièvre	23 %	40 %	ns
	Durée écoulée entre début des symptômes et consult. initiale	3,2 J (DS : 0,63)	3,9 J (DS : 0,84)	ns

NOMBRE DE PROBLÈMES RÉSOLUS ET DURÉE D'ÉVOLUTION DES ÉPISODES (tableau 2)

Le nombre de problèmes résolus à J 3, J 10 et J 30 (appréciation du clinicien) n'est pas statistiquement différent entre les

2 stratégies tant pour les cystites typiques que pour les autres situations. La durée d'évolution (nombre de jours séparant la consultation initiale de la date de résolution du problème) n'est pas statistiquement différente entre les 2 stratégies.

TABLEAU 2 : comparaison du nombre de problèmes résolus et de leur durée d'évolution

Situations	Variables étudiées	Str. bandelettes	Str. classique	Signification
Cystite typique	Effectif	n = 141	n = 128	ns
	Pb résolu à J 3	68,10 %	73,40 %	ns
	Pb résolu à J 10	87,20 %	88,30 %	ns
	Pb résolu à J 30	93,60 %	91,40 %	ns
	Durée totale d'évolution des problèmes résolus	3,8 J (DS : 0,8)	3 J (DS : 0,6)	ns
Autres situations	Effectif	n = 82	n = 83	ns
	Pb résolu à J 3	56,10 %	48,20 %	ns
	Pb résolu à J 10	87,80 %	77,10 %	ns
	Pb résolu à J 30	95,10 %	89,20 %	ns
	Durée totale d'évolution des problèmes résolus	4,6 J (DS : 1,1)	5,7 J (DS : 1,7)	ns

NOMBRE DE PRESCRIPTION D'ECBU ET D'ANTIBIOTIQUES (tableau 3)

Le nombre d'ECBU est significativement plus important dans la stratégie classique que dans la stratégie bandelette quelle que soit la situation : cystite typique ou autre situation.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les stratégies en ce qui concerne le nombre de prescription d'antibiotiques.

il n'y a pas de différence dans la nature des antibiotiques prescrits selon la stratégie.

TABLEAU 3 : comparaison des prescriptions d'ECBU et d'antibiotiques

Situations	Variables étudiées	Str. bandelettes	Str. classique	Signification
Cystite typique	Nbre d'ECBU prescrits	n = 141 26	n = 128 47	p = 0,007
	Nbre de prescriptions antibiotiques	134 + 9	124 + 8	ns
Autres situations	Nbre d'ECBU prescrits	n = 82 16	n = 83 94	p < 0,007
	Nbre de prescriptions antibiotiques	64 + 6	73 + 3	ns

DÉPENSES

Dans la situation cystite typique, les dépenses d'ECBU sont significativement plus faibles pour la stratégie bandelette (35F de moins en moyenne). La dépense totale est plus faible mais la différence n'est pas statistiquement significative.

Dans la situation "suspicion d'infection urinaire autre", les dépenses d'ECBU sont significativement plus faibles pour la stratégie bandelette (161 F de moins en moyenne). La dépense totale est aussi significativement inférieure (de 136 F en moyenne).

TABLEAU 4 : dépenses moyennes en franc/patient

Situations	Variables étudiées	Str. bandelettes	Str. classique	Signification
Cystite typique	Dépense totale	290	312	ns
	Dépense ECBU	30	65	p < 0,0015
	Total dépense examens compl.	42	70	p < 0,03
Autres situations	Dépense totale	432	568	p < 0,007
	Dépense ECBU	37	198	p < 0,0001
	Total dépense examens compl.	112	260	p < 0,0001

DISCUSSION

Cette étude a permis la comparaison de manière pragmatique de deux stratégies de prise en charge de l'infection urinaire. Les critères d'inclusion et les critères de guérison étaient cliniques (conditions habituelles). La seule différence entre les deux stratégies était, dans l'une d'entre elles, l'information apportée par la bandelette urinaire.

Dans les deux situations, quelle que soit la stratégie utilisée les résultats cliniques ne sont pas statistiquement différents. Le fait qu'il y ait plus de malades fébriles attribués à la stratégie classique dans les AS est un vrai problème. Le respect de la randomisation a été contrôlé sur dossiers et vérification de la chronologie des inclusions. La comparaison du nombre d'hospitalisation, de la durée des arrêts de travail permet de vérifier que ces patients fébriles n'étaient pas plus gravement malades. Les délais de guérison et modalités de traitement ne sont pas différents dans l'une ou l'autre des stratégies. A la diminution de la prescription d'ECBU par l'usage des bandelettes correspond une diminution des dépenses totales engendrées par la prise en charge d'une infection urinaire. Cependant

1) Cette diminution ne se traduit pas par une diminution d'un montant équivalent dans la dépense totale. L'usage de la bandelette en substitution à l'ECBU induit des modifications dans le comportement prescripteur des praticiens. L'usage de la bandelette en transformant le traitement pré-

somptif en un traitement objectif, aide l'investigateur à limiter la prescription injustifiée d'ECBU. Cependant, lorsque la bandelette est négative, le praticien poursuit les investigations diagnostiques et infléchit le traitement. En apportant de l'information là où théoriquement, il ne devrait pas y en avoir, la bandelette tend en quelque sorte à reproduire les comportements habituellement induits par la prescription d'un ECBU et que la logique du traitement présomptif devait éviter. Néanmoins la poursuite des investigations et les dépenses correspondantes sont bien sûr légitimes.

2) Dans la situation de CT, la diminution des dépenses totales dans le cadre de la stratégie bandelette n'est pas significative. L'ampleur de la variance des données économiques (en rapport avec les variations importantes des types de médicaments consommés, des examens pratiqués, de l'âge des patients) est telle que les effectifs devraient être considérables pour mettre en évidence des différences recherchées.

Conclusion

Dans cette étude randomisée, les patients bénéficiant de la stratégie bandelette urinaire ont guéri dans les mêmes délais et avec aussi peu de complications que les patients bénéficiant de la stratégie classique. L'analyse économique a montré que la stratégie bandelette était significativement moins coûteuse que la stratégie classique.

Bibliographie

Association de formation continue en pathologie infectieuse.

Le traitement des infections urinaires observées en ville chez l'adulte jeune. Paris: AFORCOPI 1989: 16 P.

Blanchard-Vignon O., Schicke J., Grebl G., Trutt B. Prescriptions des examens cyto bactériologiques urinaires (ECBU) Rev Med Assur Mal 1994: 1: 64-71.

Audurier A., Burdin J.C., Darbas H. et al. Evaluation d'un test de dépistage de l'infection urinaire. Pathol Biol, 1988, 36: 921-24.

Levy M., Tournot F., Ledesert B., Muller C., Carbon C., Yeni P. Evaluation du dépistage de l'infection urinaire par la technique de la bandelette réactive chez les malades hospitalisés. Presse Med, 1990; 19: 1359-63.



Précarité en médecine générale : problèmes de définition

Dr Joël COGNEAU



Il s'agit d'une réflexion concernant un point particulier de méthodologie, qui est issue du travail d'un groupe⁽¹⁾ réuni par l'Institut de Recherche en Médecine Générale, sur le thème Précarité et Médecine Générale, pour répondre à l'appel d'offres du FISP.

Ce groupe a produit un projet non retenu, après avis des experts, par le comité de gestion du FISP, pour deux raisons principales : son coût (l'attribution de crédits importants à des structures de généralistes chiffonne encore beaucoup...) et des critiques méthodologiques concernant la définition de la population étudiée, c'est-à-dire la caractérisation des populations en situation précaire.

On trouve dans le Petit Robert la définition suivante, pour Précarité⁽²⁾ : "caractère ou état de ce qui est précaire...". Et pour précaire : "dont l'avenir, la durée ne sont pas assurés". Le dictionnaire précise que le terme provient du latin "precarium", obtenu par la prière...

De la bibliographie étudiée par le groupe ressort très clairement que la précarité est un processus dynamique, mettant en jeu de nombreux facteurs. L'importance du phénomène peut être estimée par de différentes manières : la population en situation de "vulnérabilité économique et sociale" est estimée à 40 % des actifs, et celle en "grande difficulté sociale" à 1,4 millions de Français, dans le rapport du Haut Comité de Santé Publique.

Pour identifier les populations concernées, les organismes utilisent certains indicateurs :

- pour l'INSEE, le seuil de pauvreté, 9,3% des ménages avec enfant(s), est défini par les ressources (par exemple : 4900 frs pour un parent isolé avec enfant),

- de même, le réseau Sentinelles⁽³⁾ utilise pour une enquête sur médecine générale et précarité, la définition suivante: tout individu sans logement stable, et/ou dont les ressources du foyer sont inférieures à 3800 frs par unité de consommation du foyer (adulte = 1, enfant = 0,5). Cette population représenterait 20 % des consultations de MG.

- le CreDES⁽⁴⁾ a forgé ses indicateurs sous forme de scores : un score de précarité sociale individuelle, comprenant 5 items (emploi, scolarité, diplôme, nationalité, couverture maladie), un score de précarité ménage, basé sur le revenu et la taille du ménage, et un score global réunissant les deux précédents. Il estime à 10 % le taux de ménages en situation précaire. Ces indicateurs, qui ont le mérite d'être chiffrables et donc précis et reproductibles, évacuent totalement l'aspect dynamique et pluri-factoriel de la précarité, qui est, par contre, bien mis en évidence dans la déclaration⁽⁵⁾ des "cinq Sages" : (il) "est capital de ne pas penser uniquement en termes de groupes identifiés de personnes, mais essentiellement en termes de processus liés à la fragilisation, voire à la perte de diverses sécurités".

Les inter-relations entre santé et précarité ont largement été relevées par les différents travaux :

par exemple, est mise en exergue une "grande proximité entre précarité sociale et vulnérabilité médicale, aussi bien au niveau individuel qu'au niveau du ménage"⁽⁶⁾

Les inégalités sociales se traduisent par des inégalités de recours aux soins : les populations en difficulté ont un moindre recours aux soins, présentent davantage de problèmes de santé, bénéficient d'un niveau moins élevé de remboursement des dépenses.

Il est d'autre part probable que les médecins restreignent d'eux-mêmes les prescriptions concernant les personnes précarisées. Il se crée ainsi une dynamique centripète, qui conforte les processus d'exclusion par une moindre prise en charge des problèmes de santé. Il nous avait donc semblé légitime de nous interroger sur les représentations à l'œuvre, réciproquement chez les médecins, les travailleurs sociaux et les personnes en situation précaire, qui semblent concourir à la dégradation de leur santé.

A ce titre, la simple opinion des médecins sur le statut de leurs patients nous paraît davantage refléter la réalité de ce processus, que la connaissance du niveau de revenu du ménage.

C'est pourquoi l'IRMG avait réalisé une pré-enquête⁽⁷⁾, en 1996, avec pour critère d'inclusion : tout mode de paiement autre que direct de l'acte (différé, impayé, tiers payant, gratuit, etc...). Ce critère était ensuite pondéré par l'opinion du médecin sur la situation (précaire ou non) du patient. Les résultats montrent, sur 4323 actes, que 12,4 % des actes sont en paiement indirect. Les médecins estiment que ces personnes sont en situation de précarité, dans 59 % des cas, soit 7 % des actes. La moyenne d'âge de ces patients est de 28 ans. L'instauration d'une assurance maladie plus "universelle" permettra peut-être de diminuer les écarts dans les accès aux soins. Il semble néanmoins utile de réaliser des travaux de recherche sur ce thème, avec pour finalité la production de connaissances permettant d'améliorer la pratique des médecins généralistes, notamment par l'élaboration de programmes de formation médicale continue adaptés, et par une meilleure communication entre travailleurs sociaux, médecins et patients.

1 *Comprenant notamment* : P Boisnault, J Cogneau, PL Druais, H Falcoff, JL Gallais, D Huas, AM Magnier, avec la participation de C Lepetit, M Futin, N Lasne, D Ménard, AF Van Hoenacker, MA Lecomte, -et j'en oublie peut-être-, ainsi que les experts (sociologues) M Bass, M Mailat.

2 *Petit Robert* 1981

3 *Bulletin du réseau Sentinelles* : Décembre 1996, P Chauvin

4 *Enquête Nationale sur la santé et les soins médicaux* 91/92

5 *Panorama du Médecin Lundi* 28/10/96 N° 4433 p 16;18

6 *Précarité sociale: cumul des risques sociaux et médicaux* Th Lecomte, AN Mizrabi, AR Mizrabi CREDES 1996

7 *RPMG* N°350 16/09/96, 29-31

*Exploiter les données d'un dossier médical informatisé: l'otite moyenne aiguë de l'enfant et du nourrisson en médecine générale**

Dr Stéphanie BONNEAU *

Marie-Ange LECOMTE-BOURGEOIS **

RÉSUMÉ

Les médecins du réseau de la SFMG utilisent en pratique quotidienne un dossier médical informatisé avec un langage commun de description des problèmes pris en compte (le Dictionnaire des Résultats de Consultation) et la notation des procédures mises en œuvre.

Notre étude a été réalisée grâce au traitement statistique des données recueillies par quatre médecins généralistes. A propos de la prise en charge de l'otite, elle a vérifié si les données recueillies étaient exploitables pour une meilleure connaissance des pratiques et leur comparaison avec les référentiels de la littérature.

La population étudiée pendant 2 ans a concerné 2345 enfants de 0 à 10 ans. Les signes cliniques de 813 OMA ont été décrits. Un antibiotique a été prescrit dans 91 % des cas. L'association amoxicilline-acide clavulanique a été la plus prescrite (81%). 31% seulement des enfants ont été revus pour contrôle, parmi eux, 18 % avaient une otite persistante, 53 % de ces enfants avaient reçu un antibiotique. Une fréquence plus élevée de cas persistants a été retrouvée chez les enfants de 7 ans à 9 ans.

Mot clés : otite moyenne aiguë, enfant, nourrisson, médecine générale dictionnaire

INTRODUCTION

Les médecins du réseau de la SFMG utilisent en pratique quotidienne un dossier médical informatisé avec un langage commun de description des problèmes pris en compte (le Dictionnaire des Résultats de Consultation) et la notation des décisions codées mises en œuvre.

En prenant l'exemple de la prise en charge de l'OMA (l'otite moyenne aiguë) du nourrisson et de l'enfant, nous avons vérifié s'il était possible d'exploiter les données recueillies en continu par les médecins, et de comparer ces données à celles de la littérature.

MÉTHODE

La méthode de l'étude était basée sur le recueil en continu, pendant la séance de médecine générale de l'ensemble des résultats de consultation par des médecins généralistes travaillant à partir d'un dictionnaire commun formulé sur une base informatique.

Cette étude descriptive a concerné la clientèle de quatre médecins généralistes sur une période de 2 ans, du 1^{er} janvier 1994 au 31 décembre 1995. Chaque médecin a travaillé sur une base informatique qui était le support du dossier médical, et utilisait le dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG. Il a noté pour chaque patient le sexe, la date de naissance, le milieu socio-professionnel, et au cours de chaque séance les résultats de consultation décrivant tous les problèmes pris en compte avec les items de la définition, la position diagnostique, le code suivi (N pour les cas nouveaux, P pour les cas persistants).

La position diagnostique codée C correspond au tableau de maladie caractéristique, celle codée 0 est utilisée dans le cas où le patient est revu pour le suivi d'OMA sans signe pathologique lors de cette séance. Les positions diagnostiques A pour symptôme isolé et B pour syndrome ne sont pas utilisés pour l'OMA.

Dans le dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG,

* médecin généraliste

** médecin généraliste au Mans, membre titulaire de la SFMG

* BONNEAU S. Thèse pour le doctorat en médecine, Faculté de Médecine d'Angers soutenue le 10.06.1997. Président de thèse : Pr J. Dubin
Directeur de thèse Dr MA LECOMTE



pour la définition de l'OMA (tableau I), il est indispensable que le ou les tympan(s) soient modifiés avec obligatoirement au moins un des critères suivants : rouge ; mat ; bombé ; rétracté ; phlycténulaire ; épaissi avec reliefs visibles. Les autres critères sont facultatifs : perforation spontanée ou après paracentèse (exclut les traumatismes) ; reliefs visibles ; bilatéral ; otalgie ; otorrhée, otorragie ; hypoacousie ; fièvre ou sensation de fièvre ; résultats d'impédancemétrie.

Ont été exclus de l'étude les cas de pathologies proches, telles que définies par les voir aussi de la définition c'est à dire Etat fébrile, Etat Afébrile, Otite externe, Otalgie, Rhinopharyngite, Tympan (perforation), Cérumen.

Lors de cette exploitation des données, le seul critère d'inclusion était l'âge du patient. La présence d'une OMA, avec ou sans signes généraux, était retenue chez les enfants de 0 à 10 ans, quels que soient les antécédents d'otite.

La spécificité de l'étude sur les enfants de moins de 10 ans, et sur le repérage des cas d'OMA, ne s'est faite qu'au moment de l'exploitation des données.

Les cas pouvaient être inclus autant de fois qu'un nouvel épisode d'otite survenait.

Toutes les données ainsi regroupées ont été exploitées statistiquement par le simple recours à un logiciel grand public Access par l'un des médecins généralistes.

RÉSULTATS ET ANALYSE

DESCRIPTION DE LA POPULATION

MÉDECINS ÉTUDIÉE

Quatre médecins ont participé à notre étude, deux femmes et deux hommes, d'une moyenne d'âge de 43 ans, exerçant en moyenne depuis 14 ans.

Deux médecins exerçaient en zone urbaine, chacun ayant un exercice individuel, un dans la Sarthe, l'autre dans l'Ile et Vilaine ; les deux autres médecins associés exerçaient en cabinet de groupe en zone rurale, dans la Mayenne.

DESCRIPTION DE LA POPULATION PATIENTS ÉTUDIÉE

L'étude a concerné 2345 enfants de 0 à 10 ans soit 1233 garçons (52,15 %) et 1122 filles (47,84 %).

L'information sur le milieu socio-professionnel de la famille a été noté pour 1350 enfants.

Les ouvriers et les cadres moyens étaient les plus représentés.

LES NOUVEAUX CAS D'OTITE

En deux ans, 813 séances pour nouveaux cas d'OMA ont été réalisées avec une légère prédominance masculine (55,47 % de garçons).

La grande majorité des enfants, (70,4 %) avaient moins de 3 ans, le pic de fréquence est entre six et dix-huit mois, la fréquence a décru ensuite au fur et à mesure que les enfants étaient plus âgés.

L'OMA a été plus fréquente en saison froide avec un maximum observé au mois de décembre.

LES OTITES PERSISTANTES

Lorsque l'enfant a été revu une deuxième fois au cours du même épisode d'otite, et que le médecin a constaté la persistance de signes d'otite, il a noté Otite moyenne C/P. Par contre si l'enfant ne présentait plus de signes à cette séance de contrôle le médecin notait Otite moyenne O/P.

Le tableau II répertorie les otites nouvelles et persistantes ou guéries en fonction des tranches d'âge, ainsi que le pourcentage d'otites nouvelles qui ont persisté.

En moyenne, 69 % des enfants n'ont pas été revus pour ce problème dans les suites d'une nouvelle otite.

L'évolution a été favorable dans 82 % des cas.

Avant 30 mois, le risque d'échec a été de 13 %, après cet âge il a été de 5 %. 72 % des enfants présentant une otite persistante avaient moins de 30 mois.

TABLEAU 1 : Otite Moyenne Aiguë : signes cliniques

	Nombre de fois où l'item est coché	% où l'item est coché
++++TYMPAN(s) MODIFIÉ(s) :	740	100%
++1 rouge	664	89%
++1 mat	291	39%
++1 bombé	298	40%
++1 rétracté	18	2%
++1 phlycténulaire	26	3%
++1 épaissi avec reliefs visibles (otite séreuse)	43	5%
+ - perforation (spontanée ou après paracenthèse)	17	2%
+ - bilatéral	264	35%
+ - reliefs visibles	50	6%
+ - otalgie	292	39%
+ - otorrhée, otorragie	44	5%
+ - hypoacousie	5	0,6%
+ - fièvre (ou sensation de fièvre)	170	22%
+ - résultat d'impédance-métrie	0	0

AGE	NOMBRE DE SEANCES pour otite (N+P)	OTITES nouvelles (N)	OTITES revues (O/P + C/P)	OTITES guéries O/P	OTITES persistantes C/P	% OTITES nouvelles C/N devenues persistantes C/P
0	30	25	5	3	2	8 %
1	377	285	92	38	54	18,9%
2	223	152	71	23	48	31,6%
3	139	113	26	13	13	11,5%
4	126	97	29	17	12	12,3%
5	75	62	13	7	6	9,6%
6	27	25	2	2	0	0%
7	23	19	4	3	1	5,2%
8	20	14	6	1	5	35,7%
9	14	11	3	0	3	27,3%
10	10	10	0	0	0	0%
TOTAL	1064	813	251	107	144	

TABLEAU 2 : Les otites nouvelles et persistantes ou guéries par tranche d'âge

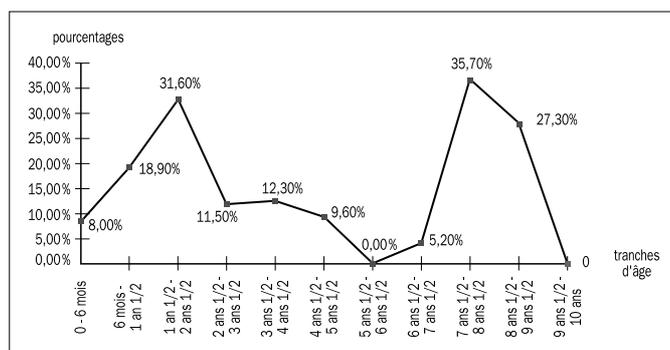


FIGURE 1 : Pourcentage d'otites devenues persistantes par tranche d'âge

La figure 1 montre le pourcentage de cas d'otites nouvelles devenues persistantes par tranche d'âge.

LES SIGNES CLINIQUES DE L'OTITE MOYENNE AIGUË

Le tableau I montre le nombre de fois où les signes sont notés. L'otalgie et l'hypoacousie ont été les signes d'appel du grand enfant. L'otalgie a évolué de manière croissante avec l'âge de l'enfant.

Elle n'a été signalée que chez 30 % des enfants de moins de 3 ans. Par contre, à partir de 6 ans, âge de l'acquisition de la maîtrise du langage, elle a été fréquemment retrouvée (85,4 %).

L'hypoacousie a été un signe clinique de l'enfant au delà de 3 ans, bien que rarement retrouvé jusqu'à 6 ans (0,6 %). Au delà, elle n'a été présente que dans 8,3 % des cas. La fièvre a été relativement constante selon l'âge de l'enfant.

LE TRAITEMENT

Le traitement médical des cas nouveaux d'otite

A noter que seulement 452 séances ont été remplies correctement en faisant le lien entre le médicament prescrit et l'OMA (cf tableau III).

L'association amoxicilline-acide clavulanique a été de loin l'antibiotique le plus prescrit dans 81 % des cas. Les céphalosporines de première génération ont été prescrites dans 15 % des cas. L'amoxicilline n'a été prescrite que dans 2,1 % des cas et les céphalosporines de deuxième génération seulement dans 0,4 % des cas. Le Pediazole* a été prescrit dans 1,2 % des cas.

Le traitement antibiotique des otites devenues persistantes

Sur les 452 nouveaux cas d'otites pour lesquels on connaît le traitement prescrit, 106 ont persisté soit 23 %. Nous n'avons noté que 57 prescriptions d'antibiotique pour les 106 otites qui ont persisté (soit 53 %).

L'association amoxicilline-acide clavulanique a été de loin la plus prescrite (75,4 %), venait en second l'Alfatil* (21 %).

CLASSE MEDICAMENTEUSE	Nombre de prescription	%
Analgésique - antipyrétique	367	81,2%
Antibiotique	411	91%
Anti-inflammatoire non stéroïdien	12	2,6%
Anti-inflammatoire stéroïdien	17	3,7%
Fluidifiants	212	47%
Antitussif	26	5,7%
Traitement local par voie nasale	72	16%
Gouttes auriculaires	80	17,6%

TABLEAU 3 : Nombre de prescription par classe médicamenteuse (n = 452)



DISCUSSION

DES RÉSULTATS CONCORDANTS AVEC LES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

Notre étude a confirmé la place importante occupée par l'OMA en médecine générale, sur les deux ans de l'étude, 34 % des enfants ont présenté une OMA, sachant qu'un enfant a pu faire un ou plusieurs épisodes d'OMA.

Comme cela a été décrit dans la littérature, s'il existe un pic de fréquence des OMA (en décembre), elles sont restées fréquentes du mois d'octobre au mois d'avril.

La prépondérance masculine des OMA est une notion connue (55,47 % de garçons).

La symptomatologie des OMA a été extrêmement variable : ni la fièvre, ni l'otalgie n'ont été constantes, une otorrhée/otorragie n'a été présente que dans 5,8 % des cas et une hypoacousie dans 0,7 % des cas.

L'otalgie a été retrouvée en moyenne dans 40 % des cas, ce qui est proche de la littérature, où l'otalgie n'est présente que dans la moitié des cas environ, et dans à peine un quart des cas si l'on ne s'intéresse qu'aux enfants de moins de deux ans.

La fièvre a été un signe inconstant, bien qu'elle ait été relativement constante en fonction de l'âge avec une moyenne de 28 %. Nous sommes proches des données de la littérature, où la fièvre n'est notée que dans un tiers à deux tiers des cas, selon les études. L'antibiothérapie a été prescrite dans 91 % des OMA. On a noté 3,5 % d'otite phlycténulaire, avec mise en évidence à l'examen otoscopique de phlyctènes séro-hématiques. Ces otites sont classiquement d'origine virale.

L'association amoxicilline-acide clavulanique a été l'antibiotique le plus prescrit, 81 % des prescriptions d'antibiotique, or cette association reste un des traitements de choix.

L'amoxicilline a été prescrite dans 2,1 % des cas, or on sait que l'amoxicilline, longtemps préconisée comme antibiotique de référence de l'otite est devenue inactive sur les souches d'*Haemophilus influenzae* sécrétants de bêta-lactamases, *Moraxella catarrhalis* et *Staphylococcus aureus*.

Les céphalosporines de première génération ont été prescrites dans 15 % des cas. Le céfacylor est la céphalosporine de première génération la plus intéressante, elle doit être réservée à l'enfant au dessus de deux ans, elle est mieux tolérée que l'association amoxicilline-acide clavulanique mais sa résistance aux bêta-lactamases est moins bonne.

Les macrolides sont déconseillés car inactifs sur *haemophilus influenzae* et/ou insuffisants au niveau de l'oreille moyenne, ils n'ont pas été prescrits dans notre étude.

L'association érythromycine-sulfafurazole prescrite dans 1,2 % des cas doit être réservée aux enfants allergiques aux pénicillines. Cette association excellente contre *Haemophilus influenzae*, pose le problème que chacun de ses composants pris isolément sont peu efficaces sur les pneumocoques de sensibilité diminuée.

Le cefpodoxime : Orelox* n'a pas été prescrit dans notre étude mais sa mise sur le marché date de 1994 pour la forme pédiatrique.

MAIS AUSSI DES CONSTATATIONS NOUVELLES

Dans la littérature, il est affirmé que les otites sont le plus souvent spontanément guéries.

Dans notre étude, 91 % des otites ont été traitées par antibiotique, et 18 % ont persisté. Mais parmi ces 18 % d'OMA persistantes, seulement 53 % avaient été traitées d'emblée par antibiotique.

PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION POUR LA DÉFINITION DU DRC

L'intérêt actuel des corrélations bactériolo-cliniques pour guider le choix thérapeutique nous amène à quelques réflexions :

- Le groupe d'enfants dont la symptomatologie associe une otite et une conjonctivite purulente n'est pas déterminé, cette association évoquant dans 75 % des cas la présence d'un *Haemophilus influenzae*. Dans la définition de l'otite moyenne aiguë, un item facultatif supplémentaire pourrait être rajouté : « + - conjonctivite purulente ».

- L'intensité de la fièvre et de l'otalgie sont à prendre en compte, ainsi une fièvre supérieure à 38°5 et une otalgie intense orientent vers une étiologie pneumococcique. On pourrait rajouter un item facultatif : « + - fièvre supérieure à 38°5 et otalgie intense ».

- Les facteurs de risque de pneumocoque de sensibilité atténuée à la pénicilline (PSAP), sont à considérer, il s'agit d'enfants :

- ayant une otite très fébrile,
- d'âge inférieur à 18 mois,
- gardé en crèche,
- vivant dans une région à forte prévalence de pneumocoques résistants, dans notre étude : le portage nasopharyngé de pneumocoque est de 33 % dont 11 % de PSAP dans l'Ile et Vilaine, dans la Sarthe et la Mayenne.

POUR DES ÉTUDES PROSPECTIVES

L'écologie environnementale serait à préciser en particulier le mode de garde de l'enfant, le tabagisme, la pollution atmosphérique, les effets iatrogènes.

PROPOSITION POUR UN LOGICIEL, STRUCTURÉ POUR LA RECHERCHE

Malgré la grande motivation des 4 médecins ayant effectué le relevé en continu de leur activité, nous avons constaté une grande déperdition de certaines données. Sur 2345 enfants de 0 à 10 ans, le milieu socio-professionnel n'a été noté que pour 1350. Sur les 813 nouveaux cas d'otites, l'item obligatoire Tympan modifié, n'a été rempli que 740 fois. Le traitement n'a été relié au résultat de consultation d'otite que 452 fois.

Le jury de thèse a souligné que beaucoup d'universitaires envieraient un aussi grand nombre de cas d'otites à intégrer dans une étude. Les études de références ne sont basées que sur quelques centaines de cas.

L'exploitation des données est possible avec les logiciels grands publics de traitement de base de données et les micro-ordinateurs standards équipant les cabinets médicaux.

Conclusion

Cette étude n'est qu'une illustration des possibilités de traitement rétrospectif des données recueillies par des médecins utilisant l'informatique, à l'aide d'un langage commun permettant de décrire les pathologies, et de lier pour chaque pathologie les procédures mises en œuvre, à savoir le traitement médical, les autres prescriptions, le recours aux spécialistes. Cette étude avec saisie en temps réel des données, permet l'observation à posteriori des pratiques sans les modifier par l'effet étude. L'exploitation des données recueillies peut permettre d'effectuer dans un deuxième temps des études transversales thématiques.

Les outils conceptuels de langage commun, de structuration du dossier médical existent. Le médecin doit s'obliger à structurer le recueil de son dossier médical, ceci permet de connaître à posteriori sa pratique, afin de la comparer aux autres médecins et à une pratique de référence, avec comme objectif l'amélioration de la qualité des soins. Nous déplorons le retard des éditeurs de logiciels à mettre à la disposition des médecins les outils simples de

saisie contrôlée et de recherche statistique leur permettant un accès facile à la connaissance de données si nombreuses entassées dans les dossiers informatisés.

Nous espérons que la méthode utilisée pour cette thèse ouvrira la piste à de nombreuses autres études similaires sur les autres définitions du dictionnaire.

Bibliographie

(sur demande à la SFMG)



Poster ou communication orale ?

Dr Jean-Marie COHEN* et amis

INTRODUCTION

Les médecins généralistes français publient peu, contrairement à leurs confrères anglais. Il y a 25 ans, encouragé par quelques amis généralistes soucieux d'émancipation professionnelle, je suis parti à la découverte des territoires inexploités de la communication scientifique. Le présent article a pour but de présenter brièvement le résultat de cette aventure et de décrire les moeurs des diverses ethnies scientifiques que j'ai pu approcher tout au long des deux dernières décennies.

Au cours de ce récit, je serai amené à décrire le langage de ces tribus et, parfois, à me servir de leur langue. Pour aider le lecteur à la comprendre, j'en décrirai sommairement la structure et je présenterai quelques objets typiques de l'artisanat local.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Mon voyage débuta en 1974. Après plusieurs tentatives infructueuses et quelques malencontreux naufrages, un vent favorable me fit aborder plusieurs chercheurs connus pour leur attitude bienveillante à l'égard des médecins généralistes. Au début, effrayé par leurs peintures de guerre, je ne me rendais pas compte qu'ils étaient bienveillants. Je dois confesser aujourd'hui que j'ai alors adopté à leur égard une attitude stupidement belliqueuse mais heureusement peu dangereuse pour eux. Ils ont survécu et, le ridicule ne tuant pas, moi aussi.

Grâce aux conseils d'explorateurs plus expérimentés, notamment des médecins généralistes anglais et belges très au fait des moeurs scientifiques, je parvins, au bout d'une dizaine d'années, à me faire adopter par plusieurs tribus appartenant aux ethnies des épidémiologistes, des microbiologistes, des mathématiciens ou des anthropologues. Peu à peu, j'ai pu participer aux fêtes tribales. Bien que ma maîtrise de la langue et du folklore scientifiques soit loin d'être parfaite, j'ai pu observer les principales caractéristiques des comportements de ces indigènes et en tirer des conclusions sur la façon de se faire comprendre d'eux.

Les conseils du Dr Jean-Luc Gallais m'ont aidé à structurer ce récit ethnographique. Pour sa mise en forme, j'ai utilisé un ordinateur PowerMacintosh et les logiciels Excel 4, Word 6 et RSGo 4.5. Les chiffres utilisés pour la fabrication des objets d'artisanat local ont été collectés par les Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe le vendredi 21 novembre 1997.

RÉSULTATS

La communication permet aux scientifiques de montrer les effets de leurs expériences aux autres indigènes pour qu'ils puissent les critiquer et, éventuellement, les reproduire. Chez les scientifiques, la communication est aussi importante que, chez les lions, la chasse aux ruminants. Pour garder sa place dans la tribu, le scientifique doit périodiquement afficher ses trophées (cette exposition est souvent appelée "liste des tra-

voux", "titres et travaux" ou encore "liste des publications"). Quand les scientifiques ne communiquent plus, ils s'écartent progressivement de leur groupe, comme des vieux éléphants solitaires sur la route de leur cimetière.

STRUCTURE LINGUISTIQUE

La communication entre scientifiques est difficile car le vocabulaire varie considérablement d'une tribu à l'autre. Ces différences empêchent souvent les ethnies de communiquer entre elles, l'incompréhension pouvant aller jusqu'à des guerres inter-ethniques. Cependant, habituellement, les scientifiques vivent paisiblement grâce à une structure linguistique unique que les ethnologues appellent "le plan IMRAD". Cette structure univoque est connue et acceptée par tous. Elle standardise la narration et évite toute angoisse d'ordre littéraire. Elle permet aux membres d'une ethnie recevant un message scientifique de repérer immédiatement l'origine de ce message et sa nature. En pratique, le plan IMRAD sert de code de reconnaissance entre scientifiques. Ceux qui emploient ce plan sont considérés a priori comme des proches venant en ami. A l'inverse, ceux qui emploient une autre structure linguistique sont considérés comme des étrangers, ce qui les expose à de multiples désagréments (mépris, lazzis, sévices divers, etc.).

FORME DE COMMUNICATION

La communication scientifique peut revêtir plusieurs formes: texte ("lettre", "article" ou "papier") publié dans une revue ethnique ou inter-ethnique, discours ("communication orale") ou affiche murale ("poster") lors de rassemblements, classés en fonction de leur taille et de leur durée ("journée", "rencontres", "workshop", "congrès"). Les articles et les communications orales ou affichées sont illustrées de pictogrammes, très appréciés des connaisseurs de l'artisanat scientifique. Plusieurs exemples de ces pictogrammes sont présentés plus loin (cf exemples d'art local).

ANALYSE

DIFFICULTÉS

Malgré la simplicité du plan IMRAD, communiquer est difficile même pour les chercheurs les plus renommés. L'écriture d'un article demande de peser chaque mot. Un bon article doit être le plus court possible mais expliquer avec une grande précision tout ce qu'il faut savoir pour refaire la même expérience que celle relatée par l'auteur.

Une communication orale dure de 10 à 20 minutes selon les types de festivités. Pour les scientifiques, une présentation orale s'apparente à un examen. Pour réussir leur prestation, ils répètent inlassablement leur "show" dans leurs moindres détails. Même les "grandes pointures" ont le trac et tremblent jusqu'à

* *Open Rome, 39 rue St Antoine, 75004 Paris*

tél: 01 42 71 49 50 fax: 01 42 71 77 15

leur entrée en scène.

Le "poster" est une forme de communication plus accessible aux débutants. Réussir un poster demande un sens de "l'accroche" et du bon sens graphique: il s'agit d'inciter celui qui passe devant le poster à s'arrêter quelques secondes, puis de lui donner envie de prendre contact avec l'auteur du poster pour en savoir plus.

COTE

Habituellement, les trophées les plus appréciés sont les articles publiés dans des revues scientifiques. Viennent ensuite les communications orales puis les posters.

La cote des diverses revues varie d'une ethnologie à l'autre et reflète en partie le poids des éditeurs de revues. L'acceptation d'un article dans une revue dépend de grands prêtres nommés "referees". Plusieurs indigènes m'ont expliqué que "les referees sont des chiens". Quand on a les mollets fragiles, mieux vaut chercher à publier dans les revues où vivent des amis capables de mettre une muselière aux referees les plus agressifs.

La cote des réunions scientifiques dépend de facteurs que je n'ai pas étudiés avec précision. Habituellement, plus le nombre de participants à la réunion est élevé, plus le rituel liturgique y est contraignant. Les fêtes en petit nombre sont moins glorieuses bien que beaucoup plus amusantes.

Cette hiérarchie article - communication orale - poster est remise en cause par l'irruption des échanges par internet. Deux règles semblent prééminentes: une recherche non publiée ne sert pas à grand chose; le mérite d'une expérience est attribué au premier qui en fournit les résultats. Internet est un moyen facile de publier très vite ses résultats, avant qu'un autre le fasse.

Quel mode de communication choisir ?

Le plus simple, le plus rapide et le moins coûteux est de commencer par la fabrication d'un poster présenté lors d'une réunion scientifique. Cette forme de communication est très appréciée par les scientifiques anglo-saxons. En pratique, dans une réunion scientifique, allez voir les posters, c'est là que les jeunes talents s'épanouissent. Les articles ont le mérite de pouvoir être lus longtemps après leur publication ("les paroles s'envolent, les écrits restent"). Cependant, leur écriture et leur publication demandent beaucoup de temps.

La communication orale est celle qui offre le plus mauvais ratio bénéfices/risques. Si vous êtes débutant, mieux vaut éviter la communication orale, surtout si vous êtes anxieux, analphabète ou bègue.

Quel langage utiliser ?

Quel que soit le mode de communication proposée (article, communication orale ou poster), la structure de toute intervention ne peut prendre qu'une seule forme, celle du plan IMRAD (Tableau 1).

TABLEAU 1 : Le plan IMRAD

titre
auteurs
résumé
I ntroduction
M atériels et méthodes
R ésultats
A nalyse
D iscussion
conclusion
illustrations

En pratique, cher ami lecteur, si tu participes à une fête chez les scientifiques, inutile de tergiverser: utilise le plan IMRAD et tout ira bien. A l'inverse, si tu choisis une autre structure linguistique, les scientifiques te considéreront comme un étranger et te le feront comprendre énergiquement.

Conclusion

Pour communiquer avec les scientifiques quand on manque d'expérience, mieux vaut choisir le poster et adopter le plan IMRAD. Pour le reste, peu importe... En forgeant, on se brûle mais quel forgeron émérite ne s'est jamais brûlé ?

Remerciements

à Marcel Goldberg, Denis Coulombier, Eveline Eschwège, Anne Mosnier et Jean-Luc Gallais, pour leur accueil et leurs conseils.

Bibliographie

Epidémiologie appliquée. Clément Beaucage, Yves Bonnier Vigier. Gaëtan Morin éd., 1996.

Epidémiologie d'intervention. François Dabis, Jacques Drucker, Alain Moren. Arnette éd., 1992.



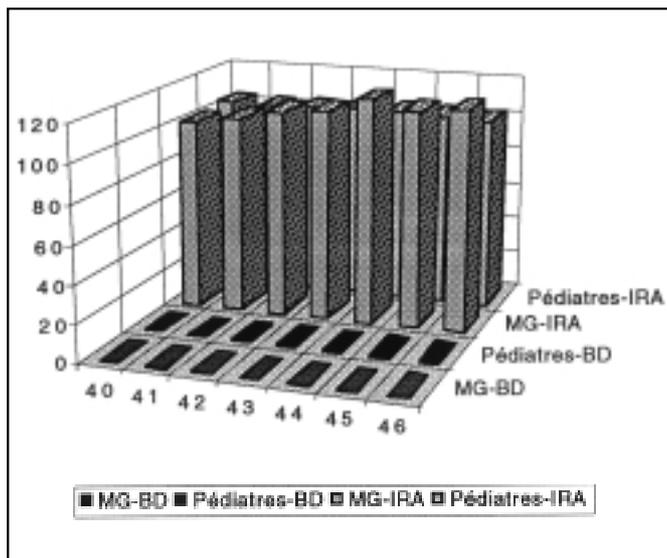


FIGURE I : exemple d'art local
(graphique de type "Manhattan")

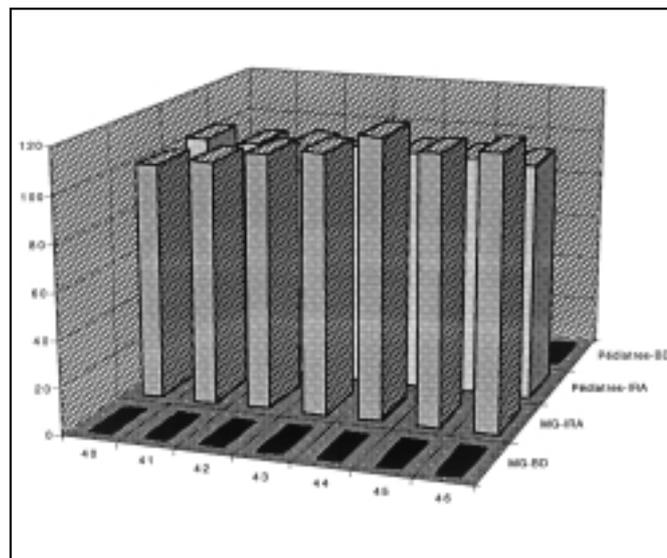


FIGURE II : exemple d'art local
(graphique de type "brume sur Manhattan")

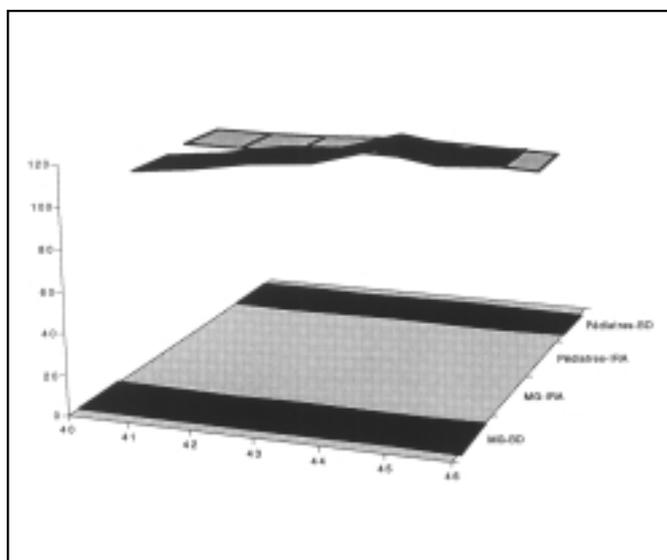


FIGURE III : exemple d'art local
(graphique de type "maison de campagne")

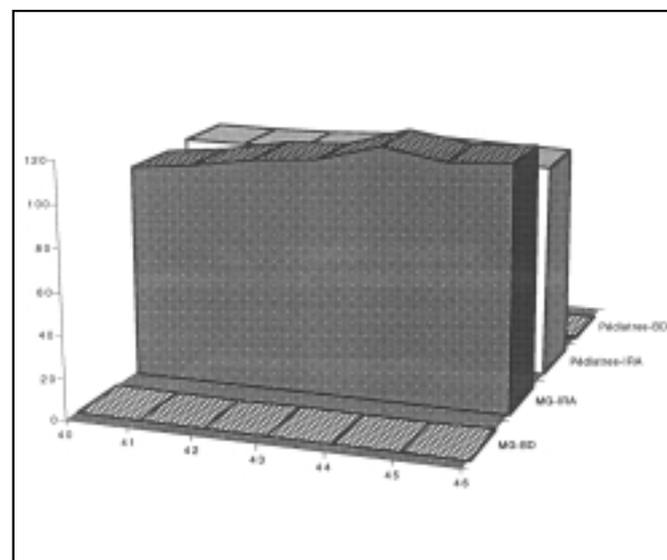


FIGURE IV : exemple d'art local
(graphique de type "fronton de pelote Basque")

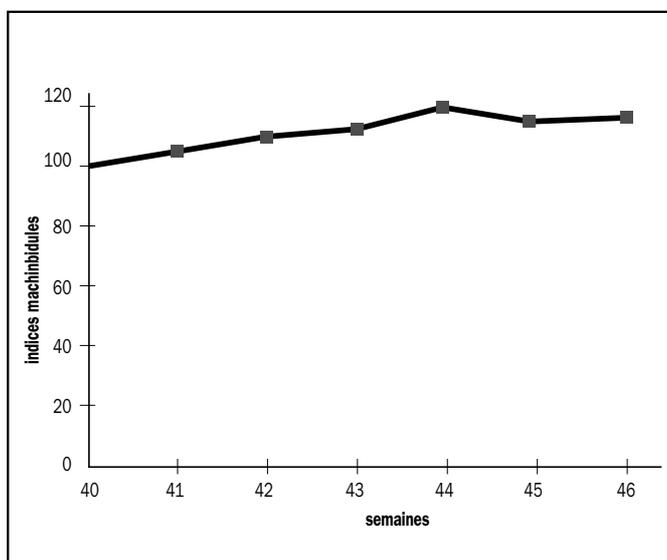


FIGURE V : exemple d'art local
(graphique de type "courbes de Papa")

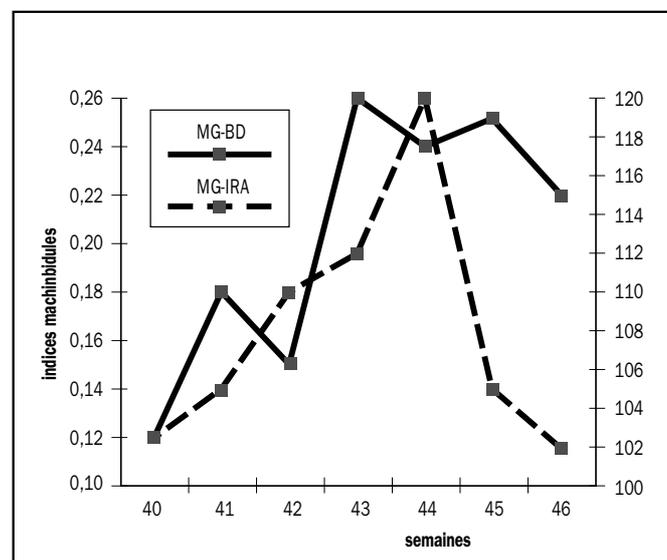


FIGURE VI : exemple d'art local
(graphique de type "la même en très épidémique")

Un audit médical: traitement hormonal de la ménopause en médecine générale

**Drs L. LAMBERT, M. REBSTOCK, A. MOSNIER
et les médecins généralistes du groupe d'évaluation du REL***

RÉSUMÉ

En 1993, le Groupe d'Audit Lorrain a voulu vérifier s'il se conformait aux recommandations de la conférence de consensus "Médicaliser la ménopause?" en proposant un traitement hormonal substitutif dans la ménopause (THS) aux femmes pouvant en bénéficier. 18 médecins ont interrogé 398 femmes. Pour 15 % le THS était contre-indiqué. A 85 % des autres, le THS avait été proposé et 50 % le prenaient au moment de l'audit. En 1995, la seconde phase de l'audit a montré l'amélioration de cette prise en charge dans le groupe puisque les médecins ayant participé aux deux enquêtes atteignaient les 95 % de proposition de THS et que 66 % de leurs patientes avaient un traitement en cours.

INTRODUCTION

Faisons-nous toujours ce que nous devrions faire ? Faisons-nous en réalité ce que nous pensons faire ? Tout médecin peut évaluer la qualité de ses soins par un audit de sa pratique. Le but est l'amélioration de la pratique professionnelle. Le résultat est comparé à une référence admise par la communauté scientifique. Il s'agit d'audit interne, librement consenti et non d'une procédure de contrôle imposée par un tiers.

Le groupe d'évaluation du REL, constitué en 1993, est composé de médecins généralistes libéraux.

Le thème du traitement hormonal de la ménopause (THS) fut le premier retenu. Les recommandations de la conférence de consensus "Médicaliser la ménopause" (2) fournirent le référentiel. Il fallait répondre à la question :

"Un traitement hormonal substitutif a-t-il été proposé à toutes les femmes ménopausées pouvant en bénéficier ?"

En 1993, selon la littérature, 5 à 15 % des femmes ménopausées auraient été traitées (3). Mais on ne sait pas à quelle proportion de femmes ménopausées un traitement substitutif avait été proposé. Pour le déterminer, notre groupe a fait une première enquête de pratiques fin 1993. La seconde enquête, destinée à estimer l'évolution des comportements, a été réalisée fin 1995.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Toute femme, venant en consultation au cabinet, habituellement suivie, âgée de moins de 60 ans, ménopausée de façon certaine, est éligible.

Sont donc exclues :

- la visite à domicile,
- les patientes occasionnelles : vacancières, service de garde, nomadisme médical...
- les patientes de plus de 60 ans.

La certitude de ménopause est acquise par :

- une aménorrhée supérieure à un an et/ou une FSH élevée,
- une ménopause artificielle quelle qu'en soit l'origine.

DURÉE DU RECUEIL DE DONNÉES

Il se fait jusqu'à inclusion de trente femmes par médecin, à défaut sur une durée de deux mois.

RÉALISATION PRATIQUE

Chaque médecin généraliste volontaire reçoit un carnet de recueil et un numéro de code qui permet de rendre le recueil anonyme.

Le carnet de recueil comporte trois feuilles. La première décrit les modalités de l'enquête, les deux suivantes sont à compléter ainsi :

- identification par le numéro de code du médecin,
- identification de chaque patiente incluse, âge, âge d'apparition de la ménopause, THS en cours, sinon pourquoi (non proposé, contre-indiqué, refusé, arrêté et pour quelle raison) ?

Chaque médecin envoie ses données au médecin responsable de l'audit pour saisie sur Epi info et exploitation.

Chaque participant reçoit ensuite ses résultats personnels et les résultats moyens du groupe. Il peut introduire éventuellement dans son dossier un élément (annotation par exemple) susceptible de favoriser l'amélioration de sa pratique quotidienne.

*Réseau Épidémiologique Lorrain



RÉSULTATS

La première phase de l'audit s'est déroulée du 10 octobre au 10 décembre 1993, et la seconde du 20 octobre au 20 décembre 1995.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE PRATIQUE DE 1993

18 médecins y ont participé.

398 patientes ont été incluses (de 8 à 30 par médecin).

Les résultats globaux	%	Nb
THS en cours	51 %	(201/398)
Contre indication	15 %	(59/398)
Refus	11 %	(45/398)
Arrêt	7 %	(29/398)
Non proposé	13 %	(51/398)
Autres	3 %	(13/398)

Le nombre de femmes susceptibles d'être traitées est de 339 (398 patientes moins 59 présentant une contre-indication) soit 83 %. Le nombre de femmes à qui un THS a été proposé : 288 soit 72% (339-51).

85% des femmes susceptibles d'être traitées ont eu une proposition de THS (288/339).

Contre-indications retenues par les médecins (59)

Il en existe parfois plusieurs pour une seule patiente.

Les plus fréquemment retrouvées sont mammaires (antécédents de cancer du sein : 10, dysplasies mammaires : 11), puis les cancers génitaux (8), l'incapacité à suivre le traitement (7), les atteintes cardiaques (4), hépatiques (2), les maladies thrombo-emboliques (3), les accidents vasculaires cérébraux (3). Le diabète et l'hypertension artérielle sont parfois mentionnés, mais jamais de manière isolée. Enfin, la nature de la contre-indication n'est pas indiquée à deux reprises.

Cause de refus du THS (45)

La cause la plus fréquemment invoquée est que ce traitement est trop contraignant (13 fois). Parfois le refus ne s'accompagne d'aucun commentaire (9 fois). Certaines femmes se sentent bien comme elles sont (3 fois), ne veulent pas d'hormones (4 fois), ne veulent plus de règles (4 fois). 13 fois seront mis en avant d'éventuels risques du traitement (dont 5 relatifs à des cancers).

Cause de l'arrêt du THS (29)

10 fois, c'est pour des effets secondaires ou une intolérance. 7 fois, c'est sans explication. Les autres causes données sont lassitude ou manque de motivation à poursuivre ce traitement.

Autres motifs (13)

Certaines femmes disent réfléchir au problème. Pour 3 autres, il n'y a pas d'explication donnée.

Les résultats globaux	%	Nb
THS en cours	55%	(184/333)
Contre indication	17 %	(56/333)
Refus	9 %	(29/333)
Arrêt	9 %	(29/333)
Non proposé	8 %	(27/333)
Autres	2 %	(8/333)

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE 1995

18 médecins y ont participé. 9 d'entre eux ont fait l'enquête 1993, 9 sont nouveaux participants.

333 patientes ont été incluses (11 à 30 par médecin).

Le nombre de femmes susceptibles d'être traitées est de 277 (333 patientes moins 56 présentant une contre-indication) soit 83%.

Le nombre de femmes à qui un THS a été proposé est 250 soit 75%.

90% des femmes susceptibles d'être traitées ont eu une proposition de THS (250/277).

Les contre-indications, cause d'arrêt et de refus sont en 1995 sensiblement les mêmes qu'en 1993 et ne sont donc pas détaillées.

Comparaison des résultats des médecins ayant fait les deux phases de l'audit.

	1993		1995	
	%	Nb	%	Nb
Nbre de patientes	200		157	
THS en cours	56 %	(111)	66 %	(104)
Contre indication	17 %	(34)	12 %	(18)
Refus	3 %	(6)	6 %	(10)
Arrêt	8 %	(16)	10 %	(15)
Non proposé	14 %	(27)	4 %	(7)
Autres	2 %	(3)	2 %	(3)
Le nbre de femmes susceptibles d'être traitées	83 %	(166)	91 %	(143) p=0,12
Le nbre de femmes à qui un THS a été proposé	69 %	(139)	86 %	(136) (p=0,001)
Femmes susceptibles d'être traitées ayant eu une proposition de THS	84 %	(139/166)	95%	(136/143) (p=0,001)

DISCUSSION

L'enquête voulait répondre à la question :

Proposons nous un THS aux femmes ménopausées susceptibles d'en bénéficier ?

Le groupe s'est conformé aux recommandations de la conférence de consensus dans 85 % des cas (288/339) en 1993, 90 % des cas en 1995. L'analyse statistique peut comparer trois sous-groupes de médecins : ceux qui n'ont participé qu'à l'enquête 1993, ceux qui n'ont participé qu'à l'enquête 1995, ceux qui ont participé aux deux.

- Il n'existe pas de différence entre les deux sous-groupes de 1993, alors qu'on aurait pu penser que ceux qui ont finalement participé aux deux phases du travail étaient d'emblée plus concernés par le sujet.

- Une différence, quoique non significative, apparaît entre les deux sous-groupes de 1995. Elle va dans le sens d'une pratique plus conforme au référentiel pour les médecins ayant déjà participé à la première phase.

- L'analyse de l'évolution des résultats des médecins ayant participé aux 2 phases de l'audit montre une amélioration statistiquement significative de leur pratique, la proposition de THS aux femmes susceptibles d'être traitées passant de

84 % à 95 % en 1995. Il semble donc que l'audit médical ait atteint son objectif : une modification des pratiques dans le sens de l'amélioration. Une question est de savoir si les deux phases d'enquête sont nécessaires en pratique. Effectivement elles objectivent l'évolution des participants, mais les médecins n'ayant réalisé qu'une seule enquête sont-ils ensuite moins performants ?

Où la sensibilisation réalisée par une enquête sur un thème donné est-elle suffisante ? Enfin l'amélioration de la pratique liée à un audit persiste-t-elle dans le temps ? Le nombre de femmes traitées (plus de 50 %) dans notre groupe est très supérieur à ceux de la littérature (5 % de femmes traitées en Europe et 15 % aux Etats-Unis, cité par G. Schaison dans la référence 3). Cette différence peut s'expliquer par le fait que cet audit porte sur un aspect de notre exercice qui nous tient à coeur et pour lequel nous sommes certainement persuasifs. L'acceptabilité du traitement par la patiente semble très fortement liée à la conviction de son médecin.

La durée de traitement n'a été recueillie que pour les femmes ayant arrêté leur THS. Elle était de moins d'un an une fois sur deux. Nous n'avons pas demandé aux patientes en cours de THS depuis quand elles prenaient leur traitement.

Les contre-indications au THS

Nous avons décidé que chaque médecin ferait selon ses habitudes, en notant sur le dossier la nature de la contre-indication retenue pour plusieurs raisons. Il existait de grosses différences entre celles portées dans le Vidal et celles de chacune de nos deux références. Les contre-indications absolues et relatives, celles liées à l'administration orale ou transcutanée du THS compliquaient encore le problème. Toute standardisation devenait impossible.

Notons que les contre-indications que les médecins du groupe ont retenues sont larges. Certaines sont sûrement excessives. Cette attitude de prudence reflète bien les incertitudes liées à ce traitement relativement récent.

Les causes d'arrêt et de refus semblent souvent être du domaine du manque d'information et de l'irrationnel. Peut-être y a-t-il des efforts à faire par les généralistes pour expliquer l'intérêt du THS ? Parmi les causes d'arrêt, certaines semblent facilement curables, mastodynies par exemple. D'autres sont plus gênantes, réapparition de migraines ou réévolution de fibromes.

Conclusion

Ce travail démontre que la participation à un audit médical améliore la pratique sur le thème choisi. L'adhésion des médecins au thème retenu est essentielle. Un certain nombre d'interrogations apparaissent cependant liées au fort taux de défection entre les deux phases de l'audit : se lasse-t-on de l'audit ?

Faut-il y adjoindre d'autres intérêts que la satisfaction morale du médecin pour le développer ? La sensibilisation apportée par la participation à une seule phase de l'audit est-elle suffisante pour améliorer la pratique ? L'amélioration apportée par de genre de travail est-elle durable ?

Remerciements

Aux médecins généralistes dont le travail a permis la réalisation de cet audit : M Alan, C Bellon, J Birgé, MH Boulter, J Capobianco, Y Clemence, D Duffez, G Engels, MC Erbeling, C Fischer, B Flamand-Lam, MF Gérard, D Henrion, J Joly, L Lambert, JM Marty, A Mistiaen, J Obrecht, A Pellegrini, C Perrein, P Plane, M Rebstock, H Rousselot, R Saffroy, E Steyer, P Thomas, JP Voilquin.

bibliographie

- 1) ANDEM. *L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire. L'audit médical.* Mars 93; p 32
- 2) *Fondation de l'Avenir. Conférence de consensus. Médicaliser la ménopause? Département Evaluation. Paris 17, Avenue de Choisy. 11-13 Avril 1991; p 27*
- 3) *C Caulin, C Chastang et D Kuntz Evaluation des traitements de la ménopause. Paris : Springer-Verlag ed. 1992; p 134*



Mythe et réalité : le syndrome anxio-dépressif en questions

Dr Jean-Luc GALLAIS *



Le syndrome anxio-dépressif existe-t-il ? Selon que l'on étudie la question avec la loupe du psychiatre, celle de l'épidémiologiste, du cadre marketing ou du généraliste, la réponse n'est pas univoque. Cette question pose le problème fondamental des définitions nosologiques théoriquement identiques mais qui, en pratique, recoupent des situations cliniques différentes selon le champ d'exercice et d'intérêt des différents observateurs.

Au-delà du problème théorique que soulève cette question, c'est la pertinence et la qualité des soins délivrés aux patients qui sont en jeu.

QUEL EST LE PROBLÈME ?

La place prise par la santé dans les sociétés occidentales est un phénomène bien connu.

Après avoir été abordée de façon prépondérante dans les registres somatique et technique, elle l'est de plus en plus sur le versant de la souffrance psychique, de la santé mentale et sociale. La notion épidémiologique de "Mal-être" apparue depuis peu dans l'enquête décennale INSEE illustre cette évolution. Dans ce contexte, la dépression est devenue un sujet enfin discible et les termes "dépression" et "déprimé(e)" sont entrés dans le champ profane.

Mais la médicalisation de la santé en fait aussi un marché économique à forts enjeux dans lequel la synergie de la double communication en direction des professionnels et du grand public joue un rôle clé.

À la dépression typique des tableaux caractérisés de la nosologie médicale sont venues peu à peu s'ajouter des descriptions cliniques frustes, partielles, trompeuses, somatoformes au gré des innovations thérapeutiques médicamenteuses réelles ou supposées.

L'apparition progressive et surtout l'autonomisation du syndrome "anxiété-dépression mixte" dans la dixième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10)^(1,2), ainsi que dans le DSM-IV s'inscrivent dans ce paysage.

Cette évolution nosologique pose aux cliniciens un double problème :

- celui de la spécificité de sa description clinique et des concepts qui la sous-tendent,
- celui de son impact sur les options thérapeutiques souhaitables ou possibles.

Compte tenu de la prévalence de la dépression, ces questions sur le syndrome anxio-dépressif sont importantes en médecine générale, car ce champ est le lieu d'expression et de traitement de la majorité des troubles de santé. Elles le sont d'autant plus qu'il y a intrication avec des manifestations somatiques, en particulier dans les polyopathologies. Ces troubles peuvent traduire tant la souffrance psychique qu'une ou plusieurs co-morbidités somatiques associées.

Une question classique mais complexe de taxinomie

Jusqu'à présent, les études et statistiques s'attachaient à différencier l'anxiété de la dépression.

Tous les efforts étaient faits dans ce sens pour distinguer ces deux types d'états morbides, en mettant en avant leur différence de nature, de risques et de traitements. Cette période est-elle révolue et les arguments utilisés jusqu'alors sont-ils caducs ?

L'apparition de la notion de syndrome anxio-dépressif conduit à se pencher sur chacun des deux termes. Le trait d'union de l'appellation souligne le caractère disjoint apparent des deux ensembles "anxiété" et "dépression".

C'est là un problème de taxinomie classique.

Quels sont les critères qui permettent de parler respectivement de syndrome anxieux et de syndrome dépressif ? Existe-t-il des signes spécifiques, des signes distincts, des signes communs ? À partir de quel moment, au plan nosologique, un pôle peut-il ou doit-il prendre le pas sur l'autre ?

Si le syndrome anxieux est représenté par un ensemble A et le syndrome dépressif par un ensemble B, chacun des termes sera défini par une série de variables décidées au préalable (a, b, c, d, e, etc). Ces critères seront obligatoires, pondérés ou facultatifs selon leur nature. Le clinicien est alors face à un problème de sous-ensembles variés selon l'importance des recouvrements possibles. Certains critères appartiennent plus ou moins au tableau anxieux ou dépressif, d'autres non. On retrouve ces aspects cliniques dans la notion d'état dysthymique.

Il faut reconnaître là que la capacité de discriminer telle ou telle donnée clinique est fluctuante selon la position ponctuelle ou durable des observateurs, leur discipline, leur formation et leurs besoins. Cette situation met en cause la comparabilité des dénominations employées. La nécessité d'un langage commun qui se développe de plus en plus en médecine générale, a été collectivement prise en compte beaucoup plus tôt en psychiatrie⁽³⁾.

C'est la raison pour laquelle la psychométrie s'est développée. Elle permet la standardisation et la quantification des

* Chargé d'enseignement : UFR Bobigny

Gallais@Club-internet.fr

manifestations cliniques. Ces outils permettent la constitution de groupes homogènes de malades indispensables en particulier en épidémiologie et aux essais cliniques.

Mais la multiplication des grilles, classifications, dictionnaires, scores, échelles, questionnaires auto ou hétéro-administrés ^(4,5) (HARD, Hamilton, Newcastle, CSE-D, QD2, PRIME/MD, etc), témoigne de la difficulté des consensus. Les différences d'appréciation clinique entre les médecins généralistes et les médecins psychiatres alimentent également le débat et soulignent le fait que les populations de déprimés vues par les uns et par les autres ne sont pas les mêmes.

Cependant, les limites de ces outils pris isolément restent importantes et de nombreuses interrogations subsistent quand par exemple, sur un même échantillon de patients, deux tests ayant le même objectif identifient l'un 10% et l'autre 50% de déprimés ⁽⁶⁾.

Ce courant de la clinimétrie et de la critériologie des troubles psychiques et des comportements objectivables s'est fortement développé sous l'influence américaine du DSM, (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) ⁽⁷⁾ dont l'intitulé complet mérite d'être rappelé et souligné, car il en précise les finalités.

En effet, au-delà des problèmes de méthodes et d'outils ⁽⁸⁾, au-delà de l'application des critères des états anxieux, des états dépressifs ou des états mixtes, l'utilisation de la clinimétrie et de la critériologie est indissociable des buts et des conditions de leur emploi : usage soignant en temps réel, en consultation de médecine générale ou de psychiatrie, pour aider le médecin à optimiser sa pratique tant dans l'identification des troubles, que dans leur prise en charge et leur suivi clinique, usage en recherche, notamment en épidémiologie et pour l'évaluation des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, usage dans le domaine de la communication santé et du marketing dans lequel la simplification et le raccourci sont la règle.

APPORTS DE L'ANALYSE DES PRATIQUES

Pour tenter de mieux comprendre quelques-unes des questions posées par le "syndrome anxio-dépressif" en médecine générale, deux types de données sont utiles : les études de prescriptions et des données épidémiologiques.

Les études de prescriptions

Si, chez les médecins généralistes comme chez les psychiatres, les études de morbidité diagnostiquée posent des problèmes de langage commun déjà évoqués, le médicament est un traqueur simple à suivre, et les données liées à l'économie des prescriptions médicamenteuses sont abondantes ^(9,10).

Des données récentes ⁽¹¹⁾ montrent que pour les antidépresseurs (AD), la co-prescription avec des anxiolytiques est largement majoritaire.

Elle est comparable chez les médecins généralistes (61,6%) et les médecins psychiatres (58,9%).

L'observation sur une plus longue période de 1987 à 1997, permet pourtant de noter une nette réduction des co-prescriptions des anxiolytiques (83% à 60%), alors que, sur la même période, la co-prescription des hypnotiques (28% à 29%) et des neuroleptiques (16% à 13%) est restée stable. Depuis peu, de 1995 à 1997, la fréquence de la co-prescription d'anxiolytiques a connu chez les médecins psychiatres une décroissance de près de 30%, alors qu'elle est restée stable chez les généralistes.

Ces quelques chiffres démontrent que le principe, voire le postulat de la monothérapie du traitement par antidépresseur, celle des discours ^(12,13) et recommandations divers (RMO) n'est pas vraiment confirmée.

La prescription simultanée de plusieurs antidépresseurs (8,7% sur l'ensemble des AD), qui atteint le score de 4,4% chez les généralistes et surtout de 23,7% chez les psychiatres va dans le même sens.

De nombreuses questions peuvent donc être posées sur la pertinence de ces différents choix thérapeutiques, sur les raisons de leurs variations, et le niveau de preuve des études justifiant telle ou telle association.

La comparaison dans différents pays européens renforce ce questionnement.

En effet, la prescription des antidépresseurs est à la fois plus fréquente en France en DDD/1 000 personnes par jour (dose quotidienne définie pour 1 000 habitants par jour), et plus souvent associée à des anxiolytiques que dans les pays voisins (Tableau 1), sans que les variations de la prévalence de la dépression dans ces différents pays expliquent ces écarts.

DDD/1000 pers/jour	France	Allemagne	Italie	Royaume Uni
Hypnotiques	49,9	17,4	19,7	22,3
Anxiolytiques	69,2	12,6	28,9	7,1
Antidépresseurs	22,3	9,3	5,9	13,2

TABLEAU 1 : comparaisons de consommations standardisées en Europe (source CREDES 1994)

Si l'on se réfère aux usages prescriptifs, il est évident que le syndrome anxio-dépressif existe ⁽¹⁴⁾. Par rapport à l'évolution des troubles cliniques, cette fréquence importante de l'association en France correspond-elle à un cumul de prescription d'anxiolytiques et d'antidépresseurs à des moments distincts ? A des attentes et des représentations particulières tant des médecins que des patients ? A des mécanismes de prescription

dont les déterminants ne sont pas essentiellement pharmacologiques ^(15,16) ?

Quelle que soit la réponse, elle ne peut être univoque, et cette situation confirme le besoin de poursuivre l'évaluation rigoureuse des pratiques et des procédures de soins pharmacologiques et non pharmacologiques, tant dans le champ hospitalier que dans le champ ambulatoire.



Les études épidémiologiques en médecine générale

Les bases de données générales disponibles sont peu nombreuses en France. Les dernières publications du CREDES ne comportent pas l'item anxiété-dépression, mais distinguent toujours "anxiété" et "dépression" ⁽¹⁷⁾.

Ces données exprimées en fréquence du problème pour 100 séances de médecine générale permettent néanmoins de situer l'importance du problème. Elles sont comparées (Tableau 2) aux données 1995 issues ⁽¹⁸⁾ de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG), réseau de recueil permanent de la Société

Française de Médecine Générale (SFMG) utilisant le dictionnaire des résultats de consultation dont toutes les dénominations comportent des critères ⁽¹⁹⁾.

Avant d'analyser ces données posant des problèmes de langage commun, il est indispensable de vérifier la comparabilité des résultats respectifs de la SFMG et du CREDES sur des items médicaux ne posant pas de difficulté de dénomination diagnostique (Tableau 2). Ces résultats standardisés obtenus avec des méthodes différentes sont les mêmes.

Item	SFMG %	CREDES-IMS %
HTA	13,67	13,8
Diabète	2,95	3,1
Troubles lipidiques	4,93	5
Acné	0,42	0,40

TABLEAU 2 : SFMG et CREDES-IMS, comparaisons des fréquences des problèmes aisément définis pour 100 séances de médecine générale

Les données (Tableau 3) sur les principaux troubles psychiques ne peuvent être comparés item par item. Une différence est évidente : l'anxiété et la dépression ou la fatigue sont quantitativement plus importantes dans les données CREDES, en

particulier du fait de l'effet mécanique de l'absence des items "humeur dépressive" et "réaction à situation éprouvante" pris en compte dans le dictionnaire des résultats de consultations de la SFMG.

Problème	SFMG %	CREDES-IMS %
Dépression	1,82	3,8
Humeur dépressive	2,18	0
Réaction à situation éprouvante	1,02	0
Insomnie	4,3	3
Anxiété	2,55	3,3
Autres Troubles Psychiques	0,78	2,3
Nervosité	1,21	0,4
Asthénie	1,84	2,2
Sous/Total	15,70	15,00

TABLEAU 3 : SFMG et CREDES-IMS, comparaisons des fréquences des troubles psychiques pour 100 séances de médecine générale

Mais la somme des scores de ces items donne des résultats comparables (15,7% contre 15%).

Les données du CREDES sont globalisantes et ne mentionnent pas les éventuelles manifestations associées à chacun des troubles identifiés. Par contre ces informations sont disponibles pour l'OMG, car le recueil de données est fait en temps réel, d'abord dans une perspective soignante. Le tableau 4 regroupe les autres troubles associés à chacun des résultats de consultation pour lequel les médecins ont considéré qu'il était important de les noter dans leur dossier médical informatisé pour décrire et traiter au mieux chacune des situations cliniques observées.

Ainsi sur 3 206 consultations comportant le résultat de consultation (RC) "dépression", les RC "anxiété" étaient éga-

lement notés dans 5,83%, le RC "réaction à situation éprouvante" dans 1,96%, le RC "insomnie" dans 7,8% et le RC "fatigue" dans 1,24%. Que ce soit sur l'item "dépression" ou "humeur dépressive", l'usage potentiel du diagnostic "anxiété-dépression mixte" aurait été marginal.

Par rapport aux interrogations sur la pertinence de l'introduction du syndrome anxio-dépressif en médecine générale et pour appréhender les données épidémiologiques précitées il faut rappeler les faits suivants :

- de nombreuses situations cliniques observées en médecine générale ne constituent pas des états dépressifs caractérisés, mais en regroupent néanmoins plusieurs des critères ⁽²⁰⁾,
- près de 2 sur 3 des patients "fatigués" en médecine générale

	Dépression 3206 séances	Anxiété 4498 séances	Réaction à situation éprouvante 2810 séances	Humeur dépressive 3846 séances	Insomnie 7577 séances	Fatigue 3455 séances
Dépression		187 4,15 %	36 1,28 %	0 0 %	251 3,31 %	40 1,15 %
Anxiété	187 5,83 %		87 3,09 %	186 4,83 %	407 5,37 %	72 2,08 %
Réaction à situation éprouvante	63 1,96 %	87 1,93 %		0 0 %	173 2,28 %	54 1,56 %
Humeur dépressive	0 0 %	186 4,13 %	32 1,13 %		312 4,11 %	76 2,19 %
Insomnie	251 7,8 %	407 9 %	173 6,15 %	312 8,11 %		179 5,18 %
Fatigue	40 1,24 %	72 1,6 %	54 1,92 %	76 1,97 %	179 2,36 %	

TABLEAU 4 : Associations symptomatiques et syndromiques. Fréquence de troubles associés en fonction des items

rale⁽²¹⁾ ont des scores CES-D supérieurs au seuil de la dépression et les antidépresseurs font partie de la panoplie des traitements qu'ils ont reçus, les événements de vie de toute nature vécus de façon éprouvante, de façon brève ou durable constituent des facteurs déclenchants essentiels de la demande de soins et d'aide en médecine générale,

- la nature des activités du médecin généraliste et la continuité de ses interventions dans le domaine de la santé le conduisent à observer et/ou à intervenir à toutes les phases brèves ou durables, réversibles ou non, d'états allant du normal au pathologique, et du pathologique au normal. La description des dépressions récurrentes brèves témoigne de cette labilité.

On comprend mieux les choix descriptifs du dictionnaire de résultats de consultation par rapport à la Classification Internationale des Maladies et ses dérivés (CISP). Si les manifestations anxieuses font partie des éléments du tableau clinique possible des résultats de consultation, "dépression", "humeur dépressive", "réaction à situation éprouvante", "insomnie", "fatigue", elles n'en sont qu'un des symptômes et restent au second plan en terme de choix de dénomination.

La présence d'un symptôme ou d'un syndrome, son intensité, sa durée, les conditions de son apparition et de son maintien et surtout son association à d'autres signes entraînent l'usage préférentiel de telle ou telle dénomination pour décrire au plus près la réalité du tableau clinique perçu par le médecin. L'approche n'est pas ponctuelle et statique mais dynamique en intégrant le facteur temps et l'évolution (22).

DES QUESTIONS INTRIGUÉES

La question initiale sur le syndrome anxio-dépressif en médecine générale n'est pas close. Elle génère d'autres interrogations qui dépassent les aspects pharmacologiques du problème A quels besoins soignants et/ou non soignants répond en médecine générale la récente introduction du syndrome "anxiété-dépression mixte" ?

Ce syndrome constitue-t-il une aide supplémentaire à la décision et au suivi clinique pour le généraliste ou est-il au contraire un facteur de confusion et d'opacité supplémentaire en constituant un fourre-tout pratique pour les troubles psychologiques les plus présents ?

Accroît-il les possibilités et les risques de médicalisation de la vie quotidienne en participant à la confusion entre maladie et symptôme, avec son cortège de réponses pharmacologiques organisées ?

Le syndrome anxio-dépressif est-il un facteur de justification médico-économique, voire de glissement et de substitution des anxiolytiques en direction des antidépresseurs au moment où s'affirment de plus en plus les critiques souvent justifiées sur l'usage des benzodiazépines ?

Au plan psychodynamique, y aurait-il un continuum entre anxiété et dépression ?

Ces questions ne peuvent être évitées. Les écarts entre les pratiques et les recommandations conduisent à s'interroger sur la pertinence des postulats thérapeutiques et leurs conditions d'élaboration.

La volonté de mieux connaître et évaluer les stratégies décisionnelles en médecine, et en médecine générale impose des outils adaptés au champ étudié. C'est le seul moyen de leur appropriation par les médecins et d'une intégration dans le soin quotidien. Cette approche n'est pas nouvelle. Paracelse au 16ème siècle écrivait déjà : "Les théories ne comptent pas, c'est la pratique qui forme le bon médecin. La pratique ne devrait pas se baser sur la théorie spéculative : la théorie doit dériver de la pratique".

La SFMG remercie la revue "Exercer", qui lui a permis de reproduire cet article paru dans le numéro 45 sous la référence : D GALLLAIS JL, Mythe et réalité : le syndrome anxio-dépressif en questions. Exercer 1998 ; 45 : 4-10.



Bibliographie

- 1) Caria A, Vertra P, Guelfi JD et coll. La CIM-10 soins de santé primaires (1). Une classification des troubles mentaux à l'usage des médecins généralistes. La Revue du Praticien Médecine Générale 1996; 330 : 39-44.
- 2) Caria A, Vertra P, Guelfi JD et coll. La CIM-10 soins de santé primaires (2). Premiers résultats sur le terrain en France. La Revue du Praticien Médecine Générale 1996;331:35-7.
- 3) Pull CB. Quinze ans de travaux sur le langage commun en psychiatrie. Synapse 1994 ; 103.
- 4) Guelfi JD, Criquillon-Doublot S. Dépression et syndromes anxio-dépressifs. Paris : Ardix Médical 1994 143 pages.
- 5) Bonvalot T. Le PRIME-MD. nouvel outil diagnostique des affections psychiatriques. JAMA 1995; 311: 11-5.
- 6) Cremniter D. Aspects épidémiologiques de la dépression vue en médecine générale. La Revue du Praticien Médecine Générale 1996 ; 325: 24-7.
- 7) DSM III-R. Paris : Masson 1989 et éditions suivantes.
- 8) Ferru P. Troubles psy en médecine générale : comparaisons CIM 10/SSP - Dictionnaire des résultats de consultations. Documents de recherche en médecine générale. SFMG 1997; 49 : 36-42.
- 9) Pelissolo A, Boyer P, Lepine JP et coll. Epidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde. Encéphale 1996 ; 22 : 187-96.
- 10) Le Pape A, Lecomte T. Aspects socio-économiques de la dépression. Evolution 1980-81/1991-92. CREDES 1996.
- 11) DOREMA. Données février 1997.
- 12) Olié P. Du bon usage des antidépresseurs. Encéphale 1996; 7:1-2.
- 13) Darcourt G, Colonna L. Du bon usage des antidépresseurs. Encéphale 1995; Sp IV:1-2.
- 14) Chignon JM. Le syndrome anxio-dépressif : une réalité clinique fréquente. La Revue du Praticien Médecine Générale 1991; 139 : 1274-6.
- 15) Zarifian E. Rapport sur les psychotropes. Ministre de la Santé, 1996.
- 16) Tremine T. Co-prescription avec un antidépresseur donné: empirique ou rationnelle ? Encéphale 1995; Sp 1: 19-21.
- 17) Aguzzoli F, Le Fur P, Sermet C. Clientèle et motifs de recours en médecine libérale. CREDES, 1994.
- 18) Lecomte MA. Extraction des données de la base SFMG, Juillet 1997 (Documentation SFMG).
- 19) SFMG. Dictionnaire des résultats de consultations. Documents de recherche en médecine générale 1996; 47-48: 4-363.
- 20) Pouchain D, Attali C, Butler J de et coll. Médecine Générale : Concepts & Pratiques. Paris : Masson 1996 ; 528-42.
- 21) Cogneau J, Hubert JB. L'asthénie en consultation de médecine générale. La Revue du Praticien Médecine Générale 1994; 251: 33-43.
- 22) Gallais JL. Identifier les dépressifs en médecine générale : effets positifs liés aux spécificités de la position soignante du médecin. Troisième Salon International de Psychiatrie. Paris : Novembre 1995.1

La relation dans le dossier et le dossier dans la relation

Un Partenariat SFMG/Repères : Genèse et perspectives

RÉSUMÉ

L'informatisation des dossiers médicaux est porteuse de nombreux enjeux financiers, épidémiologiques, structurels... aux multiples conséquences sur la qualité des soins et le développement de la recherche en médecine générale. C'est pour éviter que ne soit trop minimisée voire exclue des dossiers, une large part de leur activité que cinq médecins généralistes venant d'une part du Groupe Repères et d'autre part, de la SFMG, ont élaboré un séminaire de recherche qui a réuni en février 97 vingt médecins généralistes en activité sur le thème : "dossier médical informatisé : quels items pour décrire la relation et l'environnement". A l'issue de ce travail a été élaborée une grille qui va être testée et validée sur le réseau SFMG.

Dr Eric GALAM



La médecine se conçoit et s'énonce à peu près bien en termes purement scientifiques dès lors qu'ils sont aussi épidémiologiques.

Elle ne se pratique en aucun cas en dehors des êtres humains qui lui donnent sens et vie : ceux qui y ont recours et tous ceux qui y sont impliqués : soignants comme industriels, distributeurs, assureurs, décideurs, administratifs, ...

Tous sont en relation les uns avec les autres, pour animer ce qu'il faut bien appeler un système de santé. D'ailleurs, ils sont aussi en relation avec des molécules répertoriées dans le très fameux "grand livre rouge" et des maladies dont certaines portent des noms et d'autres pas, dont certaines sont écrites dans toutes sortes de traités, et d'autre pas encore.

Maladies et médicaments symbolisent en quelque sorte le Savoir du médecin sur les causes objectivables des maladies et certains des moyens d'y remédier.

Mais soignants et utilisateurs de soins sont aussi soumis à des facteurs subjectifs : comment le patient vit sa maladie, qu'est-ce qu'il attend de la médecine en général et de son médecin en particulier, ... et aussi : comment le médecin se situe dans sa carrière professionnelle, quelle place il donne à son activité dans sa vie, ce qu'il pense du patient qui est en face de lui, des troubles que celui-ci lui présente, des traitements qu'il lui propose...

Les plaintes et les réponses qui leur sont apportées, prennent également place dans tout un système culturel où interviennent les conceptions des maladies, de la santé, des moyens qui y sont alloués, des priorités qu'elle se donne, ...

Tout cela est particulièrement vrai pour la médecine générale où la prise en charge est très ouverte et s'inscrit dans la durée et où les éléments techniques sont relativisés par rapport aux spécialités.

Ainsi, les facteurs de décision de nos prescriptions et de notre suivi sont loin d'être uniquement biomédicaux. Dès lors, pour améliorer notre efficacité, il nous faut repérer la nature et la valeur relative :

1) des différents critères qui déterminent nos attitudes et nos décisions,

2) des moyens dont nous les mettons en oeuvre et

3) de la façon dont elles sont reçues et appliquées par nos patients.

Il nous faut pour cela accepter de travailler et d'abord de prendre en compte les éléments qui fondent et structurent la relation médecin patient.

Pourtant, s'il est à la fois évident et très attrayant le moins qu'on puisse dire est qu'on ne sait souvent pas trop bien comment aborder ni parfaitement évaluer l'impact de cet aspect de notre pratique clinique. On comprend alors aisément que forte et récurrente soit la tentation de l'évacuer pour revenir enfin à des chiffres dont on espère qu'ils seront plus pertinents, en oubliant que, comme nous l'enseignent les statisticiens, la valeur des chiffres dépend du contexte dans lequel ils s'appliquent. D'ailleurs, non moins tentante est l'option angélique, où, ne s'intéressant qu'au relationnel, on perdrait de fait, les moyens de rester généraliste.

Au Groupe Repères, nous sommes très sensibles à ce risque de psychologisation de la médecine et, si pour nous, la relation est essentielle, elle ne doit pas évacuer mais bien enrichir les autres aspects qui, littéralement, lui donnent corps. La relation gagne à être ancrée dans le réel et dans la pratique généraliste à laquelle nous sommes profondément attachés. Nous pensons que, loin de se parasiter, l'approche organiciste et l'approche relationnelle sont complémentaires et se potentialisent d'autant mieux que l'une et l'autre sont reconstruites et appliquées à leur juste place.

Sur le plan institutionnel, nous nous efforçons, d'ailleurs avec plus ou moins de succès, de maintenir ouverts les lieux d'échange entre les tenants de l'abord plutôt organique des maladies et ceux qui privilégient les facteurs psychologiques et relationnels. Nous souhaitons ainsi ancrer la médecine générale à sa place sans nier ni hypertrophier aucune de ses dimensions.



RELATIONNEL ET ORDINATEUR

C'est pourquoi le travail sur les aspects relationnels du dossier médical, entamé il y a déjà quelques années, en partenariat avec la SFMG, est pour nous particulièrement précieux et en quelque sorte exemplaire. Réunissant des généralistes praticiens et chercheurs des deux "bords", il traduit un désir commun de transformer dans les actes et dans les mots ce qui fait la réalité de notre travail quotidien.

L'informatisation des dossiers médicaux est plus que jamais à l'ordre du jour avec les enjeux que nous connaissons : télétransmission bien sûr, mais aussi travaux en réseaux et à terme, meilleure connaissance de ce qui se fait dans nos cabinets avec en perspective, l'optimisation des soins d'une part, la possibilité de contrôles plus serrés d'autre part.

Si maladies et médicaments sont inscrits dans des livres par ordre alphabétique ou par système, les médecins égrènent les pages du "Rozenwald" tandis que les patients sont classés selon leurs noms, dans des dossiers à dossiers, nos mémoires ou même des ordinateurs.

Le dossier, lieu de l'écrit par excellence est censé être aussi celui de l'objectif, du quantifiable et, théoriquement, de l'utilisable soit par son détenteur, soit par un autre praticien. On comprend ainsi qu'il n'accueille pas volontiers les éléments subjectifs et relationnels "splendidement" incarnés par la parole et le silence ; et à la fonction aussi complexe pour les uns qu'inutilisable par les autres.

Notre réflexion en amont du séminaire nous a laissé pressentir à quel point une analyse aussi simple était réductrice. Le dossier reflète l'interaction médecin patient au fil du temps. Il contient de toute façon des éléments subjectifs ne serait ce que dans la manière dont il est organisé, rangé, utilisé, ... par le médecin, le patient ou la collectivité médicale.

Il peut aussi en contenir de nouveaux, charge à nous de les définir et de les mettre en forme pour qu'ils puissent servir. C'est pour entrevoir les modalités d'intégration des éléments subjectifs et relationnels dans nos dossiers bientôt informatisés que nous avons initialisé ce travail.

Le dossier est l'un des outils à la fois les plus quotidiens et les plus durables, marqué de séances circonstanciées et porteur d'une histoire à long terme.

C'est aussi l'un des éléments les plus communs qui devraient accompagner chaque médecin tout en étant l'un des plus spécifiques. C'est la trace de la manière dont un médecin donne transcrit l'histoire de ses patients, donc une marque de la personnalité de ce médecin. Il est censé l'aider à retenir les éléments pertinents, à faire la synthèse du cas de son patient, à prendre des décisions, à assurer, éventuellement sa défense en cas de critiques... Il lui sert aussi, parfois à exprimer ses sentiments ou ses craintes. C'est ce qui reste d'écrit après qu'il ait fini d'exercer et qu'il peut transmettre à un éventuel successeur. Chaque dossier est également un véritable outil de santé qui appartient à un patient bien particulier dont il retrace l'histoire écrite, telle qu'elle est déposée dans la personne et le lieu d'un médecin, lui aussi particulier.

Le dossier est porteur de fonctions multiples pour le médecin, le patient, la collectivité à qui il peut servir d'outil épidémiologique ou de contrôle. C'est un outil de transmission permettant de laisser une trace destinée en principe à être lue et

qui pose autant de questions qu'il apporte d'informations : qui a accès au dossier, quand est-il lu, comment, pour quoi...

Il représente un élément objectif qui a un contenu tout en étant utilisé et intégré dans une relation. A ce titre, il doit être étudié à la fois comme cadre et comme élément de la relation médecin-patient. Utilisé dans la relation, il la reflète aussi.

QUE FAUT-IL INCLURE DE LA RELATION DANS LE DOSSIER ET DU DOSSIER DANS LA RELATION ?

Avant d'analyser la méthodologie et les résultats obtenus, plusieurs remarques d'ordre général s'imposent :

- l'étude du dossier laisse pressentir de **nombreux clivages** : écrit / non écrit ; retenu / non retenu ; utilisé / non utilisé ; bio-médical / relationnel ; couple médecin-patient / collectivité...
- **plusieurs niveaux logiques** sont simultanément impliqués dans un dossier : un patient, un médecin, une collectivité professionnelle et sociale d'une part et, sur un autre registre une consultation, un suivi ou encore un descriptif, des décisions, commentaires...

la rédaction du dossier est **mouvante** d'un patient à l'autre, d'une séance à l'autre, d'un médecin à l'autre : comme les pratiques, les dossiers sont pluriels

- ils supposent une **implication personnelle** toujours délicate à manier d'autant que

- **l'écrit est plus engageant** que le vécu et, à ce titre, toujours quelque peu inquiétant.

- **le souvenir et son utilisation** ne sont pas rigoureusement superposables au caractère écrit ou non des données. On peut se souvenir de choses non écrites et oublier des éléments pourtant bien inscrits ou encore ne pas vraiment savoir comment s'en servir ; De plus, se souvenir de toutes les données n'est pas forcément souhaitable, l'oubli pouvant parfois être nécessaire.

- si elles ont un caractère opératoire et donc utile, les **grilles ont aussi des aspects réducteurs** par leur volonté d'exhaustivité et le caractère toujours quelque peu rigide de leur structure qui lamine certaines données tout en excluant celles qui ne cadrent pas avec les contraintes d'organisation de la grille. L'introduction de données relationnelles est limitée par les difficultés du langage plus spécifiquement biomédical ou au contraire, profane et alors ressenti comme non professionnel. Première étape de l'émergence d'une sémiologie relationnelle, **les mots "techniques" de la relation** restent encore à définir.

- une recherche sur les aspects relationnels ne peut s'appuyer que sur peu **d'études**, d'ailleurs souvent, plus littéraires ou marquées de bonnes intentions, que scientifiques. Un certain nombre de notions devraient, au moins en partie, pouvoir être codifiées pour être échangées ; tandis que d'autres ouvrent à des questions méthodologiques ou conceptuelles plus larges de l'ordre de la complexité, la diversité, ...

Le document que vous avez sous les yeux représente une sorte de point d'orgue, une étape à intégrer et à travailler ensemble pour en juger la pertinence tout en l'élargissant.

En effet, par delà l'écriture proprement dite du dossier, la question reste de savoir, pour chacun d'entre nous comme pour la collectivité généraliste et sanitaire, à quoi sert un dossier, comment l'utilise-t-on et pourquoi faire. Mais c'est une autre histoire...

Ce travail va donner lieu à un document de recherche spécial où seront notamment développés la méthodologie utilisée, les différentes grilles proposées ainsi qu'une bibliographie. Voici brièvement les grandes lignes de la méthodologie utilisée et des items retenus.

MÉTHODOLOGIE : UN TRAVAIL EN QUATRE TEMPS

Définition de la grille

- Huit soirées de juin 93 à Octobre 94.
- 5 médecins généralistes en exercice (les promoteurs), deux appartenant au groupe Repères (JF Renault et E Galam) et trois appartenant à la SFMG (G Véry, C. Margerit et P. Clerc)

- 3 axes :

réflexion sur le dossier médical et l'interaction

médecin-malade au cabinet médical,

travail sur les buts de la grille,

production des objectifs et de la pédagogie du séminaire de recherche.

Conception et réalisation du séminaire

Deux soirées octobre 96 à février 97, FAF Innovation.

En présence de notre expert en communication d'entreprise, Madame Sandra Sadat.

Vingt médecins généralistes en exercice, motivés par ce travail, habitués à la réflexion professionnelle, la recherche clinique, l'enseignement, et membres de la SFMG et de Repère sont réunis à Boulogne les 1 et 2 Février 1997.

Analyses des résultats

Mars à Octobre 97 : dépouillement des résultats du séminaire, analyse par le groupe des promoteurs auquel est adjoind un des participant JP Lucas.

Définition d'une grille de synthèse à partir des conclusions de chacun des trois groupes adressée à chaque participant du séminaire. Chacun doit vérifier que la grille de synthèse reflète bien la production des groupes au cours du séminaire. Une fois les corrections faites, le groupe des promoteurs rédige la grille consensuelle.

Test en temps réel

La grille sera testée sur le réseau informatisé de la SFMG (100 médecins généralistes répartis sur toute la France) pendant une première durée de 6 Mois puis réévaluée et validée par le réseau SFMG.

La grille est à lire de façon non figée.

Chaque "morceau" de la grille peut-être appelé au cours de la consultation, quel que soit le moment de la consultation.

Son architecture informatique, doit permettre une adaptation à chaque médecin.

Cette grille informatique permet à la fois :

- de synthétiser automatiquement des données déjà rentrées dans le dossier médical informatisé,
- de collecter des données spécifiques à l'interaction médecin-malade,
- de lier les éléments de l'interaction médecin-malade aux autres données du dossier,
- d'analyser et de synthétiser des éléments médicaux et de l'interaction médecin-malade en "lignes de forces" de la vie du patient.

RÉSULTATS : LISTE DES ITEMS RETENUS

La gestion du temps de la consultation

- durée de la consultation (automatisée),
- connu depuis (élément de la fiche de renseignement),
- fréquence des rencontres (éléments de la fiche de synthèse),
- pointer les moments importants, éventuels, de la consultation, pour le médecin (à noter en toute lettre).

Convictions du patient

- héritage médical du patient (mots du patient),
- son idée de la santé en générale (mots du patient),
- tentatives de solutions antérieures,
- acceptabilité de la maladie.

Événements de vie

- à noter à partir d'une nomenclature "d'événements de vie" toujours enrichissable,
- à relier aux résultats de consultation.

Ressources du patient

- entourage, psychique, financier,
- environnement humain du patient (Tribu dans le dossier du patient, dont les parents DCD qui peuvent avoir une importance pour le patient),
- personnes accompagnantes (la consultation, au téléphone avant ou après la consultation),
- autres intervenants : consultants habituels, envoyé par une personne (système de soin ou pas) pour cette consultation.

Motif de consultation

- c'est le motif d'entrée dans le système de soin,
- plus les mots du patient.

Conditions d'examen

- tableau à 2 entrées (patient/médecin et fait/non fait).

Degré d'adhésion du patient à

- l'examen clinique,
- aux résultats de consultation,
- aux décisions (refus, moyen, bon), aux médicaments (refus, moyen, bon).

Implication du malade

- "consultation?" "appréciation du médecin" (positive, neutre, négative),
- plus les notes en toute lettre.

Décisions

Devant chaque décision (thérapeutique, examen complémentaire, etc...), un espace programmé permet de cocher une des trois solutions : "D" demandé, "I" imposé, "N" négocié.

Phénomène inhabituel dans la relation médecin/patient (scotome médecin, attitude inhabituelle patient, etc...)

- note en toutes lettres.

Communication

- 2 entrées : patient/médecin et facile/difficile.

Commentaires de la consultation

- en toutes lettres

Résultats historiques, lignes de forces du patient

- "lignes de force" de la vie médicale du patient en juxtaposant 3 modules : antécédent actif, la consultation présente, le futur programmé,
- "lignes de force" des événements de vie passé/présent/futur.



Société française médecine générale

Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale

(Documents de recherches n°47/48, décembre 1996)

Actes et Fonctions du Médecin Généraliste dans leur Dimensions Médicales et Sociales

(Document de recherche n°45, juin 1997 réédition)

Nom : prénom : adresse :

code postal : ville : téléphone : fax :

Je commande exemplaire(s) du Dictionnaire des résultats de Consultation en Médecine Générale, au prix de **200 francs l'exemplaire.**

Je commande exemplaire(s) du Actes et Fonctions du Médecin Généraliste, au prix de **130 francs l'exemplaire.**

Le montant total de ma commande est de : francs.

Je joins à ce bon de commande un chèque de francs, du montant total de ma commande.

Bon de commande à renvoyer :

SFMG, 27 bd Gambetta, 92130 ISSY LES MOULINEAUX

Tél. : 01.41.90.98.20 - Fax : 01.41.90.98.21

(Une facture acquittée vous sera renvoyée avec votre commande)

Je désire recevoir une information sur la S.F.M.G. Oui Non

bulletin d'adhésion à la SFMG • 27, Bld Gambetta - 92130 Issy les Moulineaux

Nom : prénom : adresse :

code postal : ville :

téléphone : fax : E-mail :

renouvellement

souhaite adhérer à la Société Française de Médecine

m'abonner de "La Lettre de la Médecine Générale"
avec les suppléments "Documents de Recherches en Médecine Générale"
(adhérents **200 F** autres **400 F**)

et verse ci-joint sa cotisation pour 1997 soit :

Membres associés (1) **700,00 FF** soit **500 F + 200 F**

Etudiants (1) **300,00 FF** soit **100 F + 200 F**

Membres titulaires (1) (2). **1000,00 FF** soit **800 F + 200 F**

(un justificatif vous sera adressé pour la déduction fiscale)

Le : Signature :

LE CAPITAL SANTE DES FRANÇAIS

La santé reste, avec le chômage, la grande préoccupation des Français. La part des dépenses nationales dans le budget des ménages a doublé en 30 ans. Les Français dépensent de plus en plus de temps et d'argent à préserver ce qu'ils considèrent comme leur premier "capital".

A l'heure de la convention médicale, des budgets globaux, des enveloppes prescription/honoraire et de l'introduction de médicaments à prescription restreinte sur le marché de ville, le "capital santé" des Français dépendra de plus en plus d'une économie de santé bien organisée.

Economie et santé, autrement dit, finance et médecine, deux disciplines qui ne font pas toujours bon ménage.

Et pourtant, certains faits peuvent démontrer que la cohabitation est possible. Mieux : elle existe. C'est en tout cas la démonstration de l'étude ECOPRESC, menée par le Professeur Le Pen, avec les laboratoires Biogalénique et l'observatoire Thalés (groupe Cégédim).

Cette étude démontre en effet que sur le 1er semestre 1997 (c'est-à-dire avant l'option conventionnelle et tout encouragement particulier), il existait une frange de 15 % de médecins généralistes faisant réaliser à la Sécurité Sociale 2 milliards d'économie au niveau de leurs ordonnances.

Comment ? en ne restreignant en rien la dispensation des soins (même envoi à l'hôpital, au spécialiste, même fréquence d'exams complémentaires, même nombre d'arrêts maladie, etc.), mais en prescrivant des génériques à concurrence d'une ligne sur trois, ce qui est possible avec de larges gammes (DCI + identifiant laboratoire) aujourd'hui proposées. Ces médecins, en tous points "comme les autres" gèrent en fait un potentiel de prescriptions qui, au niveau de la sécurité sociale, est par ailleurs bien défini et limité.

La cohabitation est donc bien réelle chez ces 8 500 médecins, mais est-ce suffisant quand on connaît le prix de l'innovation ? Certainement pas, nous disent les experts, les réseaux et les filières de soins. Tous partent d'un budget limité s'imposant aux prescriptions.

Cette démarche doit-elle se faire dans un cadre privé ou dans le cadre de la Sécurité Sociale "à la Française" ? C'est un large débat, mais pour l'heure, la réponse est évidente si l'on met, en son centre, le patient et le droit aux soins. Dès lors, attachons-nous à la formation économique et son intégration dans l'économie de santé, en commençant, peut être, par le générique quand cela est possible.

Journées de communications
de la Société Française de Médecine Générale

Dimanche 26 avril 1998
au FIAP Jean Monnet
30, rue Cabanis - 75014 PARIS

Samedi 9 octobre 1998
Congrès Soigner à domicile
CNIT Paris la Défense



Société Française de Médecine Générale

Société Savante

27, boulevard Gambetta - 92130 Issy Les Moulineaux

Tél 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 98 21

e-mail : SFMG@club-internet.fr • <http://www.upml.fr/sfmg>

O.N.G. agréé auprès de l'O.M.S.

Représentant officiel de la France à la WONCA
*World Organisation of National Colleges,
Academies and Academic associations of Général Practiners*