

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

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 Letrilliart (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