

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

# *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<sup>er</sup> 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%
<b>TOTAL</b>	<b>1064</b>	<b>813</b>	<b>251</b>	<b>107</b>	<b>144</b>	

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

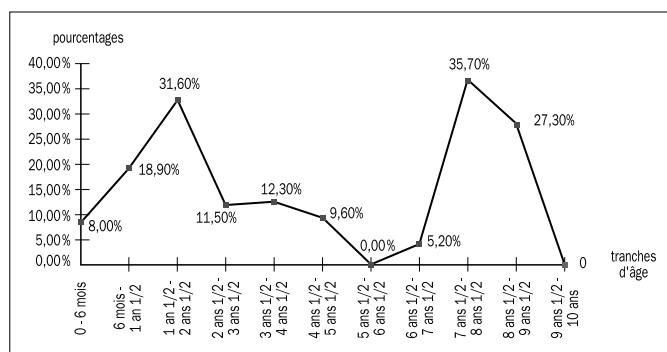


FIGURE 1 : Pourcentage d'otites devenues persistantes par tranche d'âge

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* sécréteurs de bêta-lactamases, *Moraxella catarrhalis* et *Staphylococcus aureus*.

Les céphalosporines de première génération ont été prescrites dans 15 % des cas. Le céfaclor 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 bactério-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)*

