

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>		

## 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 Boulrier, 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*

