

SFMG



Le plaisir de comprendre

DRMG N°50

Janvier 1998

supplément

la lettre

d e l a m é d e c i n e g é n é r a l e

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 gracieuse, 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		

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

i l 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 Hoeneker, 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