

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 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		

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	
risque Legionella			

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).

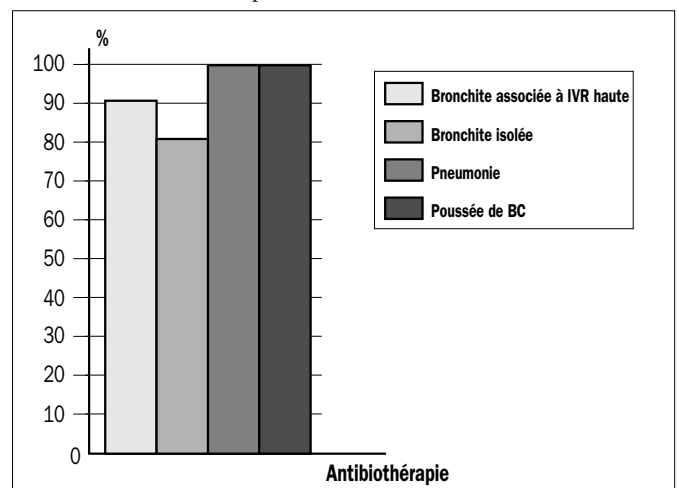
TABLEAU 5 : Antibiothérapie

	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

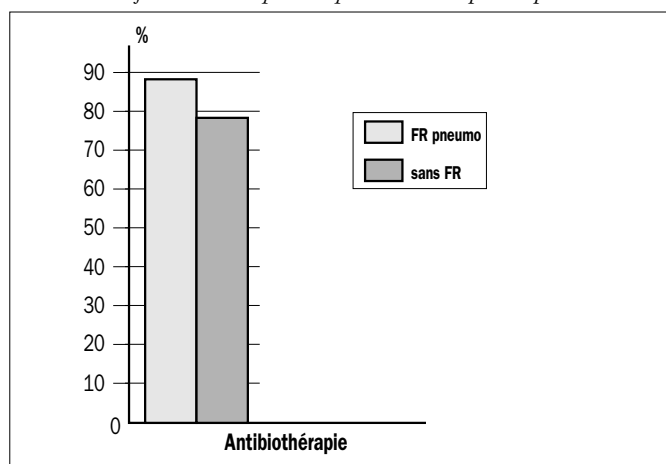
Ce rapport change peu pour les différentes formes d'infections des voies respiratoires basses (figure 1).

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

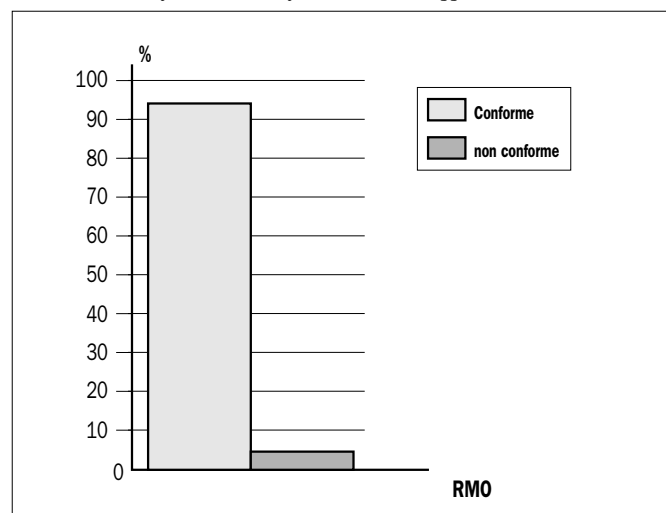
	Conforme		Non Conforme		Nb total d'observations
	Nb	(%)	Nb	(%)	
Infection basse	48	50 %	48	50%	96
Bronchite associée	28	46,7%	32	53,33%	60
Bronchite isolée	14	50%	14	50%	28
Pneumonie	2	66,7%	1	33,3%	3
Poussée de BC*	12	46,2%	14	53,8%	26

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