

UNIVERSITE PARIS 7 – DENIS DIDEROT

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007

n°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**
(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le

Par :

Julien GELLY

Né le 7 mars 1981, à Saint Pol sur Ternoise (62)

ETUDES CARE-PREV1 & CARE-PREV2 :

**Etudes d'acceptabilité et de faisabilité
de consultations de prévention
réalisées par des externes
dans un cabinet de médecine générale.**

Présidente : Professeur Sylvie LEGRAIN

Directeur : Docteur Jean-Pierre AUBERT

DES de Médecine Générale

A Jean-Pierre Aubert, pour avoir consacré la 25^e heure de ses journées à la direction de cette thèse.

A Sylvie Legrain, pour avoir accepté les yeux fermés d'en présider le jury.

A Michel Nougairède, pour avoir toujours su entendre mon insolence.

A Marc Brodin, pour avoir débloqué ma recherche bibliographique.

A Caroline Huas, pour son invitation à plonger dans l'océan de la statistique.

Aux praticiens du cabinet de Vauréal et leurs secrétaires, qui ont su réunir les conditions idéales pour la réalisation de cette thèse.

Aux praticiens du cabinet de Paris et leurs secrétaires, sans qui il manquerait un bras à la première partie de cette thèse.

A Matthieu Lagadec, pour avoir préféré se casser la jambe plutôt que d'y participer.

A Audrey Fel et Laureenne Lhuillier, pour avoir accepté si facilement que cette thèse repose sur leurs épaules.

A mes parents, qui hésiteront toujours entre craindre mon insolence envers mes supérieurs et l'encourager.

A Maud, pour être ma grande sœur et avoir si souvent ouvert la voie.

A mes amis, pour être toujours là.

Et surtout à Hélène, pour tout ce que tu as supporté pendant la rédaction de cette thèse, et pour tout ce qui nous attend.

" Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. "

Extrait du Serment d'Hippocrate.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES	8
PREAMBULE	9
1. La mise en place d'un stage de médecine générale dans le cadre du deuxième cycle des études médicales se fait progressivement	10
1.1. Le cadre légal existe depuis 1997	10
1.2. Les objectifs pédagogiques du DCEM accordent une place de choix à la prévention	10
1.3. Il existe déjà un projet national de stage en médecine générale pour les étudiants de DCEM	11
1.4. Une filière universitaire de médecine générale est lentement en train de se mettre en place	12
2. Parallèlement, une réflexion sur l'organisation de consultations de prévention en médecine générale se développe au niveau national	13
2.1. Le concept de prévention n'est pas nouveau, mais a du mal à trouver entièrement sa place dans le système de santé français	13
2.2. Depuis 2004, la politique de prévention de l'Assurance Maladie s'inscrit dans un nouveau cadre légal	14
2.3. Trois rapports ministériels sont les témoins de cette évolution	14
2.4. Deux avenants à la convention nationale des médecins confirment cette percée de la médecine préventive	15
2.5. La SFSP a organisé récemment deux séminaires sur « La consultation de prévention en médecine générale »	16
3. La mise en place de consultations de prévention réalisées par des externes en cabinet permettrait de concilier ces deux approches	18
3.1. Un tel dispositif est, à ma connaissance, inédit en France	18
3.2. Un tel dispositif pourrait s'avérer utile à plus d'un titre	18
PREMIERE PARTIE : Etude CARE-Prev1	
Enquête d'opinion auprès des patientèles de deux cabinets de médecine générale, relative à l'acceptabilité de consultations de prévention réalisées uniquement par des externes	19
1. INTRODUCTION	19
1.1. Ce qui a déjà été dit ou étudié	19
1.1.1. Les externes semblent favorables à un stage ambulatoire durant le deuxième cycle des études médicales	19
1.1.2. Certaines facultés l'ont déjà mis en place	19
1.1.3. Les internes regrettent qu'un tel stage n'existe pas	20
1.1.4. Certains enseignements peuvent être tirés du stage ambulatoire organisé durant le troisième cycle des études médicales	20
1.1.5. Les enseignants souhaitent la réalisation d'un tel stage	20
1.1.6. Les patients sont prêts à accepter une consultation dédiée à la prévention	20
1.2. Ce qui n'a jamais été étudié	21
1.3. Ce qui est envisagé	21
1.3.1. Le pré-requis	21
1.3.2. La question	21
1.3.3. La décomposition en 2 études	21
2. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	22
2.1. La consultation des fonds documentaires francophones	22
2.1.1. Les mots-clés MeSH en français	22
2.1.2. Le Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones du CHU des hôpitaux de Rouen	22
2.1.3. La Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine de Paris	23
2.1.4. Les autres fonds documentaires francophones consultés	23
2.2. La consultation des fonds documentaires anglophones	23
2.2.1. Les mots-clés MeSH en anglais	23
2.2.2. La banque de données Pubmed du National Institute of Health	24
2.2.3. L'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes (WONCA)	24
2.2.4. Les autres fonds documentaires anglophones consultés	25
2.3. La recherche par « bouche-à-oreille »	25
3. OBJECTIFS	26
4. MATERIELS & METHODE	27
4.1. Type d'enquête	27
4.2. Sites de l'enquête	27
4.2.1. Sélection des cabinets médicaux	27
4.2.2. Description du cabinet médical de Vauréal	27
4.2.3. Description du cabinet médical de Paris	27
4.2.4. Accord des praticiens du cabinet	27
4.3. Période d'enquête	28
4.4. Population cible	28
4.4.1. Critères d'inclusion	28
4.4.2. Critères d'exclusion	28
4.5. Constitution du questionnaire	28
4.5.1. Le pré-test	28
4.5.2. La présentation générale	29
4.5.3. Les données étudiées	29
4.6. Recueil de données	29
4.6.1. Distribution par les secrétaires	29
4.6.2. Explications complémentaires	29
4.7. Traitement des données	30
4.7.1. Saisie	30
4.7.2. Analyse	30
4.7.3. Interprétations des réponses libres	30

5.	RESULTATS	31
5.1.	Nombre de questionnaires remplis	31
5.2.	Caractéristiques générales des patients ayant répondu	31
5.2.1.	Distribution selon le sexe	31
5.2.2.	Distribution selon l'âge	31
5.2.3.	Distribution selon le médecin traitant	32
5.3.	Acceptabilité des consultations « classiques » en présence du médecin habituel et de l'externe	33
5.3.1.	Selon le cabinet médical	33
➤	Si le médecin dirige l'interrogatoire et l'examen clinique	33
➤	Si l'externe dirige l'interrogatoire et l'examen clinique	33
5.3.2.	Selon le sexe	34
➤	Si le médecin dirige l'interrogatoire et l'examen clinique	34
➤	Si l'externe dirige l'interrogatoire et l'examen clinique	34
5.3.3.	Selon l'âge	35
➤	Si le médecin dirige l'interrogatoire et l'examen clinique	35
➤	Si l'externe dirige l'interrogatoire et l'examen clinique	35
5.4.	Obstacles à l'acceptabilité des consultations « classiques » en présence du médecin habituel et de l'externe	36
5.4.1.	Les différentes catégories d'obstacles	36
5.4.2.	Si le médecin dirige l'interrogatoire et l'examen clinique	37
5.4.3.	Si l'externe dirige l'interrogatoire et l'examen clinique	37
5.5.	Acceptabilité de consultations de prévention réalisées par un externe	38
5.5.1.	Selon le cabinet médical	38
5.5.2.	Selon le sexe	38
5.5.3.	Selon l'âge	39
5.6.	Modalités optimales de réalisation de telles consultations de prévention	39
5.6.1.	Selon le cabinet médical	39
5.6.2.	Selon le sexe	40
5.6.3.	Selon l'âge	40
5.7.	Intérêt perçu de telles consultations de prévention	41
5.7.1.	Selon le cabinet médical	41
5.7.2.	Selon le sexe	41
5.7.3.	Selon l'âge	42
5.8.	Remarques et suggestions	42
5.8.1.	Leur répartition globale	42
5.8.2.	Les réponses classées dans la catégorie « Encouragements »	43
5.8.3.	Les réponses classées dans la catégorie « Respect du patient »	44
5.8.4.	Les réponses classées dans la catégorie « Prudence & méfiance »	44
5.8.5.	D'autres réponses sont plus difficilement classables	44
6.	DISCUSSION	45
6.1.	A propos de la méthode	45
6.1.1.	Nombre de questionnaires remplis	45
6.1.2.	Comparaison entre les deux cabinets médicaux	45
6.1.3.	Déroulement de l'étude pendant les vacances	45
6.1.4.	Recueil des non-réponses	45
6.1.5.	Les médecins habituels	46
6.1.6.	Interprétation des réponses	46
6.2.	A propos des caractéristiques générales des patients ayant répondu	46
6.2.1.	Les femmes sont plus nombreuses	46
6.2.2.	Les jeunes sont plus nombreux dans le cabinet de Vauréal	46
6.2.3.	Tous les praticiens ne sont pas également représentés	47
6.3.	A propos de l'acceptabilité de la présence de l'externe au cours d'une consultation habituelle avec le médecin	47
6.3.1.	Les obstacles	47
6.3.2.	Les femmes émettent plus de réserves	47
6.3.3.	Les patients sont plus réticents à l'idée que l'externe dirige la consultation	48
6.3.4.	Et en fonction de l'âge ?	48
6.4.	A propos de l'acceptabilité de consultations de prévention réalisées uniquement par des externes en cabinet de médecine générale	48
6.4.1.	Un grande majorité des patients y est favorable	48
6.4.2.	Les modalités optimales de réalisation de ces consultations	48
6.4.3.	L'intérêt perçu de telles consultations	49
6.5.	A propos des remarques et des suggestions	49
6.5.1.	Certaines devront absolument être entendues	49
6.5.2.	D'autres seront plus difficiles à mettre en oeuvre	49
6.5.3.	Les encouragements sont nombreux	49
6.6.	A propos des perspectives	49
6.6.1.	Pour l'arrivée prochaine des externes en stage ambulatoire	49
6.6.2.	Pour l'expérimentation des consultations de prévention réalisées uniquement par des externes	50
	DEUXIEME PARTIE : Réalisation d'un guide de recommandations	51
1.	Les contraintes de la rédaction du guide	51
2.	Le support pédagogique initial	51
3.	La recherche bibliographique	52
3.1.	Le Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones du CHU des hôpitaux de Rouen	52
3.2.	La Revue Prescrire	54
3.3.	Les autres fonds documentaires consultés	56
4.	La construction des chapitres et sous-chapitres du guide	56

TROISIEME PARTIE : Etude CARE-Prev2

Expérimentation à petite échelle des consultations de prévention réalisées uniquement par des externes dans un cabinet de médecine générale	58
1. INTRODUCTION	58
2. OBJECTIFS	59
3. MATERIELS & METHODE	60
3.1. Type d'enquête	60
3.2. Site de l'enquête	60
3.3. Accord des praticiens du cabinet	60
3.4. Mise à disposition du matériel nécessaire	60
3.5. Recrutement des externes	60
3.6. Formation des externes	60
3.7. Période d'enquête	61
3.8. Organisation des journées de consultations	61
3.9. Déroulement des consultations de prévention	61
3.9.1. L'absence de supervision par un médecin	61
3.9.2. Le recueil des antécédents et des facteurs de risque	61
3.9.3. Le document de synthèse	61
3.9.4. La délivrance du ou des message(s) de prévention	62
3.9.5. La fin de la consultation	62
3.10. Recueil de données	62
3.10.1. Recueil de l'avis des patients	62
3.10.2. Recueil de l'avis des externes	63
3.10.3. Recueil de l'avis des praticiens	63
3.11. Aspects réglementaires et déontologiques	63
4. RESULTATS	64
4.1. La mise en place de consultations de prévention réalisées par des externes dans un cabinet de médecine générale est faisable	64
4.1.1. Les patients acceptent facilement une consultation de prévention avec l'externe	64
4.1.2. Les patients ne viennent pas toujours aux rendez-vous fixés	64
4.1.3. D'autres patients peuvent être « rajoutés » au dernier moment	64
4.1.4. Les externes ont donc réalisé 18 consultations de prévention	64
4.2. Les patients semblent intéressés par l'expérience	65
4.2.1. Nombre de questionnaires retournés	65
4.2.2. Caractéristiques générales des répondants	65
4.2.3. Leur impression générale est globalement positive	65
4.2.4. Les points positifs sont nombreux	65
➤ L'attention et l'écoute	65
➤ La gratuité et la durée de la consultation	65
➤ La qualité du contenu des consultations	66
➤ La spécificité du contenu de la consultation	66
➤ La complémentarité avec une consultation classique	66
➤ Le respect de la confidentialité	66
➤ L'absence de risque ressenti	66
4.2.5. Les points négatifs sont plus rares	66
➤ Le manque d'expérience des externes	66
➤ Les dérives potentielles	67
➤ Le manque d'utilité pour leur santé	67
➤ Le manque de souplesse des horaires proposés	67
4.2.6. Les consultations profiteraient surtout aux patients et aux externes	67
4.2.7. Les thèmes abordés au cours des consultations	67
➤ La plupart des réponses sont peu exploitables ou trop vagues	67
➤ Certaines réponses sont plus éloquentes	68
4.2.8. Les remarques et les suggestions des patients	68
➤ Quelques critiques	68
➤ Quelques mises en garde	68
➤ Quelques encouragements	68
➤ Quelques attentes	69
4.3. Les externes semblent enthousiasmées par l'expérience	69
4.3.1. Leur impression générale est très positive	69
4.3.2. Les points positifs sont encourageants	69
➤ Le premier contact avec la médecine générale	69
➤ Les spécificités de la consultation	69
4.3.3. Les points négatifs sont intéressants	70
➤ Les supports peu adaptés et le manque de connaissances	70
➤ L'absence de légitimité vis-à-vis des patients	70
➤ Les rendez-vous manqués	70
4.3.4. Les thèmes abordés au cours des consultations	70
➤ La plupart des thèmes de prévention ont été abordés	70
➤ L'impact de leur discours est imprévisible	70
➤ Certains thèmes de prévention sont plus délicats	71
4.3.5. Les remarques et les suggestions des externes	71
➤ Un premier contact prometteur	71
➤ Des adaptations nécessaires	71
➤ Des propositions envisageables	72
4.4. Les praticiens restent prudents	72
4.4.1. Leur impression générale est plutôt positive	72
4.4.2. Les conséquences sur les patients sont pour l'instant incertaines	72

5.	DISCUSSION	73
5.1.	A propos de la faisabilité des consultations de prévention réalisées uniquement par des externes en cabinet de médecine générale	73
5.1.1.	Dans 1 cabinet médical, avec 2 externes, et sur 4 jours	73
5.1.2.	Et pour reproduire ou étendre l'expérience ?	73
5.2.	A propos de l'organisation générale au sein du cabinet	73
5.2.1.	Un cabinet médical accueillant	73
5.2.2.	Une patientèle déjà sensibilisée	73
5.2.3.	Des externes motivées	74
5.2.4.	Une gestion des rendez-vous en parallèle	74
5.2.5.	Et pour reproduire ou étendre l'expérience ?	74
5.3.	A propos du déroulement des consultations de prévention	75
5.3.1.	Quand proposer les consultations de prévention sans rendez-vous ?	75
5.3.2.	Quand proposer les consultations de prévention avec rendez-vous ?	75
5.3.3.	Comment éviter et gérer les rendez-vous manqués ?	75
5.3.4.	Et pour reproduire ou étendre l'expérience ?	76
5.4.	A propos des questionnaires post-consultations	76
5.4.1.	Des résultats encourageants en terme de ressenti	76
5.4.2.	Des réponses non exploitables en terme d'impact sur la santé	76
5.4.3.	Et pour reproduire ou étendre l'expérience ?	77
5.5.	A propos des documents disponibles pendant la consultation	77
5.5.1.	Comment améliorer le document de synthèse ?	77
5.5.2.	Faut-il fournir des outils de dépistage aux externes ?	77
5.5.3.	Faut-il fournir d'autres supports de prévention aux externes ?	78
5.5.4.	Et pour reproduire ou étendre l'expérience ?	78
5.6.	A propos du guide de recommandations	78
5.6.1.	Comment distinguer les différents types de prévention ?	79
5.6.2.	Comment mieux traiter l'alimentation ?	79
5.6.3.	Comment mieux traiter d'autres problèmes de santé courants ?	79
5.6.4.	Comment adapter le guide aux enfants et aux personnes âgées ?	80
5.6.5.	Et pour reproduire ou étendre l'expérience ?	80
5.7.	A propos des perspectives	81
	CONCLUSION	82
	ANNEXES	83
	Annexe n°1 : Questionnaire de l'étude CARE-Prev1 destiné aux patients du cabinet de Vauréal	84
	Annexe n°2 : Questionnaire de l'étude CARE-Prev1 destiné aux patients du cabinet de Paris	86
	Annexe n°3 : Affiche d'information de l'étude CARE-Prev1 (cabinet de Vauréal)	88
	Annexe n°4 : Affiche d'information de l'étude CARE-Prev1 (cabinet de Paris)	89
	Annexe n°5 : Masque de saisie construit pour l'étude CARE-Prev1 à l'aide du logiciel EpiData® 3.1	90
	Annexe n°6 : Guide de recommandations destiné aux externes ayant participé à l'étude CARE-Prev2	91
	Annexe n°7 : Document de synthèse destiné aux externes ayant participé à l'étude CARE-Prev2	155
	Annexe n°8 : Questionnaire destiné aux patients ayant participé à l'étude CARE-Prev2	158
	Annexe n°9 : Questionnaire destiné aux externes ayant participé à l'étude CARE-Prev2	160
	Annexe n°10 : Questionnaire destiné aux praticiens ayant participé à l'étude CARE-Prev2	163
	BIBLIOGRAPHIE	165
	RESUME	177

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ACR : American College of Radiology
 AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments et des Produits de Santé
 AFU : Association Française d'Urologie
 ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
 ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
 BDSP : Banque de Données de Santé Publique
 BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
 BIUM : Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine
 CARE-Prev : Consultation Ambulatoire Réalisée par un Externe et dédiée à la Prévention
 CCU : Chefs de Clinique Universitaires
 CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
 CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones
 CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
 CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
 DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales
 DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
 DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
 DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
 ECA : Enseignant Clinicien Ambulatoire
 ECN : Epreuves Classantes Nationales
 EsPeR : Estimation Personnalisée du Risque
 HAS : Haute Autorité de Santé
 IGAENR : Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche
 IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
 INIST : Institut de l'Information Scientifique et Technique
 INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
 INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
 InVS : Institut de Veille Sanitaire
 IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
 ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
 IST : Infections Sexuellement Transmissibles
 MeSH : Medical Subject Heading
 MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
 MMS : Mini Mental Status
 OMS : Organisation Mondiale de la santé
 PDF : Portable Document Format
 PERSS : Prévention Education Recherche Soins Palliatifs
 PMI : Protection Maternelle et Infantile
 PNNS : Programme National Nutrition Santé
 SASPAS : Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée
 SFA : Société Française d'Alcoologie
 SFDRMG : Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale
 SFFPC : Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations
 SFP : Société Française de Pédiatrie
 SFSP : Société Française de Santé Publique
 SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
 SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
 SMEREP : Société Mutualiste des Etudiants de la REgion Parisienne
 URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
 UVMF : Université Médicale Virtuelle Francophone
 VHB : Virus de l'Hépatite B
 VHC : Virus de l'Hépatite C
 VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
 WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners/family physicians

PREAMBULE

L'idée de cette thèse m'est venue à la suite de la grève des médecins enseignants en médecine générale de l'automne 2006. Ce mouvement avait pour but de défendre leur statut et de revaloriser la filière de médecine générale. De nombreux internes de médecine générale les ont soutenus dans leur combat.

Au cours de ce mouvement, les enseignants de la faculté Xavier Bichat ont notamment organisé des soirées de réflexion sur les particularités de la médecine générale, et en particulier celles de son exercice et de son enseignement.

C'est en écoutant ces débats entre enseignants et étudiants que la nécessité d'un mode d'enseignement inédit pour les externes s'est imposée à moi. Il s'agissait initialement de trouver un procédé pédagogique pour introduire les externes dans un cabinet de médecine générale et de leur donner envie de devenir médecin généraliste. Il me semblait que la supervision permanente par un maître de stage pouvait dissuader un externe qui viendrait pendant plusieurs mois en stage ambulatoire. Ainsi est née l'idée des consultations de prévention réalisées par des externes dans un cabinet de médecine générale.

Le sujet de cette thèse fait écho à deux questions très actuelles : la réforme du deuxième cycle des études médicales, et les réflexions sur l'organisation d'une consultation de prévention en médecine générale.

1. La mise en place d'un stage de médecine générale dans le cadre du deuxième cycle des études médicales (DCEM) se fait progressivement

1.1. Le cadre légal existe depuis 1997

L'article 8-II de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du DCEM précise que la validation de la deuxième partie du DCEM est soumise à la réalisation d'un « stage d'initiation à la médecine générale dont la durée et les modalités sont fixées par arrêté ». ¹

Le conseil de l'unité de formation et de recherche de médecine en élabore le projet pédagogique, sur les propositions du département de médecine générale ou de la commission de coordination et d'évaluation du troisième cycle de médecine générale.

L'arrêté du 23 novembre 2006 confirme celui du 4 mars 1997 modifié, en rendant obligatoire la validation d'un stage chez un (ou des) médecin(s) généraliste(s) pour les étudiants de première ou de deuxième année de la deuxième partie du DCEM (DCEM3 ou DCEM4) « à compter de l'année universitaire 2006-2007 ». ²

Ce stage est financé sur le budget du ministère chargé de la santé, de manière à couvrir « le remboursement au CHU des indemnités allouées aux étudiants [...] et à l'UFR des honoraires pédagogiques du maître de stage ».

Les objectifs de ce stage sont les suivants :

1. Appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en cabinet et la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels ;
2. Appréhender la relation médecin-patient en médecine générale ambulatoire, la place du médecin généraliste au sein du système de santé ;
3. Se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale libérale ;
4. Se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique ;
5. Appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale libérale ;
6. Comprendre les modalités de gestion d'un cabinet.

1.2. Les objectifs pédagogiques du DCEM accordent une place de choix à la prévention

L'arrêté du 10 octobre 2000 établit que « la deuxième partie du DCEM est consacrée à l'enseignement des processus pathologiques, de leur thérapeutique et de leur prévention, ainsi qu'à l'enseignement de l'organisation des systèmes de santé, de l'évaluation des pratiques de soins, de la déontologie et de la responsabilité médicale ». ³

Chaque étudiant doit valider au cours de la deuxième partie du DCEM des enseignements optionnels interdisciplinaires, dont l'un s'intitule « Rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective ».

Parmi les objectifs pédagogiques terminaux définis par la liste du 27 Juillet 2001, il est entendu que l'externe doit savoir « expliquer le cas échéant, les modalités de la prévention primaire et secondaire, individuelle et collective ». ⁴

Le programme des Epreuves Classantes Nationales (ECN) est constitué de 345 items. Douze d'entre eux sensibilisent explicitement les futurs médecins à la prévention, parmi lesquels :

- « Prévention des risques fœtaux » (item n°20) ;
- « Addictions et conduites dopantes » (item n°45) ;
- « Prévention des risques professionnels » (item n°108) ;
- « Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention » (item n°129) ;
- « Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers » (item n°139) ;
- « Itrogénie. Diagnostic et prévention » (item n°181).

1.3. Il existe déjà un projet national de stage en médecine générale pour les étudiants de DCEM ⁵

Un groupe de travail s'est réuni sous l'égide du CNGE, de l'ISNAR-IMG et de l'ANEMF. ⁵ Les auteurs de ce rapport rendu en février 2007 dressent le constat suivant :

- Actuellement les stages d'externe se déroulent presque exclusivement à l'hôpital universitaire, dans des services spécialisés ou très spécialisés ;
- Devant l'augmentation des effectifs des promotions, les responsables universitaires sont contraints de trouver de nouveaux sites de stage pour les étudiants ;
- L'absence de stage en médecine générale dans le cursus de formation des étudiants de DCEM les prive d'une formation en soins primaires, et ne leur permet pas de faire un choix éclairé de leur future activité à l'issue du DCEM ;
- Les responsables politiques prennent lentement conscience des problèmes d'accès aux soins et de démographie que le déficit de médecins généralistes posera dans les quinze prochaines années.

Ils affirment que tous les étudiants du DCEM devraient découvrir la médecine générale avant de choisir leur filière définitive : cela pourrait permettre de répondre à la crise des vocations pour la médecine générale.

Ils proposent que ces stages aient lieu dans des cabinets de médecine générale et qu'ils soient organisés en DCEM 2 ou DCEM3. Leur durée serait identique à celle des stages hospitaliers, soit une durée de deux à quatre mois. Chaque site de stage serait constitué d'un cabinet de groupe ou d'un groupe de cabinets comprenant un ou deux Enseignant(s) Clinicien(s) Ambulatoire(s).

Si l'externe n'est pas encore capable d'assurer la prise en charge complète des problèmes de santé des patients, les membres du groupe estiment qu'il peut néanmoins :

- renseigner le dossier médical, en faire la synthèse et l'utiliser comme outil de prévention et de planification du suivi ;
- assurer une partie de la consultation sous la supervision directe du maître de stage d'abord, puis en autonomie partielle sous supervision indirecte.

Les problématiques de prévention se retrouvent dans les objectifs pédagogiques énoncés par le groupe de travail (« S'initier aux problèmes individuels et collectifs en matière de prévention, de dépistage et d'éducation sanitaire »), ainsi que dans le guide d'auto-évaluation du stage proposé dans le rapport (« Identifier les facteurs de risque d'un patient liés aux antécédents familiaux et personnels, aux habitudes de vie, à l'environnement, aux problèmes actuels »).

A la fin de ce rapport, le groupe de travail précise qu'il s'agit des « modalités pratiques collant à un idéal pédagogique susceptible de satisfaire tous les intervenants », mais rappelle la volonté des maîtres de stage d'être reconnus comme Enseignants Cliniciens Ambulatoires, Chargés d'Enseignement Clinique, et d'être salariés de l'Université. Ils concluent que « la création de la Filière Universitaire de Médecine générale est un préalable incontournable ».

1.4. Une filière universitaire de médecine générale est lentement en train de se mettre en place (Rapport IGAENR/IGAS, février 2007)

Une mission d'étude et de proposition concernant la création d'une filière universitaire de médecine générale a été conduite par l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche, sur mission de leur ministère respectif. Leurs conclusions ont été rendues en février 2007.⁶

La reconnaissance de la médecine générale comme une discipline de spécialité par la loi du 17 janvier 2002, puis la mise en place du diplôme d'études spécialisées par l'arrêté du 22 septembre 2004, constituent les fondations de cette future filière universitaire de médecine générale.^{7,8}

La définition des statuts devrait permettre la titularisation des enseignants associés dans un premier temps, puis le recrutement des futurs enseignants, mais se heurte pour l'instant à des difficultés liées, en partie, au mode d'exercice de la spécialité (exclusivement ambulatoire) et au mode de rémunération des enseignants.

A l'automne 2007, seize postes de Chefs de Clinique Universitaires (CCU) de médecine générale ont été proposés aux internes terminant leur DES. De nouveaux postes sont attendus pour l'automne 2008. La titularisation des enseignants associés et la réévaluation de la rémunération des maîtres de stage semblent encore plus difficiles à mettre en oeuvre.

Les auteurs rappellent que « la mise en place et le développement d'une filière universitaire de médecine générale est nécessaire pour assurer une formation adaptée et de qualité aux futurs médecins généralistes [et que] la revalorisation de la médecine générale constitue un enjeu fort en terme de qualité de la prise en charge des patients et de permanence de soins de premier recours pour notre pays ».

Le CNGE a récemment dressé un état des lieux des expériences de stages en deuxième cycle :

- Angers : stage de 3 demi-journées en DCEM2, DCEM3, DCEM4 depuis 1999, et essai en 2005 de stage de 9 semaines pour 16 externes volontaires de DCEM2 ;
- Lyon : stage de 3 demi-journées en 2005, et projet de stage de 10 semaines ;
- Tours : 5 externes de DCEM3 en stage pendant 1 mois en 2005 ;
- Créteil : projet de stage de 3 mois, 5 matinées par semaine, chez 2 ou 3 maîtres de stage ;
- Autres facultés : Rouen, Bordeaux, Grenoble, Paris V, Paris VI ...³⁰

Ces stages sont rémunérés pour les maîtres de stages. L'enseignement théorique est intégré au stage et réalisé en petit groupe d'externe. Les sites de stage sont les cabinets recevant déjà des internes (stage ambulatoire de niveau 1 ou de niveau 2). Les stages se déroulent le matin seulement, ou toute la journée.

A l'université Paris VII, les premiers stages ambulatoires de médecine générale seront mis en place à la rentrée 2008-2009.

2. Parallèlement, une réflexion sur l'organisation de consultations de prévention en médecine générale se développe au niveau national

2.1. Le concept de prévention n'est pas nouveau, mais a du mal à trouver entièrement sa place dans le système de santé français

Depuis 1986, la charte d'Ottawa, adoptée à l'issue de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, rappelle que « la tâche de promotion de la santé est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements, [et que] la réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels ». ⁹

D'après le rapport annuel de l'IGAS daté de 2003 (« Santé, pour une politique de prévention durable »), la France confirme sa position favorable en matière de mortalité et d'espérance de vie à la naissance : respectivement 9,1 pour 1000 et 78 ans en 2000. ¹⁰

Cependant, la mortalité prématurée évitable (avant 65 ans) reste élevée et représente un cinquième du total des décès. La mortalité prématurée évitable des hommes est même l'une des plus élevées d'Europe après le Portugal, et est 2,5 fois plus élevée que celles des femmes.

Pour une grande part, cette mortalité prématurée serait susceptible d'être prévenue à la fois :

1. Par un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge par le système de soins, de nature à réduire le nombre de décès prématurés dus aux maladies cardiovasculaires et aux cancers du sein ;
2. Par une action sur les comportements à risque (conduite dangereuse sur la route, consommation de tabac, d'alcool...), de nature à diminuer le nombre de décès prématurés dus aux cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures, aux accidents de la circulation, aux chutes accidentelles, aux suicides, au SIDA, etc.

Le système de santé français se caractérise aussi par des inégalités sociales et spatiales de santé marquées, à la fois entre :

- Les sexes : l'écart d'espérance de vie entre les femmes (82,7 années) et les hommes (75,2 années) est de 7,5 ans ;
- Les catégories socio-professionnelles : la mortalité prématurée des ouvriers est 3 fois supérieure à celle des cadres et membres d'une profession libérale, et l'écart d'espérance de vie à 35 ans chez les hommes y est respectivement de 38 et 44,5 années, soit un écart de plus de 6 ans ;
- Les régions : l'écart d'espérance de vie à la naissance entre un homme de Midi-Pyrénées (76 années) et un homme du Nord-Pas-de-Calais (71 années) est de 5 ans.

Le système de santé français est décrit comme centré sur l'offre de soins, ne laissant qu'une place subsidiaire à la prévention. Certains pays, comme le Québec, sont pris en exemple pour la place qu'ils accordent à la promotion de la santé.

De plus, les auteurs pointent le défaut de formation des professionnels de santé en matière de prévention, ainsi que le cloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur social.

A la fin de ce rapport, certaines recommandations sont particulièrement intéressantes pour mon travail :

- Promouvoir la promotion de la santé et l'éducation pour la santé ;
- Cibler les nouvelles formes de consultation de prévention vers les populations qui en ont le plus besoin ;
- Mieux intégrer soin et prévention ;
- Mieux former et rémunérer les professionnels impliqués sans créer une profession statutaire de la prévention ;
- Développer la recherche en éducation pour la santé ;
- Mieux former les professionnels de santé à la prévention, en formation initiale comme en formation continue.

Le rapport du Conseil économique et social rendu en novembre 2003 dresse un bilan comparable.¹¹

2.2. Depuis 2004, la politique de prévention de l'Assurance Maladie s'inscrit dans un nouveau cadre légal

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a permis notamment de définir des objectifs de santé publique (dont ceux relatifs à la prévention), d'instaurer un dispositif de formation continue pour les professionnels de santé, et d'impliquer les professionnels dans des actions de prévention.¹²

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a instauré la coordination des soins (assurée par le médecin traitant), la protocolisation des soins dans les pathologies chroniques, le rôle de la HAS dans l'élaboration des référentiels, et le partage des informations de santé entre les professionnels.¹³

La mise en place d'une consultation de prévention en médecine générale est apparue pour certains comme le point de rencontre de ces deux lois (François Baudier, URCAM Franche-Comté).¹⁴

De plus, l'établissement d'une continuité entre un système de soins, encore essentiellement basé sur le curatif, et les nouveaux enjeux de prévention, est devenu nécessaire. Une démarche visant à intégrer la prévention (primaire, secondaire et tertiaire) dans le cadre des soins a commencé à voir le jour. Elle vise aussi le décloisonnement entre les nombreux acteurs impliqués par la démarche préventive, pour un objectif commun : améliorer la qualité de vie des français en leur donnant tous les moyens de préserver leur capital santé.

2.3. Trois rapports ministériels sont les témoins de cette évolution

En avril 2005, le rapport de la commission « démographie médicale » présidée par le Professeur Yvon Berland a fait le constat de l'hétérogénéité de l'offre des soins médicaux sur le territoire français et de la méconnaissance des mesures incitatives à l'installation dans les zones déficitaires. En écho au rapport de mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » daté d'octobre 2003, il introduit aussi la possibilité de redéfinir les missions des médecins pour qu'ils soient utilisés de manière optimale à leur juste niveau de formation, et l'éventualité d'un transfert de tâches et de compétences au sein du système de santé.^{15,16}

Le rapport sur « La consultation périodique de prévention » rendu par le Professeur Joël Ménard en mai 2005 propose des pistes pour le développement et l'organisation des activités de consultation et de prévention individuelle.¹⁷

L'auteur propose d'évaluer et de renforcer le dépistage organisé des cancers et les vaccinations, et d'y adjoindre le dépistage organisé et le suivi du risque cardiovasculaire. Il recommande de donner aux professionnels de santé des outils d'aide à la prévention, facilement accessibles sur internet, et cite en exemple le logiciel EsPeR de l'université Paris V.¹⁸

Il introduit surtout la notion d'une consultation périodique de prévention, fondée sur le dépistage des principaux risques pour la santé en fonction de l'âge, et centrée sur les actions dont la balance bénéfiques-risques est démontrée favorable : modifications des comportements, certains dépistages, vaccinations.

En septembre 2006, la « Commission d'orientation prévention » présidée par le Docteur Jean-François Toussaint a rendu son rapport d'étape sur les « Stratégies nouvelles de prévention ». ¹⁹

Certaines des recommandations sont intéressantes pour mon travail :

1. Le groupe de travail recommande une approche centrée sur les âges de la vie avec trois périodes principales : la grossesse, l'enfance et la cinquantaine ;
2. Le médecin traitant est un pivot du système de prévention, il peut s'appuyer sur un réseau de partenaires (éducateurs, médecins scolaires ou du travail, paramédicaux) ;
3. La prévention médicalisée repose sur un « rendez-vous santé » régulièrement proposé à chaque français par son médecin traitant, hors de tout contexte pathologique.

Encore une fois, l'accent est mis sur la formation médicale à la prévention : « celle-ci doit s'envisager dans le cadre des CHU et doit bénéficier de mesures de renforcement en particulier dans l'enseignement du deuxième cycle. [...] En troisième cycle, cette formation pourrait se voir renforcée par la mise en place de structures hospitalo-universitaires dédiées à la prévention, incluant les formations du DES de médecine générale et les thématiques d'éducation thérapeutique ou environnementale, avec pour objectif les thématiques transversales telles que la lutte contre le tabagisme et l'obésité, la prise en charge du risque cardio-vasculaire, le conseil nutritionnel, l'activité physique, le vieillissement pathologique (en particulier les troubles cognitifs, les troubles du sommeil) ».

2.4. Deux avenants à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes confirment cette percée de la médecine préventive

L'arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n° 12 précise dans son article 1^{er} que « dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le rôle du médecin traitant doit être pérennisé, tant dans son action de coordination, en particulier pour les patients atteints d'une affection de longue durée, que dans le cadre de sa mission de prévention et de promotion de la santé. Dès lors, [...] les parties signataires conviennent de la nécessité d'engager progressivement les médecins traitants dans des programmes de prévention ». ²⁰

L'arrêté du 2 mai 2007 portant approbation de l'avenant n° 23 détaille les thèmes de prévention jugés prioritaires :

1. La iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées ;
2. Le dépistage précoce du cancer du sein ;
3. La vaccination antigrippale chez les personnes âgées ;
4. Les facteurs de risque pour la femme enceinte ;
5. Les risques cardiovasculaires, et en premier lieu le diabète ;
6. L'obésité chez les jeunes. ²¹

Il est intéressant de noter que c'est, en partie, cet engagement des médecins traitants dans les actions de prévention qui fait porter à 21 euros la valeur de la lettre clé C le 1er août 2006 (article 5 de l'avenant n°12), puis éventuellement à 23 euros le 1er juin 2008, « compte tenu de l'engagement des médecins dans la maîtrise médicalisée et dans la prévention en 2007 et 2008 » (article 5 de l'avenant n°23).

2.5. La Société Française de Santé Publique a organisé récemment deux séminaires sur « La consultation de prévention en médecine générale »

Le premier séminaire a eu lieu le 4 décembre 2006 à la Direction Générale de la Santé. J'ai eu la chance d'assister au second, le 21 septembre 2007, au Ministère de la Santé. Les enseignements de ces séminaires sont nombreux : j'en ai retenu certains qui se rattachent à mon sujet.^{22,23}

Trois types d'interventions sont habituellement distingués :

1. La prévention primaire ou universelle, dont l'objectif est d'éviter l'apparition d'un événement morbide chez un sujet sain ;
2. La prévention secondaire ou sélective, dont l'objectif est de dépister un événement morbide au stade précoce chez un individu atteint non traité, de manière à pouvoir le prendre en charge efficacement ;
3. La prévention tertiaire ou indiquée, dont l'objectif est d'éviter les rechutes et les complications d'un événement morbide.²⁴

Les dépenses de prévention en France (en 2002) représentent 10,5 milliards d'euro (soit 6,4% des dépenses de santé), dont les deux tiers sont des dépenses invisibles : ce sont les activités réalisées en consultation, principalement par les généralistes (vaccinations, dépistage, conseils hygiéno-diététiques...).²⁵

Le sentiment d'efficacité des généralistes à changer des comportements varie d'un domaine à l'autre :

- 90% se sentent efficaces pour le dépistage des cancers ;
- au moins les deux tiers se sentent efficaces pour l'alimentation, l'usage du préservatif, l'exercice physique ou l'abus de psychotropes ;
- environ la moitié se sent efficace pour le tabagisme ou les accidents de la vie courante ;
- seulement un tiers se sent efficace pour l'alcoolisme et l'usage de drogues.²⁶

Un tiers des médecins généralistes déclare utiliser des questionnaires préétablis d'aide au repérage des facteurs de risque ou au dépistage des pathologies, mais seulement 7% d'entre eux les utilisent régulièrement. Les plus utilisés sont destinés aux pathologies psychiatriques, neurologiques ou cardiovasculaires.²⁶

Les principaux freins cités par les médecins généralistes pour développer une démarche de prévention ou d'éducation sont :

- la résistance du patient (50%) ;
- le manque de temps (34%) ;
- le manque de formation (5%) ;
- l'absence de rémunération (2%) ;
- l'inefficacité de la démarche (2%).²⁶

Il est intéressant de noter que lorsque l'on interroge les patients, ceux-ci reprochent à leur médecin de ne pas aborder avec eux ce thème de la prévention.

De nombreuses initiatives et expériences ont vu le jour depuis quelques années. Pour n'en citer que quelques unes :

- le logiciel d'Estimation Personnalisée des Risques (EsPeR) développé par le laboratoire de Santé Publique et Informatique Médicale de l'université Paris V;¹⁸
- l'expérience d'Action de Santé Libérale En Equipe (ASALEE) à l'initiative du Docteur Jean Gautier et de l'URML Poitou-Charentes (<http://www.urml-pc.org/projets/asalee.html>) ;
- les examens périodiques de santé proposés par les centres d'examen de santé de l'assurance maladie (<http://www.cetaf.asso.fr/fiches/examens.htm>) ;
- la consultation de prévention proposée aux étudiants depuis janvier 2004, organisée par la SMEREP et l'URML d'Ile-de-France (http://www.urml-idf.org/urml/cons_prev/consultation.htm).

Cependant, la mise en place de consultations de prévention se heurte à de nombreux blocages :

1. Son contexte de mise en œuvre : rendez-vous à des âges-clés, ou suivi en continu ;
2. Son contenu : développement d'outils de recueil d'informations, de suivi et d'évaluation des risques ; formation des médecins à l'application de référentiels dans le champ de la prévention ; renforcement de l'éducation thérapeutique, prise en compte des conditions de travail, etc. ;
3. Ses acteurs : le médecin traitant, la possibilité de transfert de compétence (infirmière, assistante médicale...), la place des réseaux de santé et des maisons médicales pluridisciplinaires ;
4. Sa rémunération : le paiement à l'acte, au forfait ou par capitation ;
5. Son principe : une démarche de prévention individuelle qui doit s'inscrire dans le cadre plus global de la promotion de la santé, c'est-à-dire dans la lignée de la définition de la santé donnée par l'OMS : « un état de complet bien-être, physique, social et mental ». ²⁷

3. La mise en place de consultations de prévention réalisées par des externes en cabinet de médecine générale permettrait de concilier ces deux approches

3.1. Un tel dispositif est, à ma connaissance, inédit en France

Ma recherche bibliographique ne m'a pas permis de retrouver la trace de consultations dédiées à la prévention et réalisées par des externes en cabinet de médecine générale.

La stratégie de recherche est détaillée par la suite.

3.2. Un tel dispositif pourrait s'avérer utile à plus d'un titre

Au travers de ce bref aperçu des évolutions à venir du cursus médical et du système de santé, il apparaît que :

1. La formation des externes prend déjà en compte les thèmes de la prévention et du dépistage, et pourrait bientôt s'enrichir d'un stage en cabinet de médecine générale ;
2. Le système de santé français pourrait proposer un nouveau type de consultations dédiées à la prévention et réalisées par des médecins généralistes ;
3. La réalisation de telles consultations de prévention par des étudiants de DCEM au cours de leur stage chez le médecin généraliste n'a jamais été envisagée.

Pourtant, nous pouvons aisément supposer les nombreuses retombées positives que ces consultations pourraient éventuellement avoir :

- Sur la formation des externes : apprentissage d'une des particularités de la médecine de soins primaires (la prévention) dans un cadre extrahospitalier (le cabinet de médecine générale) et découverte du colloque singulier avec le patient (absence de supervision directe par le maître de stage) ;
- Sur la santé des patients et la connaissance qu'il en ont : repérage des facteurs de risque, conseils élémentaires, explications sur leur traitement ou leur pathologie (éducation thérapeutique), initiation ou renforcement d'un suivi médical, ou même simple échange de connaissances sur la santé ;
- Sur la charge de travail des maîtres de stage : meilleure connaissance de l'état de santé de leurs patients, travail en collaboration avec l'externe, émulation respectueuse, délégation d'une partie des compétences, mais décision finale appartenant au praticien.
- Sur la valorisation de la médecine générale : découverte précoce de la discipline au cours du DCEM, identification positive aux médecins qui l'incarnent, expérimentation d'un nouveau mode de consultation, retour positif des patients, meilleure motivation avant les choix des ECN.

Cette liste ne prétend à aucune exhaustivité, et n'est en aucun cas objective. Elle représente simplement les enjeux qui ont motivé la concrétisation de mon projet. Mon travail n'apportera aucune réponse sur ces sujets.

PREMIERE PARTIE : Etude CARE-Prev1

Enquête d'opinion auprès des patientèles de deux cabinets de médecine générale, relative à l'acceptabilité de consultations de prévention réalisées uniquement par des externes

1. INTRODUCTION

1.1. Ce qui a déjà été dit ou étudié

1.1.1. Les externes semblent favorables à un stage ambulatoire durant le deuxième cycle des études médicales (DCEM)

Deux thèses réalisées en 1998 et 2002 ont ainsi porté sur l'évaluation d'un stage obligatoire chez le praticien organisé sur 3 demi-journées pour les étudiants de DCEM1 et DCEM2, à la faculté de médecine de Créteil (Université Paris XII).

Leurs conclusions sont similaires :

- Le stage permet de découvrir les spécificités de la médecine générale ambulatoire : diversité des motifs de consultation, découverte du patient dans son milieu de vie, continuité de la relation médecin-malade, importance de l'écoute, actions de santé publique ;
- Les étudiants sont majoritairement satisfaits (71 cas sur 92) : premier contact avec la médecine générale, meilleure acquisition des connaissances théoriques propres aux soins primaires, identification positive au médecin généraliste ;
- L'expérience est jugée formatrice, mais limitée dans le temps ;
- Le problème de la rémunération des maîtres de stage n'est pas réglé. ^{28,29}

1.1.2. Certaines facultés l'ont déjà mis en place

Certaines facultés de médecine expérimentent déjà les stages de médecine générale en DCEM (Nantes, Angers, Rouen, Lyon, Tours, Créteil...), dont certains durent plusieurs semaines. ³⁰

La faculté de médecine d'Angers propose depuis la rentrée 2006 des stages ambulatoires de 9 semaines, à raison de 5 demi-journées par semaine. Chaque jour, l'externe doit réaliser au moins une consultation sans la supervision directe de son maître de stage : le cas est ensuite revu avec le maître de stage. Ces derniers (un par externe et par stage) étaient jusque-là rémunérés sur des fonds propres de la faculté, mais le sont désormais sur des crédits de la DRASS. Le CHU a accepté de continuer à rémunérer les étudiants. ¹

A l'université Paris VII, les premiers stages ambulatoires de médecine générale seront mis en place à la rentrée 2008-2009.

¹ Informations obtenues auprès du Professeur François Garnier, président du Département de Médecine Générale de la faculté de médecine d'Angers.

1.1.3. Les internes regrettent qu'un tel stage n'existe pas

Une thèse portant sur les motivations des étudiants qui ont choisi la filière médecine générale à l'issue des ECN en 2004 relève que :

- 61% des internes interrogés ont « choisi » la médecine générale pendant leur externat, et 21% avant ;
- près de 15% considèrent l'image dévalorisée du médecin généraliste comme un frein à ce choix ;
- 76% estiment que la formation reçue au cours du DCEM n'est pas adaptée à la réalité du métier de médecin généraliste ;
- 68% considèrent que l'amélioration de la formation au cours du DCEM passe par celle de la formation théorique et/ou de stage ambulatoire.
- la création d'un stage ambulatoire obligatoire en DCEM pourrait constituer une solution.³¹

1.1.4. Certains enseignements peuvent être tirés du stage ambulatoire organisé durant le troisième cycle des études médicales (TCEM)

Par ailleurs, une thèse réalisée à la faculté Xavier Bichat en 2005 a porté sur l'évaluation du stage chez le praticien au cours du troisième cycle des études médicales (TCEM).

Certaines informations sont intéressantes pour mon travail :

- La mise en place d'un stage ambulatoire au cours du TCEM a été longue et difficile : le premier rapport de la commission Fougère date du 1^{er} avril 1975, le premier décret date du 16 mai 1997, le premier stage chez le praticien (à la faculté Xavier Bichat) a eu lieu en novembre 1997, et les honoraires pédagogiques ont été fixés par arrêté le 13 mars 1998 ;
- Le stage est jugé formateur, mais les internes préfèrent les phases actives (supervision directe, et surtout indirecte).³²

1.1.5. Les enseignants souhaitent la réalisation d'un tel stage

Le projet national de stage de médecine générale du CNGE a déjà été exposé.⁵

La concrétisation de ce projet nécessite très probablement la reconnaissance du statut universitaire d'Enseignant Clinicien Ambulatoire (ECA) et une revalorisation de la rémunération des actuels maîtres de stage.

1.1.6. Les patients sont prêts à accepter une consultation dédiée à la prévention

Une étude menée en 2005 par le laboratoire universitaire de Santé Publique et Informatique Médicale (SPIM) de la faculté de médecine Paris V a évalué la faisabilité de consultations de prévention réalisées par 60 médecins généralistes à l'aide du logiciel EsPeR :

- 498 consultations ont été réalisées par 53 médecins généralistes pendant les 4 mois de l'étude ;
- la durée moyenne des consultations a été de 35 minutes ;
- chaque consultation a permis d'aborder entre 3 et 6 thèmes de prévention parmi les suivants : maladie cardiovasculaire, consommation d'alcool, consommation de tabac et cancers.³³

Une autre étude menée simultanément en a évalué l'acceptabilité, à l'aide d'un auto-questionnaire distribué aux patients ayant participé à ces consultations :

- 260 patients (52%) ont émis une opinion favorable ;
- 34 patients étaient surpris (7%) et 51 ont eu un avis partagé (10%) ;
- un des points les plus appréciés a été la longueur inhabituelle de la consultation ;
- 92 patients (18%) ont été déçus par l'impact insuffisant de ces consultations ou n'ont pas apprécié les explications sur certains risques.³⁴

1.2. Ce qui n'a jamais été étudié

La réalisation de consultations dédiées à la prévention dans un cabinet de médecine générale n'a, à ma connaissance, jamais été confiée à des externes.

L'acceptabilité et la faisabilité de telles consultations n'ont donc jamais été étudiées.

1.3. Ce qui est envisagé

1.3.1. Le pré-requis

Les consultations de prévention réalisées par des externes en cabinet de médecine générale constituent un mode de consultation novateur à plusieurs niveaux :

- les patients ne sont pas habitués à voir uniquement un externe en consultation de ville ;
- les patients ne sont pas habitués à des consultations uniquement dédiées à la prévention ;
- les externes ne sont pas habitués à effectuer des stages en cabinet de médecine générale ;
- les externes ne sont pas habitués à réaliser des consultations dédiées à la prévention.

De telles consultations ne peuvent pas être mises en place, et encore moins prétendre être efficaces, si elles ne sont pas jugées acceptables par les patients.

Elles doivent aussi être réalisables par un externe dans les conditions définies.

1.3.2. La question

Mon travail se propose d'étudier si la mise en place de consultations de prévention réalisées par des externes en cabinet de médecine générale est réalisable.

1.3.3. La décomposition en 2 études

Pour répondre à ma question, il semblait prudent de décomposer mon étude sur les Consultations Ambulatoires Réalisées par des Externes et dédiées à la Prévention (CARE-Prev) en deux temps successifs :

1. Une enquête d'acceptabilité auprès des patients de deux cabinets médicaux à l'aide d'un auto-questionnaire, avant la mise en place de ces consultations (étude CARE-Prev1) ;
2. Une enquête de faisabilité de telles consultations réalisées par 2 externes (étude CARE-Prev2).

Cette première partie de mon travail va donc logiquement traiter de l'étude CARE-Prev1.

2. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Cette recherche bibliographique fut difficile à mener. Elle a été réalisée le 12 novembre 2007.

Si les données disponibles dans la littérature concernant la prévention en médecine générale sont très nombreuses, celles traitant spécifiquement de son enseignement en ambulatoire dans le cadre des études de médecine sont beaucoup plus rares.

2.1. La consultation des fonds documentaires francophones

2.1.1. Les mots-clés MeSH (Medical Subject Headings) en français

Le CISMéF fournit un module de recherche par « Terminologie » pour identifier les mots-clés MeSH, qualificatifs ou méta-termes se rapportant à ma recherche :

- « étudiant médecine » (mot-clé) ;
- « enseignement médical » (mot-clé) ;
- « promotion santé » (mot-clé) ;
- « prévention et contrôle » (qualificatif) ;
- « médecine préventive » (méta-terme et mot-clé) ;
- « médecine générale » (méta-terme) ;
- « médecine familiale » (mot-clé) ;
- « médecin famille » (mot-clé) ou « médecin généraliste » (synonyme) ;
- « stage pratique guidé » (mot-clé).

2.1.2. Le Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones (CISMéF) du CHU des hôpitaux de Rouen ³⁵

Le méta-terme « médecine générale », qui regroupe les mots-clés « médecine familiale » et « médecin de famille », fournit 321 ressources.

Les équations « médecine générale ET étudiant médecine » et « médecine générale ET enseignement médical » fournissent respectivement 4 et 24 ressources, dont aucune n'est exploitable pour mon travail.

Le méta-terme « médecine préventive », qui regroupe les mots-clés « médecine préventive », « promotion santé » et le qualificatif « prévention et contrôle » fournit 4.820 ressources.

Les équations « médecine préventive ET étudiant médecine », « médecine préventive ET enseignement médical » et « médecine préventive ET médecine générale » fournissent respectivement 0, 34 et 68 ressources, dont aucune n'est exploitable pour mon travail.

L'équation « médecine préventive ET enseignement médical ET médecine générale » fournit 8 ressources, dont aucune n'est exploitable pour mon travail.

Le mot-clé « stage pratique guidé » fournit 3 ressources, dont une seule se rattache directement à mon sujet, mais se révèle peu exploitable. Il s'agit des propositions d'organisation et de financement d'un stage de second cycle en médecine générale, organisé par la faculté de médecine de l'université de Rennes, sur 20 demi-journées. ³⁶

2.1.3. La Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine (BIUM) de Paris ³⁸

En interrogeant le moteur de recherche du catalogue des thèses, les mots-clés déjà cités fournissent de nombreuses ressources, dont 4 sont exploitables pour mon travail :

- Meillat I. Première expérience de stage obligatoire chez le praticien dans le deuxième cycle à Créteil – Son évaluation. Thèse pour le doctorat de médecine générale. Université Paris XII – Créteil, 1998, n°1048 ;²⁸
- Cherqui S. Deuxième expérience de stage obligatoire chez le praticien dans le deuxième cycle à Créteil – Son évaluation. Thèse pour le doctorat de médecine générale. Université Paris XII – Créteil, 2002, n°1018 ;²⁹
- Albe Dermigny S. Motivations des étudiants qui ont choisi la filière "médecine générale" à l'issue des épreuves classantes nationales en 2004. Thèse pour le doctorat de médecine générale. Université Paris XII – Créteil, 2006, n°1008 ;³¹
- Lorilloux SA. Evaluation du stage chez le praticien à la faculté X. Bichat. Thèse pour le doctorat de médecine générale. Université Paris VII – Bichat, 2005, n°50.³²

2.1.4. Les autres fonds documentaires francophones consultés

Le méta-moteur de l'Université Médicale Virtuelle Francophone (UVMF) fournit 19 ressources à l'équation « médecine préventive ET médecine générale », dont aucune n'est exploitable pour mon travail. Il ne fournit aucune ressource à la requête « stage pratique guidé ». ³⁸

La base documentaire de la Banque de Données de Santé Publique (BDSP) fournit respectivement 631 ressources à l'équation « prévention AND (médecine ville OR médecin généraliste) », mais n'en fournit plus que 7 à l'équation « prévention AND (médecine ville OR médecin généraliste) AND formation initiale » (mots-clés du Thésaurus Santé Publique version 4), dont aucune n'a été exploitée dans mon travail. ³⁹

Le catalogue Article@INIST de l'Institut de l'Information Scientifique et Technique du Centre National de la Recherche Scientifique (INIST-CNRS) ne fournit aucune ressource exploitable pour mon sujet. ⁴⁰

2.2. La consultation des fonds documentaires anglophones

2.2.1. Les mots-clés MeSH (Medical Subject Headings) en anglais

Le module de recherche par « Terminologie » du CISMéF fournit la traduction en anglais des mots-clés MeSH, qualificatifs ou méta-termes se rapportant à ma recherche :

- « students, medical » (mot-clé) ;
- « education, medical » (mot-clé) ;
- « health promotion » (mot-clé) ;
- « prevention and control » (qualificatif) ;
- « preventive medicine » (méta-terme et mot-clé) ;
- « family practice » (mot-clé) ;
- « physicians, family » (mot-clé) ou « general practitioner » (synonyme) ;
- « preceptorship » (mot-clé).

2.2.2. La banque de données Pubmed du National Institute of Health ⁴¹

L'équation ("family practice"[MeSH Terms] OR "physicians, family"[MeSH Terms]) interroge la base de données sur le vaste thème de la médecine générale et fournit 60.855 ressources.

Pour circonscrire la recherche aux études médicales, l'équation devient ("family practice"[MeSH Terms] OR "physicians, family"[MeSH Terms]) AND ("students, medical"[MeSH Terms] OR "education, medical"[MeSH Terms]), et fournit 9.914 ressources.

Pour limiter la recherche au domaine de la prévention, l'équation devient ("family practice"[MeSH Terms] OR "physicians, family"[MeSH Terms]) AND ("students, medical"[MeSH Terms] OR "education, medical"[MeSH Terms]) AND ("preventive medicine"[MeSH Terms] OR "prevention and control"[Subheading] OR "health promotion"[MeSH Terms]), et fournit 462 ressources.

Enfin, pour trouver ce qui concerne exclusivement le stage pratique, l'équation devient ("family practice"[MeSH Terms] OR "physicians, family"[MeSH Terms]) AND ("students, medical"[MeSH Terms] OR "education, medical"[MeSH Terms]) AND ("preventive medicine"[MeSH Terms] OR "prevention and control"[Subheading] OR "health promotion"[MeSH Terms]) AND ("Preceptorship"[MeSH Terms]) et ne fournit plus que 7 ressources, dont 2 se rapprochent de notre sujet :

- Crosson J, Heaton CJ, Boyd L, The summer assistantship in patient education: a preclinical preceptorship. *Fam Med.* 2003 Jan;35(1):15-7 ; ⁴²
- Stine C, Kohrs FP, Little DN, Kaprielian V, Gatipon BB, Haq C, Integrating prevention education into the medical school curriculum: the role of departments of family medicine. *Acad Med.* 2000 Jul;75(7 Suppl):S55-9. ⁴³

En complétant ma recherche avec la banque de données Pubmed Central, j'obtiens 14 ressources supplémentaires, dont aucune n'est exploitable pour mon travail.

2.2.3. L'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes (WONCA)

Les "abstracts" des présentations scientifiques, ateliers ou posters de l'édition 2007 du congrès de la WONCA sont disponibles. ⁴⁴

Trois d'entre eux se rapprochent de notre travail :

- Chevalier P et al. Feasibility of a computer-aided consultation of prevention performed by the general practitioner. Communication orale à la Conférence WONCA Europe 2007. CNGE, octobre 2007, n°814 ; ³³
- Chevalier P et al. Is a dedicated prevention consultation acceptable by patients ? A qualitative study. Communication orale à la Conférence WONCA Europe 2007. CNGE, octobre 2007, n°830 ; ³⁴
- Lichte T et al. Teaching prevention and health promotion – Implementing in the undergratuated medical curriculum. Communication orale à la Conférence WONCA Europe 2007. *Instituts of General Practice*, octobre 2007, n°1281. ⁴⁵

2.2.4. Les autres fonds documentaires anglophones consultés

Le moteur de recherche Intute de l'université de Manchester fournit 25 ressources à l'équation "preceptorship" AND "preventive medicine" AND "family practice", dont aucune n'est exploitable pour mon travail.⁴⁶

Le site Primary Care Electronic Library (PCEL) de l'Université de Londres fournit 65 ressources à l'équation "preceptorship" AND "preventive medicine" AND "family practice", dont aucune n'est exploitable pour mon travail.⁴⁷

D'autres méta-moteurs, plus orientés vers l'Evidence Based Medicine, ne fournissent pas plus de ressources :

- Le méta-moteur TRIP Database ;⁴⁸
- Le méta-moteur SUMsearch de l'Université du Texas.⁴⁹

2.3. La recherche par « bouche-à-oreille »

Ma recherche bibliographique ne m'ayant pas permis de trouver assez de références exploitables (qui correspondent complètement aux 3 axes de la recherche : la prévention, en médecine générale, et confiée au externes), je me suis donc adressé directement à des personnes susceptibles d'être au courant de projets qui pourraient se rapporter à mon sujet de thèse.

Ce fut notamment le cas du Professeur Marc Brodin^{II} et du Docteur Vincent Renard.^{III}

Leur contribution a apporté la plupart des références citées dans le préambule de ce travail.

Cependant, concernant spécifiquement les consultations de prévention réalisées par des externes dans un cabinet de médecine générale, je n'ai retrouvé aucune expérience similaire en France ou à l'étranger.

^{II} Professeur de santé publique à l'université Paris VII.

^{III} Président du Collège Nationale des Généralistes Enseignants.

3. OBJECTIFS

L'objectif principal de l'étude CARE-Prev1 est d'évaluer, auprès des patients de deux cabinets médicaux, l'acceptabilité de consultations de prévention réalisées uniquement par des externes en cabinet de médecine générale.

Ses objectifs secondaires sont :

1. Comparer la perception de telles consultations dans un cabinet péri-urbain et un cabinet urbain ;
2. Définir les modalités de réalisation optimales pour de telles consultations ;
3. Recueillir les suggestions des patients.

4. MATERIELS & METHODE

4.1. Type d'enquête

L'étude CARE-Prev1 est une enquête d'opinion prospective par questionnaire fermé et semi-ouvert proposé à l'ensemble de la patientèle de deux cabinets de médecine générale.

4.2. Sites de l'enquête

4.2.1.Sélection des cabinets médicaux

J'ai proposé mon étude aux praticiens de deux cabinets médicaux que je connaissais bien pour y avoir été interne :

- Le cabinet des Docteurs Martine Binelli, Vincent Gay, Pascal Quérouil et Alain Wasniewski, à Vauréal, dans le Val d'Oise (95), où j'ai réalisé mon SASPAS de mai à novembre 2007 ;
- Le cabinet des Docteurs Jean-Pierre Aubert, Ghislaine Audran, Françoise Lecompte et Philippe Sopena, dans le XVIII^e arrondissement de Paris (75), où j'ai réalisé mon stage ambulatoire de niveau 1 de novembre 2005 à mai 2006.

4.2.2.Description du cabinet médical de Vauréal

La Maison médicale des Toupets se situe au 35 mail Mendès France, à Vauréal (95490). Elle accueille 4 médecins généralistes et 2 orthophonistes.

Trois des quatre médecins du cabinet médical sont maîtres de stage, et reçoivent depuis 1997 des internes de l'université Paris VII.

Ils sont régulièrement remplacés par un ancien interne : Nicolas Lemonnier.

Le cabinet médical dispose d'un secrétariat. Les rendez-vous sont fixés toutes les 20 minutes.

4.2.3.Description du cabinet médical de Paris

Le cabinet médical Jules Joffrin se situe au 32 rue Hermel, à Paris (75018).

Trois des quatre médecins du cabinet médical sont maîtres de stage, et reçoivent depuis 1983 des internes de l'université Paris VII.

Ils sont régulièrement remplacés par le Docteur Sylvie Berreur.

Le cabinet médical dispose d'un secrétariat. Les rendez-vous sont fixés toutes les 15 minutes.

4.2.4.Accord des praticiens du cabinet

Les praticiens des deux cabinets médicaux ont tous donné leur accord pour la conduite de l'étude CARE-Prev1 auprès de leur patientèle.

4.3. Période d'enquête

Les questionnaires ont été distribués simultanément dans les deux cabinets médicaux du lundi 30 juillet au samedi 25 août 2007.

4.4. Population cible

L'objectif de mon étude étant de déterminer l'acceptabilité de consultations de prévention proposées à tous les patients (sans distinction d'âge, de sexe, de terrain ou de motif de consultation notamment), j'ai voulu limiter les critères de sélection.

4.4.1. Critères d'inclusion

Un questionnaire a été distribué à chaque patient venant consulter pendant la période de l'enquête, quelque soit le médecin consulté.

Les patients y répondaient sur place, avant ou après le rendez-vous avec leur médecin, et remettaient le questionnaire rempli au médecin consulté ou à la secrétaire.

Les parents pouvaient répondre au questionnaire à la place de leur enfant, si celui-ci était incapable de le faire pour lui-même.

4.4.2. Critères d'exclusion

Ne répondaient pas au questionnaire :

- ceux qui ne le souhaitaient pas (respect du libre arbitre) ;
- ceux qui ne le pouvaient pas (ou ne pouvaient pas se faire aider) ;
- ceux qui y avaient déjà répondu.

4.5. Constitution du questionnaire

4.5.1. Le pré-test

Une première version du questionnaire a été distribuée, dans les conditions de l'étude CARE-Prev1, pendant une seule journée au cabinet de Vauréal.

Neuf patients y ont répondu et ont donné leur avis sur la clarté des questions et de leur présentation.

C'est notamment au cours de ce pré-test que je me suis rendu compte que certains patients oubliaient de répondre aux questions au verso.

Leurs remarques ont été prises en compte pour la rédaction de la version définitive du questionnaire.

4.5.2. La présentation générale

Le début du questionnaire est précédé d'une courte introduction expliquant les objectifs de l'étude, et ce que sont un maître de stage, un externe et un interne. [Annexes n°1 et 2]

Il est présenté sur une feuille recto-verso et constitué de 9 questions, dont la plupart sont fermées pour faciliter l'interprétation des réponses.

4.5.3. Les données étudiées

Les 3 premières questions permettent de caractériser les patients selon :

- le sexe et l'âge ;
- le « médecin habituel » (cette formulation permet de désigner le médecin que le patient considère comme « traitant », même si il n'en a pas fait la déclaration à la caisse d'Assurance Maladie dont il dépend).^{IV}

Les questions n°4 et 5 portent sur l'acceptabilité de consultations en présence du médecin habituel et de l'externe, quel que soit celui qui mène la consultation.

Les questions n°6 à 8 portent spécifiquement sur l'acceptabilité de consultations de prévention réalisées uniquement par des externes, le meilleur moment pour les proposer, et *l'a priori* des patients concernant leur intérêt.

La question n°9 laisse libre cours aux remarques et aux suggestions.

4.6. Recueil de données

4.6.1. Distribution par les secrétaires

Après avoir expliqué les principes et les objectifs de cette étude aux secrétaires médicales des deux cabinets, la distribution du questionnaire leur a été confiée, et s'est déroulé sur les deux sites simultanément.

4.6.2. Explications complémentaires

Sa distribution pouvait être accompagnée, le cas échéant, d'un petit complément d'information de la part de la secrétaire médicale préalablement informée.

De plus, pendant toute la période de l'étude, des affiches exposées dans les salles d'attente apportaient des informations supplémentaires sur la structure des études médicales, l'impossibilité de découvrir la médecine générale avant le choix de la spécialité, et la proposition de stages en médecine générale pour les externes dans les années à venir. [Annexes n°3 et 4]

^{IV} Nicolas Lemonnier apparaît comme médecin « habituel » : ceci est justifié par sa place de remplaçant régulier des médecins au sein du cabinet médical de Vauréal.

4.7. Traitement des données

4.7.1.Saisie

Pour permettre de rentrer les données provenant des questionnaires distribués dans les deux cabinets un masque de saisie commun pour les deux sites [Annexe n°5] a été construit avec la version 3.1 du logiciel EpiData®.^v

4.7.2.Analyse

L'analyse des données a été réalisée avec à la version 3.4.1 du logiciel Epi Info®.^{vi}

4.7.3.Interprétations des réponses libres

Pour en faciliter l'analyse, les réponses aux questions n°4 et 5 ont été regroupées en catégories :

- la catégorie « Sexualité » réunit toutes les réponses concernant la nudité, l'examen gynécologique, la réalisation d'un frottis cervico-vaginal et les infections sexuellement transmissibles ;
- la catégorie « Psychologie » réunit toutes les réponses concernant les pathologies psychiatriques (dont la dépression) et les « problèmes personnels » ;
- la catégorie « Complexe ou grave » réunit toutes les réponses concernant les pathologies graves et/ou complexes, ou décrites comme telles, et le refus des consultations en dehors des cas « classiques » ;
- les autres réponses sont regroupées à part.

Certaines réponses étaient plus difficiles à interpréter, notamment les réponses concernant les « problèmes intimes », qui ont été codées dans deux catégories : « Sexualité » et « Psychologie ».

De la même manière, les réponses à la question n°9 ont été regroupées en catégories :

- la catégorie « Encouragements » réunit toutes les réponses concernant les *a priori* positifs pour leur santé, la formation des externes et l'organisation du cabinet ;
- la catégorie « Respect du patient » réunit toutes les réponses concernant l'information à donner aux patients, le respect du secret médical et du libre-arbitre ;
- la catégorie « Prudence & méfiance » réunit toutes les réponses concernant les risques ressentis, le manque d'expérience de l'externe et la nécessité d'une supervision par le maître de stage ;
- les autres remarques et suggestions sont regroupées à part.

^v Disponible gratuitement en français sur le site EpiConcept : <http://www.epiconcept.fr>

^{vi} Disponible gratuitement en anglais sur le site des Centers for Disease Control and Prevention : <http://www.cdc.gov/epiinfo>

5. RESULTATS

5.1. Nombre de questionnaires remplis

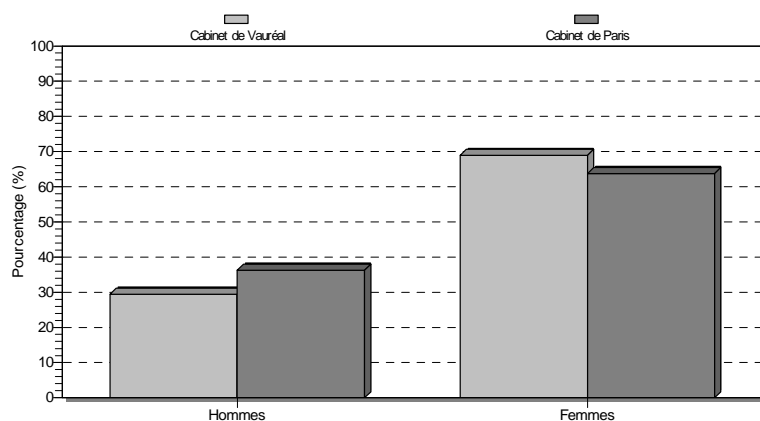
Au total, 494 questionnaires ont été remplis et analysés :

- 276 questionnaires ont été remplis par les patients du cabinet de Vauréal (55,9%) ;
- 218 questionnaires ont été remplis par les patients du cabinet de Paris (44,1%).

5.2. Caractéristiques générales des patients ayant répondu

5.2.1. Distribution selon le sexe

Les deux tiers (65,8%) des répondants sont des femmes, sans différence significative entre les deux cabinets médicaux. ^{VII}

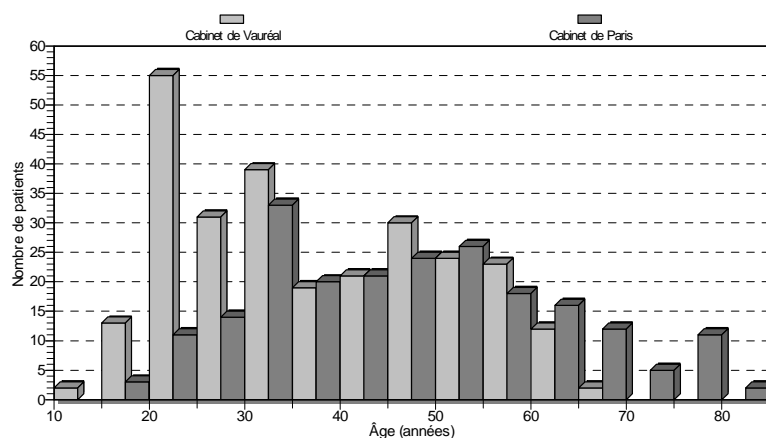


Graphique n°1a : Comparaison dans chacun des deux cabinets médicaux, de la distribution des patients ayant répondu au questionnaire de l'étude CARE-Prev1, en fonction de leur sexe.

5.2.2. Distribution selon l'âge

Les répondants du cabinet de Vauréal sont significativement plus jeunes que ceux du cabinet de Paris :

- les 20-30 ans y sont 3 fois plus représentés ; ^{VIII}
- il n'y a aucun patient de plus de 70 ans dans le cabinet de Vauréal, et 18 dans celui de Paris.



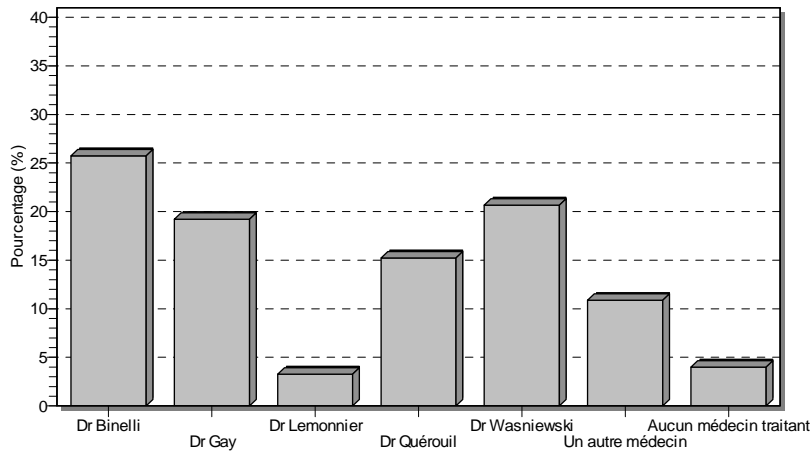
Graphique n°1b : Comparaison dans chacun des deux cabinets médicaux, de la distribution des patients ayant répondu au questionnaire de l'étude CARE-Prev1, en fonction de leur âge.

^{VII} $\chi^2=0,53$ et $p=0,466$

^{VIII} $\chi^2=26,63$ et $p<0,001$; Odds ratio=3,55 (IC95%=2,18-5,79)

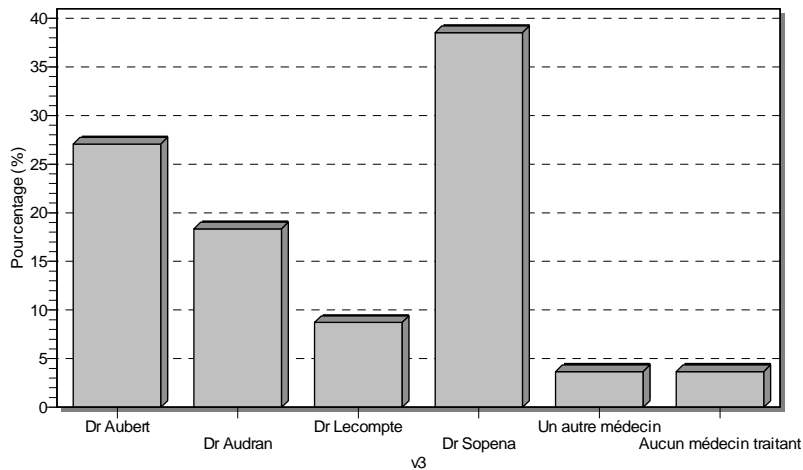
5.2.3. Distribution selon le médecin traitant

➤ Cabinet de Vauréal



Graphique n°1c : Distribution des patients du cabinet de Vauréal, ayant répondu au questionnaire de l'étude CARE-Prev1, en fonction du médecin « habituel » signalé.

➤ Cabinet de Paris



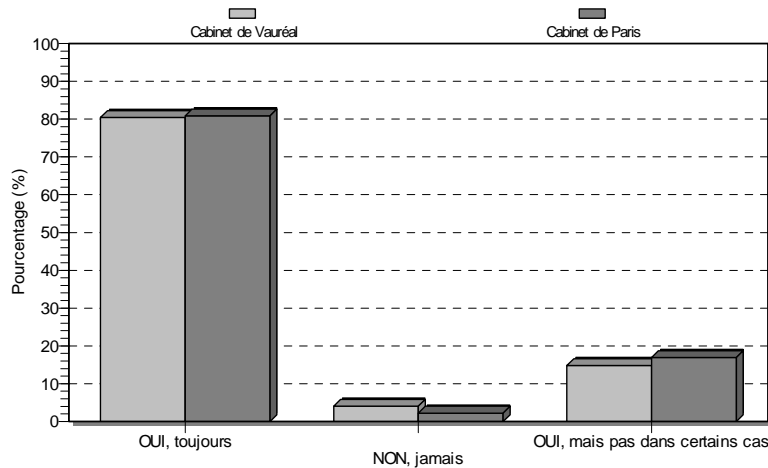
Graphique n°1d : Distribution des patients du cabinet de Paris, ayant répondu au questionnaire de l'étude CARE-Prev1, en fonction du médecin « habituel » signalé.

5.3. Acceptabilité des consultations « classiques » en présence du médecin habituel et de l'externe

5.3.1. Selon le cabinet médical

➤ Si le médecin dirige l'interrogatoire et l'examen clinique

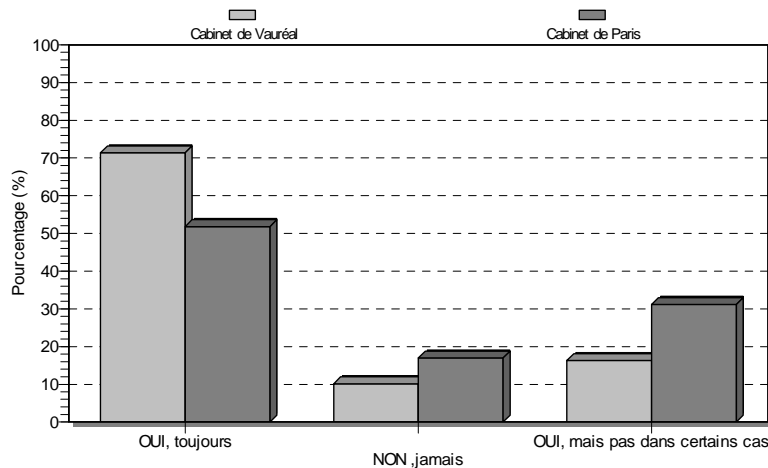
Les patients accepteraient majoritairement (80,4%) d'être reçus en consultation par leur médecin en présence d'un externe, sans différence significative entre les deux cabinets médicaux. ^{IX}



Graphique n°2a: Comparaison dans chacun des deux cabinets médicaux, de la distribution des réponses à la question n°4 (« Seriez-vous prêts à être reçu en consultation par votre médecin en présence de l'externe, si c'est votre médecin qui dirige l'interrogatoire et vous examine ? »).

➤ Si l'externe dirige l'interrogatoire et l'examen clinique

Ils sont plus réticents à l'idée que l'externe dirige la consultation, surtout dans le cabinet de Paris. ^{X, XI}



Graphique n°2b: Comparaison dans chacun des deux cabinets médicaux, de la distribution des réponses à la question n°5 (« Seriez-vous prêts à être reçu en consultation par votre médecin en présence de l'externe, si c'est l'externe qui dirige l'interrogatoire et vous examine ? »).

^{IX} $\chi^2=5.17$ et $p=0.075$

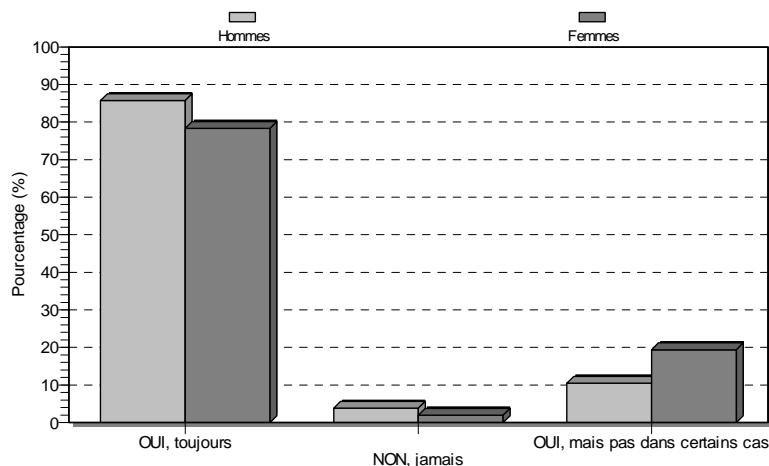
^X $\chi^2=42.65$ et $p<0.001$

^{XI} $\chi^2=23.41$ et $p<0.001$

5.3.2. Selon le sexe

➤ Si le médecin dirige l'interrogatoire et l'examen clinique

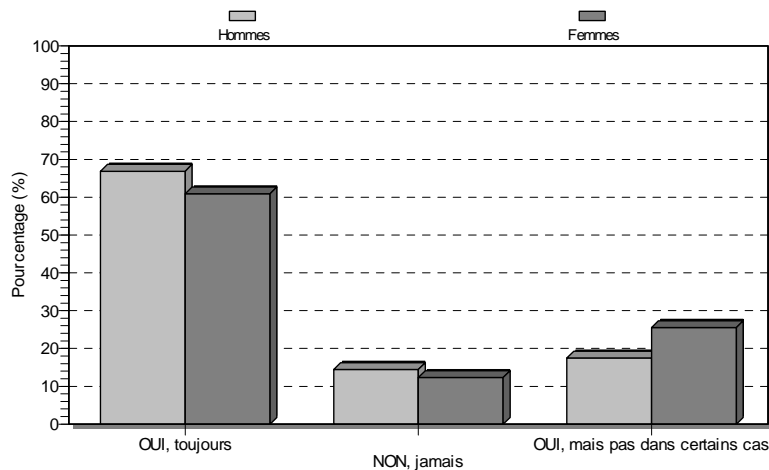
Les femmes émettent plus de réserves que les hommes à être reçues en consultation par leur médecin en présence d'un externe. ^{XII}



Graphique n°3a : Comparaison en fonction du sexe des patients, de la distribution des réponses à la question n°4 (« Seriez-vous prêts à être reçu en consultation par votre médecin en présence de l'externe, si c'est votre médecin qui dirige l'interrogatoire et vous examine ? »).

➤ Si l'externe dirige l'interrogatoire et l'examen clinique

La même tendance s'observe si l'externe dirige la consultation, mais n'est plus significative. ^{XIII}



Graphique n°3b : Comparaison en fonction du sexe des patients, de la distribution des réponses à la question n°5 (« Seriez-vous prêts à être reçu en consultation par votre médecin en présence de l'externe, si c'est l'externe qui dirige l'interrogatoire et vous examine ? »).

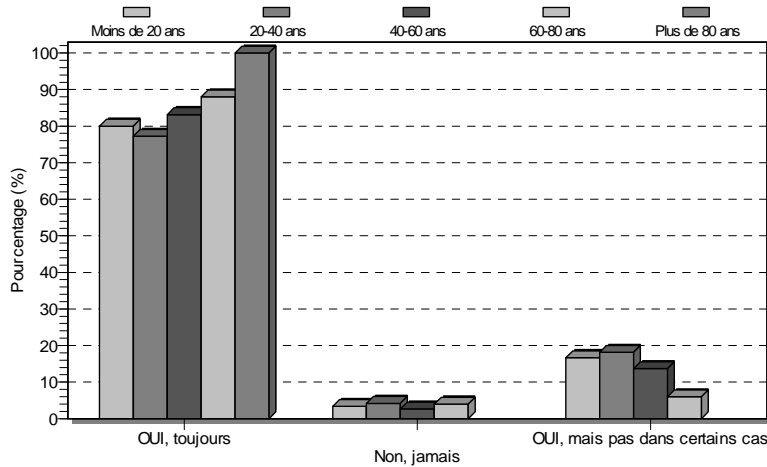
^{XII} $\chi^2=8.40$ et $p=0.015$

^{XIII} $\chi^2=4,14$ et $p=0.126$

5.3.3. Selon l'âge

➤ Si le médecin dirige l'interrogatoire et l'examen clinique

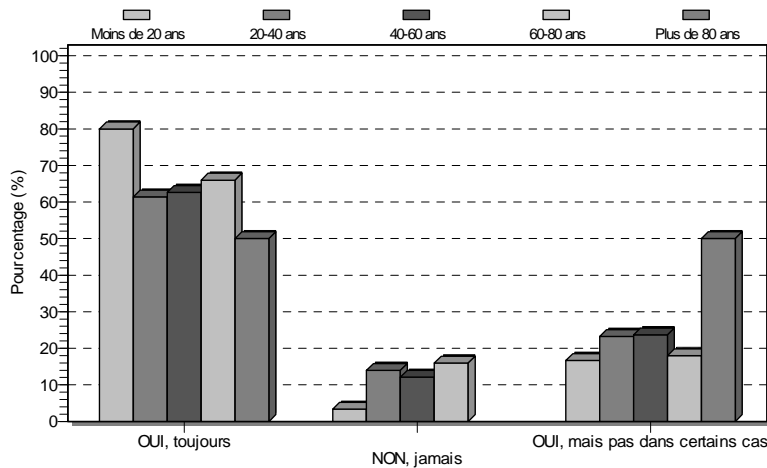
Plus les patients sont âgés, moins ils semblent émettre de réserves à être reçus en consultation par leur médecin en présence d'un externe, mais sans différence significative.^{XIV}



Graphique n°4a : Comparaison en fonction de l'âge des patients, de la distribution des réponses à la question n°4 (« Seriez-vous prêts à être reçu en consultation par votre médecin en présence de l'externe, si c'est votre médecin qui dirige l'interrogatoire et vous examine ? »).

➤ Si l'externe dirige l'interrogatoire et l'examen clinique

A l'inverse, plus les patients sont âgés, plus ils semblent émettre de réserves à être reçus en consultation si l'externe dirige la consultation, mais toujours sans différence significative.^{XV}



Graphique n°4b : Comparaison en fonction de l'âge des patients, de la distribution des réponses à la question n°5 (« Seriez-vous prêts à être reçu en consultation par votre médecin en présence de l'externe, si c'est l'externe qui dirige l'interrogatoire et vous examine ? »).

^{XIV} $\chi^2=6.41$ et $p=0.601$

^{XV} $\chi^2=6.29$ et $p=0.615$

5.4. Obstacles à l'acceptabilité des consultations « classiques » en présence du médecin habituel et de l'externe

5.4.1. Les différentes catégories d'obstacles

Certaines réponses classées dans la catégorie « Sexualité » sont ici reproduites en exemple :

- « Consultation gynécologique » ;
- « Pose stérilet », « Frottis » ;
- « Si je dois être nue, si je dois intégralement me déshabiller » ;
- « Maladie sexuellement transmissible » ;
- « Intimité physique ».

Certaines réponses classées dans la catégorie « Psychologie » sont ici reproduites en exemple :

- « Dépression » ;
- « Si le problème pour lequel je consulte me paraît être d'ordre trop privé et dépendant du lien particulier avec le médecin traitant (par exemple problème psychologique) » ;
- « Si je me sens trop mal, je suis quelqu'un de dépressif, ce que je dis est parfois de l'ordre de l'intime, un regard extérieur me bloquerait ».

Certaines réponses classées dans la catégorie « Complexe ou grave » sont ici reproduites en exemple :

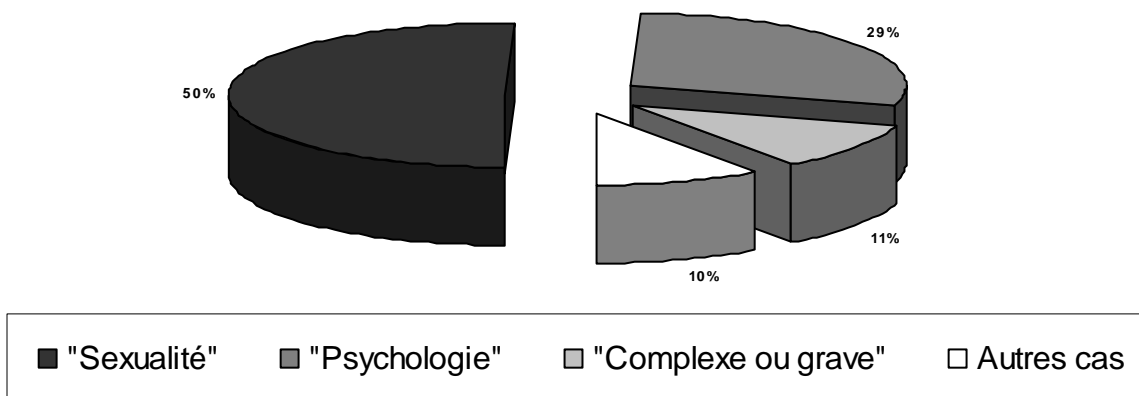
- « Si ça concerne mon ALD » ;
- « Le suivi de mon diabète » ;
- « Problèmes cardiaques ou neurologiques » ;
- « Examen lié à la grossesse » ;
- « Inquiétude particulièrement forte, plus rassurant de s'entretenir directement avec un médecin expérimenté » ;
- « Si c'est une visite où je ne suis pas très malade » ;
- « Hors toute problématique nouvelle que celle suivie au long cours (renouvellement ordonnances et petites mises au point trimestrielles) » ;
- « Seulement si c'est une visite classique (angine, grippe...). Pas si cela nécessite une expérience professionnelle (maladies graves) ».

D'autres réponses sont classées à part :

- « Cas où je préfère m'adresser directement à mon médecin traitant » ;
- « Pour moi mais pas pour mon bébé » ;
- « Possibilité au cas par cas de dire non à la présence d'un externe » ;
- « Sous contrôle du médecin traitant ».

5.4.2. Si le médecin dirige l'interrogatoire et l'examen clinique

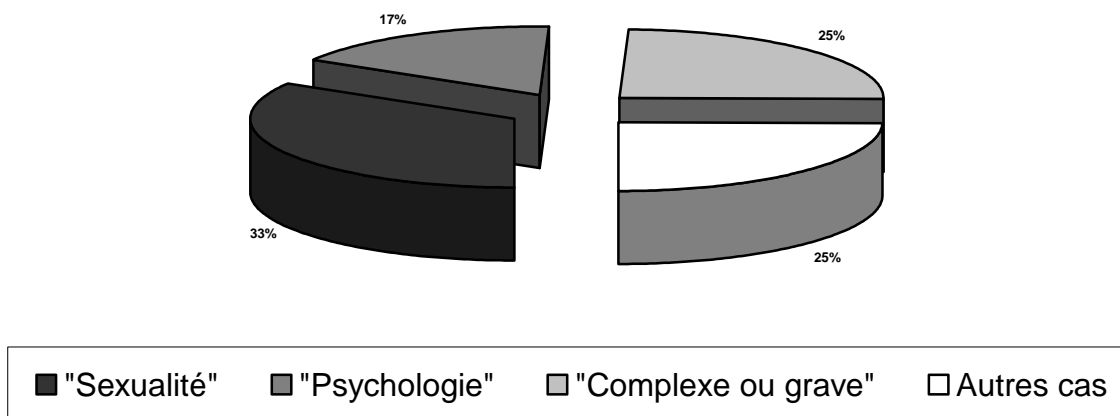
Les motifs qui empêcheraient le plus les patients d'accepter d'être reçus par leur médecin en présence de l'externe sont les motifs touchant à la sexualité ou d'ordre psychologique.



Graphique n°5a : Distribution globale des réponses concernant les cas où les patients ne sont pas prêts à être reçus en consultation par leur médecin en présence de l'externe, si c'est le médecin qui dirige l'interrogatoire et les examine.

5.4.3. Si l'externe dirige l'interrogatoire et l'examen clinique

Les motifs qui empêcheraient le plus les patients d'accepter d'être reçus si l'externe dirige la consultation sont plus équilibrés.

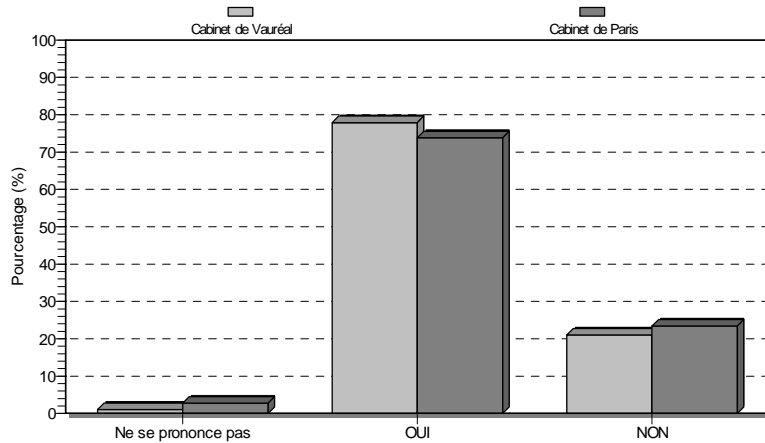


Graphique n°5b : Distribution globale des réponses concernant les cas où les patients ne sont pas prêts à être reçus en consultation par leur médecin en présence de l'externe, si c'est l'externe qui dirige l'interrogatoire et les examine.

5.5. Acceptabilité de consultations de prévention réalisées par un externe

5.5.1. Selon le cabinet médical

Les patients accepteraient majoritairement (76,6%) d'être reçus en consultation de prévention uniquement par un externe, sans différence significative entre les deux cabinets médicaux. ^{XVI}



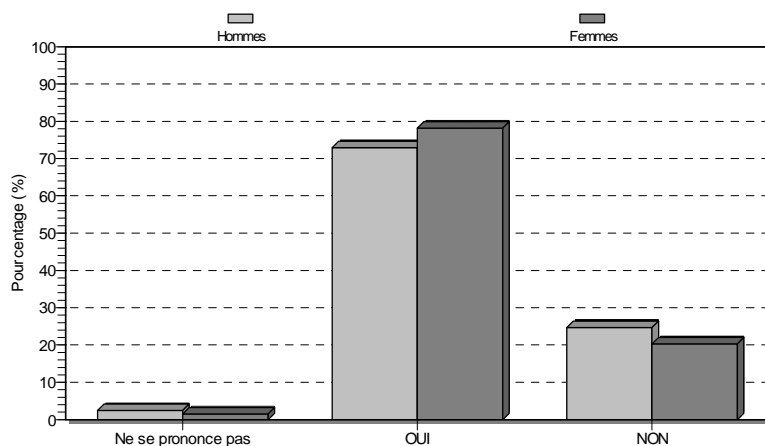
Graphique n°6a : Comparaison dans chacun des deux cabinets médicaux, de la distribution des réponses à la question n°6 (« Seriez-vous prêts à être reçu par un externe, sans votre médecin, pour des consultations de prévention ? »).

Ce résultat peut être comparé à l'acceptabilité des consultations classiques en présence du médecin et de l'externe (les réponses « non, jamais » et « oui, mais pas dans certains cas » sont ici agrégées en une seule réponse négative) :

- les patients accepteraient plus facilement une consultation de prévention uniquement avec l'externe, qu'une consultation classique avec le médecin si c'est l'externe qui dirige ; ^{XVII}
- la différence n'est pas significative si c'est le médecin qui dirige la consultation. ^{XVIII}

5.5.2. Selon le sexe

Les patients des deux sexes accepteraient majoritairement d'être reçus en consultation de prévention uniquement par un externe, sans différence significative entre les deux sexes. ^{XIX}



Graphique n°6b : Comparaison en fonction du sexe des patients, de la distribution des réponses à la question n°6 (« Seriez-vous prêts à être reçu par un externe, sans votre médecin, pour des consultations de prévention ? »).

^{XVI} $\chi^2=0,39$ et $p=0,531$

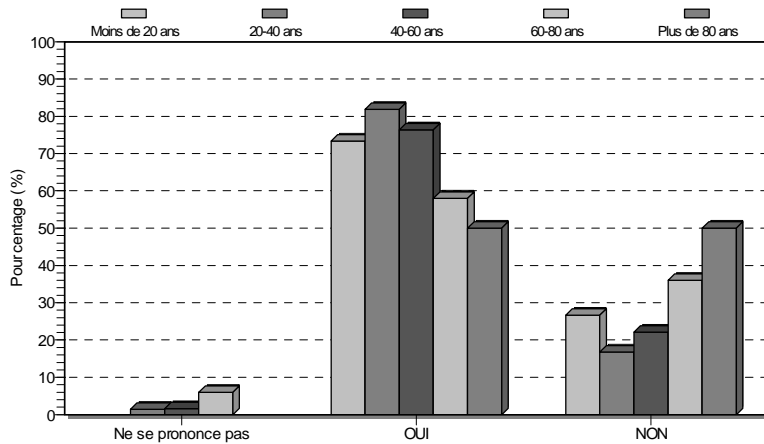
^{XVII} $\chi^2=22,26$ et $p<0,001$

^{XVIII} $\chi^2=1,45$ et $p=0,229$

^{XIX} $\chi^2=1,11$ et $p=0,292$

5.5.3. Selon l'âge

Ce sont les patients les plus jeunes et les plus âgés qui refuseraient le plus d'être reçus en consultation de prévention uniquement par un externe.^{XX}



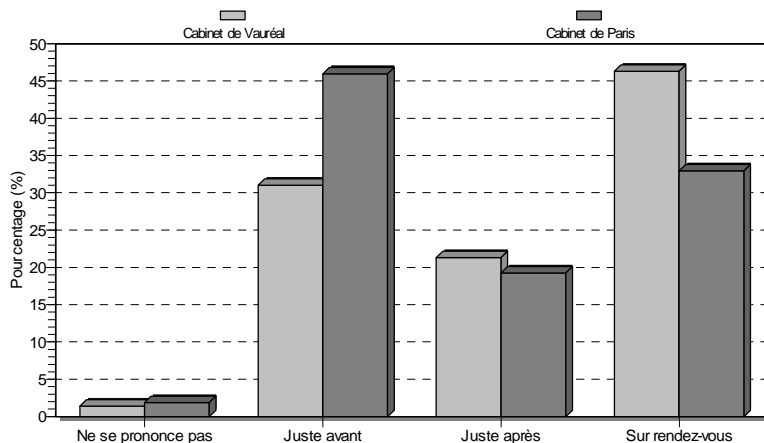
Graphique n°6c : Comparaison en fonction de l'âge des patients, de la distribution des réponses à la question n°6 (« Seriez-vous prêts à être reçu par un externe, sans votre médecin, pour des consultations de prévention ? »).

5.6. Modalités optimales de réalisation de telles consultations de prévention

5.6.1. Selon le cabinet médical

Les patients du cabinet de Paris préfèrent que ces consultations leur soient proposées avant le rendez-vous habituel avec leur médecin.^{XXI}

Les patients du cabinet de Vauréal préfèrent un rendez-vous spécifique avec l'externe, un autre jour.^{XXII}



Graphique n°7a : Comparaison dans chacun des deux cabinets médicaux, de la distribution des réponses à la question n°7 (« Dans quelles conditions seriez-vous prêts à être reçu par un externe, sans votre médecin, pour des consultations de prévention ? »).

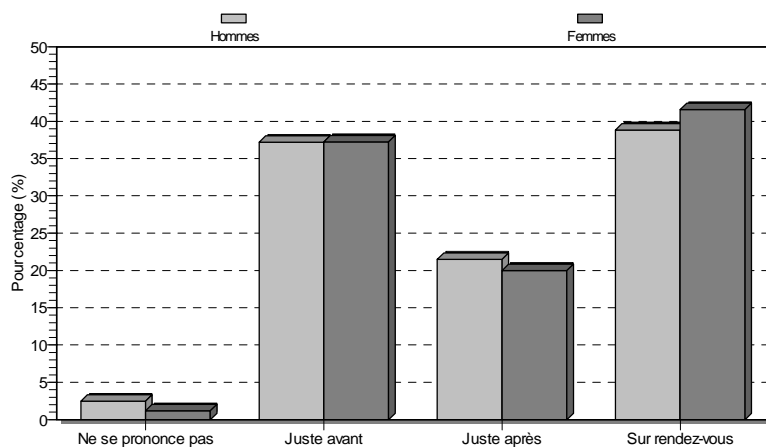
^{XX} $\chi^2=10.84$ et $p=0.013$

^{XXI} $\chi^2=8.47$ et $p=0.003$

^{XXII} $\chi^2=6.18$ et $p=0.013$

5.6.2. Selon le sexe

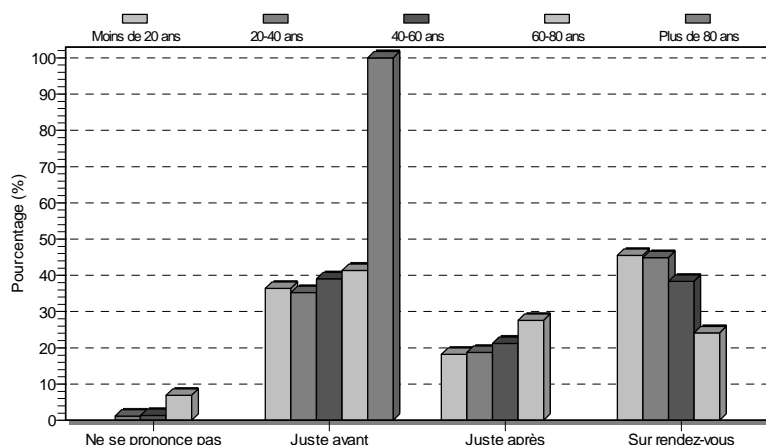
Les trois modalités de proposition de ces consultations semblent convenir également aux patients des deux sexes. ^{XXIII}



Graphique n°7b : Comparaison en fonction du sexe des patients, de la distribution des réponses à la question n°7 (« Dans quelles conditions seriez-vous prêts à être reçu par un externe, sans votre médecin, pour des consultations de prévention ? »).

5.6.3. Selon l'âge

Aucune différence significative n'est observable. ^{XXIV}



Graphique n°7c : Comparaison en fonction de l'âge des patients, de la distribution des réponses à la question n°7 (« Dans quelles conditions seriez-vous prêts à être reçu par un externe, sans votre médecin, pour des consultations de prévention ? »).

^{XXIII} $\chi^2=0,23$ et $p=0,893$

^{XXIV} $\chi^2=6,25$ et $p=0,619$

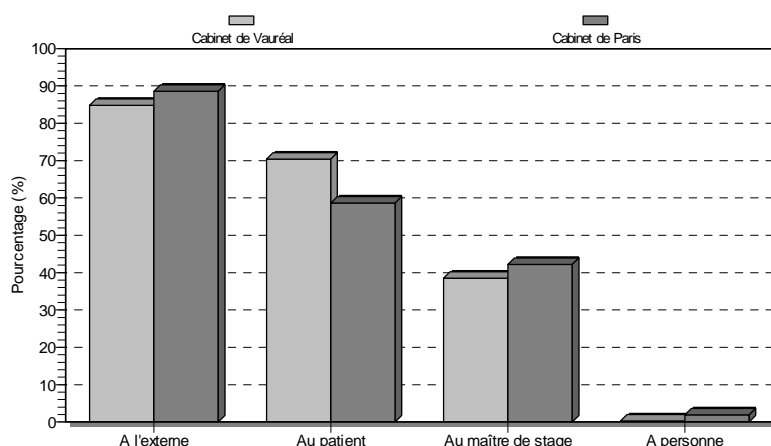
5.7. Intérêt perçu de telles consultations de prévention

5.7.1. Selon le cabinet médical

Une grande majorité des patients (86,4%) estime que ce type de consultation peut profiter aux externes, sans différence significative entre les deux cabinets. ^{XXV}

Les deux tiers des patients (64,6%) pensent qu'elles peuvent leur être profitables : les patients du cabinet de Vauréal sont plus convaincus que ceux du cabinet de Paris. ^{XXVI}

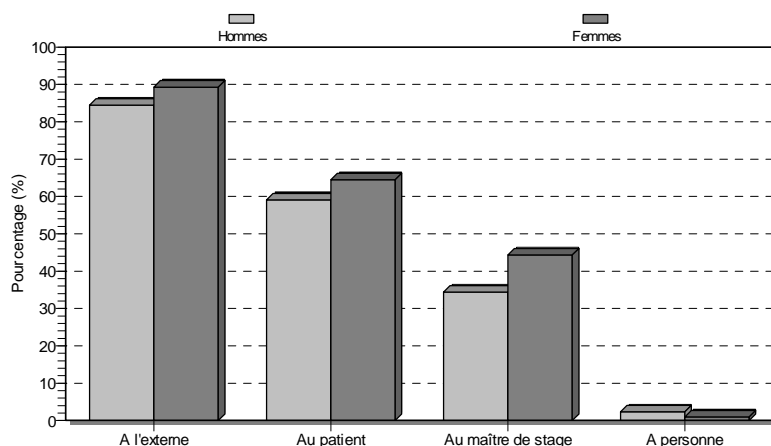
Ils sont à peine plus d'un tiers (39,9%) à penser qu'elles puissent profiter à leur médecin, sans différence significative entre les deux cabinets. ^{XXVII}



Graphique n°8a : Comparaison dans chacun des deux cabinets médicaux, de la distribution des réponses à la question n°8 (« A qui pensez-vous que des consultations de prévention réalisées par des externes dans un cabinet de médecine générale peuvent être profitables?»).

5.7.2. Selon le sexe

Les femmes semblent plus convaincues que les hommes, mais sans différence significative. ^{XXVIII}



Graphique n°8b : Comparaison en fonction du sexe des patients, de la distribution des réponses à la question n°8 (« A qui pensez-vous que des consultations de prévention réalisées par des externes dans un cabinet de médecine générale peuvent être profitables?»).

^{XXV} $\chi^2=1,37$ et $p=0,242$

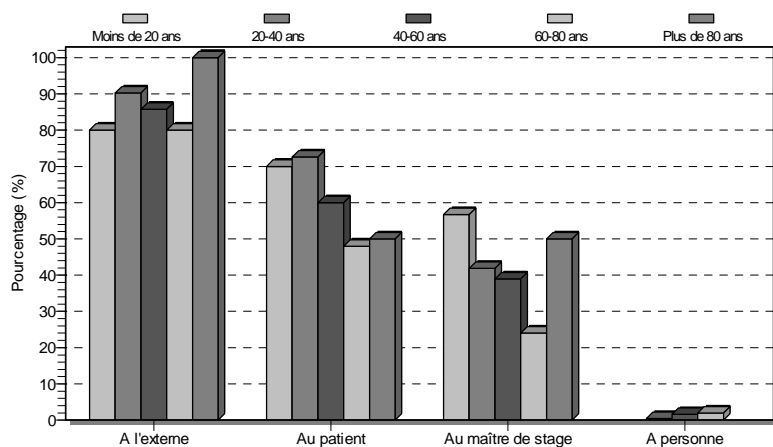
^{XXVI} $\chi^2=5,34$ et $p=0,021$

^{XXVII} $\chi^2=0,53$ et $p=0,467$

^{XXVIII} Respectivement : $\chi^2=0,02$ et $p=0,883$; $\chi^2=0,45$ et $p=0,503$; $\chi^2=1,12$ et $p=0,290$; $\chi^2=0,17$ et $p=0,682$

5.7.3. Selon l'âge

Plus les patients sont jeunes, plus ils estiment que de telles consultations peuvent profiter aux patients et aux maîtres de stage. La différence n'est pas significative quant à l'intérêt pour les externes.^{XXIX}



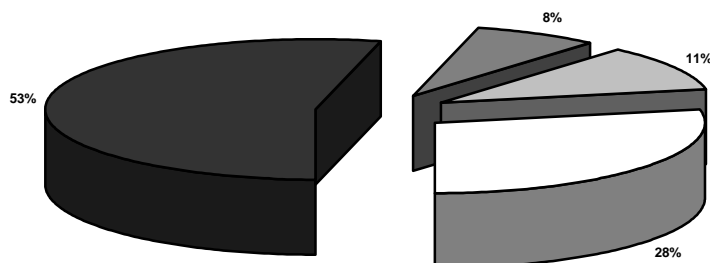
Graphique n°8c : Comparaison en fonction de l'âge des patients, de la distribution des réponses à la question n°8 (« A qui pensez-vous que des consultations de prévention réalisées par des externes dans un cabinet de médecine générale peuvent être profitables? »).

5.8. Remarques et suggestions

5.8.1. Leur répartition globale

La plupart des remarques sont encourageantes.

Certaines rappellent la nécessité d'informer les patients et de leur laisser la liberté de choisir.



■ Encouragements ■ Respect du patient ■ Prudence & méfiance □ Autres

Graphique n°9 : Distribution globale des réponses à la question 9, concernant les remarques et les suggestions.

^{XXIX} Respectivement : $\chi^2=5.61$ et $p=0.132$; $\chi^2=14.16$ et $p=0.003$; $\chi^2=9.21$ et $p=0.003$

5.8.2. Les réponses classées dans la catégorie « Encouragements »

Certains avis sont tranchés :

- « Il est absurde que les externes n'aient pas de stages en cabinet de ville. La médecine générale est la médecine de première intention. La confrontation avec le patient qui arrive dans le cabinet est déterminante. Il faut faire connaissance, répondre aux attentes, pressentir certaines choses au-delà de la demande précise. Et tout cela en un temps record. Ces instants de s'improvisent pas » ;
- « Je ne m'étais jamais interrogée sur ce problème mais je trouve que c'est dans la logique des choses. La médecine généraliste me semble être une spécialité à part entière, et les étudiants devraient recevoir obligatoirement une formation sur le terrain. Je suis un peu choquée de constater qu'il faille se battre pour ça ! » ;
- « Il est temps que la prévention trouve sa juste place dans le dispositif de soin ! ».

De nombreuses réponses concernent directement l'apport du contact avec la médecine générale dans la formation de l'externe :

- « Il me semble indispensable que l'externe multiplie les stages dans des endroits différents afin d'élargir ses compétences et son expérience » ;
- « Les externes sont trop souvent à l'hôpital, il est temps qu'ils travaillent avec les médecins [...] dans les cabinets » ;
- « Tout étudiant doit être confronté à la réalité, la médecine n'est pas une science virtuelle » ;
- « Je pense qu'il est normal que la théorie soit mise en pratique, pas seulement dans les hôpitaux où l'approche n'est pas la même » ;

Certaines réponses concernent spécifiquement l'intérêt perçu des consultations de prévention pour la formation des externes :

- « Je pense qu'il s'agit de la meilleure formation sur le terrain » ;
- « Bonne idée : information et prévention » ;
- « Le rôle du médecin, quelque soit son degré d'expertise, est aussi d'informer » ;
- « Mettre l'accent sur l'écoute pour les jeunes médecins. Soigner c'est pour l'essentiel : savoir, écouter, rassurer, prévenir » ;
- « C'est une excellente approche de formation réaliste ».

D'autres concernent la confiance que les patients sont prêts à accorder aux externes :

- « Il faut faire confiance à l'externe après tant d'études et de travail » ;
- « Je pense que même s'ils ne sont pas encore médecins, il faut leur laisser une chance d'apprendre le métier » ;
- « C'est avec l'expérience et en faisant des erreurs que l'on apprend » ;
- « Un externe est un futur médecin, il faut bien qu'il apprenne, et sur le tas c'est mieux ».

D'autres encore, évoquent l'intérêt perçu pour la santé des patients :

- « Grands intérêts pour adolescents et personnes encore jeunes » ;
- « Pour l'avoir expérimenté, je pense que l'externe aura plus tendance à aller jusqu'au bout des analyses et à prendre plus son temps (du fait du manque d'expérience). Et puis il n'est pas encore ... blasé par les années de pratique » ;
- « Je trouve que c'est une bonne piste pour améliorer le service de santé. Merci » ;
- « Très bonne initiative, cela permettrait de diminuer les dépenses de la Sécurité Sociale et cela serait bénéfique à tous les français » ;
- « Je trouve que le système de consultation est bien car il permet aux patients d'avoir un deuxième avis et un regard neuf ».

5.8.3. Les réponses classées dans la catégorie « Respect du patient »

Certaines sont ici reproduites en exemple :

- « Informer de la présence de l'externe lors de la prise de rendez-vous » ;
- « Ce serait bien que le médecin habituel présente l'externe » ;
- « Se présenter aux patients (année d'étude, expérience, formation...) » ;
- « Laisser toujours le choix au moment de la consultation » ;
- « Appréciation au cas par cas et selon l'humeur »
- « Respect du secret médical » ;
- « Dans tous les cas, je trouve important que le médecin référent m'explique que la personne est un externe, me le présente et lui fasse confiance ; ça permet aussi à l'externe, même tout seul, de dire qu'il ne sait pas ou ne peut pas me répondre ».

5.8.4. Les réponses classées dans la catégorie « Prudence & méfiance »

Certaines sont ici reproduites en exemple :

- « Si le médecin traitant refait l'examen pour valider les conclusions de l'externe » ;
- « A condition que le médecin reprenne le dialogue si la consultation ne va pas dans la bonne direction » ;
- « Pas sur des thématiques qu'il ne maîtrise pas complètement » ;
- « S'il est en fin d'études ».

D'autres sont plus négatives :

- « Je ne pense pas que des externes puissent mener des consultations sans leur maître de stage car personne ne peut augurer des questions qu'auraient à poser le patient ou que n'oserait pas poser le patient. Et dans ce cas, seule l'expérience et l'œil averti du praticien peut faire la différence pour le bien du patient. Aucune conséquence en médecine ne peut être sans gravité » ;
- « Pour mon expérience en tant que patiente en hôpital, la consultation avec les externes n'est pas toujours très rassurante, par rapport au diagnostic. On est plus tranquille si [...] un interne est là ».

5.8.5. D'autres réponses sont plus difficilement classables

Il s'agit par exemple de certains messages personnels (positifs, dans la plupart des cas) que les patients adressent (indirectement) à leur médecin.

D'autres réponses concernent le retard de leur médecin et la longueur de l'attente :

- « Toujours beaucoup de retard, parfois 45 minutes à 1 heure, je serais favorable pour un rendez-vous avant » ;
- « Problème du respect des horaires par les médecins traitants. Il est difficile de s'engager dans de telles consultations alors que maintenant, déjà, on sait à quelle heure on arrive mais jamais à quelle heure on va quitter le cabinet ».

6. DISCUSSION

6.1. A propos de la méthode

6.1.1. Nombre de questionnaires remplis

La distribution d'auto-questionnaires, simultanément dans les deux cabinets médicaux, pendant quatre semaines, a permis de recueillir un grand nombre de données.

Tous les questionnaires étaient analysables.

6.1.2. Comparaison entre les deux cabinets médicaux

L'étude devait initialement se dérouler dans le cabinet de Vauréal uniquement. La secrétaire médicale et les praticiens ont été mis au courant de mon projet bien avant le début de l'étude.

A l'inverse, les explications sur mon projet et le déroulement de l'étude ont été données dans le cabinet de Paris, juste avant le début de l'étude. Ceci peut expliquer le plus faible nombre de questionnaires recueillis dans ce cabinet.

6.1.3. Déroulement de l'étude pendant les vacances

La période de l'étude correspondait aux vacances scolaires.

Les patients qui fréquentent les cabinets médicaux à cette période sont probablement différents de ceux du reste de l'année. C'est notamment le cas des patients qui viennent consulter exceptionnellement dans ces cabinets parce que leur médecin habituel est en congé.

Certains médecins des deux cabinets de l'étude étaient eux aussi en vacances à cette période, mais la formulation de la question n°3 (médecin « habituel ») devait permettre de limiter ce biais (à la différence de médecin « consulté », par exemple).

Il aurait été intéressant d'étudier les réponses des patients signalant « un autre médecin », en supposant que cet effectif représente les patients suivis dans un autre cabinet médical (où les praticiens ne reçoivent pas d'internes). Mais leur nombre était insuffisant.

Je n'étais pas sur place pendant la distribution des questionnaires.

6.1.4. Recueil des non-réponses

Je n'avais pas prévu dans le protocole de mon étude de renseigner certains critères (âge et sexe, par exemple) sur les patients ne désirant pas remplir le questionnaire.

Cette étude ne fournit donc aucune information sur les non-répondants.

6.1.5. Les médecins habituels

Nicolas Lemonnier est présent dans la liste des « médecins habituels », car il remplace régulièrement les praticiens du cabinet de Vauréal, mais il était en vacances au moment de l'étude : ceci peut expliquer le faible nombre de patients le signalant comme médecin habituel.

Le Docteur Sylvie Berreur n'apparaît pas dans la liste des « médecins habituels », alors qu'elle remplace régulièrement les praticiens du cabinet de Paris : c'est une erreur.

6.1.6. Interprétation des réponses

Quelques réponses ont été difficilement interprétables :

- certains patients ont donné des réponses paradoxales entre la question n°4 et la question n°5, probablement à cause d'une mauvaise compréhension des questions (soit le médecin dirige, soit l'externe dirige) : ceci entrave l'interprétation des réponses à ces questions, notamment les réponses libres ;
- d'autres ont répondu à la question n°7 alors qu'ils avaient répondu « non » à la question n°6 : leurs réponses à la question n°7 n'ont donc pas été prises en compte.

Par souci de clarté, les réponses libres aux questions n°4, 5 et 9 ont été regroupées en catégories : celles-ci sont subjectives.

De plus, de nombreuses réponses (surtout à la question n°9) étaient des messages personnels : ceci explique la forte proportion de réponses « Autres » à cette question.

6.2. A propos des caractéristiques générales des patients ayant répondu

6.2.1. Les femmes sont plus nombreuses

Les femmes sont plus représentées que les hommes, dans les deux cabinets médicaux :

- peut-être parce qu'elles sont plus nombreuses à y consulter (ou à accompagner un enfant) ;
- peut-être parce qu'elles sont plus intéressées ou sensibles à la nouveauté ;
- peut-être parce que la secrétaire leur a plus distribué le questionnaire...

Il aurait été intéressant de renseigner le sexe des non-répondants pour tenter de répondre à ces questions.

Ces résultats sont concordants avec les résultats d'une étude réalisée en 1988 sur la composition socioprofessionnelle du cabinet Jules Joffrin qui retrouvait 57,47% de femmes. ¹³³

6.2.2. Les jeunes sont plus nombreux dans le cabinet de Vauréal

Les jeunes sont plus représentés dans les réponses de la patientèle du cabinet de Vauréal, notamment parmi les 20-30 ans :

- peut-être parce qu'ils sont plus nombreux à y consulter (notamment pendant les vacances) ;
- peut-être parce qu'ils sont plus intéressés ou sensibles à la nouveauté ;
- peut-être parce que la secrétaire leur a plus distribué le questionnaire.

Encore une fois, il aurait été intéressant de renseigner l'âge et le sexe des non-répondants pour tenter de répondre à ces questions.

Aucun des répondants n'avait plus de 70 ans dans le cabinet de Vauréal. Ceci peut s'expliquer par la faible proportion de patients de plus de 70 ans dans ce cabinet (entre 1 et 2% d'après les relevés individuels d'activité et de prescriptions de chaque praticien en 2006).

Par ailleurs, seuls deux patients de plus de 80 ans ont répondu au questionnaire dans celui de Paris : ceci gêne l'interprétation des dernières tranches d'âge des graphiques (60-80 ans et plus de 80 ans).

6.2.3. Tous les praticiens ne sont pas également représentés

Certains praticiens sont plus représentés que d'autres :

- peut-être parce leur patientèle est plus nombreuse ;
- peut-être parce qu'ils sont plus intéressés ou sensibles à la nouveauté ;
- peut-être parce qu'ils en parlaient pendant la consultation, et « repêchaient » ainsi certains non-répondants ;
- peut-être parce que la secrétaire a plus distribué le questionnaire à leurs patients ;
- peut-être parce que d'autres praticiens étaient en vacances et que les patients ont signalé le médecin « consulté » (et non le médecin « habituel »)...

Il aurait été tout aussi intéressant de renseigner le médecin habituel des non-répondants pour tenter de répondre à ces questions.

6.3. A propos de l'acceptabilité de la présence de l'externe au cours d'une consultation habituelle avec le médecin

6.3.1. Les obstacles

Les obstacles le plus souvent cités par les patients sont attendus :

- les motifs de consultations d'ordres sexuel ou psychologique ;
- les motifs de consultation complexes ou graves sont plus signalés dans le cas où l'externe dirigerait la consultation (ce qui peut traduire un certain manque de confiance de la part des patients, dans les capacités de l'externe).

Il s'agit des mêmes obstacles observés empiriquement par de nombreux internes en stage ambulatoire.

Aucun patient ne signale le sexe de l'externe comme un obstacle.

6.3.2. Les femmes émettent plus de réserves

Les patientes signalent plus souvent qu'elles ne voudraient pas être reçues en présence de l'externe, probablement parce qu'elles expérimentent plus souvent la nudité au cours de consultations de suivi (examen gynécologique, frottis cervico-vaginal...).

6.3.3. Les patients sont plus réticents à l'idée que l'externe dirige la consultation

Ce résultat était attendu : si les patients sont 80,4% à accepter d'être reçus en présence de l'externe, il ne sont plus que 62,8% à accepter que celui-ci dirige la consultation.

Il est plus surprenant de constater que les patients du cabinet de Paris sont plus réticents que ceux du cabinet de Vauréal à ce que l'externe dirige cette consultation (71,4% contre 51,8%).

Une des explications avancées pourrait être que la plupart des praticiens du cabinet de Paris appartiennent au Réseau de Santé Paris-Nord, et suivent dans ce cadre des patients alcoolodépendants et d'anciens toxicomanes substitués, dont certains sont séropositifs pour le VIH.

Il n'est pas possible de pousser plus loin l'analyse, car le protocole de l'étude ne prévoyait pas de recueillir de renseignements médicaux sur les répondants.

6.3.4. Et en fonction de l'âge ?

Les effectifs dans chaque tranche d'âge rendent cette interprétation difficile.

6.4. A propos de l'acceptabilité de consultations de prévention réalisées uniquement par des externes en cabinet de médecine générale

6.4.1. Un grande majorité des patients y est favorable

Quelque soient leur âge et leur sexe, les patients des deux cabinets médicaux accepteraient majoritairement d'être reçus en consultation de prévention uniquement par un externe (76,6%).

L'étude CARE-Prev1 permet donc de conclure que les consultations de prévention réalisées uniquement par des externes en cabinet de médecine générale sont acceptables.

Il est intéressant de noter que les patients accepteraient une consultation de prévention uniquement avec l'externe :

- plus facilement qu'une consultation classique en binôme si c'est l'externe qui dirige ;
- aussi facilement qu'une consultation classique en binôme si c'est le médecin qui dirige.

6.4.2. Les modalités optimales de réalisation de ces consultations

Les patients accepteraient toutes les modalités de réalisation de ces consultations de prévention, sans différence observable en fonction de leur sexe ou de leur âge :

- Dans le cabinet de Paris, ils sont plus nombreux à préférer que ces consultations soient réalisées juste avant le rendez-vous : ceci est probablement à rapprocher des commentaires faisant état du retard de leur médecin ;
- Dans le cabinet de Vauréal, ils sont plus nombreux à préférer que ces consultations soient proposées un autre jour, sur rendez-vous spécifique avec l'externe : probablement parce qu'ils ont l'habitude d'être reçus dans les temps, et de sortir à l'heure (et donc de prévoir une plage horaire limitée pour le rendez-vous chez leur médecin).

6.4.3.L'intérêt perçu de telles consultations

Les patients pensent avant tout que ces consultations seront profitables à l'externe lui-même, et à sa formation (86,4%).

Il est intéressant de noter que les patients sont prêts à être reçus dans de telles conditions, même si ils ne sont que 64,6% à estimer que ces consultations puissent leur apporter quelque chose pour leur santé.

6.5. A propos des remarques et des suggestions

6.5.1.Certaines devront absolument être entendues

Les remarques des patients rappelant la nécessité de les informer de la présence de l'externe, de leur laisser le choix de refuser sa présence jusqu'au dernier moment, et de respecter le secret médical dans tous les cas sont primordiales (de la même manière qu'au cours d'un stage hospitalier).

6.5.2.D'autres seront plus difficiles à mettre en oeuvre

Certains patients exigent que l'externe soit compétent.

Si on peut s'interroger sur les capacités d'un patient à juger (dès la salle d'attente) de la qualité d'un externe, il n'apparaît pas moins nécessaire de former efficacement les externes aux particularités de l'exercice ambulatoire, notamment dans le cadre inédit des consultations de prévention.

6.5.3.Les encouragements sont nombreux

L'enthousiasme de certains patients est palpable dans leurs commentaires.

Il est parfois difficile de distinguer la raison de cet enthousiasme : s'agit-il de l'arrivée des externes en cabinet de ville, ou réellement de l'intérêt qu'ils portent aux consultations de prévention ?

Certains regrettent que de telles initiatives n'aient pas vu le jour plus tôt.
D'autres espèrent qu'elles se concrétiseront bientôt.

6.6. A propos des perspectives

6.6.1.Pour l'arrivée prochaine des externes en stage ambulatoire

Les patients sont donc globalement favorables à l'arrivée des externes en cabinet de médecine générale.

Ils sont prêts à accepter les différents modes de consultations prévus dans le projet national du CNGE (supervision directe du maître de stage, ou en autonomie partielle sous supervision indirecte).

Les obstacles signalés sont comparables à ceux observés par tout interne en stage ambulatoire.

6.6.2. Pour l'expérimentation des consultations de prévention réalisées uniquement par des externes

De telles consultations de prévention semblent acceptables par les patients, d'autant plus qu'ils estiment qu'elles pourraient être profitables aux externes (et donc à la formation des médecins de demain), et à eux-mêmes.

Il semble donc justifié de proposer réellement à des patients de participer à des consultations de prévention réalisées uniquement par des externes dans un cabinet de médecine générale, et d'en étudier la faisabilité : c'est l'objectif de l'étude CARE-Prev2.

Mais avant d'expérimenter de telles consultations, il convient de construire un socle théorique pour les externes.

DEUXIEME PARTIE :

Réalisation d'un guide de recommandations

Il m'est rapidement apparu nécessaire de constituer un référentiel de recommandations, destiné aux externes participant à ces consultations.

Ce guide de recommandations est disponible dans son intégralité en annexe. [Annexe n°6]

1. Les contraintes de la rédaction du guide

Les externes ne reçoivent pas de formation théorique pour réaliser des consultations de prévention dans un cabinet de médecine générale.

Le contenu des consultations, mais surtout les modalités de réalisation (en autonomie et dans un cabinet de ville) auraient pu les dérouter.

Le temps des consultations de prévention, plus long qu'une consultation classique mais limité à 60 minutes, devait permettre aux externes de :

1. Recueillir les informations médicales nécessaires à l'élaboration de messages de prévention ;
2. Choisir un ou plusieurs thème(s) de prévention adapté(s) à la situation du patient ;
3. Délivrer et expliquer le(s) message(s) de prévention au patient.

Le guide devait traiter de thèmes de santé publique, prévalents en médecine générale.

Il devait être à la fois une synthèse des recommandations actuelles qu'il est utile ou indispensable de connaître pour pratiquer des consultations dédiées à la prévention, et un véritable outil à utiliser avec le patient pendant la consultation.

Pour qu'il soit avant tout pédagogique et pratique, j'ai fait certains choix dans la manière de retranscrire les références sélectionnées : j'ai par exemple pris la liberté de ne pas préciser les niveaux de preuves et les grades des recommandations, pour alléger la lecture et en faciliter la consultation.

2. Le support pédagogique initial

Pour la structure générale de ce guide, ainsi que pour son contenu, je me suis inspiré des cours du Certificat optionnel « Rôle du médecin en matière de prévention individuelle et collective » dispensés aux étudiants en DCEM2 de l'université Paris VII Denis Diderot⁵⁰, avec l'accord du Professeur Michel Nougairède.^{xxx}

Quand cela était nécessaire, j'ai actualisé les références citées, puis j'ai étendu ma recherche bibliographique à d'autres sociétés savantes, organismes de prévention ou revues scientifiques.

^{xxx} Président du Département de Médecine Générale de l'université Paris VII – Denis Diderot.

3. La recherche bibliographique (réalisée pour la dernière fois le 12.11.2007) ⁵¹⁻¹²⁵

Un parti pris initial a guidé ma recherche bibliographique : je voulais qu'elle soit aisément reproductible par un futur ou jeune médecin disposant simplement d'un accès internet, et que la plupart des références soient consultables en ligne (sans abonnement ou code d'accès).

Les recommandations françaises sur la prévention étant nombreuses et souvent d'actualité, ma recherche s'est cantonnée dans la plupart des cas aux sources francophones.

3.1. Le Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones (CISMeF) du CHU des hôpitaux de Rouen ³⁵

Le CISMeF fournit un module de recherche avancée par mots-clés MeSH (Medical Subject Headings). En cochant les cases « recommandations » et « niveau de preuve », la recherche est limitée aux recommandations indiquant un niveau de preuve autre qu'un accord professionnel.

Les mots-clés « tabac », « tabagisme », « sevrage tabagique » et « arrêt du tabac » ont donné respectivement 1, 17, 7 et 15 ressources, dont deux ont été exploitées pour la rédaction du sous-chapitre « Le tabac » du guide de recommandations :

- Les stratégies thérapeutiques médicamenteuse et non médicamenteuse de l'aide à l'arrêt du tabac – Recommandation de bonne pratique. AFSSAPS, mai 2003 ; ⁵¹
- Grossesse et tabac – Conférence de consensus. ANAES, octobre 2004. ⁵²

Le mot-clé « alcool » a donné 7 ressources, dont deux ont été exploitées pour la rédaction du sous-chapitre « L'alcool » du guide de recommandations :

- Objectifs, indications, et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant – Conférence de consensus. ANAES-SFA, mars 1999 ; ⁵³
- Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage – Conférence de consensus. ANAES-SFA, mars 2001. ⁵⁴

Les mots-clés « toxicomanie intraveineuse », « héroïne » et « cannabis » ont donné respectivement 2, 1 et 2 ressources, dont trois ont été exploitées pour la rédaction du sous-chapitre « Les autres substances » du guide de recommandations :

- Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés – Conférence de consensus. ANAES-FFA, juin 2004 ; ⁵⁵
- Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés – Recommandation pour la pratique clinique. AFSSAPS-ANAES, juin 2004 ; ⁵⁶
- L'usage problématique de cannabis – Numéro spécial Toxibase/Crips. Revue Toxibase n° 12 / Lettre du Crips n° 70. ⁵⁷

Les mots-clés « VIH », « infections à VIH », « syndrome d'immunodéficience acquise » et « maladies sexuellement transmissibles » ont donné respectivement 2, 16, 8 et 24 ressources, dont trois ont été exploitées pour la rédaction du sous-chapitre « Les infections sexuellement transmissibles » :

- Lutte contre le VIH/sida et les IST en France : 10 ans de surveillance, 1996-2005 – Unité VIH-IST-VHC, Département des maladies infectieuses. InVS, 22 mars 2007 ; ⁵⁸
- Stratégies du diagnostic biologique de l'infection due au VIH chez les sujets âgés de plus de 18 mois – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, janvier 2000 ; ⁵⁹
- Dépistage de l'hépatite C : Populations à dépister et modalités du dépistage – Recommandations du comité d'experts. ANAES, janvier 2001. ⁶⁰

Les mots-clés « contraception », « avortement provoqué », « grossesse », « diabète gestationnel », « allaitement au sein » et « frottis vaginal » ont donné respectivement 11, 5, 100, 31, 19 et 10 ressources, dont six ont été exploitées pour la rédaction du sous-chapitre « Les femmes en période d'activité génitale » du guide de recommandations :

- Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme – Recommandation pour la pratique clinique. AFSSAPS-ANAES-INPES, décembre 2004 ; ⁶¹
- Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, mars 2001 ; ⁶²
- Comment mieux informer les femmes enceintes ? – Recommandation pour la pratique clinique. HAS, avril 2005 ; ⁶³
- Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel – Service des recommandations professionnelles. HAS, juillet 2005 ; ⁶⁴
- Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, mai 2002 ; ⁶⁵
- Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal : actualisation 2002 – Recommandations pour la pratique clinique. ANAES, septembre 2002. ⁶⁶

Les mots-clés « maladies cardiovasculaires », « hypertension artérielle », « dyslipidémie » et « diabète » ont donné respectivement 78, 19, 18 et 33 ressources, dont quatre ont été exploitées pour la rédaction du chapitre « Le risque cardiovasculaire » du guide de recommandations :

- Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global. ANAES, juin 2004 ; ⁶⁷
- Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle – Recommandation pour la pratique clinique – Actualisation 2005. HAS, juillet 2005 ; ⁶⁸
- Prise en charge du patient dyslipidémique – Recommandations de bonne pratique, AFSSAPS, mars 2005 ; ⁶⁹
- Traitement médicamenteux du diabète de type 2 – Recommandation pour la pratique clinique. AFSSAPS-HAS, novembre 2006. ⁷⁰

Les mots-clés « tumeur sein », « tumeur prostate » et « tumeur colon » ont donné respectivement 17, 10 et 7 ressources, dont quatre ont été exploitées pour la rédaction du chapitre « Les cancers » du guide de recommandations :

- Classification en six catégories des images mammographiques en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique – Correspondance avec le système BIRADS de l'American College of Radiology (ACR) – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, février 2002 ; ⁷¹
- Identification et prise en charge des prédispositions héréditaires aux cancers du sein et de l'ovaire (mise à jour 2004). Bulletin du Cancer. Volume 91, Numéro 3, 219-37, Mars 2004, Synthèse ; ⁷²
- Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate – Document à l'usage des professionnels de santé – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES-AFU, septembre 2004 ; ⁷³
- Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon – Conférence de Consensus. ANAES, janvier 1998. ⁷⁴

Le mot-clé « vaccins » a donné 31 ressources, dont quatre ont été exploitées pour la rédaction du chapitre « Les vaccins » du guide de recommandations :

- Calendrier vaccinal 2007 - Avis du Haut conseil de la santé publique. BEH n°31-32 / 24 juillet 2007 ; ⁷⁵
- Vaccination contre le virus de l'hépatite B – Conférence de consensus. ANAES-INSERM, octobre 2003 ; ⁷⁶

- Vaccination contre le virus de l'hépatite B et sclérose en plaques : état des lieux – Audition publique. AFSSAPS-ANAES-INSERM, novembre 2004 ; ⁷⁷
- Numéro thématique - Santé des voyageurs 2007. BEH n°25-26 / 19 juin 2007. ⁷⁸

Le mot-clé « enfant » a donné 99 ressources, dont cinq ont été exploitées pour la rédaction du sous-chapitre « Les enfants » du guide de recommandations :

- Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires – Recommandation pour la pratique clinique. HAS, septembre 2005 ; ⁷⁹
- Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, septembre 2003 ; ⁸⁰
- Dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant pour prévenir l'amblyopie – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, octobre 2002 ; ⁸¹
- Intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte - Prévention et prise en charge médico-sociale – Conférence de consensus. ANAES-SFP-SFSP, novembre 2003 ; ⁸²
- Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires – Recommandation pour la pratique clinique. HAS, septembre 2005. ⁸³

Les mots-clés « ménopause » et « ostéoporose » ont donné respectivement 8 et 9 ressources, dont deux ont été exploitées pour la rédaction du sous-chapitre « Les femmes ménopausées » du guide de recommandations :

- Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause – Audition publique. ANAES-AFSSAPS, mai 2004 ; ⁸⁴
- Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose - Note de synthèse. HAS, juillet 2006. ⁸⁵

Les mots-clés « démence », « personne âgée fragile » et « escarre » ont donné respectivement 7, 5 et 5 ressources, dont 4 ont été exploitées pour la rédaction du sous-chapitre « Les personnes âgées » du guide de recommandations :

- Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer– Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, février 2000 ; ⁸⁶
- Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée – Recommandation pour la pratique clinique. HAS-SFDRMG, novembre 2005 ; ⁸⁷
- Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée – Recommandation pour la pratique clinique. HAS, avril 2007 ; ⁸⁸
- Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé – Conférence de consensus. ANAES-PERSS-SFFPC, novembre 2001. ⁸⁹

3.2. La Revue Prescrire ⁹⁰

Le site de la Revue Prescrire a été interrogé avec les mêmes mots-clés.

Toutes les références citées sont accessibles en ligne et sans abonnement :

- Sevrage tabagique : motivation et soutien psychologique d'abord, et, si nécessaire, nicotine – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2006 ; 26(276) : 645-648 ; ⁹¹
- Les médicaments commercialisés dans l'aide au sevrage tabagique – Minidossier. Rev Prescrire 15 février 2007 ; ⁹²
- Préservatif féminin : une alternative au préservatif masculin – Article en Une. Rev Prescrire 2005 ; 25 (259) : 213-218 ; ⁹³

- Contraception : des échecs en partie évitables – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2004, 24(254) :705 ; ⁹⁴
- Acide folique : en prévention des anomalies de fermeture du tube neural – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2003, 23(244) : 775 ; ⁹⁵
- Anti-inflammatoire en début de grossesse et risque de fausse couche – Article en Une. Rev Prescrire 2007 ; 27(281) : 192-193 ; ⁹⁶
- Cancer du col de l'utérus : des frottis aussi utiles après 65 ans – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2005 ; 25(263) : 536 ; ⁹⁷
- Frottis gynécologique : plus de confort sans utilisation des étrières, pour une même qualité – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2007 ; 27(283) : 376 ; ⁹⁸
- Régime alimentaire "méditerranéen" chez les coronariens – Article en Une. Rev Prescrire 2005 ; 25 (264) : 613-614 ; ⁹⁹
- Cholestérol : choix d'un médicament de la famille des statines – Article en Une. Rev Prescrire 2006 ; 26 (276) : 692-695 ; ¹⁰⁰
- Diabète de type 2 : ni seules, ni associées, pas de glitazones pour les patients diabétiques – Article en Une. Rev Prescrire 2007 ; 27 (283) : 333 ; ¹⁰¹
- Autosurveillance glycémique : décisive sous insuline, éventuellement utile sous antidiabétique oral – Article en Une. Rev Prescrire 2005 ; 25 (266) : 769-775 ; ¹⁰²
- L'insuline dans le diabète de type 2 – Article en Une. Rev Prescrire 2005 ; 25 (261) : 355-362 ; ¹⁰³
- Diabète de type 2 et microalbuminurie – Article en Une. Rev Prescrire 2004 ; 24 (255) : 760-768 ; ¹⁰⁴
- Cancers du sein : le dépistage mammographique en France – Article en Une. Rev Prescrire 2006 ; 26 (270) : 214-217 ; ¹⁰⁵
- Dépistage du cancer du sein : la palpation des seins aussi – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2002 ; 22 (225) : 123-126 ; ¹⁰⁶
- Mammographies et dépistage des cancers du sein : pour un choix éclairé des femmes désirant participer au dépistage. Rev Prescrire 2006 ; 26 (272) : 348-374 ; ¹⁰⁷
- Cancer colorectal : à quand un débat sur le dépistage en France ? – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2004 ; 24 (255) : 775-777 ; ¹⁰⁸
- BCG : nouveau vaccin, mais toujours en flacon multidoses et à prix doublé – Communiqué de presse. Rev Prescrire 2005 ; 25 (261) : 346 ; ¹⁰⁹
- Vaccination par le BCG : réussir l'injection intradermique – Article en Une. Rev Prescrire 2007 ; 27 (282) : 292 ; ¹¹⁰
- Les papillomavirus humains – Article en Une. Rev Prescrire 2007 ; 27 (280) ; 112-117 ; ¹¹¹
- Diarrhée à rotavirus : un vaccin utile chez certains nourrissons seulement – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2006 ; 26 (277) ; 725-729 ; ¹¹²
- Phytoestrogènes chez les femmes ménopausées : hyperplasie de l'endomètre – Article en Une. Rev Prescrire 2006 ; 26 (268) : 26 ; ¹¹³
- Bouffées de chaleur de la ménopause : Véralipride : prescription pour 3 mois, une demi-mesure lamentable – Article en Une. Rev Prescrire 2006 ; 26 (277) : 741 ; ¹¹⁴
- Ostéodensitométrie chez les femmes ménopausées en bonne santé – Article en Une. Rev Prescrire 2007 ; 27 (285) : 516-521. ¹¹⁵

3.3. Les autres fonds documentaires consultés

Certains guides cliniques de médecine préventive apportent quelques informations supplémentaires :

- Guide canadien de Médecine clinique préventive. Site de l'Agence de santé publique du Canada ; ¹¹⁶
- Guide to clinical preventive service, Report of the US preventive services task force, Second edition. Site de l'Office of disease prevention and health promotion. ¹¹⁷

D'autres bases de données francophones ont été consultées avec cet ensemble de mots-clés, mais n'ont pas fourni de nouvelles références exploitables. Il s'agissait de :

- La Bibliothèque Médicale Lemanissier ; ¹¹⁸
- Le catalogue Article@INIST de l'Institut de l'Information Scientifique et Technique du Centre National de la Recherche Scientifique (INIST-CNRS). ⁴⁰

Pour quelques outils ou algorithmes, j'ai étendu ma recherche aux bases de données anglophones, notamment :

- Pubmed du National Institute of Health ; ⁴¹
- The Primary Care Electronic Library (PCEL) de l'Université de Londres ; ⁴⁷
- Le méta-moteur TRIP Database ; ⁴⁸
- Le méta-moteur SUMsearch de l'Université du Texas. ⁴⁹

J'ai trouvé d'autres outils pour le calcul de risque dans le mémoire de DES d'Horéa Man « La prévention primaire en médecine générale dans les maladies cardiovasculaires, le cancer du colon et du sein » ¹¹⁹. Ce fut notamment le cas pour :

- le Risk calculator du National Care Education Program ; ^{XXXI}
- le RiskEngine de l'United Kingdom Prospective Diabetes Study ; ^{XXXII}
- l'ETHRISK. ^{XXXIII}

4. La construction des chapitres et sous-chapitres du guide

Le guide de recommandations est constitué de 6 chapitres, qui reprennent l'ensemble des thèmes de prévention identifiés au cours de ma recherche bibliographique :

1. **Les addictions** : avec deux sous-chapitres sur le tabac et l'alcool, et un troisième moins bien étayé sur les autres drogues (notamment le cannabis et l'héroïne) ;
2. **La sexualité** : avec un premier sous-chapitre sur les infections sexuellement transmissibles, et un second sur les thèmes de prévention propres aux femmes en âge de procréer (contraception, interruption volontaire de grossesse, désir de grossesse, grossesse, allaitement, frottis cervico-vaginaux) ;
3. **Le risque cardiovasculaire** : avec un sous-chapitre sur les méthodes de calcul du risque cardiovasculaire global, et d'autres sur l'hypertension artérielle, les dyslipidémies et le diabète ;
4. **Les cancers** (du sein, de la prostate, du colon et du rectum) ;
5. **Les vaccins**
6. **Les âges de la vie** : chapitre composite qui regroupe les thèmes de prévention propres aux enfants, à la ménopause, à l'ostéoporose et aux personnes âgées.

^{XXXI} Disponible en ligne à : <http://hp2010.nhlbi.nih.gov/atpiii/calculator.asp?usertype=prof>

^{XXXII} Disponible en ligne à : <http://www.dtu.ox.ac.uk/index.php?maindoc=/riskengine>

^{XXXIII} Disponible en ligne à : http://www.epi.bris.ac.uk/CVDethrisk/CHD_CVD_form.html

Chaque sous-chapitre traite d'un thème de prévention et est, dans la mesure du possible, constitué des 4 parties suivantes :

- Quelques chiffres : certaines données chiffrées rappellent à l'externe la prévalence du thème de prévention, et peuvent aussi être utilisées en consultation avec le patient ;
- Quelques recommandations : les principales recommandations sont synthétisées pour compléter les connaissances de l'externe, mais aussi pour lui permettre de donner des explications aux patients qui le souhaiteraient ;
- Quelques outils : des outils utilisables en consultation sont parfois disponibles, tels que certains calculs de scores ou algorithmes décisionnels ;
- Quelques références : la plupart des références citées sont accessibles par un lien hypertexte.

La construction de ce guide de recommandations est inévitablement imparfaite.

Elle était néanmoins indispensable pour mettre en place ces premières consultations de prévention réalisées par des externes dans un cabinet de médecine générale.

TROISIEME PARTIE : Etude CARE-Prev2**Expérimentation à petite échelle des consultations de prévention réalisées uniquement par des externes dans un cabinet de médecine générale****1. INTRODUCTION**

L'étude CARE-Prev1 a montré que les patients d'un cabinet de médecine générale sont majoritairement favorables à l'idée d'être reçus en consultation de prévention uniquement par un externe.

Une telle expérience n'a, à ma connaissance, jamais été menée.

Un guide de recommandations a été rédigé dans ce but.

Il est désormais possible d'étudier la faisabilité de ces consultations de prévention réalisées uniquement par des externes dans un cabinet de médecine générale : c'est ce que l'étude CARE-Prev2 se propose d'expérimenter à petite échelle (dans 1 cabinet médical, avec 2 externes, et sur 4 jours).

2. **OBJECTIFS**

L'objectif principal de l'étude CARE-Prev2 est d'évaluer la faisabilité de consultations de prévention réalisées uniquement par des externes en cabinet de médecine générale.

Ses objectifs secondaires sont :

1. Apprécier le vécu des patients, des externes et des praticiens ;
2. Identifier les obstacles à la réalisation de telles consultations ;
3. Proposer des améliorations pour l'organisation future éventuelle de telles consultations.

3. MATERIELS & METHODE

3.1. Type d'enquête

L'étude CARE-Prev2 est une enquête prospective de faisabilité par expérimentation en situation, avec évaluation par auto-questionnaires fermés et semi-ouverts de la satisfaction des acteurs et des difficultés rencontrées.

3.2. Site de l'enquête

Parmi les deux sites où ont été distribués les questionnaires de l'étude CARE-Prev1, j'ai retenu celui de Vauréal pour mettre en œuvre ces consultations de prévention, car il était le seul à pouvoir libérer, pour les externes, des salles d'examen équipées.

3.3. Accord des praticiens du cabinet

Les quatre praticiens du cabinet ont donné leur accord pour la venue des externes et la réalisation de ces consultations.

3.4. Mise à disposition du matériel nécessaire

Ils ont laissé les externes utiliser toutes les ressources de leur cabinet (bureau, ordinateur en réseau, accès internet, table d'examen, brassard à tension, toise, pèse-personne...).

3.5. Recrutement des externes

J'ai proposé aux externes que je connaissais, pour avoir été leur interne lors du stage dans le service de Gériatrie du Professeur Sylvie Legrain, de participer à cette expérience.

Deux externes de DCEM4 ont rapidement été volontaires :

- Audrey Fel, qui a depuis choisi la filière Spécialité chirurgicale à Paris ;
- Laurene Lhuillier, qui a depuis choisi la filière Médecine générale à Paris.

3.6. Formation des externes

Il a été remis à chacune d'elles un exemplaire imprimé et relié du guide de recommandations.

Audrey et Laurene ont été encouragées à lire complètement le guide avant de débiter leurs consultations. Je leur en ai expliqué les principaux messages, et détaillé ceux qui pouvaient prêter à discussion au cours d'une séance de formation de 3 heures.

Pour faciliter l'utilisation des liens hypertextes, le fichier PDF du guide de recommandations était installé sur les ordinateurs des salles de consultation.

3.7. Période d'enquête

Audrey et Laurence sont venues à la maison médicale des Toupets, à Vauréal (95), respectivement :

- les lundi 1^{er} et mardi 2 octobre 2007 ;
- et les lundi 8 et mardi 9 octobre 2007.

3.8. Organisation des journées de consultations

Pour chaque externe, le premier jour était consacré aux consultations sans rendez-vous.

Après de courtes explications sur le fonctionnement du dossier informatisé, elles attendaient qu'un patient accepte de les rencontrer.

Pendant ce temps, mon rôle était d'expliquer à chacun des patients se présentant au cabinet le principe de ce nouveau mode de consultation, et de lui proposer d'y participer :

- le jour-même (avant ou après le rendez-vous avec son médecin) ;
- ou un autre jour (sur rendez-vous avec l'externe).

Le deuxième jour était consacré aux consultations sur rendez-vous.

3.9. Déroulement des consultations de prévention

3.9.1. L'absence de supervision par un médecin

Ces consultations mettant en présence uniquement un externe et un patient (le « maître de stage » n'assiste pas à la consultation) ont été pensées pour se dérouler en deux temps.

3.9.2. Le recueil des antécédents et des facteurs de risque

Durant la première partie (15 à 30 minutes), l'externe devait relever tous les antécédents et facteurs de risque potentiels du patient en réalisant :

- un interrogatoire complet (antécédents familiaux et personnels, habitus, etc.) ;
- et un examen clinique sommaire : prise de la tension artérielle, du poids et de la taille (permettant le calcul de l'Indice de Masse Corporelle) et du périmètre abdominal.

Il pouvait s'aider du dossier informatisé du patient, et réunissait toutes ces informations dans un document de synthèse.

3.9.3. Le document de synthèse [Annexe n°7]

Pour la rédaction de ce document de synthèse, je me suis encore une fois inspiré des cours du Certificat optionnel « Rôle du médecin en matière de prévention individuelle et collective » dispensés aux étudiants en DCEM2 de l'université Paris VII Denis Diderot. ⁵⁰

La particularité de ce document de synthèse était de mettre en évidence certains facteurs de risque, lorsqu'il existe des données disponibles dans la littérature. La colonne de droite devait être utilisée par l'externe comme un support visuel pour repérer les différents facteurs de risque du patient qui pouvaient guider le choix des thèmes de prévention à aborder dans la deuxième partie de la consultation.

Le paragraphe « Examen clinique » du document de synthèse est ici reproduit comme exemple :

Poids (kg)		IMC (P/T^2) =	<i>FDRCV si IMC \geq 30 kg/m² et FDR d'ostéoporose si IMC < 19 kg/m²</i>
Taille (m)			
Tension artérielle (mmHg)			<i>FDRCV si TA > 140/90</i>
Périmètre abdominal (cm) : juste au-dessus des crêtes iliaques			<i>FDRCV si H > 102 cm ou F > 88 cm</i>

Note : FDR = facteur de risque ; FDRCV = facteur de risque cardiovasculaire ; IMC = Indice de Masse Corporelle ; TA = Tension Artérielle

Le document de synthèse est disponible dans son intégralité en annexe.

3.9.4. La délivrance du ou des message(s) de prévention

La deuxième partie de la consultation (également, 15 à 30 minutes) était consacrée à la prévention proprement dite : en fonction de ce qu'il lui semblait pertinent pour la santé du patient, de ce qu'il se sentait capable de faire, et de ce que le patient semblait prêt à entendre, l'externe choisissait un ou plusieurs thème(s) de prévention adapté(s) à la situation du patient et appliquait les recommandations en vigueur.

3.9.5. La fin de la consultation

Le patient pouvait être invité à consulter son médecin traitant pour un complément d'informations, une prescription d'examen ou encore l'initiation d'un traitement.

La consultation de prévention réalisée par l'externe ne devait pas durer plus d'une heure.

3.10. Recueil de données

3.10.1. Recueil de l'avis des patients [Annexe n°8]

Après chaque consultation de prévention, les externes ont remis aux patients une enveloppe timbrée et un questionnaire, constitué de 10 questions :

- les 3 premières questions permettaient de caractériser les patients selon leur sexe, leur âge et le moment où ils avaient vu l'externe (avant ou après le médecin habituel, ou sur rendez-vous) ;
- les questions n°4 à 7 leur laissaient exprimer leur avis sur ce mode de consultation ;
- les questions n°8 et 9 portaient sur les thèmes de prévention abordées et ce qu'ils en avaient retenu ;
- la question n°10 laissait libre cours aux remarques et aux suggestions.

3.10.2. Recueil de l'avis des externes [Annexe n°9]

Audrey et Laurene ont eu chacune un seul questionnaire à remplir, portant sur l'ensemble des consultations qu'elles ont réalisées au cours de ces deux jours

Les questions étaient plus ouvertes et portaient essentiellement sur leur ressenti, les thèmes abordés, mais aussi sur les difficultés rencontrées ou les informations faisant défaut dans le guide.

3.10.3. Recueil de l'avis des praticiens [Annexe n°10]

Pour finir, les quatre praticiens du cabinet ont pu donner leur avis sur cette expérience en répondant à un questionnaire qui leur était destiné.

3.11. Aspects réglementaires et déontologiques

Les consultations de prévention réalisées par les externes étaient gratuites.

Les externes ne pouvaient prescrire ni traitement, ni exploration complémentaire.

Après accord du patient, toutes les informations recueillies au cours de la consultation étaient transmises à son médecin habituel, pour éventuellement améliorer la prise en charge du patient.

4. RESULTATS

4.1. La mise en place de consultations de prévention réalisées par des externes dans un cabinet de médecine générale est faisable

4.1.1. Les patients acceptent facilement une consultation de prévention avec l'externe

Parmi les 50 patients venant consulter au cabinet auxquels les consultations de prévention ont été proposées :

- 9 patients ont accepté de participer à la consultation le jour-même (4 avec Audrey et 5 avec Laureenne) ;
- 16 patients ont accepté de participer à la consultation un autre jour sur rendez-vous (8 avec Audrey et 8 avec Laureenne).

Pour expliquer les raisons de leur refus, les patients expliquaient qu'ils n'avaient pas le temps, ou qu'ils n'étaient pas intéressés. La proportion de chacune des deux réponses n'a pas été renseignée.

4.1.2. Les patients ne viennent pas toujours aux rendez-vous fixés

Parmi les 16 patients ayant initialement pris rendez-vous avec l'externe pour un autre jour, 9 ne sont finalement pas venus (3 avec Audrey et 6 avec Laureenne).

La plupart n'ont pas prévenu le cabinet médical de leur absence.

4.1.3. D'autres patients peuvent être « rajoutés » au dernier moment

Quand le patient ne se présentait pas à son rendez-vous, je proposais à ceux attendant en salle d'attente de participer aux consultations de prévention avec l'externe, juste après le rendez-vous avec leur médecin habituel : deux patients ont ainsi été « rajoutés » (1 pour chaque externe), alors qu'il s'agissait normalement d'un jour avec rendez-vous.

4.1.4. Les externes ont donc réalisé 18 consultations de prévention

Audrey et Laureenne ont donc vu respectivement 10 et 8 patients lors de consultations de prévention.

Il s'agissait de :

- 5 hommes adultes, âgés de 24 à 52 ans (médiane 33 ans) ;
- 8 femmes adultes, âgées de 21 à 51 ans (médiane 35 ans), dont une femme enceinte de 29 ans ;
- 5 enfants, dont 3 garçons (âgés de 5 mois, 14 mois et 8 ans) et 2 jeunes filles (âgées de 14 ans).

4.2. Les patients semblent intéressés par l'expérience

4.2.1. Nombre de questionnaires retournés

Parmi les 18 patients qui ont participé aux consultations de prévention, 12 ont renvoyé le questionnaire qui leur était destiné.

L'un d'eux, un homme de 30 ans, a renvoyé son questionnaire vierge, accompagné de la feuille l'arrêt de travail que lui avait remis son médecin.

Onze questionnaires ont donc été exploités.

4.2.2. Caractéristiques générales des répondants

Parmi les répondants, 6 ont vu l'externe le jour de la consultation avec leur médecin habituel (tous après leur rendez-vous), et 6 ont vu l'externe en consultation un autre jour sur rendez-vous.

Il s'agissait de :

- 4 hommes adultes, âgés de 24 à 52 ans (médiane 37 ans) ;
- 2 garçons, âgés de 5 et 14 mois, pour lesquels leurs mères de respectivement 38 et 32 ans ont répondu à leur place ;
- 4 femmes adultes, âgées de 28 à 51 ans (médiane 39 ans) ;
- 2 jeunes filles, âgées de 14 ans.

4.2.3. Leur impression générale est globalement positive

Leur impression générale après les consultations de prévention est « très positive » dans 4 cas, et « plutôt positive » dans 7 cas.

4.2.4. Les points positifs sont nombreux

➤ L'attention et l'écoute

De nombreux patients soulignent l'attention et l'écoute qui leur ont été portées : « disponibilité d'écoute » ; « l'attention donnée sur la maladie du patient » ; « [l'externe] est à l'écoute du patient » ; « elle nous met en confiance, elle est très gentille » ; « ma venue était préparée : l'externe avait consulté mon dossier, le dialogue a pu être installé immédiatement » ; « le temps, la disponibilité d'écoute : on peut parler des petits tracas qui peuvent nous paraître bénins et qui parfois sont destructeurs car il ne sont ni connus par le médecin, ni parfois pris en conscience de leur gravité par le patient ».

➤ La gratuité et la durée de la consultation

D'autres ont apprécié la gratuité et la durée de la consultation : « plus de temps pour développer son questionnement » ; « le temps plus long, on a le temps de se confier » ; « elle est gratuite et le temps de consultation me semble correct ».

➤ **La qualité du contenu des consultations**

Certains soulignent la qualité des explications données par les externes : « je trouve que les explications données par la personne sont constructives pour le patient en plus il s'agit d'une vraie conversation entre un malade et un médecin. Je pense aussi que mentalement ça aide le patient ».

➤ **La spécificité du contenu de la consultation**

Certains ont retenu la spécificité de la consultation (« prévention » ; « l'énumération préventive sur divers sujets, jusqu'à ce que l'on décèle les problématiques ou les futurs problèmes »), et son contenu : « conseils » ; « dialogues, échanges » ; « renseignement » ; « explications sur les risques du diabète » ; « [l'externe] explique bien et sait nous rebooster, nous remonter le moral » ; « elle nous remet en question sur certains points ».

➤ **La complémentarité avec une consultation classique**

Ils n'en oublient pas pour autant la complémentarité avec une consultation classique (« une vision nouvelle », « permet d'aborder des sujets différents de la consultation »), notamment pour la constitution d'un dossier médical complet (« mise à jour du dossier » ; « la prise de renseignements sur les antécédents familiaux » ; « faire l'historique synthétique de son parcours de santé est bien » ; « mon dossier s'en est trouvé complété par des éléments que mon médecin ne peut pas prendre le temps d'étudier car ils ne nécessitent pas de soins urgents = meilleure connaissance du patient »).

➤ **Le respect de la confidentialité**

Ils sont rassurés par le respect de la confidentialité (« discussion confiante grâce à la confidentialité d'un cabinet médical »).

➤ **L'absence de risque ressenti**

Ils se sentent protégés des erreurs éventuelles que pourraient commettre les externes : « [les externes] ne peuvent pas prescrire de médicaments donc pas d'erreur due à leur immaturité dans la profession ».

4.2.5. Les points négatifs sont plus rares

Des points négatifs n'ont été relevés que par 5 répondants.

➤ **Le manque d'expérience des externes**

La plupart sont en rapport avec la jeunesse des externes, et leur potentiel manque d'expérience : « jeunesse des externes = manque de métier, d'expérience, de recul, hésitant ; pourraient manquer de crédibilité » ; « léger » ; « ils ne sont pas assez précis ».

➤ **Les dérives potentielles**

L'une des patientes attire même l'attention sur les risques potentiels : « pourrait remplacer un psy dans les causes légères : confiance, mais pas formé pour, donc dangereux ».

➤ **Le manque d'utilité pour leur santé**

Un jeune homme de 24 ans est déçu du manque d'impact de cette consultation : « je n'ai pas eu l'impression d'avoir participé à une consultation dédiée à la prévention puisque l'on m'a posé un certain nombre de questions sur ma personne, mais à l'inverse, je m'attendais à plus de conseils, d'attention, de pratique à adopter pour la prévention ».

Une jeune fille de 14 ans déclare que l'externe « ne savait pas trop de quoi parler mais c'est aussi de ma faute ».

➤ **Le manque de souplesse des horaires proposés**

Enfin, une patiente déplore un « horaire inconfortable [et un] manque de souplesse », mais précise aussi : « si cela ne se reproduit pas, quel dommage ! »

4.2.6. Les consultations profiteraient surtout aux patients et aux externes

Tous les répondants pensent que de telles consultations de prévention peuvent être profitables aux externes. Certains en précisent les apprentissages : « expérience du terrain », « pouvoir élargir ses connaissances ».

Dix d'entre eux estiment qu'elles peuvent aussi profiter aux patients (notamment pour « mieux s'informer »), mais ils ne sont plus que 4 à penser qu'elles puissent profiter aux maîtres de stage (« le maître enseigne sur une expérience », « éviter de prendre du temps pour les petits bobos », « permet entre autres de mieux connaître ses patients »).

4.2.7. Les thèmes abordés au cours des consultations

➤ **La plupart des réponses sont peu exploitables ou trop vagues**

Les réponses portant sur les thèmes abordés au cours des consultations ne sont pas exploitables. J'y reviendrai dans la discussion.

Ce que les patients déclarent avoir retenu de leur consultation de prévention est plutôt encourageant, même si rares sont ceux qui précisent les enseignements qu'ils tirent pour leur propre santé.

Certaines réponses sont vagues : « j'ai appris les règles de vie », « la prévention sur les facteurs de risque, le diabète ». D'autres concernent des thèmes plus précis, comme l'alimentation et l'activité physique : « il ne faut pas culpabiliser sur son poids, il ne faut pas trop manger, plein de petites astuces » ; « il faut bien s'alimenter, faire de la marche minimum trois fois par semaine ».

➤ Certaines réponses sont plus éloquentes

Une jeune fille de 14 ans en tire les conclusions suivantes, aussi caricaturales que justes : « qu'il faut se protéger avant toutes relations sexuelles, qu'il faut pas boire d'alcool, qu'il faut pas fumer ».

Une femme de 51 ans en retient « une confortation dans le sentiment que les médicaments et leur bénéfice éventuel est une question de risque et que mieux vaut prévenir que guérir ».

Encore une fois, le jeune homme de 24 ans est déçu : « ce ne sont pas des thèmes de prévention mais juste des questions », mais il s'explique dans sa réponse à la dernière question : « ceci dit je pense que cette consultation a été bénéfique, tout en sachant que je ne pense pas avoir été le patient qu'il fallait pour cette consultation de prévention. Je pense plutôt qu'il faille des personnes qui aient besoin de cette prévention de part leur hygiène de vie. En tout état de cause, je suis satisfait de cette consultation. En vous souhaitant bonne chance pour votre thèse ».

4.2.8. Les remarques et les suggestions des patients

➤ Quelques critiques

Les remarques ou les suggestions des patients sont parfois négatives : « j'ai appris de bouche à oreille la présence des externes aux Toupets ^{xxxiv} ; ça m'a intéressé et j'attendais plus de ce qu'on m'a présenté. J'espérais être orientée vers les spécialistes compte tenu de ce que j'ai. C'est bien dommage qu'ils aient pas l'opportunité, chose que je ne savais pas avant d'y aller ».

➤ Quelques mises en garde

D'autres mettent en garde contre les dérives éventuelles de telles consultations, en veillant à ce « que le cadre de l'accueil soit bien défini et reste préventif, que les conseils se limitent à une orientation vers un spécialiste pour que l'externe ne se retrouve pas avec des responsabilités trop lourdes et au-delà de ses compétences », ou encore « que le patient ne prenne pas l'habitude de se contenter d'un futur médecin gratuit pour se substituer à un soin plus approfondi », et même « parfois, peut-être, remédier à un problème (attention que les médecins n'y perdent pas leur salaire) ».

➤ Quelques encouragements

Les autres remarques soulignent l'impact de ces consultations pour l'externe (« pour le mettre en situation réelle : rien de mieux que le terrain pour une formation. Il lui sert à se familiariser avec les locaux, le matériel, la gestion de son temps de consultation ») ou pour le patient (« il sert au consultant dans les soins à recevoir ou à prévoir et ainsi ne pas avoir à être soigné que dans les urgences » ; « je trouve très positif que cette consultation ait lieu au cabinet avant ou après une visite à mon médecin traitant car le dossier est consultable par l'interne ou l'externe et si c'était dans un autre lieu je ne ferai pas cette démarche de prévention »).

^{xxxiv} Le cabinet médical de Vauréal est installé dans la maison médicale des Toupets.

➤ Quelques attentes

Mais de nombreux patients signalent surtout leur espoir de voir l'expérience se renouveler : « ce genre de consultation devrait se faire toute l'année et non à titre exceptionnel » ; « je pense que la prévention des risques de maladie devrait être rappelé aux patients plus souvent » ; « je trouve le sujet de thèse très intéressant surtout s'il aboutissait à une concrétisation » ; « ce genre de visite est à renouveler, une fois par an serait bien à mon avis ».

4.3. Les externes semblent enthousiasmées par l'expérience

4.3.1. Leur impression générale est très positive

Audrey et Laurene ont toutes les deux répondu au questionnaire qui leur était adressé.

Leurs réponses concordent sur de nombreux points :

- elles ont préféré les consultations de prévention qui se sont déroulées juste après le rendez-vous avec le médecin habituel ;
- leur impression générale après ces consultations de prévention est « très positive » ;
- elles pensent que de telles consultations de prévention peuvent être profitables à l'externe et aux patients ;
- elles auraient aimé recevoir ce type de formation durant leur externat ;
- elles pensent que cela peut donner le goût de la médecine générale aux externes (Laurence ajoute même « +++ »).

4.3.2. Les points positifs sont encourageants

➤ Le premier contact avec la médecine générale

Le premier point positif qu'elles retiennent de cette expérience est le contact avec la médecine générale en ville (le premier de leur cursus, rappelons-le) : Audrey insiste sur l'aspect concret de l'expérience (« apprentissage de la médecine générale en pratique"), alors que Laurene souligne à nouveau la « possibilité de donner le goût de la médecine générale aux externes ».

Audrey a apprécié autant le contact avec les patients (« réponses aux questions des patients, nombreuses et diverses »), qu'avec les membres du cabinet (« discussion avec l'équipe médicale, confrontation des points de vue »).

➤ Les spécificités de la consultation

Laurence retient aussi deux caractéristiques essentielles qui font de ces consultations de prévention un mode d'exercice inédit :

- « le temps consacré aux patients (plus long qu'une consultation habituelle) [qui donne] le temps d'aborder beaucoup de thèmes » ;
- « l'autonomie de l'externe pendant la consultation [qui valorise les] connaissances de l'externe ».

4.3.3. Les points négatifs sont intéressants

➤ Les supports peu adaptés et le manque de connaissances

Les difficultés rencontrées au cours des consultations (notamment avec les enfants pour Laureenne qui précise que les « thèmes de prévention [sont] plus difficiles à trouver » et que le « document de synthèse [est] peu adapté à la petite enfance »), ainsi que leur manque de connaissances (Audrey craint une « mésinformation des patients selon [leur] niveau de connaissances sur certains thèmes ») sont les principaux points négatifs qu'elles retiennent de cette expérience.

➤ L'absence de légitimité vis-à-vis des patients

De plus, Audrey souligne « l'absence de statut vis-à-vis des patients », alors que Laureenne remarque que « parfois, les patients ne comprennent pas très bien le but ou l'intérêt de la consultation de prévention » ; elle conclut à la « nécessité d'une meilleure information avant la consultation [ou d'une] promotion par le médecin traitant ».

➤ Les rendez-vous manqués

Enfin, elles regrettent toutes les deux « les consultations sans rendez-vous manquées » et « les patients qui ne viennent pas toujours aux consultations sur rendez-vous ».

4.3.4. Les thèmes abordés au cours des consultations

➤ La plupart des thèmes de prévention ont été abordés

Les thèmes de prévention présents dans le guide de recommandations ont presque tous été abordés au cours de leurs consultations (à l'exception du désir de grossesse, des cancers, et de la prévention spécifique aux personnes âgées).

Il est difficile de préciser combien de fois elles ont abordé chaque thème, mais ceux se rapportant au chapitre « La sexualité » (infections sexuellement transmissibles, contraception, interruption volontaire de grossesse, et frottis cervico-vaginaux notamment) et au chapitre « Le risque cardiovasculaire » (y compris le tabac) sont les plus souvent cités. Certains thèmes peu ou pas détaillés dans le guide de recommandations ont été souvent abordés au cours de leur consultation : l'alimentation (au cours de 11 consultations sur 18), l'automédication (3 consultations), et les douleurs du dos (3 consultations).

➤ L'impact de leur discours est imprévisible

Parfois, elles ont eu l'impression que l'entretien aboutissait à une prise de conscience de la part du patient, notamment sur des thèmes comme le tabac, la contraception, l'allaitement, le dépistage du cancer du col de l'utérus, le diabète, ou l'automédication.

Certains thèmes de prévention étaient abordés suite à la demande des patients : ce fut le cas pour le surpoids et l'alimentation, la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, la grossesse et le post-partum, la ménopause et l'ostéoporose.

Dans quelques cas, la consultation a conduit le patient à vouloir reprendre rendez-vous avec son médecin habituel (pour une prescription de contraception hormonale, pour un faire un frottis cervico-vaginal) ou à pratiquer des examens complémentaires (dépistage dans un centre de diagnostic anonyme et gratuit).

Evidemment, d'autres consultations n'ont apparemment abouti à aucune prise de conscience ou prise en charge. Ce fut notamment le cas pour un refus de vaccination contre l'hépatite B.

➤ Certains thèmes de prévention sont plus délicats

Les thèmes de prévention pour lesquels elles ont parfois rencontré des difficultés sont peu nombreux :

- les enfants : Laurence « trouve le document de synthèse peu adapté aux enfants, à part pour les vaccinations [et se sent] moins à l'aise sur les thèmes de prévention par rapport à l'adulte (développement psychomoteur, manque d'outils pour audition et vision, etc. » ;
- la sexualité et la contraception : « certaines femmes refusent catégoriquement d'en parler (sûrement parce qu'elles [les] voient pour la première fois) » ;
- l'alcool « reste difficile à aborder ».

4.3.5. Les remarques et les suggestions des externes

➤ Un premier contact prometteur

Laurence rappelle que « cette expérience a été [son] premier contact avec la médecine de ville (trop tardif à [son] goût) ». Elle « pense que les externes devraient tous passer chez le médecin généraliste avant l'internat, que cela susciterait des vocations ; et en effet, les consultations de prévention semblent un bon moyen d'introduire l'externe au sein du cabinet de médecine générale ».

Audrey retient particulièrement deux « bonnes idées » : la conduite de la consultation par l'externe sans supervision, et la limitation de l'examen clinique au strict nécessaire.

➤ Des adaptations nécessaires

Elles suggèrent toutes les deux certaines améliorations qui pourraient être apportées au guide de recommandations, au document de synthèse ou à l'organisation des consultations de prévention :

- le guide devrait être mieux adapté à l'enfant et il faudrait « mettre à disposition [de l'externe] les outils nécessaires à l'évaluation de la vision, etc. » ;
- le thème de l'alimentation devrait être plus développé (« thème le plus souvent abordé spontanément par les patients » d'après Laurence), ainsi que ceux de l'automédication, de la iatrogénie, et du risque suicidaire ;
- le document de synthèse n'invite pas assez à renseigner le mode de vie, les habits, les traitements en cours, l'information médicale, l'éducation, le détail des expositions professionnelles et environnementales ;
- les « consultations de prévention devraient être recommandées aux patients par leur médecin traitant (parce que parfois, ils ne sont pas convaincus de leur intérêt) ».

➤ Des propositions envisageables

Audrey propose d'organiser « uniquement [des consultations de prévention] sans rendez-vous, car juste après avoir vu le médecin, les patients ont plein de questions et ça amorce la discussion ». Elle estime que le concept de ces consultations est « peut-être applicable en centre de planning familial, en groupe... ».

4.4. Les praticiens restent prudents

4.4.1. Leur impression générale est plutôt positive

Deux praticiens sur quatre ont répondu au questionnaire qui leur était destiné. Alain Wasniewski en a gardé une impression « très positive », et Vincent Gay une impression « plutôt positive » (tout en précisant qu'il n'a eu aucun retour de la part des patients).

Vincent Gay pense que le meilleur moment pour proposer ces consultations de prévention est juste avant le rendez-vous avec le médecin habituel. Alain Wasniewski ne sait pas.

Les points positifs qu'ils retiennent concernent l'externe (« l'externe apprend la vraie relation duelle en s'adaptant au niveau de compréhension de l'interlocuteur », « ouvrir la réalité de la médecine générale aux externes »), le patient (« catalyser une meilleure prise en charge par le patient de sa santé »), le cabinet (« animation dans le cabinet »), ou même plus générale (« introduction de l'idée de consultation de prévention »).

Les points négatifs sont plus rares. Vincent Gay rappelle que « trop d'ambitions = échec assuré ». De plus, il lui « paraît difficile d'alerter ou d'informer en prévention sur tout. La personne ne peut que perdre pieds et être désemparée. Choisir un thème, un seul, paraît plus efficace ».

Ils pensent tous les deux que ces consultations de prévention peuvent profiter aux externes et qu'elles peuvent leur donner le goût de la médecine générale, mais seul Vincent Gay pense qu'elles sont profitables aux patients et aux maîtres de stage.

4.4.2. Les conséquences sur les patients sont pour l'instant incertaines

Alain Wasniewski pense que le thème du cancer de la prostate n'est pas adapté aux consultations de prévention. Vincent Gay précise à nouveau que « le meilleur est celui qui sera traité ce jour-là et pas tous, un seul ». D'après lui, c'est à cette condition que de telles consultations peuvent s'avérer efficaces pour le patient : « pourquoi ne pas rêver ; si l'on voit quatre fois par an un patient et qu'il a eu à chaque fois une info-prévention précise, il peut acquérir et modifier ses comportements. Cela ne retire en rien l'intervention brève que fait le généraliste à chaque consultation sur un sujet de prévention (5 minutes sur les 20 minutes que dure la consultation) ».

Tous deux terminent en rappelant l'intérêt de prolonger cette expérience. Vincent Gay propose de « tenter une application non pas sur 4 jours mais sur 6 mois ». Alain Wasniewski rappelle que « pour savoir si ce type de consultation peut avoir un intérêt pour le patient, il est nécessaire de mettre en place une étude sur le long terme, analysant l'effet de consultations de prévention. Toute autre réponse se situe dans le champ du ressenti, mais peu fiable scientifiquement ».

5. DISCUSSION

5.1. A propos de la faisabilité des consultations de prévention réalisées uniquement par des externes en cabinet de médecine générale

5.1.1. Dans 1 cabinet médical, avec 2 externes, et sur 4 jours

L'étude CARE-Prev2 a montré que la mise en place de consultations de prévention réalisées par des externes dans un cabinet de médecine générale est faisable.

5.1.2. Et pour reproduire ou étendre l'expérience ?

Les résultats de cette étude ne permettent pas de savoir si de telles consultations de prévention sont faisables dans d'autres cabinets de médecine générale et avec d'autres externes.

Il serait aussi intéressant d'étendre cette expérience à d'autres facultés.

Ceci permettrait d'entreprendre une étude de l'efficacité (et non plus seulement de l'acceptabilité et la faisabilité) de ces consultations de prévention :

- sur l'état de santé des patients ;
- sur la qualité de la formation des externes.

5.2. A propos de l'organisation générale au sein du cabinet

5.2.1. Un cabinet médical accueillant

Le cabinet médical de Vauréal disposait de suffisamment de salles d'examen entièrement équipées pour permettre d'en libérer une toute la journée pour un externe.

L'informatisation des dossiers et la mise en réseau a probablement facilité le travail des externes.

Tous les praticiens étaient favorables à l'expérimentation de ces consultations et ont encouragé la venue des externes.

5.2.2. Une patientèle déjà sensibilisée

De plus, les patients du cabinet étaient déjà habitués à rencontrer de jeunes médecins (les praticiens sont maîtres de stage et reçoivent des internes depuis plusieurs années).

Certains avaient déjà répondu au questionnaire d'acceptabilité de l'étude CARE-Prev1 et étaient donc informés de l'objectif de ces consultations.

Une patiente a même accepté en disant : « je ne crois pas en avoir besoin, mais si ça peut vous rendre service... ».

5.2.3.Des externes motivées

Audrey et Laureenne se sont personnellement investies dans sa réussite : elles ont lu sérieusement le guide de recommandations et ont corrigé ses imperfections en faisant appel à leurs propres connaissances médicales.

Ces connaissances étaient d'ailleurs très riches puisque Audrey et Laureenne étaient en fin de DCEM4 et venaient de réviser tout le programme pour passer les ECN (ce qui ne sera pas le cas des étudiants de DCEM2 ou DCEM3 à qui seront proposés les premiers stages ambulatoires de médecine générale).

Elles étaient libérées de leurs obligations habituelles d'externe (cours à la faculté et révisions intensives). Ceci leur a notamment permis de venir toute la journée au cabinet (ce qui est rarement le cas pour un stage de DCEM) et de profiter pleinement de cette expérience.

5.2.4.Une gestion des rendez-vous en parallèle

Le fonctionnement du cabinet médical a été très peu modifié par l'arrivée des externes : les praticiens assuraient leurs consultations (sans avoir à proposer aux patients de participer aux consultations de prévention) et la secrétaire gérait les rendez-vous habituels.

Ma présence permanente dans le cabinet médical pendant ces quatre jours a permis de sélectionner les patients (après avoir donné les explications indispensables), de gérer les rendez-vous des externes, et de leur fournir de l'aide en cas de besoin.

5.2.5.Et pour reproduire ou étendre l'expérience ?

Les cabinets médicaux devront être assez vastes pour libérer une salle de consultation équipée pendant toute une journée. L'équipement nécessaire est sommaire :

- un accès aux dossiers médicaux, idéalement informatisés ;
- une table d'examen ;
- un brassard à tension ;
- une toise et un pèse-personne.

Les patients devront être avertis de la venue des externes dans le cabinet.

Les externes devront de préférence venir au cabinet toute la journée : ils devront donc être libérés d'enseignements certains jours. Cette organisation permettrait aux externes de venir dans des cabinets médicaux plus spacieux, mais parfois éloignés de leur faculté d'origine.

Les propositions de consultations de prévention, les explications nécessaires, ainsi que la gestion des rendez-vous, devront à l'avenir être assurées par les maîtres de stage et/ou la secrétaire, ce qui prendra inévitablement du temps et nécessitera une adaptation de l'organisation du cabinet, et/ou de leur rémunération.

5.3. A propos du déroulement des consultations de prévention

5.3.1. Quand proposer les consultations de prévention sans rendez-vous ?

Certains patients n'ont pas pu participer aux consultations de prévention juste après le rendez-vous avec leur médecin habituel en raison d'un manque de temps.

Aucune consultation n'a pu se dérouler juste avant, car les patients et les praticiens sont généralement à l'heure.

Il est à ce propos regrettable que je n'ai pas relevé au moins quelques informations sur les patients refusant de participer aux consultations de prévention (âge, sexe, etc.).

5.3.2. Quand proposer les consultations de prévention avec rendez-vous ?

Il était souvent impossible de donner un rendez-vous spécifiquement avec l'externe un autre jour (le mardi, pour cette étude), car les patients ne peuvent pas toujours interrompre leur activité pour une consultation de prévention (les adultes travaillent et les enfants sont scolarisés).

Les rendez-vous de fin de journée ont ainsi très vite été attribués (rappelons-le, les externes viennent rarement en stage jusqu'à 19 heures).

Il est possible que l'organisation de telles consultations le mercredi ou pendant les vacances scolaires facilite la prise de rendez-vous (mais ceci introduirait aussi un biais de recrutement).

De plus, les externes ont regretté le nombre de patients ne venant pas à leur rendez-vous, et Audrey a remarqué que les patients ont souvent plus de questions quand ils sortent du rendez-vous avec leur médecin.

5.3.3. Comment éviter et gérer les rendez-vous manqués ?

Les rendez-vous manqués ont été nombreux : peut-être parce que les patients n'avaient pas l'impression d'avoir un « vrai » rendez-vous (l'externe n'est pas leur médecin, la consultation est gratuite, le mode de consultation est totalement nouveau).

La plupart n'ont pas averti le cabinet, ce qui m'a souvent empêché de proposer une consultation de prévention aux patients dans la salle d'attente.

De plus, la durée moyenne des consultations (entre 20 et 40 minutes) laissait souvent du temps libre à l'externe entre deux rendez-vous (un toutes les heures), mais ne permettait pas de rajouter des patients avant le rendez-vous suivant (le temps de proposer à un nouveau patient et que celui-ci termine sa consultation avec son médecin, le suivant risquait d'arriver).

Si de telles consultations étaient mises en place, cette attente (parfois longue) entacherait l'image du stage.

5.3.4. Et pour reproduire ou étendre l'expérience ?

Pour remédier à cette attente, on pourrait imaginer que le délai entre deux consultations soit raccourci, ou que l'externe « patiente » en assistant aux consultations du maître de stage (Laurenne a apprécié les consultations de Docteur Gay auxquelles elle a assisté).

Il faut aussi probablement repenser l'organisation des consultations de prévention :

- Doivent-elles être proposées uniquement sans rendez-vous et un jour fixe (par exemple, le mercredi), au risque de sélectionner une même population de patients ?
- Ou faut-il au contraire panacher les jours de consultations (un jour différent par semaine), avec et sans rendez-vous, pour espérer toucher un maximum de patients ?

Comme le fait remarquer Laurenne, les patients pourraient être plus convaincus de l'intérêt des consultations de prévention si leur propre médecin leur proposait d'y participer : ceci faciliterait le premier contact avec l'externe, et éviterait probablement certains rendez-vous manqués non-annulés.

Idéalement, les consultations de prévention devraient aussi s'intégrer dans le stage ambulatoire de l'externe : la plupart des journées (ou demi-journées) seraient occupées par des consultations classiques, sous supervision directe ou indirecte du maître de stage, au cours desquelles il serait proposé aux patients de participer ultérieurement à une consultation dédiée à la prévention.

5.4. A propos des questionnaires post-consultations

5.4.1. Des résultats encourageants en terme de ressenti

Ces questionnaires traduisant le ressenti des différents protagonistes (patients, externes et praticiens) sont concordants et permettent de dresser un bilan positif de cette première expérience :

- L'aspect novateur du dispositif a été apprécié : une consultation gratuite et plus longue que d'habitude, centrée sur l'écoute et le dialogue (le thème de la prévention en est d'ailleurs presque oublié) ;
- L'utilité pour la formation des externes a été soulignée : premier contact avec la médecine générale, acquisition d'une expérience différente de celle acquise à l'hôpital, intérêt pour la discipline, autonomie maximale dans un cadre sécurisant et bien défini ;
- L'utilité potentielle pour le suivi des patients est évoquée : complémentarité avec une consultation classique, respect de la confidentialité, absence de risque majeur encouru ;
- Certaines dérives ou risques sont néanmoins à éviter : mauvaises informations données par les externes, élargissement du cadre initial (la prévention) avec le risque d'utiliser cette consultation comme une consultation à part entière.

5.4.2. Des réponses non exploitables en terme d'impact sur la santé

Le principal défaut de ces questionnaires est probablement de ne pas pouvoir analyser plus finement les thèmes de prévention abordés par les externes, et ce que les patients en ont retenu. Certains thèmes n'ont même jamais été abordés (comme la prévention chez la personne âgée ou le désir de grossesse, puisque l'occasion ne s'est pas présentée).

Les réponses des patients portant sur les thèmes abordés au cours des consultations sont peu exploitables, notamment pour deux raisons :

1. L'anonymat des questionnaires destinés aux patients ne rend pas possible l'appariement avec les documents de synthèse remplis par l'externe (bien que cela pourrait s'envisager à partir de leur sexe et de leur âge, vu le faible nombre de patients vus en consultations), ce qui empêche de comparer les thèmes abordés par l'externe, à ceux retenus par le patient ;
2. Certains patients retiennent que le thème a été abordé alors que l'externe n'a fait que recueillir les antécédents. En effet, le questionnaire ne permet pas de différencier la simple question « êtes-vous diabétique ? » d'une longue explication sur le diabète, ses conséquences et son suivi, puisque le patient peut cocher dans les deux cas la case « diabète » à la question 8.

De plus, le faible nombre de participants ayant participé aux consultations de prévention ne permettrait pas de conclure sur l'efficacité du dispositif sur la santé des patients. C'est pourquoi cet objectif ne faisait pas partie de mon travail.

5.4.3. Et pour reproduire ou étendre l'expérience ?

Il serait intéressant de construire un outil qui permette d'apparier les réponses des patients et des externes :

- Le document de synthèse pourrait s'enrichir d'un paragraphe « Messages de prévention délivrés » où l'externe noterait les thèmes de prévention abordés, et la conduite à tenir donnée au patient ;
- Chaque patient ressortirait de la consultation avec un questionnaire anonyme (attribution d'un identifiant reproduit sur le document de synthèse) et centré sur les thèmes de prévention abordés et ce qu'il en a retenu (en l'invitant à détailler les conseils reçus, les explorations complémentaires, ou les consultations proposées).

5.5. A propos des documents disponibles pendant la consultation

5.5.1. Comment améliorer le document de synthèse ?

Au cours de leurs consultations, les externes ont facilement compris l'utilisation du document de synthèse, mais ont remarqué certaines imperfections.

Le document de synthèse est peu adapté à l'enfant, en dehors du paragraphe sur les vaccinations. Il serait sans doute préférable de constituer un document spécifique pour les thèmes de prévention propres à l'enfance : notamment le dépistage des troubles sensoriels et de la dysplasie de hanche (réalisation ou non d'une radiographie du bassin au quatrième mois de vie).

A ce propos, il paraît utile de rappeler aux parents d'apporter le carnet de santé lors de la consultation de prévention (ce qui n'était pas toujours le cas).

5.5.2. Faut-il fournir des outils de dépistage aux externes ?

Les externes ont aussi manqué d'outils utilisables en consultation pour évaluer les troubles psycho-comportementaux, les troubles du langage, les troubles de la vision, et les troubles de l'audition.

Il serait envisageable de faire réaliser, par l'externe, des tests de dépistages simples : réalisation du CHAT, recherche d'un strabisme, évaluation de l'acuité visuelle de près et de loin, etc. Ces tests ne sont que brièvement évoqués dans le guide de recommandations : ils mériteraient d'être plus détaillés, et surtout plus longuement expliqués aux externes.

De tels outils, utilisables à des âges clés, fourniraient une bonne amorce pour les consultations de prévention chez l'enfant (Audrey et Laurence ont été parfois « désemparées » devant des enfants en bonne santé et bien suivis par le médecin).⁷⁹⁻⁸³

Mais un tel examen sortirait du cadre initial de ce travail, qui prévoyait un examen clinique sommaire.

5.5.3. Faut-il fournir d'autres supports de prévention aux externes ?

Audrey et Laurence ont pu utiliser lors de leurs consultations des documents édités par l'INPES sur le mal de dos ou la contraception.^{126,127}

Devant le nombre de consultations où était abordé le thème de l'alimentation, le besoin d'un support explicatif s'est rapidement imposé : elles ont utilisé l'affiche « La santé vient en mangeant/Vos repères de consommation » distribuée par l'INPES, qui reprend les objectifs du Programme National Nutrition Santé (PNNS).¹²⁸

Ces documents ont permis de compléter les informations manquantes du guide de recommandations.

5.5.4. Et pour reproduire ou étendre l'expérience ?

Les dépistages propres à l'enfant et aux personnes âgées semblent les plus difficiles à mettre en place au cours de consultations de prévention :

- tous les examens n'ont pas prouvé un intérêt dans le dépistage ;
- tous ne sont pas réalisables par des externes.

Le document de synthèse devrait permettre de renseigner :

- la situation familiale du patient (nombre d'enfants, statut marital) ;
- les traitements en cours ou habituels (ce qui permettrait d'aborder des thèmes de prévention importants comme la iatrogénie et l'automédication) ;
- les voyages entrepris récemment ;
- l'existence de certains problèmes de santé courants comme le mal de dos et les troubles du sommeil.

Il existe d'autres outils utilisables en consultation (documents distribués par l'INPES, agenda du sommeil) et/ou des recommandations récentes adaptées (notamment sur l'insomnie).¹²⁹

5.6. A propos du guide de recommandations

Si certains défauts du guide de recommandations ont pu être gommés par les connaissances des externes ou les documents fournis, la plupart n'ont été que mis en lumière par ces consultations de prévention, et devront donc être rectifiés.

5.6.1. Comment distinguer les différents types de prévention ?

La recherche bibliographique a porté sur des thèmes très divers, appartenant autant à la prévention primaire, que secondaire, ou même tertiaire. Cette approximation peut paraître peu académique, mais si nous nous rappelons le déroulement d'une consultation, il est fréquent que les trois niveaux de prévention se superposent.

En effet, il n'est pas rare de rappeler à une femme de 65 ans et au cours d'une même consultation : de penser à se faire vacciner contre la grippe (prévention primaire), de s'assurer de la régularité de son suivi par mammographie (prévention secondaire), tout en lui pratiquant un test au fil dans le cadre du suivi de son diabète (prévention tertiaire).

5.6.2. Comment mieux traiter l'alimentation ?

L'alimentation n'est probablement pas assez traitée.

Ce thème est revenu au cours de nombreuses consultations, mais les externes disposaient de peu de données et d'outils pour répondre aux questions des patients (en dehors du paragraphe sur le régime méditerranéen, dans le chapitre « Risque cardiovasculaire », page 29).

Ce manque s'est aussi fait sentir, dans un registre plus spécialisé, lors de la consultation avec la femme enceinte de 29 ans : le guide de recommandations n'évoque nulle part les règles hygiéno-diététiques au cours de la grossesse, notamment dans le cadre de la prévention de la toxoplasmose ou de la listériose.

De la même manière, ce thème de l'alimentation aurait pu être plus détaillé chez l'enfant (discussion sur l'intérêt d'une supplémentation en fluor ou en vitamine D).

Comme nous l'avons vu, les documents distribués par l'INPES peuvent s'avérer utiles en consultation : ils sont disponibles sous format papier ou téléchargeable sur le site <http://www.inpes.sante.fr/>. Ces documents existent pour de nombreux thèmes de prévention (tabac, vaccination, éducation du patient) et sont parfois adaptés à l'âge du patient (notamment pour la nutrition) : ils pourraient être utilisés par l'externe au cours de la consultation en complément du guide de recommandations, et/ou remis aux patients.

5.6.3. Comment mieux traiter d'autres problèmes de santé courants ?

Il est aussi regrettable que le guide de recommandations ne mentionne pas les troubles du sommeil, si fréquents en médecine générale. D'autant plus que, nous l'avons déjà dit, il existe au moins un outil utilisable en consultation (l'externe pourrait expliquer au patient le fonctionnement d'un agenda du sommeil, que celui-ci ramènerait lors d'une consultation suivante à son médecin) et une recommandation d'actualité :

Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale –
Recommandations pour la pratique clinique. HAS-SFTG, décembre 2006. ¹²⁹

Parce qu'il s'agit de simples conseils de santé, certains thèmes de prévention pourraient être abordés succinctement dans le guide de recommandations : exposition au soleil, consultation régulière chez le dentiste, etc.

Parce qu'il s'agit de problèmes de santé fréquents, et souvent parce qu'il existe des outils et des recommandations, de nombreux autres thèmes mériteraient d'être traités ou plus détaillés dans ce guide, notamment :

- les risques professionnels et environnementaux ;
- le mal de dos ;
- l'automédication et la iatrogénie ;
- les conseils aux voyageurs.

5.6.4. Comment adapter le guide aux enfants et aux personnes âgées ?

Parce que la prévention chez l'enfant et la prévention chez la personne âgée sont spécifiques, elles mériteraient d'être mieux traitées dans le guide de recommandations.

Le dernier chapitre du guide est en effet peu utilisable chez l'enfant et chez la personne âgée (même si aucune des consultations de prévention n'a abordé ce dernier thème au cours de l'étude).

Certains outils pourraient être utilisés en consultation (dépistage des troubles sensoriels, réalisation d'un MMS, etc.), mais majoreraient la part de l'examen clinique dans la consultation.

Nous pouvons aussi nous demander si il est du ressort de l'externe de réaliser de tels tests.

5.6.5. Et pour reproduire ou étendre l'expérience ?

Les imperfections du guide de recommandations étaient inévitables. Elles devront néanmoins être corrigées si celui-ci venait à être réutilisé.

Les recommandations devraient être sélectionnées selon des critères identifiés et validés. Leur synthèse devrait être rédigée par un « groupe d'experts », et la publication soumise à une relecture indépendante.

Nous pouvons déjà imaginer deux modalités opposées pour rédiger ce guide officiel de recommandations :

- Une rédaction locale, intégrée dans un processus pédagogique : les externes suivants les cours du Certificat optionnel de prévention « Rôle du médecin en matière de prévention individuelle et collective » pourraient rédiger en petits groupes, d'une séance sur l'autre, chaque chapitre ou sous-chapitre concernant le thème de prévention abordé à la séance précédente, et les plus pertinents seraient intégrés dans le guide complet de recommandations ;
- Une rédaction nationale, dans le cadre de l'élaboration de recommandations professionnelles : parmi les 3 méthodes décrites par l'HAS et utilisées en France (conférence de consensus, recommandations pour la pratique clinique et consensus formalisé), celle des « recommandations pour la pratique clinique » semble la plus appropriée, de part l'ampleur du thème traité (nombreuses questions et sous-questions portant sur la prévention en médecine générale), la quantité et la dispersion de données scientifiques disponibles (les rendant difficilement synthétisables). ^{130, 131, 132}

5.7. A propos des perspectives

Si des études ultérieures montrent que des Consultations Ambulatoires Réalisées par des Externes et dédiées à la Prévention (CARE-Prev) sont bénéfiques pour la santé des patients et la formation des externes, nous pouvons imaginer que d'autres Consultations Ambulatoire Réalisées par des Externes (CARE) peuvent être mises en place :

- L'externe pourrait réaliser des consultations dédiées à l'éducation thérapeutique (CARE-Ed) dans le cadre de maladies chroniques comme le diabète, l'asthme ou l'insuffisance cardiaque ;
- L'externe pourrait réaliser des consultations dédiées à la promotion de la santé (CARE-Prom), dans des domaines comme l'alimentation, la sexualité, la prévention des infections sexuellement transmissibles ou la contraception.

De telles consultations pourraient aussi être réalisées sous forme d'atelier, devant un petit groupe de patients.

L'emploi du temps de l'externe pendant son stage ambulatoire de médecine générale s'organiserait ainsi :

1. Les consultations classiques, sous supervision directe ou indirecte du maître de stage, seraient l'occasion de proposer à des patients sélectionnés de participer ultérieurement à une consultation dédiée à la prévention ;
2. Les consultations de prévention se tiendraient une fois par semaine, certains patients venant sur rendez-vous, et d'autres étant « rajoutés » après explications du médecin qui consulte ce jour-là ;
3. Les autres consultations d'éducation thérapeutique ou de promotion de la santé, ou les ateliers équivalents, se tiendraient une fois par mois, et seraient proposés aux patients concernés, ou simplement rappelés par une affiche dans la salle d'attente.

CONCLUSION

Les études CARE-Prev1 & CARE-Prev2 ont évalué respectivement l'acceptabilité et la faisabilité de consultations de prévention réalisées uniquement par des externes en cabinet de médecine générale.

Nous avons vu que ce mode inédit de consultation s'inscrit parfaitement dans l'actualité pédagogique (mise en place de stages de médecine générale au cours du DCEM) et professionnelle (organisation de consultations de prévention en médecine générale).

La première étude a montré que de telles consultations de prévention sont acceptables par 76,6% des patients de deux cabinets médicaux (péri-urbain et urbain), bien qu'ils les jugent plus profitables à la formation de l'externe (86,4%) qu'à leur propre santé (64,6%). Ces consultations seraient mieux acceptées que des consultations classiques en présence du médecin et de l'externe, si c'est ce dernier qui dirige la consultation (64%).

La deuxième étude a montré que de telles consultations de prévention sont faisables par des externes : 18 consultations ont été réalisées, par 2 externes de DCEM4, et sur 4 jours, dans le cabinet médical de Vauréal. Les patients et les externes ayant participé émettent majoritairement un avis favorable, espèrent que cette expérience se reproduira, et suggèrent quelques améliorations à apporter (organisation des rendez-vous, information par le médecin traitant, respect du libre-choix de patients, optimisation du guide de recommandations, etc.). Certaines d'entre elles sont reprises dans la discussion, pour permettre de reproduire ou étendre l'expérience. D'autres patients regrettent l'absence d'impact de ces consultations sur leur santé. Les praticiens du cabinet rappellent l'intérêt d'étendre cette expérience pour en évaluer l'efficacité sur l'état de santé des patients.

Les perspectives ouvertes par ce travail sont nombreuses :

- Sur le plan pédagogique : ce mode de consultation pourrait s'inscrire dans le cadre des futurs stages ambulatoires de médecine générale proposés à la rentrée 2008 aux externes de l'université Paris VII, et se décliner en fonction des possibilités sur le site d'accueil (proposition de consultations et d'ateliers dédiés à l'éducation thérapeutique ou à la promotion de la santé) ;
- Sur le plan professionnel : la construction du guide de recommandations est imparfaite, mais pourrait être le sujet d'une « Recommandation pour la pratique clinique » ;
- Sur le plan de la recherche : si ce travail apporte des renseignements sur l'acceptabilité et la faisabilité de consultations de prévention réalisées par des externes en cabinet de médecine générale, il ouvre la voie à d'autres études, de plus grande ampleur, sur l'efficacité réelle de ces consultations sur l'état de santé des patients et/ou la formation des externes.

Elles s'accorderaient parfaitement avec les missions d'enseignement, d'activité clinique et de recherche, d'un chef de clinique de médecine générale.

ANNEXES

Annexe n°1 : Questionnaire de l'étude CARE-Prev1 destiné aux patients du cabinet de Vauréal

Annexe n°2 : Questionnaire de l'étude CARE-Prev1 destiné aux patients du cabinet de Paris

Annexe n°3 : Affiche d'information de l'étude CARE-Prev1 (cabinet de Vauréal)

Annexe n°4 : Affiche d'information de l'étude CARE-Prev1 (cabinet de Paris)

Annexe n°5 : Masque de saisie construit pour l'étude CARE-Prev1 à l'aide du logiciel EpiData® 3.1

Annexe n°6 : Guide de recommandations destiné aux externes ayant participé à l'étude CARE-Prev2

Annexe n°7 : Document de synthèse destiné aux externes ayant participé à l'étude CARE-Prev2

Annexe n°8 : Questionnaire destiné aux patients ayant participé à l'étude CARE-Prev2

Annexe n°9 : Questionnaire destiné aux externes ayant participé à l'étude CARE-Prev2

Annexe n°10 : Questionnaire destiné aux praticiens ayant participé à l'étude CARE-Prev2

Annexe n°1 : Questionnaire de l'étude CARE-Prev1 destiné aux patients du cabinet de Vauréal

**MERCI DE LIRE CE DOCUMENT ET DE REpondre A QUELQUES QUESTIONS
CECI NE VOUS PRENDRA QUE 5 À 10 MINUTES**

Le questionnaire suivant fait partie d'un travail de thèse réalisé par l'interne du cabinet (Julien Gelly). C'est une étude scientifique qui a pour but de recueillir votre avis pour améliorer la formation des médecins de demain.

Les médecins de votre cabinet sont pour la plupart « maîtres de stage », c'est-à-dire qu'ils reçoivent des médecins en formation. Actuellement, il s'agit d'un interne.

Dans la réforme des études de médecine, il est envisagé que les maîtres de stage puissent aussi accueillir dans leurs cabinets des étudiants en médecine plus jeunes : les externes. La mise en place de tels stages serait profitable, à la formation des externes, mais aussi aux patients.

Contrairement à l'interne qui est médecin, « l'externe » est un étudiant en médecine de 4^e, 5^e ou 6^e année. Il n'a pas encore passé le concours de la 6^e année. Durant les 3 ans de son externat, il a des stages à l'hôpital, mais aucun en cabinet de médecine générale.

Pour préparer au mieux l'arrivée des externes en stage de médecine générale, nous avons besoin de votre avis.

ATTENTION : merci de ne pas répondre aux questions
si vous avez déjà rempli un premier questionnaire

1 - Vous êtes :

- un homme
- une femme

2 - Votre âge : ans

3 - Votre médecin habituel est

- Dr Binelli
- Dr Gay
- Dr Lemonnier
- Dr Quérouil
- Dr Wasniewski
- Un autre médecin
- Vous n'avez pas de médecin traitant

4 - Seriez-vous prêts à être reçu en consultation par votre médecin en présence de l'externe, si c'est votre médecin qui dirige l'interrogatoire et vous examine ?

- NON, jamais
- OUI, toujours
- OUI, mais pas dans certains cas. Lesquels ?

.....
.....
.....

5 - Seriez-vous prêts à être reçu en consultation par votre médecin en présence de l'externe, si c'est l'externe qui dirige l'interrogatoire et vous examine ?

- NON, jamais
- OUI, toujours
- OUI, mais pas dans certains cas. Lesquels ?

.....
.....
.....

6 - Il est envisagé de confier à l'externe la réalisation de consultations dédiées à la prévention portant sur les vaccinations, les facteurs de risque cardiovasculaire, l'alimentation, la contraception, les infections sexuellement transmissibles, la consommation de tabac ou d'alcool. Ces consultations seraient gratuites, et dureraient entre 15 et 30 minutes.

Seriez-vous prêts à être reçu par un externe pour de telles consultations (sans votre médecin) ?

- NON
- OUI

7 - Si OUI, dans quelles conditions ? (*un seul choix possible*)

- juste avant votre rendez-vous avec votre médecin
- juste après votre rendez-vous avec votre médecin
- un autre jour, sur rendez-vous avec l'externe (consultation gratuite)

8 - Pensez-vous que des consultations de prévention réalisées par des externes dans un cabinet de médecine générale peuvent être profitables ?

(*plusieurs réponses possibles*)

- à l'externe
- au maître de stage (à votre médecin)
- aux patients (à vous)
- à personne

9 - Avez-vous des remarques ou des suggestions ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.
Les résultats de l'étude seront affichés dans la salle d'attente.

Annexe n°2 : Questionnaire de l'étude CARE-Prev1 destiné aux patients du cabinet de Paris

**MERCI DE LIRE CE DOCUMENT ET DE REpondre A QUELQUES QUESTIONS
CECI NE VOUS PRENDRA QUE 5 À 10 MINUTES**

Le questionnaire suivant fait partie d'un travail de thèse réalisé par un ancien interne du cabinet (Julien Gelly). C'est une étude scientifique qui a pour but de recueillir votre avis pour améliorer la formation des médecins de demain.

Les médecins de votre cabinet sont pour la plupart « maîtres de stage », c'est-à-dire qu'ils reçoivent des médecins en formation. Actuellement, il s'agit d'un interne (Horéa Man).

Dans la réforme des études de médecine, il est envisagé que les maîtres de stage puissent aussi accueillir dans leurs cabinets des étudiants en médecine plus jeunes : les externes. La mise en place de tels stages serait profitable, à la formation des externes, mais aussi aux patients.

Contrairement à l'interne qui est médecin, « l'externe » est un étudiant en médecine de 4^e, 5^e ou 6^e année. Il n'a pas encore passé le concours de la 6^e année. Durant les 3 ans de son externat, il a des stages à l'hôpital, mais aucun en cabinet de médecine générale.

Pour préparer au mieux l'arrivée des externes en stage de médecine générale, nous avons besoin de votre avis.

ATTENTION : merci de ne pas répondre aux questions
si vous avez déjà rempli un premier questionnaire

1 - Vous êtes :

- un homme
- une femme

2 - Votre âge : ans

3 - Votre médecin habituel est

- Dr Aubert
- Dr Audran
- Dr Lecompte
- Dr Sopena
- Un autre médecin
- Vous n'avez pas de médecin traitant

4 - Seriez-vous prêts à être reçu en consultation par votre médecin en présence de l'externe, si c'est votre médecin qui dirige l'interrogatoire et vous examine ?

- NON, jamais
- OUI, toujours
- OUI, mais pas dans certains cas. Lesquels ?

.....

.....

.....

5 - Seriez-vous prêts à être reçu en consultation par votre médecin en présence de l'externe, si c'est l'externe qui dirige l'interrogatoire et vous examine ?

- NON, jamais
- OUI, toujours
- OUI, mais pas dans certains cas. Lesquels ?

.....

.....

.....

6 - Il est envisagé de confier à l'externe la réalisation de consultations dédiées à la prévention portant sur les vaccinations, les facteurs de risque cardiovasculaire, l'alimentation, la contraception, les infections sexuellement transmissibles, la consommation de tabac ou d'alcool. Ces consultations seraient gratuites, et dureraient entre 15 et 30 minutes.

Seriez-vous prêts à être reçu par un externe pour de telles consultations (sans votre médecin) ?

- NON
- OUI

7 - Si OUI, dans quelles conditions ? (*un seul choix possible*)

- juste avant votre rendez-vous avec votre médecin
- juste après votre rendez-vous avec votre médecin
- un autre jour, sur rendez-vous avec l'externe (consultation gratuite)

8 - Pensez-vous que des consultations de prévention réalisées par des externes dans un cabinet de médecine générale peuvent être profitables ?

(*plusieurs réponses possibles*)

- à l'externe
- au maître de stage (à votre médecin)
- aux patients (à vous)
- à personne

9 - Avez-vous des remarques ou des suggestions ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.
Les résultats de l'étude seront affichés dans la salle d'attente.

Annexe n°3 : Affiche d'information de l'étude CARE-Prev1 (cabinet de Vauréal)

LES MEDECINS DE VOTRE CABINET PARTICIPENT À UNE THESE DE MEDECINE

Du lundi 30 juillet au samedi 25 août 2007, la secrétaire distribuera à chacun des patients venant consulter un questionnaire à remplir avant la consultation.

Ce questionnaire fait partie d'un travail de thèse réalisé par l'interne du cabinet (Julien Gelly). C'est une étude scientifique qui a pour but de recueillir votre avis pour améliorer la formation des médecins de demain.

Actuellement, les études de médecine se décomposent en trois parties :

1. Le concours en fin de première année de médecine, suivi des 2^e et 3^e années : la formation est seulement théorique (pas de stage) ;
2. L'externat, de la 4^e à la 6^e année : la formation des externes est à la fois théorique (cours) et pratique (stages, mais uniquement à l'hôpital). Le concours de fin de 6^e année donne le titre de « médecin », et permet de choisir une spécialité (médecin généraliste, cardiologue, pédiatre...) ;
3. L'internat, de la 7^e à la 9^e année (voire plus, selon les spécialités) : la formation des internes est surtout pratique, et se concentre sur la spécialité choisie. La thèse soutenue à la fin de l'internat donne le titre de « docteur ».

Cette organisation pose un problème majeur : un externe ne peut pas faire de stage en médecine générale (en ville). A l'issue du concours de 6^e année, il est donc amené à choisir une spécialité qu'il ne connaît pas, ou très peu. Ceci est peut-être à l'origine du manque d'intérêt des externes pour la médecine générale, et donc du manque prévisible de médecins généralistes dans les années à venir.

Dans la réforme des études de médecine, il est envisagé que les maîtres de stage qui accueillent des internes (comme les médecins de ce cabinet) puissent aussi accueillir des externes.

Nous avons besoin de l'avis des patients, de votre avis. En effet, c'est vous qui serez parfois reçus par l'externe (en présence de son maître de stage, ou seul), et c'est vous qui serez en première ligne pour observer les effets de la revalorisation de la médecine générale.

Les résultats de cette thèse seront affichés dans la salle d'attente.

Merci pour votre participation.

Julien Gelly.

Annexe n°4 : Affiche d'information de l'étude CARE-Prev1 (cabinet de Paris)

LES MEDECINS DE VOTRE CABINET PARTICIPENT À UNE THESE DE MEDECINE

Du lundi 30 juillet au samedi 25 août 2007, la secrétaire distribuera à chacun des patients venant consulter un questionnaire à remplir avant la consultation.

Ce questionnaire fait partie d'un travail de thèse réalisé par un ancien interne du cabinet (Julien Gelly). C'est une étude scientifique qui a pour but de recueillir votre avis pour améliorer la formation des médecins de demain.

Actuellement, les études de médecine se décomposent en trois parties :

4. Le concours en fin de première année de médecine, suivi des 2^e et 3^e années : la formation est seulement théorique (pas de stage) ;
5. L'externat, de la 4^e à la 6^e année : la formation des externes est à la fois théorique (cours) et pratique (stages, mais uniquement à l'hôpital). Le concours de fin de 6^e année donne le titre de « médecin », et permet de choisir une spécialité (médecin généraliste, cardiologue, pédiatre...) ;
6. L'internat, de la 7^e à la 9^e année (voire plus, selon les spécialités) : la formation des internes est surtout pratique, et se concentre sur la spécialité choisie. La thèse soutenue à la fin de l'internat donne le titre de « docteur ».

Cette organisation pose un problème majeur : un externe ne peut pas faire de stage en médecine générale (en ville). A l'issue du concours de 6^e année, il est donc amené à choisir une spécialité qu'il ne connaît pas, ou très peu. Ceci est peut-être à l'origine du manque d'intérêt des externes pour la médecine générale, et donc du manque prévisible de médecins généralistes dans les années à venir.

Dans la réforme des études de médecine, il est envisagé que les maîtres de stage qui accueillent des internes (comme les médecins de ce cabinet) puissent aussi accueillir des externes.

Nous avons besoin de l'avis des patients, de votre avis. En effet, c'est vous qui serez parfois reçus par l'externe (en présence de son maître de stage, ou seul), et c'est vous qui serez en première ligne pour observer les effets de la revalorisation de la médecine générale.

Les résultats de cette thèse seront affichés dans la salle d'attente.

Merci pour votre participation.

Julien Gelly.

Annexe n°5 : Masque de saisie construit pour l'étude CARE-Prev1 à l'aide du logiciel EpiData® 3.1

n°<IDNUM>
 v0 Site ? # (1=Vauréal;2=Paris)
 V1 Sexe ? # (1=Homme;2=Femme/0=NR)
 v2 Age ? ## (Années/00=NR)
 v3 Médecin habituel ? ##
 (1=Binelli;2=Gay;3=Lemonnier;4=Querouil;5=Wasniewski;6=Aubert;7=Audran;8=Lecompte;9
 =Sopena;10=Autre;11=Aucun/00=NR)

 v4a Médecin dirige ? # (1=Oui;2=Non;3=Mais/0=NR)
 v4b1 Oui mais Sexe # (0=NR)
 v4b2 Oui mais Psy # (0=NR)
 v4b3 Oui mais Complexe ou grave # (0=NR)
 v4b4 Oui mais Autre # (0=NR)
 v4c Autre_____

v5a Externe dirige ? # (1=Oui;2=Non;3=Mais/0=NR)
 v5b1 Oui mais Sexe # (0=NR)
 v5b2 Oui mais Psy # (0=NR)
 v5b3 Oui mais Complexe ou grave # (0=NR)
 v5b4 Oui mais Autre # (0=NR)
 v5c Autre_____

v6 Consultation prévention # (1=Oui;2=Non/0=NR)
 v7 Quand ? # (1=Avant;2=Après;3=RDV/0=NR)
 v8a Profite à externe # (0=NR)
 v8b Profite à patients # (0=NR)
 v8c Profite à MDS # (0=NR)
 v8d Profite à personne # (0=NR)

v9a Remarques # (0=NR)
 v9b1 Respect secret médical # (0=NR)
 v9b2 Encouragements # (0=NR)
 v9b3 Supervision par MDS # (0=NR)
 v9b4 Autre # (0=NR)
 v9c
 Autre_____

**CONSULTATIONS DE PREVENTION REALISEES
EN CABINET DE MEDECINE GENERALE**

**GUIDE DE RECOMMANDATIONS
POUR L'EXTERNE**

Sommaire

Avant-propos.....	95
1 – LES ADDICTIONS.....	97
1.1 – LE TABAC.....	97
➤ Quelques chiffres.....	97
• Le tabagisme touche tout le monde ... y compris les jeunes !.....	97
• Le tabagisme tue ... même si il n'est que « passif ».....	97
➤ Quelques recommandations.....	97
• Le conseil minimal doit être systématique.....	97
• Connaître et savoir expliquer les étapes de l'arrêt du tabac.....	97
• Connaître les différentes stratégies thérapeutiques et leur place dans la prise en charge.....	98
• Savoir parler du tabac et du sevrage avant et pendant la grossesse.....	98
➤ Quelques outils.....	98
• Savoir expliquer les stades de changement du fumeur à l'aide du cercle de Prochaska.....	98
• Evaluation de la dépendance à la nicotine : test de Fagerström.....	99
• Pouvoir donner un numéro de téléphone.....	99
➤ Quelques références.....	99
1.2 – L'ALCOOL.....	100
➤ Quelques chiffres.....	100
• La consommation d'alcool est très répandue en France ... y compris chez les jeunes !.....	100
• L'alcool ne donne pas seulement la cirrhose.....	100
➤ Quelques recommandations.....	100
• Un verre standard = 10 g d'alcool pur.....	100
• Savoir apprécier la consommation déclarée d'alcool (CDA).....	101
• Connaître les modalités de sevrage et d'accompagnement d'un patient alcoolodépendant.....	101
➤ Quelques outils.....	102
• Savoir « placer » un patient sur la pyramide de Skinner.....	102
• Savoir utiliser le questionnaire FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation).....	103
• Savoir utiliser le score de Cushman pour apprécier l'intensité du sevrage.....	103
• Pouvoir donner un numéro de téléphone.....	103
➤ Quelques références.....	103
1.3 – LES AUTRES SUBSTANCES.....	104
➤ Quelques chiffres.....	104
• Le cannabis.....	104
• L'héroïne.....	104
• La cocaïne et le crack.....	104
• L'ecstasy et les amphétamines.....	104
• Les autres drogues : LSD, kétamine, champignons, poppers, solvants, GHB.....	104
• Les médicaments psychotropes.....	104
• Les produits dopants : amphétamines, cocaïne, corticoïdes, anabolisants.....	104
➤ Quelques recommandations.....	105
• Si il faut n'en retenir qu'une = « INTERROGER LES PATIENTS ».....	105
• Savoir expliquer les stratégies thérapeutiques du sevrage des opiacés.....	105
➤ Quelques outils.....	106
• Savoir repérer un usage problématique de cannabis.....	106
• Pouvoir donner un numéro de téléphone.....	106
➤ Quelques références.....	106
2 – LA SEXUALITE.....	107
2.1 – LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST).....	107
➤ Quelques chiffres.....	107
• Augmentation des pratiques sexuelles à risque entre 1996 et 2005, notamment chez les homosexuels... ..	107
• Diminution des infections VIH chez les usagers de drogues.....	107
• Augmentation des infections à VIH chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne.....	107
➤ Quelques recommandations.....	107
• Une question à poser = « Que faites-vous pour vous protéger des IST ? ».....	107
• Savoir expliquer l'utilisation du préservatif masculin ... et féminin.....	107
• Savoir évaluer la prise de risque pour les IST.....	108
• « Une IST peut en cacher une autre ».....	108
• Connaître le déroulement du diagnostic de séropositivité pour le VIH.....	108
• A qui s'adresse le dépistage de l'hépatite C ?.....	108
➤ Quelques outils.....	109
• Certaines des IST sont à déclaration obligatoire.....	109
• Pouvoir donner une adresse ... ou un numéro de téléphone.....	109
➤ Quelques références.....	109
2.2 – LES FEMMES EN PERIODE D'ACTIVITE GENITALE.....	110
➤ La contraception.....	110
• Savoir prescrire une contraception adaptée à la patiente et/ou au couple.....	110
• Connaître les différentes méthodes de contraception.....	110
• Savoir expliquer la conduite à tenir en cas d'oubli ... et les modalités de contraception d'urgence	111

➤ L'interruption volontaire de grossesse (IVG).....	112
• Savoir expliquer les différentes méthodes d'IVG.....	112
• Savoir expliquer le déroulement des différentes consultations.....	112
➤ Le désir de grossesse.....	113
• Ce qu'il faut dire à la future mère.....	113
• Ce qu'il faut prescrire à la future mère.....	113
➤ La grossesse & l'allaitement.....	113
• Dès le début de la grossesse.....	113
• Le suivi de la grossesse.....	114
• L'allaitement maternel.....	115
➤ Les frottis cervico-vaginaux (FCV).....	116
• Modalités de réalisation des FCV.....	116
• Comprendre les résultats du compte-rendu cytologique.....	116
• Conduite à tenir devant un FCV anormal.....	117
➤ Références.....	118
3 – LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE (RCV).....	119
3.1 – LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE GLOBAL.....	119
➤ Quelques rappels.....	119
• Connaître les principaux FDR cardiovasculaires.....	119
• Estimation du RCV global par sommation des FDR ou modélisation statistique ?.....	120
➤ Quelques outils.....	120
• Le modèle de Framingham.....	120
• Le modèle de SCORE.....	122
• Certains patients sont d'emblée considérés à « haut risque » cardiovasculaire.....	122
➤ Quelques références.....	122
3.2 – L'HYPERTENSION ARTERIELLE (HTA).....	123
➤ Quelques chiffres.....	123
• L'HTA est fréquente.....	123
• L'HTA est fortement associée au risque cardiovasculaire (RCV).....	123
• L'HTA est mal contrôlée, en particulier chez les patients à haut RCV.....	123
➤ Quelques recommandations.....	123
• Connaître les différentes techniques de mesure de la pression artérielle (PA).....	123
• Evaluation initiale de l'HTA.....	124
• Savoir conduire le traitement en fonction du niveau de risque.....	124
• Savoir planifier le suivi d'un hypertendu.....	125
➤ Quelques références.....	125
3.3 – LES DYSLIPIDEMIES.....	126
➤ Modalités de dépistage et de diagnostic en prévention primaire.....	126
• L'exploration d'une anomalie lipidique (EAL).....	126
• Chez un patient sans facteur de risque cardiovasculaire.....	126
• Chez un patient avec au moins un FDR cardiovasculaire.....	126
➤ Prise en charge thérapeutique.....	126
• Deux niveaux « cibles » d'intervention diététique.....	126
• Cinq niveaux « cibles » d'intervention médicamenteuse.....	127
• Traitement médicamenteux.....	127
3.4 – LE DIABETE DE TYPE 2.....	128
➤ Quelques chiffres.....	128
➤ Quelques recommandations.....	128
• Connaître la définition du diabète.....	128
• Connaître les objectifs et les modalités du traitement.....	128
• Connaître les complications du diabète de type 2 et leur surveillance.....	129
➤ Quelques références.....	129
4 – LES CANCERS.....	130
4.1 – LE CANCER DU SEIN.....	130
➤ Quelques chiffres.....	130
➤ Quelques recommandations.....	130
• La mammographie est l'examen de référence.....	130
• Le dépistage par mammographies a des limites.....	131
➤ Quelques outils.....	131
• Evaluation du risque de cancer du sein.....	131
• Quand demander une consultation d'oncogénétique ?.....	132
➤ Quelques références.....	132
4.2 – LE CANCER DE LA PROSTATE.....	133
➤ Quelques chiffres.....	133
• Le cancer le plus fréquent chez l'homme de plus de 50 ans.....	133
• Un cancer généralement peu agressif et d'évolution lente.....	133
➤ Quelques recommandations.....	133
• Aucun dépistage n'a prouvé son efficacité en terme de mortalité.....	133
• Connaître les FDR de cancer de la prostate.....	133
• Qu'est-ce que le dépistage individuel du cancer de la prostate ?.....	133
• Que dire à un patient qui demande un dépistage individuel ?.....	134
➤ Quelques références.....	134

4.3 – LE CANCER COLORECTAL (CCR).....	135
➤ Quelques chiffres.....	135
• Le cancer le plus fréquent dans l'ensemble de la population française.....	135
• La mortalité imputable au CCR est de 16.000 par an.....	135
• La plupart des cas sont précédés d'une lésion bénigne, l'adénome.....	135
➤ Quelques recommandations.....	135
• Connaître les trois niveaux de risque de CCR dans la population.....	135
• Le dépistage du CCR est-il recommandé dans la population générale ?.....	135
• Pour les sujets à risque élevé, un dépistage par coloscopie est recommandé dans certains cas.....	136
• Pour les sujets à risque très élevé, le dépistage par coloscopie s'intègre dans une prise en charge plus globale.....	136
➤ Quelques références.....	136
5 – LES VACCINS.....	137
➤ Les nouveautés du calendrier vaccinal 2007.....	138
• La levée de l'obligation vaccinale par le BCG des enfants et adolescents.....	138
• La vaccination contre les infections à papillomavirus 6, 11, 16, 18 (Gardasil®).....	138
• La vaccination contre la varicelle à partir de 12 mois n'est pas recommandée.....	138
➤ Les recommandations générales.....	139
• Le DTP, désormais seul vaccin obligatoire.....	139
• Les vaccinations recommandées chez l'enfant sont nombreuses.....	139
• La vaccination contre les infections à rotavirus n'est pas recommandée.....	139
• La vaccination contre la grippe est recommandée à partir de 65 ans.....	139
➤ Les recommandations particulières.....	140
• Selon les risques liés à la profession.....	140
• Selon les risques liés aux comorbidités.....	140
• Selon les risques liés aux voyages.....	140
➤ Références.....	140
6 – LES AGES DE LA VIE.....	141
6.1 – LES ENFANTS.....	141
➤ Dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans.....	141
• Les troubles psychologiques et psycho-comportementaux.....	141
• Les troubles du langage oral et écrit.....	141
• L'obésité.....	142
• Les troubles de l'audition.....	142
• Les troubles de la vision.....	143
• Le saturnisme.....	143
➤ Dépistage individuel chez l'enfant de 7 ans à 18 ans.....	144
• Les propositions de dépistage sont nombreuses.....	144
• Le développement pubertaire.....	144
• Dépistage des conduites suicidaires des adolescents.....	146
➤ Références.....	146
6.2 – LES FEMMES MENOPAUSEES.....	147
➤ Les traitements hormonaux substitutifs (THS) de la ménopause.....	147
• Un effet sur la prévention du risque fracturaire ?.....	147
• Un sur-risque des cancers du sein, de l'endomètre ... et des ovaires ?.....	147
• Un sur-risque coronarien, cérébro-vasculaire et thrombo-embolique.....	147
• L'absence de protection contre le déclin cognitif et la démence.....	147
• Un effet protecteur dans le cancer colorectal.....	147
• Au total : une indication majeure = les troubles du climatère.....	148
• L'ostéoporose touche surtout la femme ménopausée.....	148
• La prévention de l'ostéoporose.....	148
• La mesure de la DMO par l'ostéodensitométrie biphotonique (DXA).....	149
➤ Références.....	149
6.3 – LES PERSONNES AGEES.....	150
➤ L'évaluation des troubles mnésiques.....	150
• L'entretien avec le patient, et si possible un accompagnant.....	150
• L'examen clinique doit comprendre une évaluation des fonctions cognitives.....	150
• Les examens cliniques éliminent une cause curable.....	150
➤ La prévention des chutes.....	151
• Penser systématiquement au risque de chutes.....	151
• Rechercher les facteurs de risque de chutes.....	151
• Réaliser quelques tests simples au cours de la consultation.....	151
➤ La dénutrition protéino-énergétique.....	152
• Les situations à risque sont nombreuses.....	152
• Les modalités de dépistage.....	152
➤ Les escarres.....	153
• Identifier les facteurs de risque.....	153
• Appliquer les mesures générales de prévention.....	153
➤ Références.....	153
Notes personnelles.....	154

Avant-propos

Ce guide est destiné aux externes qui participent à la thèse de Julien Gelly (« Etude de faisabilité d'une consultation de prévention réalisée par des externes dans un cabinet de médecine générale »), sous la direction du Dr Jean-Pierre Aubert.

Ces consultations, mettant en présence un externe et un patient (le maître de stage n'assiste pas à la consultation), ont été pensées pour se dérouler en deux temps :

- Une première partie (d'environ un quart d'heure) destinée à relever tous les antécédents et facteurs de risque potentiels du patient :
 - Réalisation d'un interrogatoire complet et d'un examen clinique sommaire (tension artérielle, poids, taille et périmètre abdominal uniquement) ;
 - Rédaction d'un document de synthèse pour chaque patient. Si le patient est déjà connu du cabinet et que vous avez le temps avant le début de la consultation, vous pouvez commencer à remplir le document de synthèse à partir du dossier du patient (à condition de vérifier au cours de la consultation que ces informations sont exactes) ;
- Une deuxième partie (d'environ un quart d'heure, aussi) consacrée à la prévention proprement dite : en fonction de ce qu'il vous semble pertinent pour la santé du patient, de ce que vous vous sentez capable de faire, et de ce que le patient semble prêt à « entendre », vous choisissez un ou plusieurs domaine(s) de prévention adapté(s) à la situation du patient et appliquez les recommandations en vigueur.

Ce guide a donc été conçu pour vous aider dans cette deuxième partie de la consultation. Il a été réalisé à partir de recommandations de plusieurs sociétés savantes, et inspiré en grande partie des cours du Certificat optionnel de prévention « Rôle du médecin en matière de prévention individuelle et collective » délivrés aux étudiants en D.C.E.M.2 de l'Université Paris VII Denis Diderot (<http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Prevention/acprev.htm>).

Pour être pleinement profitable, ce guide vous a été expliqué au cours d'une courte séance de formation, et il est fortement recommandé de bien le lire et de vous en imprégner avant de commencer les consultations (devant un patient, il est toujours plus difficile de trouver ce qu'on ne sait pas chercher).

Il vous a été remis une version « papier » et une version « ordinateur » (rendant plus facile l'utilisation des liens hypertextes). Vous pouvez utiliser l'une ou l'autre lors de vos consultations.

Ce guide se veut donc à la fois :

1. une synthèse des recommandations actuelles qu'il est utile ou indispensable de connaître pour pratiquer des consultations dédiées à la prévention ;
2. un véritable outil à utiliser pendant la consultation (calcul de certains scores, conduite à tenir...) ;
3. un support de connaissances pour répondre aux multiples questions que peuvent se poser les patients dans le domaine de leur santé (parfois, une courte explication vaut mieux qu'une longue prescription).

Au cours de ces consultations de prévention, vous n'allez presque pas examiner les patients et vous ne leur prescrirez rien (vous pourrez tout juste leur conseiller de reprendre un rendez-vous avec leur médecin habituel, que vous veillerez à prévenir). Il ne vous restera donc qu'une seule chose à faire : parler, et laisser parler. Sachez en user, et en abuser !

La plupart des références et recommandations rapportées dans ce guide sont accessibles en ligne. Si vous voulez compléter vos connaissances, actualiser ce guide, ou l'améliorer, voici quelques sites qui peuvent s'avérer particulièrement utiles :

Les sites français :

- Portail des agences sanitaires sous tutelle du Ministère de la Santé
<http://www.sante.fr>
- Haute Autorité de Santé (HAS), ex-Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ex-ANAES)
http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments et des Produits de Santé (AFSSAPS)
<http://afssaps.sante.fr>
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)
<http://www.inpes.sante.fr>
- Institut national de Veille Sanitaire (InVS)
<http://www.invs.sante.fr>
- Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)
<http://www.invs.sante.fr/beh>
- Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)
<http://www.drogues.gouv.fr>
- Programme National Nutrition Santé (PNNS)
<http://www.mangerbouger.fr>
- Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT)
<http://www.lecrat.org>
- La Revue Prescrire (abonnez-vous !)
<http://www.prescrire.org>
- Le site de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) Paris-Nord propose de nombreux outils pour la consultation, notamment des documents à remettre aux patients et certains scores calculables en ligne
<http://www.paris-nord-sftg.com/a.cat.doc.patients.php3>

Chez nos « voisins » :

- Guide canadien de Médecine clinique préventive.
Site de l'Agence de santé publique du Canada.
http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index_f.html
- Guide to clinical preventive service, Report of the US preventive services task force, Second edition.
Site de l'Office of disease prevention and health promotion.
<http://odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/guidecps>

Pour alléger la lecture et faciliter la consultation de ce guide, les niveaux de preuves et les grades de recommandations ont volontairement été omis. Ils sont disponibles dans les documents originaux.

1 – LES ADDICTIONS

1.1 – LE TABAC

➤ Quelques chiffres [1]

- **Le tabagisme touche tout le monde ...**

Consommation déclarée chez les adultes de 18 à 75 ans, en 2002 :
33% des hommes et 27% des femmes fument plus de dix cigarettes par jour.

En médecine de ville, 84.000 patients désirant s'arrêter de fumer sont vus chaque semaine.

... y compris les jeunes !

Consommation déclarée chez les jeunes de 17 ans, en 2005 :
41% des garçons et 41% des filles se déclarent fumeurs,
34% des garçons et 32% des filles fument au moins une cigarette par jour,
14% des garçons et 13% des filles fument plus de 10 cigarettes par jour.

Âge moyen de la première cigarette : 13,4 ans.

- **Le tabagisme tue ... même si il n'est que « passif »**

Mortalité directement imputable au tabac : 60.000 décès par an dont 90% d'hommes,
mais le poids du tabagisme sur la mortalité féminine connaît une croissance continue depuis 1980.

Première cause de décès prématurés (avant 65 ans) : 33 % chez les hommes ; 9% chez les femmes.

Tabagisme passif (au domicile et/ou sur le lieu de travail) : 3.000 décès par an.

➤ Quelques recommandations

- **Le conseil minimal doit être systématique
= demander à chaque patient s'il est fumeur et s'il envisage d'arrêter :**

Ce « réflexe » permet 2-5% d'arrêts soutenus par an, soit 200.000 arrêts par an en France.

- **Connaître et savoir expliquer les étapes de l'arrêt du tabac [2]**

Le premier temps permet d'évaluer et de renforcer la motivation. Lors de la prise en charge d'un sujet tabagique, il convient de toujours évaluer la dépendance à la nicotine (test de Fagerström) et de repérer les comorbidités éventuelles (autres addictions, notamment à l'alcool et au cannabis, troubles anxieux et dépressifs).

La deuxième étape est la période de « sevrage » proprement dite. Elle peut durer plusieurs mois. Elle s'articule autour du soutien psychologique et de la prise en charge de la dépendance à la nicotine.

La troisième phase consiste à prévenir et à traiter les fréquentes rechutes de tabagisme dont les causes sont multiples. Ces reprises du tabagisme ne doivent pas être considérées comme des échecs, mais comme une étape vers le succès final.

- **Connaître les différentes stratégies thérapeutiques et leur place dans la prise en charge [2,3]**

L'objectif de l'aide au sevrage tabagique est l'arrêt définitif du tabac. Lors du sevrage tabagique, la motivation du patient et le soutien psychologique jouent un rôle essentiel dans le résultat.

Les médicaments occupent une place mineure et, si une prescription médicamenteuse paraît souhaitable, le traitement médicamenteux le mieux évalué et dont la balance bénéfices-risques est la plus favorable est le traitement nicotinique de substitution (TNS) :

- il est adapté au degré de dépendance pour permettre de réduire le syndrome de sevrage ;
- il existe sous de multiples formes (dispositif transdermique ou « patch », gomme à mâcher, pastille, inhalateur...) et dosages ;
- la sécurité sociale rembourse, pour un montant maximum de 50 € par an et par bénéficiaire, les traitements par substituts nicotiniques (<http://www.ameli.fr>)

Les autres traitements médicamenteux n'ont pas fait la preuve d'une balance bénéfices-risques plus favorable [4]:

- Le bupropion/Zyban LP® (alias amfébutamone) est un psychotrope à structure amphétaminique, qui ne justifie pas de prendre les risques importants de ses effets indésirables : convulsions 1/1000, réactions d'hypersensibilité 3/100, troubles psychiatriques, hypertension artérielle...
- La balance bénéfices-risques de la varénicline/Champix®, une substance proche de la nicotine, ne semble pas plus favorable que celle de la nicotine, mais ces deux médicaments n'ont pas été comparés directement. Les risques d'effets indésirables de la varénicline augmentent en cas d'association à la nicotine, et donc si l'on continue de fumer. Une toxicité cardiaque à long terme de la varénicline n'est pas exclue.

En dehors des thérapies cognitives et comportementales (TCC), les méthodes non médicamenteuses ne semblent pas plus efficaces que l'absence de traitement.

- **Savoir parler du tabac et du sevrage avant, pendant et après la grossesse [5]**

On estime que 37 % des femmes sont fumeuses avant le début de leur grossesse et que 20 % des femmes enceintes continuent de fumer pendant tout ou partie de celle-ci. Par ailleurs, le tabagisme passif est un phénomène fréquent (domicile, lieu de travail).

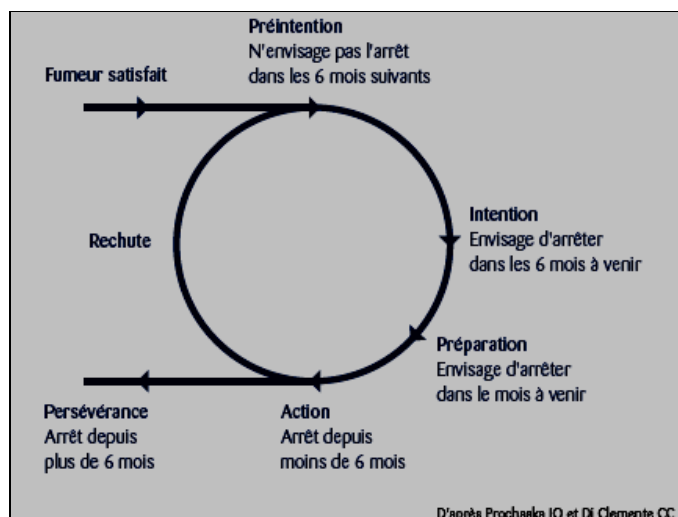
Le tabagisme est un facteur de risque de troubles de la fécondité féminine et masculine. Le tabagisme maternel pendant la grossesse augmente le risque de survenue d'accidents gravidiques (hématome rétroplacentaire, placenta bas inséré), de retard de croissance intra-utérin, de prématurité, de mort subite du nourrisson, et d'une consommation globale de soins plus importante dans la petite enfance.

Pendant la grossesse et l'allaitement, le traitement nicotinique de substitution paraît plus favorable que la poursuite du tabac. L'arrêt du tabac doit intervenir de préférence avant la conception, sinon le plus tôt possible pendant la grossesse. Il reste utile tout au long de la grossesse et même après l'accouchement.

➤ Quelques outils

- **Savoir expliquer les stades de changement du fumeur à l'aide du cercle de Prochaska**

Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983 Jun;51(3):390-5



- **Evaluation de la dépendance à la nicotine : test de Fagerström [6]**

Combien de temps après vous être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?	moins de 5 minutes	3
	6 à 30 minutes	2
	31 à 60 minutes	1
	après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit ?	oui	1
	non	0
Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	la première	1
	une autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	31 ou plus	3
	21 à 30	2
	11 à 20	1
	10 ou moins	0
Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	oui	1
	non	0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	oui	1
	non	0

Interprétation des résultats :

- Score entre 0 et 2 = pas de dépendance à la nicotine
- Score entre 3 et 4 = dépendance faible à la nicotine
- Score entre 5 et 6 = dépendance moyenne à la nicotine
- Score entre 7 et 8 = dépendance forte à la nicotine
- Score entre 9 et 10 = dépendance très forte à la nicotine

- **Pouvoir donner un numéro de téléphone :**

TABAC INFO SERVICE
0 825 309 310 (0,15 €/min)
Du lundi au samedi de 8h à 20h

➤ Quelques références

- [1] Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)
<http://www.drogues.gouv.fr>
- [2] Les stratégies thérapeutiques médicamenteuse et non médicamenteuse de l'aide à l'arrêt du tabac – Recommandation de bonne pratique. AFSSAPS, mai 2003
<http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/tabgen.pdf>
- [3] Sevrage tabagique : motivation et soutien psychologique d'abord, et, si nécessaire, nicotine – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2006 ; 26(276) : 645-648
<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=27123>
- [4] Les médicaments commercialisés dans l'aide au sevrage tabagique – Minidossier. Rev Prescrire 15 février 2007
<http://www.prescrire.org/minidossiers/dossierSevrageTabac.php>
- [5] Grossesse et tabac – Conférence de consensus. ANAES, octobre 2004
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_court.pdf
- [6] Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence : a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991 ; 86(9) : 1119-27
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=1932883&dopt=AbstractPlus

1.2 – L'ALCOOL

➤ Quelques chiffres [7]

- **La consommation d'alcool est très répandue en France ...**

En 2005, chez les adultes de 18 à 75 ans, 21% des hommes et 8% des femmes déclaraient consommer de l'alcool tous les jours. Parmi eux, plus de la moitié sont en difficulté avec l'alcool.

Vente d'alcool en 2004 : 13,1 litres d'alcool pur par français de plus 15 ans,
soit l'équivalent de 2,9 verres par jour et par habitant.

➔ La France est au 4^e rang européen

L'usage inadapté de l'alcool est la cause directe ou indirecte d'une consultation sur 5 en médecine générale.

... y compris chez les jeunes !

A 17 ans, 18% des garçons et 6% des filles disent avoir bu de l'alcool au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours (usage régulier). A cet âge, l'usage quotidien est rare.

Les ivresses régulières (au moins 10 durant les 12 derniers mois) sont essentiellement masculines : 11 % parmi les garçons contre 3 % parmi les filles.

- **L'alcool ne donne pas seulement la cirrhose**

Mortalité imputable à l'alcool : 40.000 décès par an, soit 8% de l'ensemble des décès, mais la répartition est très inégale entre hommes (14%) et femmes (moins de 3%).

La moitié des décès est liée au cancer des voies aérodigestives supérieures (également liés à la consommation de tabac), aux cirrhoses du foie et aux troubles psychiatriques induits par l'alcool.

L'alcool est directement à l'origine de morts violentes par accident de la route (environ 2.200 dans les années 2002-2003), par accidents domestiques et professionnels, suicides et homicides.

L'alcool est aussi impliqué dans de nombreux accidents de la circulation :
100.000 condamnations par an pour conduite en état alcoolique,
3.700 condamnations par an pour blessures involontaires par conducteur en état alcoolique,
420 condamnations par an pour homicides involontaires par conducteur en état alcoolique.

Peut-on vraiment parler d'homicide « involontaire » quand l'alcoolisation et la conduite sont volontaires ...

➤ Quelques recommandations

- **Un verre standard = 10 g d'alcool pur**



Il y a la même quantité d'alcool dans un demi de bière, une coupe de champagne, un ballon de vin, un verre de pastis, etc.

- **Savoir apprécier la consommation déclarée d'alcool (CDA)**

La CDA est la quantité d'alcool pur (quelque soit la nature de la boisson) que le patient déclare avoir consommé durant les 7 jours précédents. Elle s'exprime en grammes par semaine (g/sem).

L'OMS a fixé des seuils :

Chez l'homme : 210 g/sem, soit en moyenne 3 verres standard par jour
 Chez la femme : 140 g/sem, soit en moyenne 2 verres standard par jour

Il convient aussi de repérer certaines situations à risque :

- consommation de plus de 5 verres standard en une fois pour les hommes (3 pour les femmes)
- consommation pendant la grossesse ou l'allaitement
- association avec des médicaments psychotropes
- consommation avant la conduite d'un véhicule ou d'un engin dangereux
- consommation chez l'enfant de moins de 16 ans

- **Connaître les modalités de sevrage et d'accompagnement d'un patient alcoolodépendant [9,10] :**

Tout sujet alcoolodépendant doit bénéficier d'une proposition de sevrage thérapeutique.

L'objectif d'un sevrage thérapeutique est l'entrée dans un processus d'abstention complète et durable d'alcool. Ce sevrage s'impose chaque fois qu'il y a alcoolodépendance, qu'elle s'exprime ou non par des signes physiques. En effet, lorsqu'une dépendance est installée, le retour à une consommation modérée est considérée comme très difficile voire impossible.

Le sevrage alcoolique peut se réaliser en ambulatoire ou dans une structure d'hospitalisation.

- Avantages du sevrage ambulatoire : poursuite de l'activité professionnelle, maintien des relations familiales et sociales, meilleure acceptation car n'obligeant pas à assumer socialement le statut de malade, compatibilité avec un syndrome de sevrage modéré, participation du patient et de son entourage.
- Avantages du sevrage institutionnel : surveillance continue (personnes isolées), malade soustrait à son environnement (alcool, situations à risque ou conflictuelles), garantie de la réalité du sevrage et de l'observance des prescriptions, indication formelle en cas de pathologies intriquées ou de syndrome de sevrage sévère.

Le sevrage ambulatoire comporte néanmoins des contre-indications (10 à 30 % des malades) : alcooliques (dépendance physique sévère, antécédent de delirium tremens ou de crise convulsive généralisée), somatiques, psychiatriques et socio-environnementales.

Le sevrage s'accompagne d'une prescription relativement standardisée :

1. Diazépam/Valium®, de préférence par voie orale :
6 comprimés à 10 mg le premier jour et diminution d'un comprimé chaque jour jusqu'à arrêt ;
la durée de traitement ne doit pas excéder 7 jours, sauf en cas de complications ;
2. Hydratation orale suffisante, sans hyperhydratation ;
3. La thiamine (vitamine B1) 500 mg par jour, pendant 21 jours

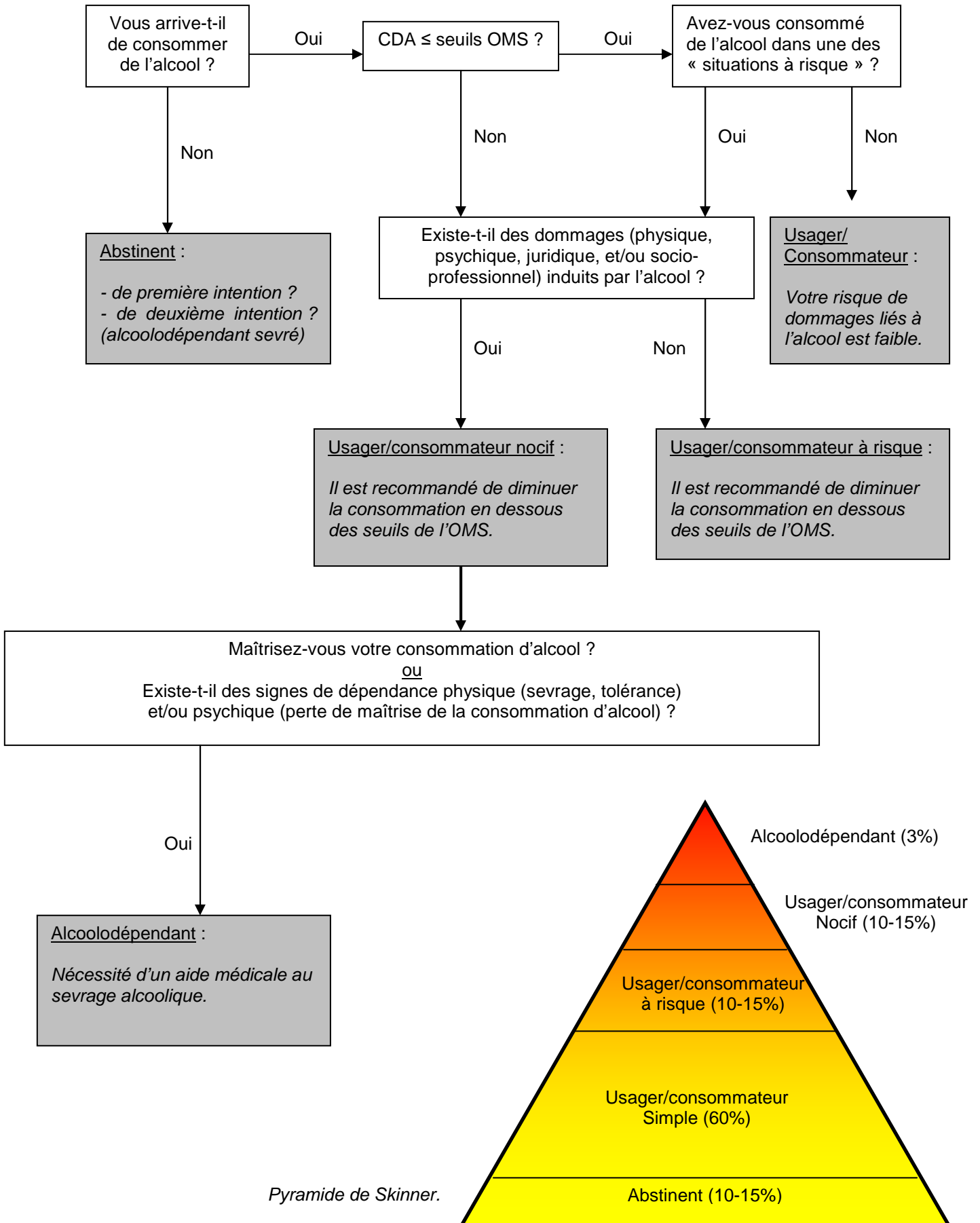
L'intensité des symptômes de sevrage peut s'apprécier à l'aide du score de Cushman (voir plus loin). Les modalités du sevrage diffèrent en cas de comorbidités (troubles anxio-dépressifs, pathologie somatique...) ou de co-addictions associées (80 à 95% des malades de l'alcool sont fumeurs).

La période de « l'après-sevrage » peut s'articuler autour de 3 axes principaux :

1. Un accompagnement non-médicamenteux : soutien psychologique (toujours), mouvements d'entraide (souvent) et thérapie cognitivo-comportementale (parfois) ;
2. Un accompagnement médicamenteux : acamprosate/Aotal® ou naltrexone/Révia®, pendant une durée d'environ 3 mois ;
3. Une prise en charge adaptée au patient : addictions associées, comorbidités psychiatriques et somatiques, problèmes sociaux.

➤ Quelques outils

- **Savoir « placer » un patient sur la pyramide de Skinner [8]**



- **Savoir utiliser le questionnaire FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation) :**

A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	0	2 à 3 fois/semaine	3
	1 fois/mois ou moins	1	4 fois/semaine ou plus	4
	2 à 4 fois/mois	2		
Combien de verres standard buvez-vous les jours ou vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	0	7 à 9	3
	3 ou 4	1	10 ou plus	4
	5 ou 6	2		
Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?	Non	0		
	Oui	4		
Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Non	0		
	Oui	4		
Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?	Non	0		
	Oui	4		

Interprétation des résultats : Score < 5 (4 pour les femmes) : risque faible ou nul
 Score de 5 à 8 (4 à 8 pour les femmes) : consommation excessive
 Score > 8 : dépendance probable

Remarque : l'auto-questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) donne des résultats similaires. Il est composé de 10 questions portant sur la consommation d'alcool des 12 derniers mois. Il est calculable en ligne à : <http://www.paris-nord-sftq.com/outils.alcool.detection.AUDIT.0110.htm>

- **Savoir utiliser le score de Cushman pour apprécier l'intensité du sevrage :**

	0 points	1 points	2 points	3 points
Fréquence cardiaque (/min)	< 80	81 à 100	101 à 120	> 120
Pression artérielle systolique (mmHg)	< 135	136 à 145	146 à 155	> 155
Fréquence respiratoire (/min)	< 16	16 à 25	26 à 35	> 35
Tremblements	0	Main	Membre supérieur	Généralisés
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Généralisée et contrôlable	Généralisée et incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Prurit, Phono-/Photophobie	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées

Interprétation des résultats : Score < 7 : état clinique contrôlé
 Score de 7 à 14 : symptômes de sevrage modérés
 Score > 14 : symptômes de sevrage sévères

- **Pouvoir donner un numéro de téléphone :**

ECOUTE ALCOOL 0 811 91 30 30 7j/7, de 14h à 2h.

➤ Quelques références

[7] Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)
<http://www.drogues.gouv.fr>

[8] Batel P. Pour en finir avec l'alcoolisme : réalités scientifiques contre idées reçues. Paris : La découverte, 2006 : 50-58

[9] Objectifs, indications, et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant – Conférence de consensus. ANAES-SFA, mars 1999
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/alccol2.pdf>

[10] Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage – Conférence de consensus. ANAES-SFA, mars 2001
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/alcool2.pdf>

1.3 – LES AUTRES SUBSTANCES

Les informations relatives aux autres drogues sont regroupées dans ce chapitre. Bien que répandues, ces dernières ont fait l'objet de moins d'études. Il existe donc peu de recommandations.

➤ Quelques chiffres [11]

- **Le cannabis :**

En France : 1,2 million de consommateurs réguliers de cannabis (10 fois ou plus au cours des 30 derniers jours), dont la moitié sont des consommateurs quotidiens.

Chez les jeunes de 17 ans : 15% des garçons et 6% des filles sont des consommateurs réguliers. C'est le produit illicite le plus précocement expérimenté : vers 15 ans (2 ans après le tabac).

Le cannabis est à l'origine de 28% des demandes de soins en centres spécialisés.

Une consommation régulière de cannabis peut entraîner un syndrome amotivationnel ou décompenser une psychose.

230 décès par an par accidents de la route attribuables à la consommation de cannabis.

Conduire sous l'effet du cannabis double le risque d'être responsable d'un accident mortel.

Ce risque est multiplié par 14 en cas d'association avec la prise d'alcool (40% des cas).

- **L'héroïne :**

En France : entre 150.000 et 180.000 usagers nocifs et/ou dépendants.

Chaque mois, les médecins exerçant en libéral voient environ 97.000 patients consommateurs d'opiacés.

Un peu plus de 500 cas de décès par surdose en 1994 → 37 décès en 2004

Environ de 15.000 patients sous méthadone, 8 fois plus sous buprénorphine (en 2003).

- **La cocaïne et le crack :**

L'expérimentation de cocaïne est retrouvée chez 4% chez les 26-44 ans.

Depuis 2000, au moins 10 cas de décès par surdose à la cocaïne sont recensés chaque année.

- **L'ecstasy et les amphétamines :**

Parmi les jeunes de 17 ans : 4% des garçons et 3% des filles en ont consommé au moins une fois.

En 2004 : 4 décès liés à l'ecstasy et 1 décès lié aux amphétamines

- **Les autres drogues :** LSD, kétamine, champignons, poppers, solvants, GHB...

- **Les médicaments psychotropes :**

Parmi les adultes de 18 à 75 ans, en 2000 : 6% des hommes et 12% des femmes ont consommé un anxiolytique ou un hypnotique dans la semaine précédente. Dans 12 % des cas, il provenait d'une ancienne prescription.

Parmi les jeunes de 17 ans, en 2005 : 8% des garçons et 22% des filles ont consommé un psychotrope au cours de l'année, dont la moitié au cours des 30 derniers jours. Le médicament n'a été prescrit à l'utilisateur que dans la moitié des cas.

Parmi les personnes prises en charge par les structures socio-sanitaires en 2003 : 4 % déclarent être devenus dépendants pour la première fois avec les benzodiazépines.

- **Les produits dopants :** amphétamines, cocaïne, corticoïdes, anabolisants...

Parmi les jeunes de 18 ans : 7,6% des garçons et 3,6% des filles déclarent avoir consommé, au moins une fois, des produits pour améliorer les performances physiques et sportives.

➤ Quelques recommandations

- **Si il faut n'en retenir qu'une = « INTERROGER LES PATIENTS » :**

Pour chacun de ses patients, un médecin devrait connaître les substances que celui-ci consomme ou a consommé, et la modalité de prise. Pour cela, il faut les interroger régulièrement.

Il faut par ailleurs s'attacher à repérer la polytoxicomanie, souvent présente.

- **Savoir expliquer les stratégies thérapeutiques du sevrage des opiacés [12,13] :**

Les médicaments de substitution des opiacés (MSO) ont contribué à favoriser l'accès aux soins et à réduire mortalité, morbidité (surdoses, SIDA...) et dommages sociaux (moins d'interpellations, plus de logements et d'emplois stables).

De plus, les coûts épargnés en 1997 grâce à la politique de substitution de la dépendance aux opiacés sont de 595 millions d'euros.

Les MSO sont indiqués exclusivement en cas de dépendance avérée aux opiacés. La posologie initiale est adaptée progressivement par paliers en fonction des symptômes de sevrage résiduels, ou de surdosage. Il n'y pas de durée optimale de traitement.

Les deux MSO disponibles actuellement sont :

➤ Méthadone/Méthadone® :

- agoniste, non injectable
- dose initiale 10-40 mg/j, par voie orale, paliers d'augmentation de 5-10 mg / 1-3 jours
- primo-prescription en centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) ou établissement de santé, relais en ville possible
- prescription = 14 jours, délivrance = 7 jours
- meilleure satisfaction du patient, mais risque de surdose
- interactions médicamenteuses à respecter
- gamme insuffisante (dosages et présentations)

➤ Buprénorphine/Subutex® :

- agoniste/antagoniste, possibilité d'injection intraveineuse
- dose initiale 4-8 mg/j, par voie sublinguale, paliers d'augmentation de 1-2 mg / 1-3 jours
- prescription par tout médecin
- prescription = 28 jours, délivrance = 7 jours
- moindre risque de surdose, mais moindre satisfaction du patient, avec risque de consommations associées
- association dangereuse avec benzodiazépines à fortes doses

Certaines limites demeurent, notamment la mauvaise utilisation des MSO :

- injection intraveineuse et sniff de buprénorphine ;
- décès par surdose de méthadone ou par potentialisation buprénorphine-benzodiazépines (BZD), notamment chez les injecteurs de buprénorphine ;
- primodépendance à la buprénorphine.

Remarque :

Pour lutter contre les risques des auto-injections intra-veineuses de buprénorphine, une association buprénorphine + naloxone (Suboxone®) par voie sublinguale est annoncée en France.

En l'absence d'évaluation suffisante, il n'est pas démontré que cette association diminue le recours au mésusage par voie intraveineuse.

En pratique, chez les patients sous buprénorphine qui ont tendance à faire des auto-injections, mieux vaut en rester à la méthadone.

Rev Prescrire 2007 ; 27 (284) : 405-408

➤ Quelques outils

• **Savoir repérer un usage problématique de cannabis [14]:**

Trois réponses affirmatives indiquent un usage problématique de cannabis :

1. Votre entourage s'est-il plaint de votre consommation de cannabis ?
2. Avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ?
3. Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors d'usage du cannabis ?
4. Considérez-vous qu'il est difficile de passer une journée sans « joint » ?
5. Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous faisiez habituellement ?
6. Vous êtes-vous déjà senti préoccupé par les effets de votre usage de cannabis ?
7. Avez-vous plus de difficultés à étudier, à intégrer des informations nouvelles ?
8. Avez-vous déjà essayé sans succès de diminuer ou d'arrêter votre usage de cannabis ?
9. Aimez-vous « planer », « être défoncé(e) », « être stone » dès le matin ?
10. Êtes-vous de plus en plus souvent « défoncé(e) » ?
11. Avez-vous ressenti une envie très forte de consommer, des maux de tête, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand vous diminuez ou arrêtez l'usage du cannabis ?

• **Pouvoir donner un numéro de téléphone :**

<p>DROGUES INFO SERVICE 0 800 23 13 13, 7j/7 Appel gratuit depuis un poste fixe</p>

<p>ECOUTE CANNABIS 0 811 91 20 20 7j/7, de 8h à 20h</p>

➤ Quelques références

[11] Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)
<http://www.drogues.gouv.fr>

[12] Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés – Conférence de consensus. ANAES-FFA, juin 2004
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_%20long.pdf

[13] Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés – Recommandation pour la pratique clinique. AFSSAPS-ANAES, juin 2004
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/opiaces_recos.pdf

[14] L'usage problématique de cannabis – Numéro spécial Toxibase/Crips. Revue Toxibase n°12 / Lettre du Crips n°70
http://www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier_cannabis_2003.pdf

2 – LA SEXUALITE

2.1 – LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

➤ Quelques chiffres [15]

- **Augmentation des pratiques sexuelles à risque entre 1996 et 2005, notamment chez les homosexuels**

Doublement des pénétrations anales non protégées : jusqu'à 50% des rapports chez les homosexuels séropositifs.

Ces prises de risque se traduisent par une « flambée » de la plupart des IST :

- La résurgence de la syphilis depuis 2000 : 300 à 400 cas par an chez les homosexuels ;
- L'augmentation des infections à gonocoques ;
- L'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale depuis 2003 chez les homosexuels séropositifs pour le VIH ;
- L'augmentation des infections uro-génitales à Chlamydiae, notamment chez les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans.

- **Diminution des infections VIH chez les usagers de drogues**

Les usagers de drogues représentent une part très faible des découvertes de séropositivité (moins de 1% des usagers de drogue de moins de 30 ans sont séropositifs pour le VIH), mais la prévalence du VHC reste élevée : ¼ des usagers de drogues de moins de 30 ans.

- **Augmentation des infections à VIH chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne**

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne représentent un tiers des découvertes de séropositivité VIH.

La proportion des femmes augmente parmi les nouveaux cas de sida : 35% des nouveaux cas de SIDA sont des femmes, la plupart sont originaire d'Afrique subsaharienne.

Près d'un quart des Africains atteints par le VIH et vivant en France sont infectés avec des sous types présents en Europe de l'ouest et quasi-inexistants en Afrique.

➤ Quelques recommandations

- **Une question à poser = « Que faites-vous pour vous protéger des IST ? »**

Evidemment, de cette question découlent d'autres questions & réponses, selon ce que le patient ou la patiente fait en pratique pour se protéger des IST...

- **Savoir expliquer l'utilisation du préservatif masculin ... et féminin [16]**

Les principaux avantages du préservatif féminin sur le préservatif masculin sont la possibilité de l'insérer et de le retirer à distance du rapport sexuel, et la maîtrise par la femme de sa protection sexuelle. Il est aussi plus résistant et ne provoque pas d'allergie (polyuréthane).

Son prix de vente reste élevé (entre 2 et 3€), mais peut être distribué gratuitement par les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou des associations.

- **Savoir évaluer la prise de risque pour les IST**

La recherche des facteurs de risque (FDR) doit être systématique :

- Plus d'un partenaire sexuel ou changement de partenaire sexuel dans les 3 derniers mois ;
- Adolescent ou adulte de moins de 25 ans, ou célibataire ;
- Antécédent(s) personnel(s) d'IST, ou partenaire sexuel ayant une IST ;
- Usager de drogue intraveineuse ;
- Travailleur(se) de l'industrie du sexe, et leurs clients ;
- Chirurgie ou transplantation réalisées dans un pays de haute prévalence ;
- Emigration d'un pays de haute prévalence.

- **« Une IST peut en cacher une autre »**

La conduite à tenir doit être systématique, quelque soit l'IST diagnostiquée :

1. Examen clinique complet et examen paraclinique comprenant :
 - Sérologie VIH 1 et 2
 - Sérologie VHC (*l'hépatite C n'est vraiment considérée comme une IST*)
 - Anticorps anti-HBs ; associés aux anticorps anti-HBc et antigène HBs si jamais vacciné(e)
 - Sérologie TPHA-VDRL
 - PCR Chlamydia sur le premier jet urinaire
2. Relations sexuelles protégées par un préservatif jusqu'aux résultats définitifs
3. Examen et dépistage du (ou des) partenaire(s)

Tous les résultats doivent être expliqués au patient, en tenant compte d'une « fenêtre sérologique » (près de 6 semaines avec les techniques actuelles pour la sérologie VIH).

- **Connaître le déroulement du diagnostic de séropositivité pour le VIH [17]**

L'analyse de dépistage vise à mettre en évidence les anticorps anti-VIH. Elle doit combiner la réalisation de deux techniques, dont l'une est obligatoirement un ELISA.

Une analyse de dépistage positive doit toujours être complétée par une analyse de confirmation (western-blot ou immuno-blot), qui permet de préciser la nature des anticorps anti-VIH1 ou anti-VIH2. La séropositivité n'est établie que lorsque le résultat de l'analyse de confirmation est positif.

Il est souvent souhaitable d'aborder avec le patient, dès la prescription, ce qu'une telle analyse implique : prise de risque pour les IST, possibilité d'un résultat positif, conduite à tenir selon le résultat (même si la sérologie est négative, il y a des choses à dire !). [18]

- **A qui s'adresse le dépistage de l'hépatite C ? [19]**

La transmission de la mère à l'enfant est rare en l'absence de co-infection par le VIH. La contamination par voie sexuelle paraît théoriquement possible en cas de contact avec le sang du partenaire infecté, mais est probablement exceptionnelle en France.

La prévalence de l'infection au virus de l'hépatite C est élevée, estimée à 1 % en France.

Après contamination, le passage à la chronicité surviendrait dans 80 % des cas, avec le développement d'une hépatite chronique active, nécessitant un traitement dans la moitié des cas environ. L'évolution peut se faire vers une cirrhose et un carcinome hépatocellulaire.

On estime qu'environ un tiers des patients infectés par le VHC reste non identifié à ce jour.

Un patient fait partie de la population à risque élevé de contamination (prévalence > 2 %) en cas de :

- transfusion ou transplantation avant 1992 ;
- intervention chirurgicale lourde, séjour en réanimation, accouchement difficile ou hémorragie digestive avant 1992 (possibilité de transfusion méconnue) ;
- sujets ayant utilisé au moins une fois dans leur vie des drogues par voie intraveineuse. De plus, les toxicomanes qui restent actifs doivent être dépistés régulièrement ;
- enfants nés de mère séropositive pour le VHC ;
- patients hémodialysés ;
- sujets découverts séropositifs pour le VIH.

➤ Quelques outils

• **Certaines des IST sont à déclaration obligatoire :**

- Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
- Infection par le VIH, quel qu'en soit le stade

Pour télécharger les fiches de notification : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/index.htm>

• **Pouvoir donner une adresse ...**

Centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH, du VHB, du VHC & de la tuberculose (CDAG)

Centres d'éducation et de planification familiale (CPEF) = consultations ou entretiens gratuits sur :

- contraception, y compris d'urgence ;
- interruption volontaire de grossesse ;
- prévention et dépistage des IST ;
- difficultés au sein du couple ou de la famille.

Quelques sites Internet : www.depistagesida.com
www.inpes.sante.fr
www.lecrips.net/reseau.htm
www.filsantejeunes.com

... ou un numéro de téléphone

<p>Sida Info Service : 0 800 840 800 Ligne AZUR : 0 801 20 30 40 Fil Santé Jeunes : 0 800 235 236</p>

➤ Quelques références

[15] Lutte contre le VIH/sida et les IST en France : 10 ans de surveillance, 1996-2005 – Unité VIH-IST-VHC, Département des maladies infectieuses, InVS, 22 mars 2007
http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_vih/index.html

[16] Préservatif féminin : une alternative au préservatif masculin – Article en Une. Rev Prescrire 2005 ; 25 (259) : 213-218
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierContraceptionPreservatifFem.php>

[17] Stratégies du diagnostic biologique de l'infection due au VIH chez les sujets âgés de plus de 18 mois – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, janvier 2000
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/VIH_rap.pdf

[18] Site du Counseling VIH
<http://www.counselingvih.org/>

[19] Dépistage de l'hépatite C : Populations à dépister et modalités du dépistage – Recommandations du comité d'experts. ANAES, janvier 2001
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hepatite.pdf>

2.2 – LES FEMMES EN PERIODE D’ACTIVITE GENITALE

➤ La contraception [20,21]

- **Savoir prescrire une contraception adaptée à la patiente et/ou au couple**

La différence possible entre l'efficacité optimale des méthodes contraceptives (celle des essais thérapeutiques) et leur efficacité en pratique courante constitue un argument fort pour que la femme et le couple soient impliqués dans un choix adapté à leur réalité quotidienne.

Si l'examen clinique est normal, si la recherche systématique des antécédents personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thromboemboliques) est négative, les examens gynécologique et sanguins peuvent être expliqués et programmés pour une consultation ultérieure (dans les 3 à 6 mois), notamment chez les adolescentes.

Le frottis cervico-vaginal n'est utile que s'il y a eu des relations sexuelles antérieures.

Le bilan sanguin comprend les dosages du cholestérol total, des triglycérides et de la glycémie à jeûn. Il sera répété tous les 5 ans pendant la poursuite de la contraception hormonale

- **Connaître les différentes méthodes de contraception**

Le préservatif, masculin ou féminin, est la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des IST.

La contraception œstroprogestative est l'une des méthodes de 1re intention, pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier (cardio-vasculaire, cancéreux, hépatique, etc.). Elle présente en outre des bénéfices potentiels non contraceptifs, par exemple dans la prévention de certains cancers (cancers de l'endomètre, des ovaires et colorectaux). Elle existe sous de nombreuses présentations (pilule, patch, anneau vaginal...) : toutes ne sont pas remboursées.

➔ Toutes les générations de pilules œstroprogestatives sont associées à une augmentation du risque d'accident thrombo-embolique.

La contraception par progestatif seul peut être utilisée dans certaines situations où les pilules œstroprogestatives sont contre-indiquées, notamment en cas de risque cardiovasculaire. Elle n'est cependant pas seulement une méthode de 2e intention. Elle est à classer, de même que les œstroprogestatifs, au rang des méthodes efficaces dans leur emploi courant et très efficaces en utilisation optimale. Elle est parfois mal tolérée (mauvais contrôle du cycle, spotting, etc.).

➔ Il s'agit essentiellement de la pilule microprogestative, qui implique une prise rigoureuse (tous les jours à la même heure, même pendant les règles) et de l'implant progestatif (Implanon®).

Les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux multipares. Il s'agit d'une méthode contraceptive de 1re intention, considérée comme toujours très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardiovasculaire n'est établi. Les DIU au cuivre et ceux au lévonorgestrel sont aussi efficaces.

Si le risque de maladie inflammatoire pelvienne lié à la pose est avéré, sa survenue est essentiellement limitée aux 3 semaines qui suivent l'insertion.

Étant donné la grande efficacité contraceptive des DIU, le risque de grossesse extra-utérine est extrêmement faible et inférieur d'un facteur 10 à celui associé à l'absence de contraception. La littérature ne permet pas de conclure si le risque de GEU en cours d'utilisation d'un DIU est augmenté par comparaison aux autres méthodes contraceptives.

➔ Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les nullipares.

Les méthodes de stérilisation, masculine ou féminine, doivent être présentées comme généralement irréversibles. Un délai de 4 mois de réflexion doit être respecté.

Il existe d'autres méthodes contraceptives (méthodes naturelles, spermicides, méthode de l'aménorrhée lactationnelle...) qui ne sont pas détaillées ici.

- **Savoir expliquer la conduite à tenir en cas d'oubli ...**
(ou en cas de vomissement survenant dans les 4 heures après la prise)



... et les modalités de contraception d'urgence

Le DIU au cuivre est la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé. Il peut être mis en place par un médecin jusqu'au 5^e jour après l'oubli.

La contraception d'urgence hormonale par progestatif seul (lévonorgestrel/Norlevo®, un comprimé de 1,5 mg le plus tôt possible dans les 72 premières heures) n'est pas efficace à 100 %, mais l'est d'autant plus qu'elle est utilisée plus précocement après le rapport non protégé. Elle présente l'avantage de pouvoir être obtenue sans ordonnance en pharmacie (où elle est anonyme et gratuite pour les mineures qui en font la demande), en centre de planification familiale ou dans les infirmeries scolaires.

→ Il est recommandé d'utiliser des préservatifs jusqu'à la fin du cycle en cours, et de réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue.

➤ L'interruption volontaire de grossesse (IVG) [22]

En France, il y a chaque année 200.000 IVG.

• **Savoir expliquer les différentes méthodes d'IVG**

La technique chirurgicale repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration dans des conditions strictes d'asepsie. La patiente doit être informée sur les différentes modalités d'anesthésie possibles (anesthésie générale ou anesthésie locale) : le choix du type d'anesthésie lui revient.

La technique médicale repose sur l'association d'une antiprogestérone (mifépristone, à H0) et de prostaglandines (misoprostol, entre H36 et H48). Le misoprostol peut être pris au domicile (« IVG ambulatoire », chez certains médecins agréés) dans certaines conditions :

- distance entre le domicile de la patiente et le centre hospitalier référent limitée et possibilité de le rejoindre et/ou de s'y rendre 24 h/24 ;
- information de la patiente notamment sur la conduite à tenir en cas d'hémorragie.

L'IVG ambulatoire est possible jusqu'à 7 SA révolues (J49).

De la 8e et la 9e SA (J50-J63), les techniques médicales ou chirurgicales sont utilisables.

De la 10e à la 14e SA (J64-J98), la technique chirurgicale est la technique de choix.

• **Savoir expliquer le déroulement des différentes consultations**

Toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous dans les 5 jours suivant son appel.

La précocité de réalisation permet un choix plus large de techniques utilisables.

Dans la mesure du possible, le choix de la méthode d'IVG et d'anesthésie doit revenir à la patiente.

Sauf cas exceptionnel, les IVG doivent être réalisées en ambulatoire ou en hôpital de jour (séjour inférieur à 12 heures).

Les coordonnées des centres du planning familial sont disponibles à l'adresse suivante :

<http://www.planning-familial.org/annuaire/index.php>

La consultation pré-IVG est l'occasion de proposer, selon le contexte clinique, un dépistage des IST, dont l'infection par le VIH, et des frottis cervico-vaginaux de dépistage. Le mode de contraception ultérieure est abordé et éventuellement prescrit dès la visite précédant l'IVG. Il peut être utile de tenter de comprendre les raisons de l'échec de la contraception actuelle ou de son absence. Les patientes doivent disposer d'un groupe sanguin Rhésus avec recherche d'agglutinines irrégulières.

Le délai de réflexion (7 jours) peut être raccourci en cas de procédure d'urgence : si le délai de 14 SA risque d'être dépassé.

L'IVG médicamenteuse est responsable de douleurs modérées à sévères pour plus de 50 % des femmes, liées principalement à l'utilisation des prostaglandines. Les patientes doivent être prévenues et disposer d'une prescription d'antalgiques adaptés.

Une contraception œstroprogestative peut être commencée dès le lendemain de l'IVG, qu'elle soit médicale ou chirurgicale. La pose d'un DIU est possible lors de l'examen de surveillance ou bien en fin d'aspiration en cas d'IVG chirurgicale.

La visite de contrôle est prévue entre le 14e et le 21e jour post-IVG.

Quelque soit la méthode utilisée, l'IVG n'est pas associée à un risque de stérilité ultérieure.

Remarque : il existe une réglementation particulière pour l'IVG chez les mineures (absence de consentement parental non obligatoire si accompagnement par une personne majeure, anonymat et prise en charge gratuite...).

➤ Le désir de grossesse

- **Ce qu'il faut dire à la future mère :**
- **Ce qu'il faut prescrire à la future mère**

Pas de tabac
Pas d'alcool
Pas de drogues
Pas d'automédication
(en dehors du paracétamol)

Des examens biologiques (ceux du certificat prénuptial [23]) :

1. Groupe ABO & Rhésus → si Rhésus négatif, prévention de l'allo-immunisation anti-D
2. Sérologie rubéole → si négative, proposer le vaccin (sous contraception pendant 2 à 3 mois)
3. Sérologie toxoplasmose → si négative, conseils hygiéno-diététiques pendant la grossesse
4. Evaluation de la prise de risque pour les IST, et proposer leur dépistage biologique (VIH...)

Une ordonnance de médicament et/ou de vaccin :

5. Acide folique CCD 0.4 mg/j (5mg/j si antécédent ou facteur de risque) : avant la conception et jusqu'au 3^e mois après le début de la grossesse [24]
6. Vaccination contre la coqueluche à proposer (existe seulement combinée avec le DTPolio)
7. Si aucun antécédent clinique de varicelle : contrôle sérologique préalable, puis proposer vaccination contre la varicelle (sous réserve d'un test de grossesse négatif et d'une contraception efficace de 3 mois après chaque dose de vaccin)

Remarque : les points 1, 4 et 6 s'appliquent aussi au futur père

➤ La grossesse & l'allaitement

- **Dès le début de la grossesse [25]**

Un suivi régulier de la grossesse est bénéfique pour la femme et son bébé.

Planifier le suivi et l'expliquer à la patiente : examen clinique, prescription d'examens, orientation vers une prise en charge spécifique si besoin. Les principales « dates » de la grossesse (déclaration, échographie, HT21, accouchement prévisionnel) sont calculables en ligne à l'adresse suivante : <http://www.paris-nord-sftg.com/outils.grossesse.0209.php3>

Expliquer les signes devant amener à consulter rapidement : fièvre, signes fonctionnels urinaires, douleurs abdominales, pertes vaginales...

L'utilité, les bénéfices escomptés et les éventuels inconvénients et conséquences des examens de dépistage doivent être expliqués à la patiente, avant leur réalisation, pour lui permettre de les accepter ou de les refuser.

En dehors du paracétamol, toute automédication est à éviter, quel que soit le terme, y compris les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) en raison [26]:

- d'un risque de fausse couche et d'un possible risque malformatif (notamment cardiaque) en début de grossesse ;
- des risques cardiovasculaires et rénaux pour le fœtus en 2^e partie de grossesse.

Les risques liés au mode de vie de la patiente (consommation de tabac et autres addictions, déplacements, pénibilité du travail, etc.) et les risques infectieux alimentaires (toxoplasmose, listériose, etc.) doivent être pris en compte et, dans la mesure du possible, prévenus.

Le médecin doit s'attacher à repérer les situations de vulnérabilité (violence domestique, addictions, etc.) et toute forme d'insécurité (insécurité affective au sein du couple ou de la famille, précarité, isolement, etc.).

Les droits liés à la maternité et la manière de les faire valoir sont à expliquer à la patiente.

Remarque :

Pour toute question relative à la grossesse et aux médicaments (risques tératogènes, contre-indications réelles...), vous pouvez consulter le site du Centre de référence sur les agents tératogènes à l'adresse suivante : <http://www.lecrat.org>

- Le suivi de la grossesse [25]

Contenu	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois
Examens obligatoires							
Examen clinique	•	•	•	•	•	•	•
Entretien individuel ou en couple	•	Evaluation par une sage-femme des besoins de prévention et d'éducation : séances de préparation à la naissance et/ou orientation vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement					
HCG qualitatif	Si doute						
Diagnostic de grossesse	•						
Déclaration de grossesse	Avant 15 SA ⁽¹⁾						
Groupe sanguin	•					2 ^e détermination si non réalisée avant	
Recherche d'agglutinines irrégulières (RAI)	•	Si Rhésus négatif ou si antécédent de transfusion, poursuite des recherches d'agglutinines irrégulières mensuelles au cours des 6 ^e , 8 ^e et 9 ^e mois					
Identification et titrage des anticorps	si RAI +			si RAI +		si RAI +	
Sérologie rubéole	• ⁽²⁾	Si résultat négatif : mensuelle jusqu'à 18 SA					
Sérologie syphilis	•						
Sérologie toxoplasmose	• ⁽²⁾	Si résultat négatif : mensuelle jusqu'au 9 ^e mois et après accouchement					
Recherche antigène HBs				•			
Glycosurie-Albuminurie	•	•	•	•	•	•	•
Hémogramme				•			
Examens à proposer systématiquement							
Échographie obstétricale	entre 11 et 13 SA + 6 jours	entre 20 et 22 SA				entre 31 et 32 SA	
Marqueurs sériques (trisomie 21)	entre 14 et 18 SA						
Sérologie VIH 1 et 2	•						
Prélèvement vaginal : recherche streptocoques B						entre 35 et 38 SA	
Examens à proposer selon la symptomatologie ou les antécédents							
NFS	•						
ECBU	•		•			•	•
Frottis cervical	Si >2 ans						

(1) SA : semaine d'aménorrhée
(2) Sauf immunité acquise (résultats écrits)

Le dépistage du diabète gestationnel est recommandé entre 24 et 28 SA ; ou dès le début de la grossesse en cas de FDR (âge > 40 ans, IMC > 25 kg/m², origine non-caucasienne, ATCD familial de diabète, ATCD personnel de diabète gestationnel, de mort foetale in utero ou de macrosomie).

Il n'existe pas de consensus sur les seuils et les stratégies de dépistage du diabète gestationnel [27] :

- Stratégie en un temps : HGPO après charge en glucose de 75 g.
- Stratégie en deux temps : test de dépistage (HGPO 50 g, dit « test de O'Sullivan »), puis test diagnostique (HGPO 100 g ou HGPO 75 g).

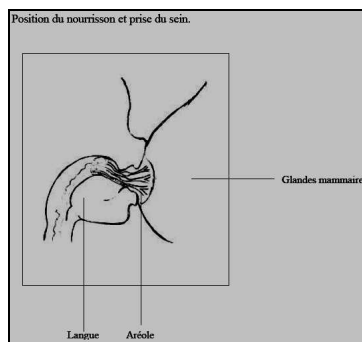
- **L'allaitement maternel [28]**

L'allaitement maternel exclusif permet un développement optimal du nourrisson jusqu'à 6 mois, et protège le nouveau-né des infections gastro-intestinales, ORL et respiratoires.

Les contre-indications de l'allaitement maternel sont exceptionnelles, tant pour la mère (infection par le VIH, sauf pasteurisation du lait) que pour le nouveau-né (galactosémie).

Le passage lacté de la nicotine étant prouvé, il faut encourager les mères à arrêter de fumer.

La bonne position du nouveau-né (face à la mère) et la prise correcte du sein par l'enfant (bouche grande ouverte et langue vers le bas) permettent une succion efficace et un transfert de lait optimal tout en prévenant les tétées douloureuses et les lésions du mamelon. C'est un facteur déterminant de la réussite de la mise en oeuvre et de la poursuite de l'allaitement.



Seul l'allaitement à la demande permet au nourrisson de réguler ses besoins nutritionnels. La plupart des nourrissons allaités ont besoin de téter fréquemment, y compris la nuit (souvent davantage que les 6 à 7 tétées préconisées habituellement), d'autant que la tétée a d'autres fonctions que nutritionnelles (réconfort, plaisir, tendresse).

Aucune donnée ne permet de conseiller à la mère de proposer un sein ou les deux à chaque tétée. Il est cependant important de n'offrir l'autre sein au nourrisson que lorsque celui-ci arrête de téter de lui-même, afin de prévenir un éventuel engorgement.

→ Le respect de ces conseils constitue la meilleure prévention des difficultés et complications de l'allaitement (lésions du mamelon, engorgement mammaire, lymphangite, pseudo-insuffisance lactée).

L'introduction de compléments entre 4 et 6 mois en plus de la poursuite de l'allaitement conduit à un excès de risque significatif de gastro-entérite et doit donc être déconseillée car cela n'apporte aucun bénéfice pour la croissance et le développement de l'enfant.

Pour la mère allaitant, aucune règle alimentaire spécifique n'est justifiée ni interdite, y compris pour la quantité d'eau bue quotidiennement, à l'exception de la caféine (maximum 2-3 tasses par jour) et de l'alcool (consommation occasionnelle et de toutes façons inférieure à 2 verres par jour).

Encore une fois, l'automédication est à déconseiller.

Les méthodes de contraception envisageable en cours d'allaitement sont :

1. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est une méthode naturelle pendant les 6 premiers mois ou au moins jusqu'au retour de couches. Elle suppose un allaitement exclusif à la demande jour et nuit et la persistance d'une aménorrhée, les tétées entretenant l'hyperprolactinémie. Dans ces conditions, le taux de grossesses observé pour un allaitement de 6 mois est inférieur à 2 %.
2. Si les conditions de la MAMA ne sont pas respectées ou si la femme le souhaite, il est recommandé de conseiller une autre contraception : une contraception hormonale à partir de la 4^e semaine du post-partum (dans ce cas, les oestroprogestatifs ne sont pas recommandés car ils pourraient réduire la production de lait) ; la pose d'un DIU dans les 48 heures après l'accouchement (risque d'expulsion majoré) ou après la 4^e semaine du post-partum (même en l'absence de retour de couches).

➤ Les frottis cervico-vaginaux (FCV)

• **Modalités de réalisation des FCV**

L'incidence du cancer du col de l'utérus est de 3.000 nouveaux cas par an.

Le FCV constitue le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus, en détectant des lésions précancéreuses. Il est habituellement pratiqué du début de la vie sexuelle jusqu'à l'âge de 65 ans. Certains préconisent la poursuite du dépistage par FCV après 65 ans en raison d'un plus grand nombre de lésions précancéreuses (11% contre 5% avant 25 ans) et cancéreuses (11% contre moins de 1% avant 55 ans) à cet âge. [29]

Les deux premiers FCV doivent être réalisés à un an d'intervalle. Sous réserves que ceux-ci soient normaux, les suivants sont réalisés tous les 3 ans par tout médecin qui en a la compétence (généraliste, gynécologue...). [30]

Classiquement en France, le FCV est effectué chez les femmes en position allongée sur la table d'examen, les pieds dans les étriers. Un essai, mené chez près de 200 femmes, a évalué la qualité et l'inconfort d'un examen gynécologique selon qu'il était réalisé avec étriers ou non (avec les pieds simplement posés sur les coins de la table) :

- la qualité des prélèvements s'est révélée similaire ;
- l'inconfort et la sensation de vulnérabilité ont été significativement moindres chez les femmes examinées sans utilisation d'étriers. [31]

En pratique, il faut laisser le choix aux femmes : les pieds sur les coins de la table ou dans les étriers.

La vaccination contre certains papillomavirus ne dispense pas d'un dépistage classique par FCV !

• **Comprendre les résultats du compte-rendu cytologique [32]**

Les anomalies cytologiques du col de l'utérus dépistées par le FCV sont classées selon la terminologie du système de Bethesda, actualisé en 2001.

Il n'existe pas d'argument fort pour choisir entre le frottis conventionnel de Papanicolaou (étalement et fixation par le clinicien) ou en milieu liquide (l'étalement n'est pas fait par le clinicien). Ce dernier est plus cher, mais réduit le risque de frottis non-interprétable et permet la réalisation d'un test HPV.

Le FCV doit être réalisé à distance de tout rapport sexuel (24-48 heures), en dehors des périodes menstruelles, d'infection ou de tout traitement local (sauf oestrogénique chez la femme ménopausée).

Le compte-rendu doit toujours préciser :

1. La qualité du prélèvement : satisfaisant ou non satisfaisant pour évaluation (l'absence de cellule endocervicale ne constitue pas à elle seule un critère de non-interprétabilité ;
2. L'interprétation :
 - Absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité ;
 - Anomalies des cellules malpighiennes : ASC, LSIL, HSIL ou carcinome malpighien ;
 - Anomalies des cellules glandulaires : atypies des cellules glandulaires (AGC) +/- en faveur d'une néoplasie, adénocarcinome endocervical in situ (AIS), adénocarcinome ;
 - Autres : cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus ;
3. La réalisation ou non d'une recherche de papillomavirus humain (HPV).

Rappel sur les lésions épidermoïdes du col utérin et les correspondances entre les différentes classifications utilisées :

ASC-US = atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée

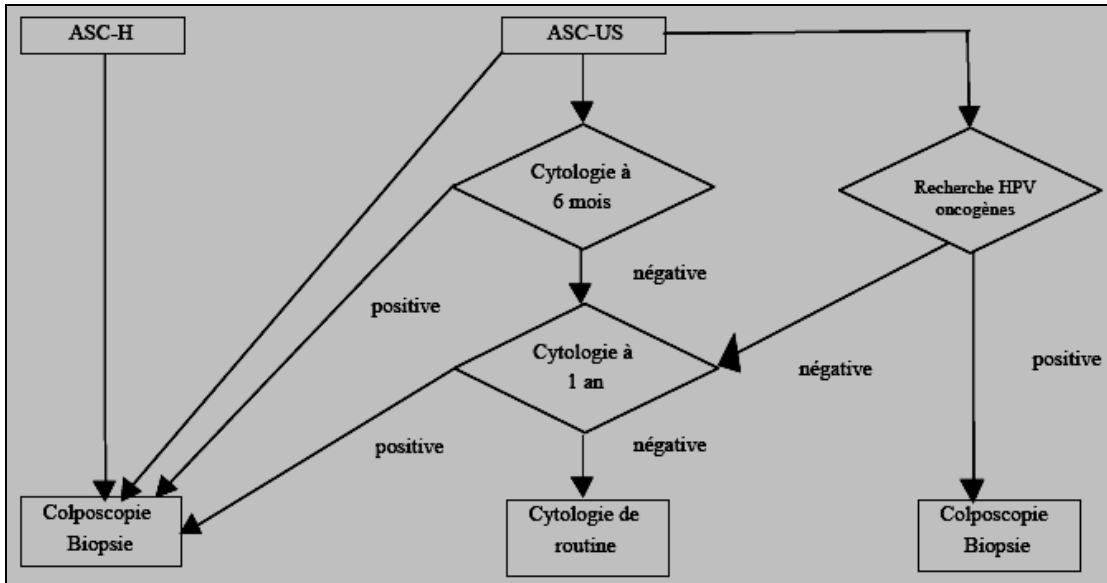
ASC-H = atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une HSIL

BETHESDA	RICHART	OMS
Lésions épidermoïdes intra-épithéliales de bas grade (LSIL)	Effet cytopathogène de l'HPV (koilocytose) Néoplasie intra-épithéliale cervical de grade 1 (CIN 1)	Dysplasie légère
Lésions épidermoïdes intra-épithéliales de haut grade (HSIL)	CIN 2	Dysplasie modérée
	CIN 3	Dysplasie sévère
Carcinome épidermoïde invasif	Carcinome épidermoïde invasif	Carcinome épidermoïde invasif

• **Conduite à tenir devant un FCV anormal [29]**

En cas de frottis avec ASC :

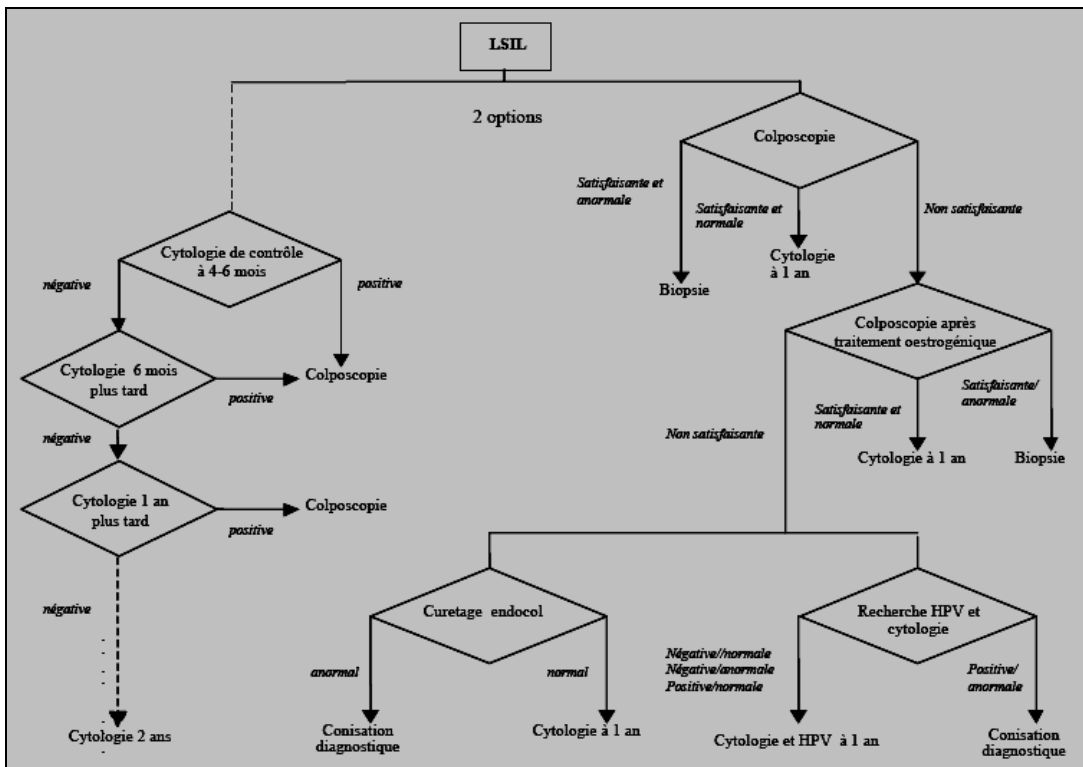
Dans 5-10% (si ASC-US) et 40% des cas (si ASC-H), un tel résultat peut correspondre à une HSIL, exceptionnellement à un carcinome épidermoïde invasif.



En cas de frottis avec LSIL (2% des FCV) :

Plus de la moitié de ces lésions régressent spontanément ; les autres peuvent évoluer vers une HSIL ou un carcinome épidermoïde invasif.

La recherche d'HPV n'est pas réalisée en première intention, car elle est positive dans 80% de ces lésions.



En cas de frottis avec HSIL : Une colposcopie est réalisée d'emblée.
Un deuxième FCV est inutile et peut s'avérer dangereux.

En cas de frottis avec anomalies de cellules glandulaires :

Une coloscopie avec biopsie dirigée et/ou curetage de l'endocol est recommandée.

Si ces anomalies sont de type endométrial, un contrôle histologique de l'endomètre est recommandé.

Certaines recommandations particulières en cas de frottis anormal existent pour les femmes enceintes, ménopausées ou séropositives pour le VIH, mais ne sont pas détaillées ici.

➤ Références

- [20] Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme – Recommandation pour la pratique clinique, AFSSAPS-ANAES-INPES, décembre 2004
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf
- [21] Contraception : des échecs en partie évitables – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2004, 24(254) :705
<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=24114>
- [22] Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, mars 2001
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/IVGRAP.pdf>
- [23] Certificat prénuptial
http://www.sante.gouv.fr/cerfa/certif_med/5prenup.pdf
- [24] Acide folique : en prévention des anomalies de fermeture du tube neural – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2003, 23(244) : 775
<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=22907>
- [25] Comment mieux informer les femmes enceintes ? – Recommandation pour la pratique clinique. HAS, avril 2005
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
- [26] Anti-inflammatoire en début de grossesse et risque de fausse couche – Article en Une. Rev Prescrire 2007 ; 27(281) : 192-193
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierGrossesseAINS2.php>
- [27] Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel – Service des recommandations professionnelles. HAS, juillet 2005
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diabete_gestationnel_synth.pdf
- [28] Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, mai 2002
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
- [29] Cancer du col de l'utérus : des frottis aussi utiles après 65 ans – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2005 ; 25(263) : 536
<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=25278>
- [30] Calendrier vaccinal 2007 - Avis du Haut conseil de la santé publique. BEH n°31-32 / 24 juillet 2007
http://www.invs.sante.fr/beh/2007/31_32/beh_31_32_2007.pdf
- [31] Frottis gynécologique : plus de confort sans utilisation des étrières, pour une même qualité – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2007 ; 27(283) : 376
<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=28189>
- [32] Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal : actualisation 2002 – Recommandations pour la pratique clinique. ANAES, septembre 2002
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf

3 – LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE (RCV)

3.1 – LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE GLOBAL [33]

➤ Quelques rappels

- **Connaître les principaux FDR cardiovasculaires**

1. L'âge ≥ 50 ans chez l'homme et ≥ 60 ans chez la femme* ;
2. Les antécédents familiaux d'évènement cardiovasculaire précoce :
 - ◆ Infarctus du myocarde (IDM) ou mort subite :
 - avant l'âge de 55 ans chez le père (ou parent du 1er degré de sexe masculin) ;
 - avant l'âge de 65 ans chez la mère (ou parent du 1er degré de sexe féminin) ;
 - ◆ Accident vasculaire cérébral (AVC) constitué précoce < 45 ans* ;
3. Le tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans ;
4. L'hypertension artérielle (HTA) permanente, traitée ou non ;
5. Diabète de type 2, traité ou non ;
6. Dyslipidémie :
 - HDL-cholestérol < 1,0 mmol/l (0,40 g/l)* **[Facteur protecteur si ≥ 1,50 mmol/l (0,60 g/l)]**
 - LDL-cholestérol ≥ 1,60 g/l (4,1 mmol/l) si FDR associé(s) ≤ 1

* Certains FDR et certains seuils varient sensiblement selon la source de recommandation retenue.

La microalbuminurie (> 30 mg/24h) est souvent considérée comme un FDR. L'obésité androïde, la sédentarité, la précarité et la ménopause sont considérées comme des facteurs prédisposants.

Toute prise en charge du risque cardiovasculaire doit donc systématiquement s'appuyer sur des mesures hygiéno-diététiques visant à corriger l'ensemble de ces facteurs :

- Activité physique régulière : au moins 30 min par jour, environ 3 fois par semaine ;
- En cas de surcharge pondérale, réduction du poids avec pour objectifs un IMC < 25 kg/m² (ou à défaut, obtenir une baisse de 10 % du poids initial) ;
- Régime alimentaire riche en légumes, en fruits et pauvre en graisses saturées (d'origine animale)
- Arrêt du tabac, associé si besoin à un accompagnement médicamenteux du sevrage tabagique
- Limiter la consommation d'alcool : CDA < 210 g/sem chez l'homme et 140 g/sem chez la femme

Remarque :

Plusieurs essais sont en faveur d'un régime alimentaire dit « méditerranéen », caractérisé par :

- Une augmentation de la consommation de céréales (pain, pâtes, riz, semoule...) et de pommes de terre, de fruits et légumes, et de noix, noisettes, amandes ;
- L'huile d'olive comme principale source de graisses ;
- Poisson, volailles, yaourts et fromages consommés en quantité modérée ;
- Réduction de la consommation de viande rouge ;
- Eventuellement du vin en quantité modérée au repas.

Ce régime a prouvé son efficacité en prévention cardiovasculaire secondaire après un infarctus du myocarde. Par comparaison indirecte, son efficacité a été au moins équivalente à un traitement par statine. [34]

- **Estimation du RCV global par sommation des FDR ou modélisation statistique ?**

La prédiction du RCV global concerne les sujets qui n'ont aucune pathologie cardiovasculaire cliniquement exprimée et pour lesquels le dépistage et la prise en charge de facteurs de risque (FDR) permettraient d'éviter, limiter ou retarder le développement d'une pathologie cardiovasculaire.

En France, l'estimation du RCV global repose habituellement sur la sommation des facteurs de risque, chacun étant considéré comme binaire (présent ou absent) et ayant un poids identique. A l'inverse, les modélisations statistiques prennent en compte la valeur effective de chacun des FDR les plus prédictifs. Le RCV global, calculé en utilisant l'équation d'un modèle de risque ou le score qui en est dérivé, correspond à la probabilité pour le patient de présenter un événement cardiovasculaire à plus ou moins long terme.

Il n'y a pas de consensus concernant le choix de la méthode d'estimation de ce risque.

Deux études permettent une estimation performante du RCV global :

1. Le modèle de Framingham nécessite un ajustement en population française (diviser le risque obtenu par un facteur variant selon l'âge et le sexe entre 2 et 3) ;
2. Les modèles de SCORE, dont le modèle « bas risque » est adapté à la population française.

Certains sites internet proposent un calcul du RCV global en ligne :

- ◆ Le Risk calculator du NCEP (National Care Education Program) : <http://hp2010.nhlbi.nih.net/atp/iii/calculator.asp?usertype=prof>
- ◆ Le RiskEngine de l'UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) : <http://www.dtu.ox.ac.uk/index.php?maindoc=riskengine> (logiciel téléchargeable)
- ◆ L'ETHRISK, adapté aux minorités ethniques de Grande Bretagne : http://www.epi.bris.ac.uk/CVDethrisk/CHD_CVD_form.html

Bien que souffrant de nombreuses limites et d'imperfections, ces outils permettent d'utiliser le RCV global calculé pour classer les patients par niveaux de risque, et aussi comme outil de communication auprès des patients afin d'améliorer leur adhésion à la prise en charge.

➤ Quelques outils

- **Le modèle de Framingham**

En fonction du nombre de points obtenus aux 6 étapes expliquées ci-après, on obtient une estimation du risque coronarien à 10 ans.

Pour les hommes :

Points LDL-cho		Points Cholestérol total	
Total	RCV global	Total	RCV global
< -3	1		
-2	2		
-1	2	[< -1]	[2]
0	3	[0]	[3]
1	4	[1]	[3]
2	4	[2]	[4]
3	6	[3]	[5]
4	7	[4]	[7]
5	9	[5]	[8]
6	11	[6]	[10]
7	14	[7]	[13]
8	18	[8]	[16]
9	22	[9]	[20]
10	27	[10]	[25]
11	33	[11]	[31]
12	40	[12]	[37]
13	47	[13]	[45]
= 14	= 56	[= 14]	[= 53]

Pour les femmes :

Points cholestérol LDL		Points cholestérol total	
Total	RCV global	Total	RCV global
≤ -2	1	[= -2]	[1%]
-1	2	[-1]	[2%]
0	2	[0]	[2%]
1	2	[1]	[2%]
2	3	[2]	[3%]
3	3	[3]	[3%]
4	4	[4]	[4%]
5	5	[5]	[4%]
6	6	[6]	[5%]
7	7	[7]	[6%]
8	8	[8]	[7%]
9	9	[9]	[8%]
10	11	[10]	[10%]
11	13	[11]	[11%]
12	15	[12]	[13%]
13	17	[13]	[15%]
14	20	[14]	[18%]
15	24	[15]	[20%]
16	27	[16]	[24%]
=17	= 32	[= 17]	[= 27%]

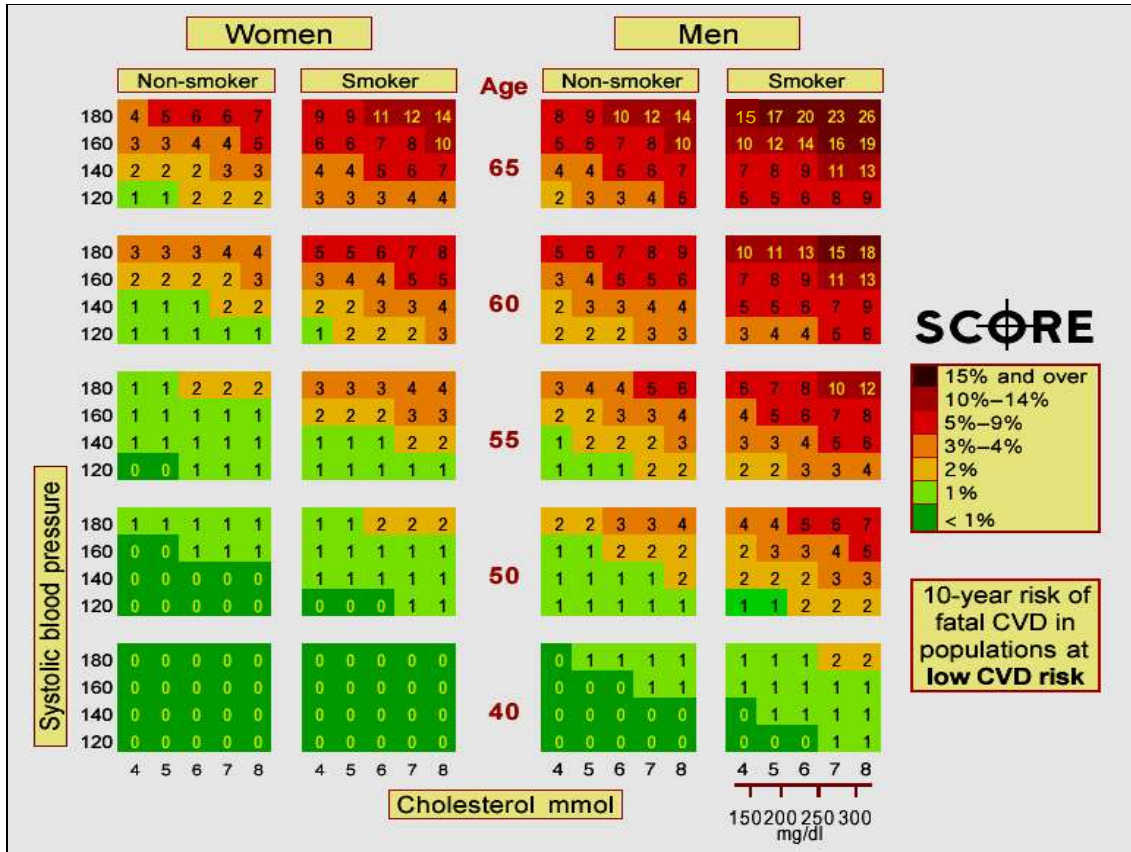
FDR	Hommes		Femmes	
	Points « CT »	Points « LDL »	Points « CT »	Points « LDL »
Etape 1 = Age (années)				
30-34	-1	-1	-9	-9
35-39	0	0	-4	-4
40-44	1	1	0	0
45-49	2	2	3	3
50-54	3	3	6	6
55-59	4	4	7	7
60-64	5	5	8	8
65-69	6	6	8	8
70-74	7	7	8	8
Etape 2 = Cholestérol total (mmol/l)				
< 4,14	-3	X	-2	X
4,15-5,17	0	X	0	X
5,18-6,21	1	X	1	X
6,22-7,24	2	X	1	X
≥ 7,25	3	X	3	X
ou LDL-cholestérol (mmol/l)				
< 2,59	X	-3	X	-3
2,60-3,36	X	0	X	0
3,37-4,14	X	0	X	0
4,15-4,91	X	1	X	2
≥ 4,92	X	2	X	2
Etape 3 = HDL-cholestérol (mmol/l)				
<0,90	2	2	5	5
0,91-1,16	1	1	2	2
1,17-1,29	0	0	1	1
1,30-1,55	0	0	0	0
≥ 1,56	-1	-2	-2	-3
Etape 4 = Pression artérielle systolique/diastolique (mmHg) : choisir le point le plus élevé				
< 120/80	0	0	-3	-3
120-129/80-84	0	0	0	0
130-139/85-89	1	1	0	0
140-159/90-99	2	2	2	2
≥ 160/100	3	3	3	3
Etape 5 = Diabète (traité ou non traité)				
Non	0	0	0	0
Oui	2	2	4	4
Etape 6 = Tabagisme (régulier > 1 cigarette par jour ou arrêté depuis moins d'1 an)				
Non	0	0	0	0
Oui	2	2	2	2
TOTAL				

Et pour comparer au risque d'une personne du même âge :

Années	Dans la moyenne	Sans facteurs de risque
30-34	3 %	2 %
35-39	5 %	3 %
40-44	7 %	4 %
45-49	11 %	4 %
50-54	14 %	6 %
55-59	16 %	7 %
60-64	21 %	9 %
65-69	25 %	11 %
70-74	30 %	14 %

- **Le modèle de SCORE**

Ce modèle donne, pour chaque sexe, une estimation à 10 ans du risque d'évènement cardiovasculaire fatal, en fonction des FDR suivants : âge, tabagisme, cholestérol total et pression artérielle systolique.



Ce score est aussi calculable en ligne à : <http://www.paris-nord-sftg.com/outils.risqueCVeurope1.php>

- **Certains patients sont d'emblée considérés à « haut risque » cardiovasculaire**

En cas d'antécédent cardiovasculaire personnel :

1. Maladie coronarienne avérée : infarctus du myocarde (IDM), angor, revascularisation coronarienne, insuffisance cardiaque congestive ;
2. Maladie vasculaire avérée : AIT, AVC ischémique, AOMI > stade 2 ;
3. Maladie rénale : protéinurie > 300 mg/24h ou insuffisance rénale (DFG < 60 ml/min) ;
4. Rétinopathie à un stade évolué (hémorragies, exsudats, œdème papillaire).

Chez ses patients, il peut être indiqué de rechercher certaines atteintes d'organes cibles : hypertrophie ventriculaire gauche, épaissement des parois artérielles, recherche de microalbuminurie (30 à 300 mg/24h).

➤ Quelques références

[33] Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global. ANAES, juin 2004

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Risque_cardio_vasculaire_rap.pdf

[34] Régime alimentaire "méditerranéen" chez les coronariens – Article en Une. Rev Prescrire 2005 ; 25 (264) : 613-614

<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierPreventionRegimeMedit.php>

3.2 – L'HYPERTENSION ARTERIELLE (HTA) [35]

➤ Quelques chiffres

- **L'HTA est fréquente**

Il existe une relation continue entre le niveau de pression artérielle et le risque cardiovasculaire à partir de 115/75 mmHg, au moins jusqu'à un âge très avancé. La prévalence de l'HTA chez l'adulte augmente avec l'âge, le sexe (masculin) et avec la corpulence du sujet.

L'HTA touche environ 7 millions de patients en France et génère la prescription de médicaments antihypertenseurs pour un coût équivalent à 4 milliards d'euros par an.

Une consultation sur 5 serait en rapport avec la prise en charge de l'HTA en médecine ambulatoire.

- **L'HTA est fortement associée au risque cardiovasculaire (RCV)**

La réduction de la PA réduit la mortalité cardiovasculaire, le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) et de récurrence d'AVC, le risque d'insuffisance rénale terminale et de démence dans certaines populations. La pression artérielle systolique semble le paramètre tensionnel le mieux associé au risque cardiovasculaire.

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès en France : 280 / 100.000 hab. / an.
L'un des facteurs de risque majeur de ces maladies cardiovasculaires reste l'HTA.

- **L'HTA est mal contrôlée, en particulier chez les patients à haut RCV**

Environ la moitié des patients hypertendus restent non contrôlés.

Ce chiffre est de 85 % pour les patients diabétiques et 95 % pour les insuffisants rénaux.

➤ Quelques recommandations

- **Connaître les différentes techniques de mesure de la pression artérielle (PA)**

Au cabinet médical, la mesure conventionnelle consiste à :

- Prendre la TA aux 2 bras avec un brassard adapté, chez un patient en position couchée ou en position assise depuis plusieurs minutes ;
- Rechercher systématiquement une hypotension orthostatique, particulièrement chez le sujet âgé ou diabétique.

Dans ces conditions, l'HTA est définie par une PAS \geq 140 mmHg et/ou une PAD \geq 90 mmHg, confirmées sur 2 mesures par consultation, au cours de 3 consultations successives, en 3 à 6 mois.

L'automesure ou la mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures (MAPA) peuvent s'avérer utiles pour éviter les erreurs de diagnostic (par excès = « HTA blouse blanche » ; par défaut, plus rares = HTA masquée ou ambulatoire isolée) ou s'assurer de la permanence de l'HTA.

L'automesure est pratiquée au domicile par le patient ou un proche (prix de l'appareil : 50-100€, NR).

La MAPA est généralement réalisée par un cardiologue dans le cadre d'une consultation.

Les indications principales de ces deux méthodes sont :

- Avant de débiter un traitement : si PA = 140-179/90-109 mmHg et en l'absence d'une atteinte des organes cibles, d'antécédent cardio- ou cérébro-vasculaire, de diabète ou d'insuffisance rénale ;
- Avant de débiter un traitement : chez le sujet âgé (après s'être assuré de sa faisabilité) ;
- A tout moment de la prise en charge : en cas d'HTA résistante.

Les seuils définissant l'HTA sont ici différents :

Automesure \geq 135/85 mmHg MAPA éveil \geq 135/85 mmHg MAPA sommeil \geq 120/70 mmHg MAPA 24 h \geq 130/80 mmHg

- **Evaluation initiale de l'HTA**

Cette évaluation a pour but d'identifier les facteurs de risque, une atteinte des organes cibles et/ou une maladie cardiovasculaire et rénale associée afin d'estimer le niveau de risque cardiovasculaire du patient et ne pas méconnaître une HTA secondaire.

Le bilan paraclinique initial est standardisé :

1. Créatininémie et estimation du DFG (formule de Cockcroft et Gault) [36]
2. Bandelette réactive urinaire (protéinurie, hématurie) et quantification si positivité
3. Kaliémie (sans garrot)
4. Glycémie à jeûn, cholestérol total, HDL-cholestérol, triglycérides et calcul du LDL-cholestérol (formule de Friedewald)
5. ECG de repos

Au terme de ce bilan, il est possible d'estimer le RCV global du patient en fonction des FDR identifiés (âge, sexe, antécédents familiaux, diabète, dyslipidémie) : cf. § 3.1.

Les autres paramètres à prendre en compte pour la prise en charge sont :

1. L'obésité : IMC ≥ 30 kg/m²
2. L'obésité androïde : périmètre abdominal > 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme
3. La sédentarité (absence d'activité physique régulière)
4. La consommation d'alcool supérieure aux seuils de l'OMS (CDA > 210 g/sem chez l'homme et 140 g/sem chez la femme)

Il est aussi recommandé d'identifier :

1. Une atteinte des organes cibles (AOC)
 - Hypertrophie ventriculaire gauche
 - Microalbuminurie 30 à 300 mg/24h
2. Une maladie cardiovasculaire et rénale
 - Insuffisance rénale (DFG < 60 ml/min) ou protéinurie > 300 mg/24h
 - Accident ischémique transitoire ou accident vasculaire cérébral
 - Insuffisance coronarienne
 - Artériopathie aorto-iliaque et des membres inférieurs

Une HTA secondaire devra être recherchée en présence d'un ou plusieurs facteurs suivants :

- Orientation étiologique fournie par l'évaluation initiale
- HTA chez le patient jeune (< 30 ans)
- HTA sévère d'emblée (TA $\geq 180/110$)
- HTA s'aggravant rapidement ou résistante à un traitement pharmacologique bien conduit (au moins 3 classes thérapeutiques à bonnes doses dont un diurétique thiazidique)

- **Savoir conduire le traitement en fonction du niveau de risque**

	PA 140-159 / 90-99 mmHg	PA 160-179 / 100-109 mmHg	PA $\geq 180/110$ mmHg
0 FDR CV	Risque faible MHD 6 mois puis TTT pharmaco si objectif non atteint	Risque moyen MHD 1 à 3 mois puis TTT pharmaco si objectif non atteint	Risque élevé MHD et TTT pharmacologique
1 à 2 FDR CV	Risque moyen MHD 1 à 3 mois puis TTT pharmacologique si objectif non atteint		
≥ 3 FDR CV et/ou AOC et/ou diabète	Risque élevé MHD et TTT pharmacologique		
Maladie cardio- cérébro-vasculaire ou rénale associée	Risque élevé MHD et TTT pharmacologique		

Les mesures hygiéno-diététiques classiques sont systématiques et s'ajoutent à une limitation de la consommation en sel (NaCl) jusqu'à 6 g/j.

Le traitement est d'abord une monothérapie, choisie parmi les cinq classes d'antihypertenseurs recommandées en première intention : les diurétiques thiazidiques, les bêtabloquants, les inhibiteurs calciques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les antagonistes de l'angiotensine II.

Remarque : les résultats des grands essais cliniques convergent pour utiliser le plus souvent en première intention un diurétique (chlortalidone ou à défaut l'hydrochlorothiazide/Esidrex®). [33]

Après 4 semaines d'un traitement initial (plus rapidement si : PA \geq 180-110 mmHg ou RCV élevé) :

- en cas de réponse insuffisante, il est recommandé d'introduire une bithérapie ;
- en cas d'absence totale de réponse à ce traitement ou d'effets indésirables, il est recommandé de changer de classe thérapeutique.

Les objectifs sont :

HTA essentielle : PAS < 140 et PAD < 90 mmHg
 HTA chez le diabétique : PAS < 130 et PAD < 80 mmHg
 HTA et insuffisance rénale : PA < 130/80 mmHg et protéinurie < 500 mg/24h

• Savoir planifier le suivi d'un hypertendu

Paramètres	Si HTA contrôlée non compliquée	Périodicité selon la situation
PA	3 à 6 mois	Plus souvent si l'objectif tensionnel n'est pas atteint
Interrogatoire et examen CV	3 à 6 mois	Plus souvent en cas de symptôme cardio-vasculaire
Bandelettes urinaires (protéinurie)	12 mois	
Kaliémie, créatininémie et calcul du DFG	1 à 2 ans	Si fonction rénale normale : avant et 7 à 15 j après l'instauration d'un traitement diurétique ou inhibiteur du système rénine-angiotensine (avec une mesure de kaliémie) ou en cas d'événements intercurrents. Si fonction rénale altérée : la périodicité (en mois) de la surveillance est adaptée en fonction du niveau de progression de l'IRC : en divisant le DFG estimé par 10 (ex. pour un DFG à 40 ml/min, la surveillance sera tous les 4 mois)
Glycémie	3 ans, si initialement normale	Plus souvent en cas d'hyperglycémie modérée à jeun, de modification du poids ou du mode de vie
Exploration d'anomalie lipidique (EAL)	3 ans, si lipides initialement normaux	Plus souvent si les lipides sont initialement anormaux, en cas de traitement hypolipémiant, de modification du poids ou du mode de vie
ECG	3 ans	Plus souvent en cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique

➤ Quelques références

[35] Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle – Recommandation pour la pratique clinique – Actualisation 2005. HAS, juillet 2005
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HTA_2005_recos.pdf

[36] Estimation de la fonction rénale selon les formules de verso & Gault ou MDRD (Modification of the Diet in Renal Disease) – Calcul en ligne, Site de la SFTG Paris-Nord
<http://www.paris-nord-sftg.com/outils.cockroft.0212.php3>

3.3 – LES DYSLIPIDEMIES [37]

➤ Modalités de dépistage et de diagnostic en prévention primaire

- **L'exploration d'une anomalie lipidique (EAL)**

Le dépistage d'une dyslipidémie repose sur l'EAL, qui détermine les concentrations de :

- cholestérol total,
- triglycérides,
- HDL-cholestérol,

et permet le calcul du LDL-cholestérol par la formule de Friedewald, si la triglycéridémie est inférieure à 4 g/l (4,6 mmol/l) :

$\text{LDL-cholestérol (g/l)} = \text{cholestérol total (g/l)} - \text{HDL-cholestérol (g/l)} - \frac{\text{Triglycérides (g/l)}}{5}$ $\text{LDL-cholestérol (mmol/l)} = \text{cholestérol total (mmol/l)} - \text{HDL-cholestérol (mmol/l)} - \frac{\text{Triglycérides (mmol/l)}}{2,2}$

Si les triglycérides sont ≥ 4 g/l (4,6 mmol/l), quel que soit le niveau du cholestérol total, le LDL-cholestérol ne peut être calculé (un dosage direct du LDL-cholestérol est possible) : on est en présence d'une hypertriglycéridémie (plus rarement d'une hyperlipidémie mixte) devant faire l'objet d'une prise en charge adaptée.

Remarque : coefficients de conversion

- Cholestérol : g/l $\times 2,58 = \text{mmol/l}$; mmol/l $\times 0,387 = \text{g/l}$
- Triglycérides : g/l $\times 1,14 = \text{mmol/l}$; mmol/l $\times 0,875 = \text{g/l}$

- **Chez un patient sans facteur de risque cardiovasculaire**

Il n'y a pas lieu de faire un dépistage chez les sujets n'appartenant pas à une population considérée à risque cardiovasculaire élevé. Certains experts recommandent un seul dosage de cholestérol total (CT) et des triglycérides (TG) à partir de 20 ans, et une EAL si CT ≥ 2 g/l ou TG ≥ 2 g/l.

Le bilan lipidique est considéré comme normal si :

LDL-cholestérol < 1,60 g/l (4,1 mmol/l) Triglycérides < 1,50 g/l (1,7 mmol/l) HDL-cholestérol > 0,40 g/l (1 mmol/l)

Il n'est pas justifié de répéter le bilan, sauf en cas d'apparition d'un facteur de risque cardiovasculaire.

- **Chez un patient avec au moins un FDR cardiovasculaire (cf. § 3.1)**

Ces patients doivent faire l'objet d'un dépistage systématique.

En l'absence d'un changement des habitudes alimentaires ou d'une intervention médicamenteuse spécifique, d'un événement cardiovasculaire ou d'une augmentation du poids, la répétition d'un bilan lipidique plus d'une fois tous les 5 ans n'est pas justifiée.

En règle générale, la réalisation d'un bilan lipidique de dépistage au-delà de 80 ans n'est pas justifiée.

➤ Prise en charge thérapeutique

- **Deux niveaux « cibles » d'intervention diététique**

1. Chez les sujets avec ≤ 1 autre FDR associé : LDL-cholestérol > 4,1 mmol/l (1,60 g/l) ;
2. Chez les sujets avec ≥ 2 autres FDR associés ou une maladie coronarienne : LDL-cholestérol > 3,4 mmol/l (1,30 g/l).

- **Cinq niveaux « cibles » d'intervention médicamenteuse**

1. Chez les sujets sans autre FDR associé : LDL-cholestérol > 5,7 mmol/l (2,20 g/l) ;
2. Chez les sujets avec 1 autre FDR associé : LDL-cholestérol > 4,9 mmol/l (1,90 g/l) ;
3. Chez les sujets avec 2 autres FDR associés : LDL-cholestérol > 4,1 mmol/l (1,60 g/l) ;
4. Chez les sujets avec ≥ 3 FDR associés : LDL-cholestérol > 3,4 mmol/l (1,30 g/l) ;
5. Chez les sujets à haut risque cardiovasculaire : LDL-cholestérol > 2,6 mmol/l (1 g/l).

Ces 5 niveaux correspondent aussi aux objectifs thérapeutiques.

Remarque :

Les patients sont considérés à haut risque cardiovasculaire au cas de :

- a) *Antécédent personnel de maladie coronaire (IDM, angor, revascularisation) ou vasculaire avérée (AVC ischémique, AOMI > stade 2) ;*
- b) *Diabète de type 2 et :*
 - *Atteinte rénale (DFG < 60 ml/min ou protéinurie > 300 mg/24h) ;*
 - *Ou évolution depuis plus de 10 ans et au moins 2 FDR associés parmi les FDR cardiovasculaires déjà énumérés (cf. § 3.1), microalbuminurie > 30 mg/24h ;*
- c) *Risque calculé à partir d'une équation de risque > 20% de faire un évènement coronarien dans les 10 ans.*

→ Chez ces patients, l'administration d'aspirine à faible dose (75 à 300 mg/j) est recommandée.

- **Traitement médicamenteux**

Tout sujet ayant un LDL-cholestérol > 1,60 g/l (4,1 mmol/l), ainsi que tout sujet ayant au moins un facteur de risque cardiovasculaire, doit bénéficier d'une prise en charge diététique, afin de modifier son mode de vie et son alimentation.

Les mesures hygiéno-diététiques et la prise en charge des facteurs de risque associés (tabagisme, diabète de type 2, HTA) sont systématiques.

Quand une thérapeutique médicamenteuse est indiquée, il s'agit souvent d'une statine, sauf si :

- Intolérance aux statines ;
- LDL-cholestérol < 1 g/l associé à des triglycérides élevés et un HDL-cholestérol bas ;
- Hypertriglycéridémie sévère isolée > 4 g/l.

La pravastatine (Elisor®, Vasten®...) et la simvastatine (Lodalès®, Zocor®...) sont les statines pour lesquelles on dispose de la plus longue expérience d'utilisation et dont l'efficacité clinique est la plus probante. La pravastatine présente moins de risques d'interaction avec certains médicaments ou le jus de pamplemousse. [38]

Le traitement hypolipémiant débute habituellement par les posologies les plus faibles. En l'absence d'évaluation suffisante, l'utilisation de fortes doses, voire de combinaisons thérapeutiques, est à discuter au cas par cas.

La surveillance de l'efficacité et de la tolérance commence entre 1 et 3 mois après le début du traitement. La surveillance systématique des CPK n'a aucun intérêt en l'absence de signes musculaires inexpliqués.

Il n'est pas recommandé de débiter un traitement en prévention primaire après 80 ans.

➤ Références

[37] Prise en charge du patient dyslipidémique – Recommandations de bonne pratique. AFSSAPS, mars 2005
<http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/dysarg.pdf>

[38] Cholestérol : choix d'un médicament de la famille des statines – Article en Une. Rev Prescrire 2006 ; 26 (276) : 692-695
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierStatinesChoix.php>

3.4 – LE DIABETE DE TYPE 2 [39]

➤ Quelques chiffres

Le diabète de type 2 représente une véritable « épidémie » liée à la fois à la transformation du mode de vie et à l'allongement de l'espérance de vie. En Europe, on estime qu'il y a un peu plus de 21 millions de diabétiques de type 2.

Les complications cardiovasculaires sont la principale cause de décès des patients atteints de diabète de type 2. Le pourcentage de diabétiques parmi les dialysés est passé de 7% en 1989 à 24 % en 2003 (90 % des diabétiques hémodialysés sont de type 2).

➤ Quelques recommandations

• **Connaître la définition du diabète**

Le diabète est défini par une glycémie supérieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises.

Il est aussi défini par :

- la présence de signes cardinaux (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associée à une glycémie ≥ 2 g/l (11.1 mmol/l) ;
- une glycémie ≥ 2 g/l (11,1 mmol/l) deux heures après une charge orale de 75 grammes de glucose (critères proposés par l'Organisation Mondiale de la Santé).

• **Connaître les objectifs et les modalités du traitement**

La prévention et le traitement de la microangiopathie et de la macroangiopathie reposent donc sur :

- les mesures hygiéno-diététiques (MHD) habituelles ;
- l'éducation thérapeutique du patient ;
- la recherche de la normalisation glycémique définie par une hémoglobine glyquée (HbA1c) inférieure à 6,5% ;
- une prise en charge précoce et stricte des autres FDR vasculaires (cf. § 3.1).

Les antidiabétiques oraux (ADO) sont nombreux :

- Les biguanides, avec la metformine/GlucoPhage® ;
- Les insulinosécréteurs avec les sulfamides hypoglycémiantes (glibenclamide/Daonil®), les glinides et les glitazones ;
- Les inhibiteurs des alphaglycosidases intestinales.

Les antidiabétiques oraux à utiliser en première intention restent la metformine en cas de surpoids, ou le glibenclamide (seuls traitements à avoir démontré une efficacité sur des critères cliniques de morbidité). Quand ils ne conviennent pas, mieux vaut réviser soigneusement les objectifs glycémiques, et parfois envisager l'insuline. [40]

Il n'y a pas de données justifiant la généralisation de l'autosurveillance glycémique à tous les patients.

Pour les patients dont la glycémie est mal maîtrisée par un antidiabétique oral, l'autosurveillance glycémique peut être utile si elle vise à rendre le patient davantage actif dans la prise en charge de sa maladie. Elle a, au moins à court terme, un effet favorable modeste sur les glycémies. On ne sait pas si cet effet dure suffisamment pour se traduire par une réduction des complications cliniques du diabète. [41]

L'insulinothérapie est souvent le recours en cas d'échappement au traitement antidiabétique oral.

Lorsque l'hyperglycémie n'est plus maîtrisée par un sulfamide hypoglycémiant (en monothérapie ou en association avec la metformine), l'ajout d'une injection d'insuline isophane au coucher avec prise d'une monothérapie par antidiabétique oral est, parmi les différentes modalités d'insulinothérapie, la solution qui semble avoir à court terme la balance bénéfices-risques la plus favorable. [42]

L'AFSSAPS et l'HAS recommandent une escalade thérapeutique en fonction de l'HbA1c :

Seuil de prescription	Stratégie thérapeutique	Objectif
HbA1c > 6 %	Etape 1 Mesures hygiéno-diététiques (MHD)	HbA1c < 6 %
<i>Si malgré étape 1</i> HbA1c > 6% (à la phase précoce du diabète) <i>Si malgré étape 1,</i> HbA1c > 6,5%	Etape 2 MONOTHERAPIE+MHD : Metformine voire IAG MONOTHERAPIE au choix + MHD Metformine ou IAG ou SU ou Glinides	maintenir l'HbA1c < 6.5 %
<i>Si malgré étape 2,</i> HbA1c > 6.5 %	Etape 3 BITHERAPIE + MHD	ramener l'HbA1c < 6.5 %
<i>Si malgré étape 3,</i> HbA1c > 7 %	Etape 4 TRITHERAPIE + MHD ou INSULINE ± ADO + MHD	ramener l'HbA1c < 7 %
<i>Si malgré étape 4,</i> HbA1c > 8 %	Etape 5 INSULINE ± ADO + MHD INSULINE FRACTIONNEE + MHD	ramener l'HbA1c < 7 %

- **Connaître les complications du diabète de type 2 et leur surveillance**

Dans tous les cas, un équilibre glycémique strict est recommandé : HbA1c / 3 mois.

1. La néphropathie diabétique : microalbuminurie + créatininémie + protéinurie / 1 an ;
2. La rétinopathie diabétique : fond d'œil / 1 an ;
3. La neuropathie diabétique : microfilament / 1 an ;
4. Le pied diabétique : examen clinique / 3 mois ;
5. La macroangiopathie (atteinte des artères cérébrales, coronaires, des membres inférieurs et/ou de l'aorte) : examen clinique, ECG / 1 an, +/- épreuve d'effort.

Chez les patients diabétiques de type 2 hypertendus sans insuffisance rénale au stade de microalbuminurie, un IEC, le ramipril/Triatec®, est le traitement antihypertenseur de première intention. Le losartan/Cozaar® est un recours en cas de toux liée à l'IEC. [43]

➤ Quelques références

[39] Traitement médicamenteux du diabète de type 2 – Recommandation pour la pratique clinique. AFSSAPS-HAS, novembre 2006

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recos_diabete-2006.pdf

[40] Diabète de type 2 : ni seules, ni associées, pas de glitazones pour les patients diabétiques – Article en Une. Rev Prescrire 2007 ; 27 (283) : 333

<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierDiabeteGlitazones.php>

[41] Autosurveillance glycémique : décisive sous insuline, éventuellement utile sous antidiabétique oral – Article en Une. Rev Prescrire 2005 ; 25 (266) : 769-775

<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierDiabeteAutosurveillance.php>

[42] L'insuline dans le diabète de type 2 – Article en Une. Rev Prescrire 2005 ; 25 (261) : 355-362

<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierDiabete2Insuline.php>

[43] Diabète de type 2 et microalbuminurie – Article en Une. Rev Prescrire 2004 ; 24 (255) : 760-768

<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierDiabete2Alb.php>

4 – LES CANCERS

Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-vaginal est traité au paragraphe 2.2.

4.1 – LE CANCER DU SEIN

➤ Quelques chiffres [44]

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers de la femme en France (37% des nouveaux cas de cancers) et il est responsable du plus grand nombre de décès féminins par cancer en France (20%).

En France, la pratique du dépistage des cancers du sein par mammographies s'est largement répandue dès les années 1980.

En 2003, le taux de participation des femmes concernées a été de l'ordre de 33 % dans les 78 départements ayant un programme de dépistage organisé.

Quand la première lecture des clichés de mammographie a détecté une anomalie, la suspicion de cancer a été confortée par un premier bilan dans 39 % des cas, conduisant à d'autres explorations. Environ 15 % des cancers détectés sont des cancers in situ.

En 2003, en France, la mammographie de dépistage a contribué à environ 4 300 diagnostics de cancer du sein, et environ 70 000 femmes ont été inquiétées à tort par un résultat anormal.

➤ Quelques recommandations

- **La mammographie est l'examen de référence**

Le dépistage systématique du cancer du sein comprend la réalisation d'une mammographie bilatérale avec 2 incidences (face et oblique externe), tous les 2 ans, de 50 à 74 ans.

Chez les femmes considérées à risque de cancer du sein (voir plus loin), le dépistage par mammographies débute à 30 ans ou 5 ans avant l'âge du cancer du sein familial le plus précoce.

Le résultat doit être rendu dans le système de l'American college of radiology (ACR) : [45]

ACR 0 : des investigations complémentaires sont nécessaires (classification « d'attente ») ;
 ACR 1 : mammographie normale ;
 ACR 2 : anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire ;
 ACR 3 : anomalie probablement bénigne, une surveillance à court terme est conseillée ;
 ACR 4 : anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique ;
 ACR 5 : anomalie évocatrice d'un cancer.

La palpation des seins par un médecin est utile en complément de la mammographie. Elle détecte plus difficilement les cancers de petite taille, mais elle permet cependant de détecter quelques cancers qui ne l'ont pas été par mammographie. Elle peut notamment permettre de détecter des cancers à croissance rapide entre deux mammographies. [46]

L'autopalpation par la femme elle-même n'a pas démontré d'effet sur la mortalité. L'autopalpation crée souvent par ailleurs de fausses alertes qui augmentent sans bénéfice le nombre d'investigations invasives.

- **Le dépistage par mammographies a des limites [47]**

Une dizaine d'essais comparatifs randomisés, chez environ 400.000 femmes au total, ont évalué la balance bénéfices-risques du dépistage du cancer du sein par mammographies dans la population générale. Une majorité de ces essais sont en fait de modeste niveau de preuves, pour des raisons de conception défectueuse ou d'imprécision de leurs comptes rendus.

Le bénéfice du dépistage mammographique dans la population générale :

- n'est pas démontré en termes de mortalité totale : on peut estimer que l'effet va d'une diminution relative de la mortalité de 1 % à une augmentation relative de 3 %, au bout de 13 ans ;
- est incertain en termes de mortalité par cancer du sein : dans une hypothèse optimiste, il faudrait inviter entre 700 et 2 500 femmes pour éviter un décès par cancer du sein au bout de 14 ans.

Le dépistage par mammographies n'a pas diminué le nombre de traitements agressifs, notamment des ablations d'un sein.

Le dépistage mammographique dans la population générale détecte un grand nombre de cancers du sein. Cependant, environ un tiers des cancers sont diagnostiqués entre deux sessions de dépistage ("cancers de l'intervalle"). D'autre part, 30 % à 50 % des cancers dépistés sont très probablement non dangereux, car localisés et peu agressifs.

Les effets indésirables les plus fréquents du dépistage mammographique sont :

- Un inconfort voire une douleur passagère et modérée au cours de l'examen ;
- L'anxiété entraînée par la détection d'une anomalie suspecte (environ 60 % des anomalies dépistées en France sont en fait des "faux positifs") ;
- L'irradiation répétée des seins est à l'origine de quelques cancers, en nombre mal connu, à l'origine d'un nombre de décès estimé entre 1 et 5 pour 100 000 femmes dépistées régulièrement à partir de l'âge de 50 ans et suivies jusqu'à la fin de leur vie.
- Les diagnostics par excès concernent 30 % à 50 % des diagnostics de cancer du sein (surtout des cancers canaux in situ et certains cancers invasifs) et sont à l'origine de traitements inutiles et parfois agressifs (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie).

Au total :

- dans la population générale des femmes âgées de moins de 50 ans, la balance bénéfices-risques du dépistage des cancers du sein par mammographies est défavorable ;
- entre 50 ans et 69 ans, les bénéfices sont hypothétiques ;
- au-delà de l'âge de 70 ans, on ne dispose pas de données montrant une efficacité.

L'ensemble de ces effets indésirables des mammographies de dépistage des cancers du sein pèse dans la balance bénéfices-risques de ce dépistage : les participantes méritent d'être informées.

➤ Quelques outils

- **Evaluation du risque de cancer du sein**

Les facteurs de risque de développer un cancer du sein sont connus :

- Endocriniens : imprégnation oestrogénique (ménarche précoce, ménopause tardive, premier accouchement tardif, traitement hormonal substitutif) ;
- Environnementaux : rôles incertains des graisses, du surpoids, et de l'alcool ;
- Génétiques : rares cancers du sein à transmission héréditaire (BRCA1 et 2...).

Certains modèles permettent d'estimer le risque de cancer du sein.

Le modèle de Gail permet d'estimer le risque de cancer du sein à 5 ans et à long terme, et prend en compte : l'âge, l'âge des premières règles, âge du premier accouchement, nombre de parents au premier degré ayant (eu) un cancer du sein, les éventuelles biopsies mammaires, et l'ethnie.

Il n'est pas applicable en cas d'antécédent de cancer canalaire ou lobulaire in situ. De plus, ce risque, une fois calculé, pose le problème de son interprétation et de la conduite à tenir...

Ce risque est néanmoins calculable en ligne à : <http://www.cancer.gov/bcrisktool>

- **Quand demander une consultation d'oncogénétique ? [48]**

Soit chez une femme considérée à risque génétique de cancer du sein (ou de l'ovaire) :

- Au moins 3 cas de cancers du sein chez des personnes apparentées au 1^{er} ou au 2^{ème} degré dans la même branche parentale ;
- Ou 2 cas de cancers du sein chez des personnes apparentées au 1^{er} degré associés à l'un au moins des critères suivants :
 - survenue précoce (cancer du sein avant 40 ans) ;
 - atteinte bilatérale ;
 - atteinte multifocale ;
 - plusieurs cas de cancer chez la même personne (sein et ovaire).

Soit chez une femme dont le score familial est élevé. Ce score ne peut être calculé que pour une seule branche (paternelle ou maternelle), mais tous les cancers de la branche comptent (par exemple, plusieurs cancers indépendants chez une même personne). Si plusieurs branches sont atteintes, le score retenu est le plus élevé.

Mutation constitutionnelle délétère de BRCA identifiée dans la famille	5 points
Cancer du sein chez une femme avant 30 ans	4 points
Cancer du sein chez une femme 30-40 ans	3 points
Cancer du sein chez une femme 40-50 ans	2 points
Cancer du sein chez une femme 50-70 ans	1 point
Cancer du sein chez un homme	4 points
Cancer de l'ovaire	3 points

L'indication d'une consultation d'oncogénétique est considérée comme :

- Excellente si score > 5 ;
- Possible si score = 3-4 ;
- D'utilité médicale faible si score < 2.

La personne à adresser est d'abord celle ayant eu un cancer du sein ou de l'ovaire (par ailleurs, le cas le plus précoce a le plus fort risque d'être porteur d'une anomalie génétique constitutionnelle).

➤ Quelques références

[44] Cancers du sein : le dépistage mammographique en France – Article en Une. Rev Prescrire 2006 ; 26 (270) : 214-217

<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierDepistageSeinMammo.php>

[45] Classification en six catégories des images mammographiques en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique – Correspondance avec le système BIRADS de l'American College of Radiology (ACR) – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, février 2002

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ACR.pdf>

[46] Dépistage du cancer du sein : la palpation des seins aussi – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2002 ; 22 (225) : 123-126

<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=20206>

[47] Mammographies et dépistage des cancers du sein : pour un choix éclairé des femmes désirant participer au dépistage. Rev Prescrire 2006 ; 26 (272) : 348-374

<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierKcSeinDepSyn.php>

[48] Identification et prise en charge des prédispositions héréditaires aux cancers du sein et de l'ovaire (mise à jour 2004). Bulletin du Cancer 2004 ; 3(91) : 219-37

<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/bdc/e-docs/00/04/01/0A/article.md?type=text.html>

4.2 – LE CANCER DE LA PROSTATE [49]

➤ Quelques chiffres

- **Le cancer le plus fréquent chez l'homme de plus de 50 ans**

On estime à environ 40.000 les nouveaux cas de cancer de la prostate. La fréquence augmente avec l'âge, et il survient rarement avant 50 ans. La moitié des cancers de la prostate sont diagnostiqués après 74 ans.

- **Un cancer généralement peu agressif et d'évolution lente**

Certaines formes de ce cancer sont agressives. La mortalité imputable au cancer de la prostate est d'environ 10 000 décès par an. Il représente la 2e cause de mortalité par cancer chez l'homme, en France, après le cancer du poumon.

Après 80 ans, plus de 4 hommes sur 10 ont un cancer de la prostate sans en ressentir de symptômes.

Compte tenu du temps de progression de ce cancer vers le stade métastatique, les patients atteints peuvent néanmoins mourir d'une autre maladie dans l'intervalle. Un certain nombre d'entre eux en est atteint jusqu'à la fin de leur vie sans le savoir et sans en être gênés.

➤ Quelques recommandations

- **Aucun dépistage n'a prouvé son efficacité en terme de mortalité**

Le bénéfice en termes de réduction de mortalité globale d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA sérique total n'est pas démontré. Les résultats des études portant sur le dépistage systématique ne permettent pas de conclure sur l'opportunité d'un dépistage individuel.

Par ailleurs, aucune méthode de prévention n'a fait la preuve de son efficacité.

- **Connaître les FDR de cancer de la prostate**

Le principal FDR reste l'âge : la moitié des cancers survient après l'âge de 74 ans. La courbe de mortalité suit approximativement la courbe d'incidence avec un décalage de 10 à 15 ans.

L'existence d'antécédents familiaux de 1er ou 2nd degré :

- Un cancer de la prostate est considéré comme héréditaire lorsque 3 cas au moins ont été identifiés chez des parents au 1er ou au 2e degré ou seulement 2 cas mais survenu avant 55 ans. Dans ce cas, le risque d'avoir un cancer de la prostate est multiplié par 10 ;
- En cas de forme familiale ne répondant pas à ces critères, le risque est multiplié par 2 ou par 3,5.

Les origines afro-américaines : le risque d'avoir un cancer de la prostate est multiplié par 3.

Les antécédents de syphilis ou de gonococcie semblent associés à un risque faible.

Les données actuelles ne permettent cependant pas d'évaluer l'impact du dépistage individuel en fonction de ces différents facteurs de risque.

- **Qu'est-ce que le dépistage individuel du cancer de la prostate ?**

Certaines organisations professionnelles recommandent néanmoins, sur la base d'un consensus d'experts, un dépistage individuel par dosage du PSA (Prostate Specific Antigen) sérique associé à la réalisation du toucher rectal (TR), tous les ans entre 50 et 70-75 ans.

Ce dépistage couplé serait proposé en fonction des FDR existants, ou réalisé à la demande du patient (après information claire et appropriée).

- **Que dire à un patient qui demande un dépistage individuel ?**

Avec un seuil de PSA retenu à 4 ng/ml, la valeur prédictive positive (VPP) est de l'ordre de 30 %, et la valeur prédictive négative (VPN) est de l'ordre de 90 %.

Si PSA > 4 ng/ml : un cancer de la prostate est diagnostiqué 3 fois sur 10 à la biopsie prostatique.
Si PSA < 4 ng/ml : l'absence de cancer de la prostate est réelle dans 9 cas sur 10.

Si le dosage de PSA est inférieur à 4 ng/ml, un dosage du PSA combiné avec le TR sera répété après 1, 2 voire 3 ans (si PSA < 2 ng/ml).

Si le dosage de PSA est supérieur à 4 ng/ml, il est nécessaire de réaliser une biopsie prostatique par voie endoscopique et sous anesthésie locale. Le taux de faux négatifs est de 20%.

Pour limiter le recours à la biopsie, certains experts recommandent par ailleurs un dosage PSA libre si le PSA est entre 4 et 10 ng/ml (ou 2,5 et 10 ng/ml, selon les sources). Une biopsie ne sera réalisée que si le rapport PSA libre/PSA total est inférieur à 10% (ou 25%, selon les sources).

En l'absence de traitement, la progression de la tumeur vers le stade métastatique après 10 ans de suivi concerne globalement moins d'1 patient sur 5 (en fonction des caractéristiques tumorales).

Le délai moyen entre le diagnostic et l'apparition de métastases varie ainsi :

- de 5 ans pour les scores de Gleason de 8-10,
- à plus de 15 ans pour les scores de Gleason de 2-4.

Le décès survient en moyenne 2 à 3 ans après l'apparition des métastases.

En France, le taux de survie à 5 ans après le diagnostic (sans traitement) est estimé à 75%.

Les possibilités thérapeutiques sont :

- l'abstention sous surveillance, avec un traitement différé ;
- la chirurgie (prostatectomie totale) ;
- la radiothérapie externe ;
- la curiethérapie.

L'HIFU (ultrasons focalisés à haute intensité) est en cours d'évaluation.

Tous les traitements du cancer de la prostate risquent d'entraîner des troubles sexuels (notamment des difficultés d'érection) et urinaires.

➤ Quelques références

[49] Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate – Document à l'usage des professionnels de santé – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES-AFU, septembre 2004

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/information_kp_recommandations-2006.pdf

4.3 – LE CANCER COLORECTAL (CCR) [50]

➤ Quelques chiffres

- **Le cancer le plus fréquent dans l'ensemble de la population française**

L'incidence du CCR est de 36.000 par an. Les deux tiers sont des cancers du côlon. Il est rare avant 50 ans (moins de 6 % des cas). L'incidence augmente rapidement à partir de cet âge. L'âge moyen lors du diagnostic est de 70 ans. 15 à 20 % de patients atteints de CCR sporadique ont eu un parent atteint.

- **La mortalité imputable au CCR est de 16.000 par an**

L'évolution du CCR est discrète et le diagnostic souvent tardif, alors que la tumeur dépasse déjà la paroi. Le taux de survie relative est de 53 % (en excluant les décès non imputables au CCR).

En 20 ans, l'incidence du CCR n'a cessé d'augmenter alors que le taux de décès est resté stable : le pronostic s'est donc amélioré.

- **La plupart des cas sont précédés d'une lésion bénigne, l'adénome**

L'immense majorité des CCR sont des adénocarcinomes. Dans les pays occidentaux, deux tiers des CCR (en particulier les localisations distales) résultent de la transformation d'un adénome. Les adénomes se répartissent à peu près également entre le côlon droit et le côlon gauche. En revanche, un tiers seulement des CCR sont situés dans le côlon droit.

Le taux de récurrence à 3 ans des adénomes de plus de 1 cm de diamètre se situe autour de 3 %. Il est maintenant démontré que la polypectomie endoscopique diminue la mortalité et l'incidence du CCR.

➤ Quelques recommandations

- **Connaître les trois niveaux de risque de CCR dans la population**

Ils sont définis par le risque net moyen d'être atteint d'un CCR avant l'âge de 74 ans :

1. Le niveau moyen (risque estimé à 3,5%) : c'est le risque moyen de la population générale ;
2. Le niveau élevé (risque estimé à 6-10%) :
 - sujets ayant ≥ 1 parent du premier degré atteint d'un CCR ou d'un adénome > 1 cm,
 - sujets ayant des antécédents personnels d'adénome ou de CCR,
 - sujets atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn) avec pancolite ;
3. Le niveau très élevé : sujets appartenant à une famille atteinte de cancers à transmission héréditaire autosomale dominante
 - ➔ 1 % des CCR s'intègrent dans une polyadénomatoase familiale (PAF) et 1 à 5 % dans un syndrome Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer (HNPCC).

- **Le dépistage du CCR est-il recommandé dans la population générale ?**

Pour les sujets à risque moyen, aucun dépistage n'est actuellement recommandé.

Un dépistage en 2 temps a été proposé pour les patients de 50 à 74 ans :

1. Une recherche de sang occulte dans les selles par test Hémocult®, tous les 2 ans,
2. Puis une coloscopie totale en cas de test positif.

Ce dépistage réduit la mortalité par cancer colorectal : 1,1 décès évité par an pour 10.000 personnes dépistées. Ce bénéfice est durable après un suivi supérieur à 10 ans.

Mais la mortalité totale n'a été réduite dans aucun essai. [51]

- **Pour les sujets à risque élevé, un dépistage par coloscopie est recommandé dans certains cas**

1. Un parent au premier degré est atteint de CCR avant 60 ans (risque relatif multiplié par 2 ; par 4 si avant 45 ans)
ou deux parents au premier degré sont atteints d'un CCR quel que soit l'âge du diagnostic (risque relatif multiplié par 4)
→ Première coloscopie à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas index ;
→ Surveillance tous les 5 ans.
2. Antécédent personnel d'adénome supérieur à 1 cm avec un contingent vilieux,
ou de CCR
→ Coloscopie de contrôle à 3 ans, puis tous les 5 ans.
3. Antécédent personnel de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn) avec pancolite évoluant depuis 15 à 20 ans
→ Une coloscopie tous les 2 ans.

Le risque théorique lorsque les apparentés ont eu un CCR après 60 ans, ou des adénomes (même si leur taille est supérieure à 1cm) n'atteint pas un niveau de preuve suffisant pour recommander une stratégie de dépistage.

- **Pour les sujets à risque très élevé, le dépistage par coloscopie s'intègre dans une prise en charge plus globale**

Proposition d'une consultation de génétique oncologique

Recherche de la mutation chez le sujet index et chez les apparentés après leur consentement

→ Les sujets non porteurs de la mutation doivent être suivis comme la population générale.

Dans la PAF : rectosigmoidoscopie souple annuelle, à partir de la puberté jusqu'à l'âge de 40.

Dans le HNPCC remplissant les critères d'Amsterdam :

- coloscopie totale tous les 2 ans, dès l'âge de 25 ans ou 5 ans avant l'âge au moment du diagnostic du cas le plus précoce dans la famille ;
- examen gynécologique annuel, après l'âge de 30 ans avec échographie endovaginale complétée d'un frottis aspiratif.

Remarque :

Le syndrome HNPCC est défini par les critères d'Amsterdam :

1. *Trois sujets sont atteints de CCR dont l'un est uni aux deux autres par un lien de parenté au premier degré,*
2. *Deux générations successives sont concernées,*
3. *Chez un des malades, le diagnostic d'un CCR a été porté avant l'âge de 50 ans.*

Il peut être associé à un risque élevé de cancers de l'endomètre et de l'ovaire, d'autres cancers digestifs et des voies excrétrices urinaires.

➤ Quelques références

[50] Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon – Conférence de Consensus. ANAES, janvier 1998

<http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper/doc/library/colon/kcCOLON001.pdf>

[51] Cancer colorectal : à quand un débat sur le dépistage en France ? – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2004 ; 24 (255) : 775-777

<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=24232>

5 – LES VACCINS

Tableau 1 Calendrier vaccinal 2007 - Tableau synoptique

Âge	Vaccins									
	BCG	Diphtérie tétanos	Poliomyélite ¹	Coqueluche	Hib	Hépatite B	Pneumocoque	Rougeole oreillons rubéole	Papilloma virus humain	Grippe
Naissance	<i>BCG²</i>					<i>Hep B³</i>				
2 mois		DT	Polio	Ca ⁴	Hib	Hep B ⁵	Pn7 ⁶			
3 mois		DT	Polio	Ca ⁴	Hib		Pn7 ⁶			
4 mois		DT	Polio	Ca ⁴	Hib	Hep B ⁵	Pn7 ⁶			
9 mois								<i>Rougeole oreillons rubéole⁷</i>		
12 mois							Pn7 ⁶	Rougeole oreillons rubéole ⁸		
16-18 mois	<i>BCG²</i>	DT	Polio	Ca ⁴	Hib	Hep B ⁵		Rougeole oreillons rubéole ⁸		
24 mois										
< 5 ans							Pn7 ⁷			Grippe ⁹
6 ans		DT ¹⁰	Polio					Rattrapage ¹²		
11-13 ans		DT	Polio	Ca ⁴						
14 ans									HPV ¹¹	
16-18 ans		dT ¹⁴	Polio							
18-27 ans		dT ^{14 15}	Polio ¹⁵	Ca ¹⁵		<i>Hep B³</i>		Rattrapage ¹³		
> 27 ans								Rubéole ¹⁶		
> 65 ans		dT ^{14 15}	Polio ¹⁵							Grippe ¹⁹

Lorsqu'un retard est intervenu dans la réalisation du calendrier de vaccinations indiqué, il n'est pas nécessaire de recommencer tout le programme des vaccinations imposant des injections répétées. Il suffit de reprendre ce programme au stade où il a été interrompu et de compléter la vaccination en réalisant le nombre d'injections requis en fonction de l'âge.

LEGENDE DU TABLEAU

Les vaccins indiqués sur fond bleu soutenu existent sous forme combinée :

- diphtérie (titrage adulte), tétanos, polio ;
- diphtérie, tétanos, polio, coquelucheux acellulaire ;
- diphtérie (titrage adulte), tétanos, polio, coquelucheux acellulaire ;
- diphtérie, tétanos, polio, plus coquelucheux acellulaire, Hib ;
- diphtérie, tétanos, polio, plus coquelucheux acellulaire, Hib, Hépatite B.

Décret n° 2007-1111 du 17 juillet relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG.

Les vaccins indiqués en italique ne sont proposés que pour des risques spécifiques.

NOTES

1. Le vaccin poliomyélique inactivé est le seul utilisé pour les primo-vaccinations et les rappels.
2. La vaccination BCG par voie intradermique est fortement recommandée chez les enfants à risque élevé de tuberculose, au plus tôt et si possible à la naissance ou au cours du premier mois de vie. Chez les enfants à risque non-vaccinés, la vaccination peut être réalisée jusqu'à l'âge de 15 ans.
3. A la naissance pour les enfants nés de mère Ag HBs positif : vaccination dans les 24 heures qui suivent la naissance avec un vaccin autre que HBVAX Pro 5ug, et immunoglobulines anti-HBs administrées simultanément en des points différents. Deuxième et troisième doses respectivement à 1 et 6 mois d'âge. L'efficacité de cette prévention doit être évaluée à partir de l'âge de 9 mois par une recherche d'antigène et anticorps anti-HBs, au mieux un à quatre mois après la dernière dose vaccinale.
4. La vaccination est pratiquée avec le vaccin acellulaire (Ca), seul vaccin coquelucheux disponible en France.
5. La vaccination contre l'hépatite B est recommandée pour tous les enfants avant l'âge de 13 ans, en privilégiant la vaccination du nourrisson, avec un schéma complet en trois injections, les deux premières à un mois d'intervalle, la troisième cinq à douze mois après la date de la deuxième injection.
6. La vaccination par le vaccin pneumococcique heptavalent conjugué (Pn7) est recommandée à partir de l'âge de 2 mois pour tous les enfants. Le rappel a lieu entre l'âge de 12 et 15 mois.
7. Vaccin combiné contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Pour les nourrissons entrant en collectivité avant 12 mois, il est recommandé d'administrer dès l'âge de 9 mois le vaccin contre la rougeole-oreillons-rubéole. Dans ce cas, la deuxième dose est recommandée entre 12 et 15 mois d'âge et suffit. Si le vaccin monovalent rougeoleux a été utilisé entre 6 et 8 mois, l'enfant devra recevoir deux injections de vaccin trivalent à au moins un mois d'intervalle à partir de l'âge de 12 mois.
8. La vaccination complète comprend deux doses, première dose à l'âge de 12 mois, deuxième dose au moins un mois après la première, si possible avant l'âge de 24 mois.
9. Pour les enfants à partir de l'âge de 6 mois, les adolescents et les adultes, s'ils sont atteints de pathologies spécifiques (voir détails Recommandations particulières) ou dont l'état de santé nécessite un traitement prolongé par l'acide acétylsalicylique (essentiellement pour syndrome de Kawasaki compliqué et arthrite chronique juvénile), ainsi que pour les personnes séjournant dans un établissement de santé de moyen ou long séjour, quel que soit leur âge.
10. En cas de pénurie de DT Polio, le vaccin contenant une dose réduite d'anatoxine diphtérique (dTPolio) peut être utilisé à partir de l'âge de 6 ans.
11. Si la vaccination contre l'hépatite B n'a pas été pratiquée dans l'enfance : un schéma complet en trois injections, les deux premières à un mois d'intervalle, la troisième cinq à douze mois après la date de la deuxième injection.
12. Deux doses de vaccin triple associé rougeole, oreillons, rubéole à au moins un mois d'intervalle sont recommandées pour tous les enfants entre 24 mois et 15 ans en 2007 (nés entre 1992 et 2005) n'en ayant pas bénéficié, quels que soient leurs antécédents vis-à-vis des trois maladies.
13. Une dose de vaccin trivalent pour les personnes âgées de 16 à 27 ans en 2007 (nées entre 1980 et 1991) n'ayant pas été vaccinées.
14. A partir de l'âge de 16 ans, on utilise le vaccin diphtérique contenant une dose réduite d'anatoxine diphtérique (dTPolio).
15. A renouveler tous les 10 ans.
16. Pour certains professionnels de santé et les adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou les années à venir, et n'ayant pas reçu de vaccination coquelucheuse au cours des dix dernières années, un rappel de vaccination coquelucheuse acellulaire est recommandé.
17. Pour les enfants à risque de 24 à 59 mois d'âge, la vaccination pneumococcique est recommandée selon le schéma suivant : 2 doses de vaccin conjugué à 2 mois d'intervalle suivies d'une dose de vaccin polysaccharidique 23 valent au moins 2 mois après la 2^e dose de vaccin conjugué.
18. La vaccination contre la rubéole est recommandée pour les jeunes femmes en âge de procréer non vaccinées, par exemple lors d'une visite de contraception ou prénuptiale. Si la sérologie prénatale est négative ou inconnue, la vaccination devra être pratiquée immédiatement après l'accouchement, de préférence avant la sortie de la maternité ou à défaut au plus tôt après la sortie.
19. Tous les ans.
20. Chez l'enfant à partir de l'âge de 5 ans et l'adulte, la vaccination anti-pneumococcique avec le vaccin polysaccharidique 23 valent (Pn 23) est recommandée, tous les cinq ans, pour les personnes à risque élevé d'infection à pneumocoque : asplénie fonctionnelle ou splénectomie, drépanocytose homozygote, syndrome néphrotique, insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, patients alcooliques avec hépatopathie chronique, personnes ayant des antécédents d'infection pulmonaire ou invasive à pneumocoque. Cette vaccination doit être proposée lors de leur admission dans des structures de soins ou d'hébergement aux personnes ci-dessus qui n'en auraient pas encore bénéficié.
21. La vaccination contre les infections à papillomavirus 6, 11, 16, 18 est désormais recommandée à toutes les jeunes filles de 14 ans, afin de les protéger avant qu'elles ne soient exposées au risque d'infection à HPV.
22. Une mesure de rattrapage est prévue et le vaccin est également proposé aux jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'ont pas eu de rapports sexuels ou au cours de l'année qui suit le début de leur vie sexuelle. Cette mesure de rattrapage pourrait être proposée à l'occasion d'une primo-prescription de contraception, d'un recours à une pilule du lendemain, ou lors d'une consultation pour tout autre motif.
23. Selon un schéma en trois doses pour les personnes à risque (cf. recommandations particulières).

➤ Les nouveautés du calendrier vaccinal 2007 [52]

• **La levée de l'obligation vaccinale par le BCG des enfants et adolescents**

La vaccination par le BCG fait l'objet d'une recommandation forte pour les enfants à risque élevé de tuberculose :

- enfant ayant un lien avec un pays de forte endémicité de tuberculose par leur lieu de naissance, l'origine de leurs parents, ou la prévision d'un séjour prolongé (au moins un mois) ;
- enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose;
- enfant résidant en Île-de-France ou en Guyane ;
- enfant vivant dans des conditions socioéconomiques défavorables ou précaires.

Selon les estimations de l'OMS, les zones géographiques à forte incidence tuberculeuse sont les continents africain et asiatique, les pays d'Amérique Centrale et du Sud, les pays d'Europe Centrale et de l'Est, et dans l'Union européenne : Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Portugal, Roumanie.

Pour les enfants à risque élevé de tuberculose, la vaccination par le BCG doit être réalisée au plus tôt, si possible à la naissance ou au cours du premier mois de vie, sans nécessité d'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine préalable pour les nourrissons de moins de 3 mois. Chez les enfants à risque non-vaccinés, la vaccination peut être réalisée jusqu'à l'âge de 15 ans.

Seule la forme intradermique du BCG est disponible (vaccin BCG SSI®).

Après reconstitution, le flacon contient 1 ml : la quantité à injecter est de 0,05 ml chez un enfant de moins de 12 mois, et de 0,1 ml chez un enfant de plus de 12 mois. [53, 54]

Les contre-indications définitives sont les déficits immunitaires congénitaux ou acquis, notamment dus au VIH ; les dermatoses étendues en évolution ne constituent qu'une contre-indication temporaire.

La revaccination par le BCG en population générale et chez les professionnels exposés à la tuberculose avait déjà été supprimée en 2004. L'IDR à la tuberculine à 5 Unités (Tubertest®) ne doit être utilisée que dans les enquêtes autour d'un cas ou comme aide au diagnostic de la tuberculose.

• **La vaccination contre les infections à papillomavirus 6, 11, 16, 18 (Gardasil®)**

Elle est à proposer aux adolescentes âgées de 14 ans avec rattrapage jusqu'à l'âge de 23 ans, pour celles n'ayant pas encore eu de rapports sexuels ou en ayant eu depuis moins d'une année.

Le schéma vaccinal comprend 2 injections à deux mois d'intervalle, puis une 3^e dose quatre mois après. Chaque dose de vaccin coûte 135€ et est remboursée à 65%.

La vaccination contre les infections à Human PapillomaVirus (HPV) 6, 11, 16, 18 ne se substitue pas au dépistage par frottis cervico-vaginal, y compris chez les femmes vaccinées.

La vaccination diminue fortement, pendant au moins 4 à 5 ans, l'incidence des infections par HPV-6, 11, 16 et 18, chez les adolescentes non infectées par ces génotypes. L'incidence des dysplasies de haut grade est ainsi réduite. Mais l'effet en termes de prévention des cancers du col utérin n'est pas démontré pour l'instant. L'intérêt éventuel d'une vaccination des garçons est inconnu. [55]

• **La vaccination contre la varicelle à partir de 12 mois n'est pas recommandée**

Le remplacement du vaccin trivalent ROR par le vaccin tétravalent ROR-Varicelle est donc déconseillé. La vaccination contre la varicelle est néanmoins recommandée pour :

- les adolescents de 12 ans à 18 ans (qui n'ont pas eu la varicelle) ;
- les femmes en âge de procréer, notamment dans les suites d'une première grossesse, sous réserve d'un test de grossesse négatif et d'une contraception efficace pendant 3 mois après chaque dose de vaccin ;
- les professionnels de santé non immunisés et les adultes non immunisés après exposition à la varicelle.

Le schéma de vaccination comprend 2 doses à 6 ou 8 semaines d'intervalle (Varilrix®, Varivax®).

➤ Les recommandations générales

• **Le DTP, désormais seul vaccin obligatoire**

La primo-vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) à 2, 3 et 4 mois est obligatoire, ainsi que les rappels avant l'âge de 18 mois (pour la diphtérie) et jusqu'à l'âge de 13 ans (pour la poliomyélite).

Le vaccin contenant une dose réduite d'anatoxine diphtérique (Revaxis®) est utilisé à partir de l'âge de 16 ans. Il peut être utilisé dès l'âge de 6 ans en cas de pénurie du vaccin DTPolio.

• **Les vaccinations recommandées chez l'enfant sont nombreuses**

Les vaccinations contre les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b (Hib) et contre la coqueluche suivent le schéma vaccinal du DTP jusqu'à l'âge de 18 mois (vaccin pentavalent).

Compte tenu de la recrudescence de cas de coqueluche observée chez de très jeunes nourrissons contaminés par des adolescents ou de jeunes adultes, des rappels sont recommandés :

- en même temps que le 3^e rappel de DTP, entre l'âge de 11 et 13 ans ;
- chez les adultes susceptibles de devenir parents dans les années à venir.

La vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) est recommandée pour tous les enfants dès l'âge de 2 mois et avant l'âge de 13 ans, en privilégiant la vaccination du nourrisson, ainsi que la vaccination des groupes à risque. Le schéma vaccinal comprend généralement 2 doses à un mois d'intervalle, puis une 3^e dose cinq à douze mois après. Aucun rappel systématique n'est nécessaire.

Chez les nourrissons, les enfants et les préadolescents, il n'existe pas d'arguments en faveur de l'existence d'une association entre la vaccination contre le VHB et les affections démyélinisantes centrales (sclérose en plaque notamment). Chez l'adolescent et l'adulte, l'ensemble des données n'exclut pas la possibilité d'un risque. Si celui-ci existe, il est probablement faible.

L'infection par le VHB se transmet principalement par voies sexuelle, sanguine, périnatale et dans l'entourage très proche. En France, il y a environ 2.500 nouvelles infections au VHB chaque année, dont 0,1% à 1% d'hépatite fulminante (souvent mortelle). Environ 5 à 10% resteront porteurs chroniques (90% chez les nouveaux-nés). La prévalence du portage chronique du VHB a été estimée entre 0,2 % et 0,5 % : la moitié développent une cirrhose ou un carcinome hépatocellulaire.

➔ La balance bénéfices-risques de la vaccination contre l'hépatite B est favorable chez les nourrissons, les enfants et les préadolescents, ainsi que dans les groupes à risque. [56,57]

La vaccination par le vaccin antipneumococcique conjugué heptavalent (Prévenar®) est recommandée pour tous enfants de moins de 2 ans. Le schéma vaccinal comprend 3 injections à un mois d'intervalle (dès l'âge de 2 mois) et un rappel entre 12 et 15 mois. Elle est également recommandée jusqu'à 5 ans en cas de risque élevé d'infection invasive à pneumocoque.

Après l'âge de 5 ans et dans certains cas, c'est le vaccin polysidique 23 valences (Pneumo23®) qui est recommandé, tous les cinq ans.

Tous les enfants âgés de 24 mois doivent avoir reçu 2 doses du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR). La première dose est recommandée à l'âge de 12 mois et la seconde entre 13 et 24 mois (au moins un mois d'intervalle). Un rattrapage est possible jusqu'à 15 ans.

• **La vaccination contre les infections à rotavirus n'est pas recommandée**

Le traitement des diarrhées repose avant tout sur la prise en charge précoce de la déshydratation (solution de réhydratation orale, le plus souvent), et leur prévention sur le lavage des mains.

La vaccination par Rotarix® ou Rotatek® diminue la fréquence des diarrhées à rotavirus (1 forme grave en moins pour 100 enfants vaccinés), mais n'a pas d'effet démontré sur la mortalité. [58]

• **La vaccination contre la grippe est recommandée à partir de 65 ans**

Elle est recommandée chaque année :

- pour les personnes âgées de 65 ans et plus,
- pour les personnes à risque d'exposition en milieu professionnel,
- pour les personnes dès l'âge de 6 mois atteintes de certaines pathologies.

➤ Les recommandations particulières

• **Selon les risques liés à la profession**

Certaines vaccinations sont obligatoires : un rappel DTP tous les 10 ans, une vaccination complète contre le VHB ou la preuve d'une immunité acquise (pour la plupart des professionnels de santé, y compris les étudiants) ; une vaccination contre la typhoïde tous les 3 ans (pour les personnels de laboratoire d'analyses de biologie médicale) ; la vaccination par le BCG et une IDR à l'embauche (pour les personnels des établissements de santé). D'autres vaccinations ne sont que recommandées : coqueluche, grippe, hépatite A, leptospirose, rage, rougeole, varicelle.

• **Selon les risques liés aux comorbidités**

Certaines vaccinations sont recommandées selon les antécédents ou maladie chronique du patient : grippe, hépatite B (nouveaux-nés de mère porteuse de l'antigène HBs...), pneumocoque, varicelle...

• **Selon les risques liés aux voyages**

Les vaccinations inscrites au calendrier doivent être mises à jour :

- diphtérie, tétanos, poliomyélite chez l'adulte ;
- BCG, coqueluche, Hib, pneumocoque, rougeole, rubéole, oreillons chez l'enfant.

D'autres vaccinations peuvent être indiquées pour certains voyageurs : fièvre jaune, hépatite A, hépatite B, typhoïde, rage, encéphalite japonaise, encéphalite à tiques, méningite à méningocoques (A, C, Y, W135).

Ces vaccinations sont détaillées dans les recommandations sanitaires pour les voyageurs (de même que la prévention du paludisme, des piqûres d'insecte, de la diarrhée et des autres maladies d'importation), publiées chaque année dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire. [59]

➤ Références

[52] Calendrier vaccinal 2007 - Avis du Haut conseil de la santé publique. BEH n°31-32 / 24 juillet 2007

http://www.invs.sante.fr/beh/2007/31_32/beh_31_32_2007.pdf

[53] BCG : nouveau vaccin, mais toujours en flacon multidoses et à prix doublé – Communiqué de presse. Rev Prescrire 2005 ; 25 (261) : 346

<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=24892>

[54] Vaccination par le BCG : réussir l'injection intradermique – Article en Une. Rev Prescrire 2007 ; 27 (282) : 292

<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierBCGintradermo.php>

[55] Les papillomavirus humains – Article en Une. Rev Prescrire 2007 ; 27 (280) : 112-117

<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierPapillomavirusVacc.php>

[56] Vaccination contre le virus de l'hépatite B – Conférence de consensus. ANAES-INSERM, octobre 2003

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/VHB_recos.pdf

[57] Vaccination contre le virus de l'hépatite B et sclérose en plaques : état des lieux – Audition publique. AFSSAPS-ANAES-INSERM, novembre 2004

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/VHB_audition%20publique.PDF

[58] Diarrhée à rotavirus : un vaccin utile chez certains nourrissons seulement – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2006 ; 26 (277) : 725-729

<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=27288>

[59] Numéro thématique - Santé des voyageurs 2007. BEH n°25-26 / 19 juin 2007

http://www.invs.sante.fr/beh/2007/25_26/beh_25_26_2007.pdf

6 – LES AGES DE LA VIE

Ce chapitre ne prétend à aucune exhaustivité. Il permet seulement d'entrevoir quelques perspectives de prévention, adaptées à l'âge du patient. Pour de plus amples informations, vous pouvez consulter les références indiquées.

6.1 – LES ENFANTS

- Dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans [60]

	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	9 mois	12 mois	15 mois	18 mois	2 ans	2 ans 1/2	3 ans	3 ans 1/2	4 ans	4 ans 1/2	5 ans	5 ans 1/2	6 ans	
Surveillance de la croissance																				
Dépistage de l'obésité		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Mesures du poids et de la taille et réalisation des courbes																				
Calcul de l'IMC et courbe de corpulence								•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Recherche du rebond d'adiposité précoce										•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Dépistages sensoriels																				
Vision	•							•	•	•					•					•
Audition				•			•				•				•					•
Surveillance du développement																				
Périmètre crânien	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Autisme											•	•								
Troubles du langage oral et écrit																				
															•	•	•	•	•	•
Repérage du saturnisme																				
								•	•	•										

• Réalisation d'un test spécifique
 •→ Test à réaliser à partir de l'âge correspondant au cercle
 ←•→ Intervalle pour réaliser le test

- **Les troubles psychologiques et psycho-comportementaux**

Un suivi régulier s'attache à repérer :

1. Les retards du développement : étapes du développement de l'enfant, surveillance du périmètre crânien jusqu'à l'âge de 6 ans ;
2. L'autisme et les troubles envahissants : réalisation complète du test CHAT à 18 ou 24 mois, ou poser les questions suivantes aux parents :
 - ◆ Votre enfant a-t-il déjà utilisé son index pour pointer ?
 - ◆ Votre enfant joue-t-il à faire semblant ? Vous imite-t-il ?
 - ◆ Votre enfant répond-t-il au sourire ?
3. Les troubles de l'hyperactivité et déficit de l'attention : à ne pas banaliser à cet âge.

- **Les troubles du langage oral et écrit**

Le dépistage doit être systématique entre 3 et 6 ans et fait parfois appel à des outils de dépistage :

- A 3 ans : fait-il des phrases ? emploie-t-il des articles ? conjugue-t-il des verbes ?
- A 4 ans : outils type ERTL4 ;
- A 6 ans : outils type BSEDS5-6, ERTLA6, BREV.

- **L'obésité [61]**

Le poids et la taille sont mesurés 2 fois par an et reportés sur les courbes du carnet de santé, ainsi que le calcul de l'indice de masse corporel (IMC) à partir de 1 an.

Il faut rechercher un rebond d'adiposité précoce (remontée de la courbe de corpulence avant l'âge de 6 ans).

L'obésité de l'enfant est définie par un IMC \geq 97^e percentile.

La prise en charge initiale de l'obésité de l'enfant s'articule autour de l'évaluation de l'environnement de l'enfant (familial, scolaire), du recueil des antécédents personnels et familiaux, et d'un examen clinique à la recherche des conséquences de l'obésité et d'une éventuelle obésité secondaire.

L'ancienneté de l'obésité et la prise en charge antérieure sont à connaître.

Après une analyse des habitudes alimentaires de l'enfant et de sa famille (évaluation quantitative des apports, éventuelles erreurs diététiques, contexte des prises alimentaires...), la prise en charge diététique comprend :

1. Modification des habitudes ou du comportement alimentaire :
 - 3 repas réguliers et d'un goûter (suppression de la collation du matin) ;
 - suppression au domicile des produits de grignotage et des boissons sucrées ;
 - diminution de la teneur en graisses de l'alimentation ;
 - diversification de l'alimentation, consommation pluriquotidienne de fruits & légumes ;
2. Activité physique choisie par l'enfant, au moins 2 fois par semaine ; lutter contre la sédentarité (prendre les escaliers, aller à l'école à pied, réduire les heures passées devant un écran) ;
3. Modification des comportements : associer la famille au projet thérapeutique, encourager l'enfant, ne pas utiliser la nourriture comme récompense.

- **Les troubles de l'audition**

Les facteurs de risque de troubles de l'audition doivent être recherchés :

- antécédent familial de troubles de l'audition et éventuellement de prothèse auditive avant 50 ans ;
- en période néonatale : une hospitalisation de plus de 48 heures ;
- otite séro-muqueuse d'une durée d'au moins 3 mois.

Une inquiétude parentale ou de l'entourage sur l'audition, le langage ou le développement de l'enfant doit aussi conduire à une surveillance de l'audition.

	Entretien avec les parents	Tests de dépistage
A 4 mois	Votre enfant entend-il bien ? Votre enfant réagit-il à votre voix ? Votre enfant sursaute-t-il à un bruit fort ?	En dehors du champ visuel de l'enfant : – stimulation vocale (utilisation de la voix) ; – ou acoumétrie aux objets sonores (1 grave, 1 médium et 1 aigu). → modification des comportements de l'enfant à la stimulation vocale ou à l'acoumétrie ?
A 9 mois	Idem + votre enfant « dialogue-t-il » avec vous ?	En dehors du champ visuel de l'enfant : – réaction à l'appel (utilisation de la voix) ; – ou acoumétrie aux jouets sonores (boîtes de Moatti) ou objets sonores. → réflexe d'orientation/investigation ?
A 2 ans	Idem	– réaction à la voix chuchotée ; – ou acoumétrie aux jouets sonores (boîtes de Moatti) ou objets sonores.
A partir de 4 ans	Votre enfant vous fait-il répéter ? Votre enfant parle-t-il fort ? Votre enfant monte-t-il anormalement le son de la télévision ?	– audiométrie vocale à la voix (chuchotée et normale) ; – audiométrie tonale au casque (PMI ou médecine scolaire essentiellement).

- **Les troubles de la vision [62]**

L'amblyopie est une insuffisance uni- ou bilatérale de certaines aptitudes visuelles, principalement de la discrimination des formes, entraînant chez l'enfant un trouble de la maturation du cortex visuel irréversible en l'absence de traitement.

Elle peut être : organique (rétinopathie, rétinoblastome, cataracte, opacités cornéennes, nystagmus, glaucome congénital), de privation (ptosis, hémangiome, occlusion de l'oeil), fonctionnelle (liée au strabisme et aux troubles de la réfraction) ou mixte.

La prévalence de l'amblyopie est de 15% (quelque soit la gravité). Une fois constituée, elle n'est réversible sous traitement que pendant une période déterminée, dite période sensible (avant 3 ans++).

Un examen ophtalmologique (avec étude de la réfraction après cycloplégie) est justifié devant :

- Un enfant ayant des signes d'appel d'un trouble visuel ;
- Toute anomalie décelée lors d'un examen de dépistage.

Une anomalie de la cornée et/ou l'existence de leucocorie et/ou un nystagmus d'apparition récente imposent un examen ophtalmologique dans les jours qui suivent leur constatation.

Quelques soit l'âge de l'enfant, l'examen de dépistage consiste en :

- un entretien avec les parents (éventuelles situations cliniques à risque, signes d'appel) ;
- un examen externe de l'oeil (paupières, globes oculaires, conjonctive, cornée, iris, pupille) ;
- l'étude des réflexes visuels (attraction, photomoteur et/ou fermeture à l'éblouissement).

Un bilan visuel est préférentiellement réalisé aux trois âges suivants : avant le 8^e jour, entre 9 et 15 mois (âge préverbal) et entre 2 et 4 ans (âge verbal). Il doit s'attacher à repérer :

- Un strabisme et/ou une amblyopie : test de l'écran unilatéral puis alterné « de près » (à partir de 4 mois) puis « de loin » (à partir de 2 ans) ;
- Une diminution de l'acuité visuelle de près et de loin : optotypes d'images (à partir de 2 ans) ou de lettres (à partir de 6 ans) ;
- Une anomalie de la vision stéréoscopique (test de Lang I ou II) ;
- Une anomalie de la vision des couleurs (babydalton, à partir de 6 ans).

- **Le saturnisme [63]**

La toxicité des peintures cérusées est reconnue depuis le XIX^e siècle, mais le problème n'a été reconnu chez l'enfant qu'en 1981, et la mobilisation des autorités sanitaires date de 1990.

La recherche de facteurs de risque d'exposition au plomb doit être systématique en particulier avant 7 ans (période des comportements à risque, susceptibilité physiologique accrue) :

1. Facteurs de risque environnementaux :

- Séjour dans un logement construit avant 1949 ? Si oui, y a-t-il de la peinture écaillée accessible à l'enfant ?
- Habitat dans une zone proche d'une exposition industrielle ?
- Occupation professionnelle ou activité de loisirs des parents (apport de poussières par les chaussures, les vêtements de travail) ?
- Tendance de l'enfant au comportement de pica ?

2. Facteurs de risque individuels :

- Familles en situation de précarité (niveau de revenus, bénéficiaires d'aides sociales) ;
- Populations itinérantes (gens du voyage : terrain pollué, maniement de matériels pollués) ;
- Travaux de rénovation dans le lieu de vie de l'enfant, si habitat construit avant 1949 ;
- Immigration récente.

Ces facteurs doivent être recherchés en priorité lors des examens donnant lieu à l'établissement des certificats de santé des 8^e jour, 9^e et 24^e mois. Il est recommandé d'étendre ce type de recueil au-delà de 7 ans, en particulier chez les jeunes filles, en prévision d'une future grossesse lorsque des facteurs de risque sont identifiés.

En cas de facteur de risque identifié, une plombémie est prescrite. Le seuil consensuel l'intoxication par le plomb est de 0,50 mmol/L (100 mg/L) :

- toute plombémie \geq 0,50 mmol/L (100 mg/L) chez l'enfant doit faire l'objet d'une déclaration obligatoire auprès de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) ;
- une plombémie inférieure à ce seuil ne permet pas d'exclure totalement une exposition au plomb ; il est donc recommandé de répéter les dosages tant que persistent des facteurs de risque dans l'environnement de l'enfant (tous les 6 mois à 1 an, jusqu'à l'âge de 6 ans).

En cas d'enfants exposés ou intoxiqués, la prise en charge comprend :

- Des mesures immédiates d'hygiène et des conseils diététiques : limiter l'accès à des peintures écaillées à l'intérieur, faire écouler l'eau du robinet quelques instants avant consommation (si les canalisations sont en Pb), rechercher et corriger une carence martiale et maintenir un apport en calcium et vitamine D satisfaisant ;
- Des mesures environnementales : décontamination de l'habitat et éventuel relogement de la famille aux frais du propriétaire ;
- Trois chélateurs sont actuellement disponibles en France et réservés à l'usage hospitalier : par voie parentérale exclusive (BALO, EDTA) ou par voie orale (DMSA).

➤ Dépistage individuel chez l'enfant de 7 ans à 18 ans [64]

- **Les propositions de dépistage sont nombreuses**

1. Les troubles des apprentissages : résultats scolaires, lecture à voix haute de quelques lignes ;
2. Les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention : s'appuyer sur le témoignage des parents et des professionnels scolaires ;
3. Les anomalies du développement pubertaire (cf. plus loin) ;
4. La scoliose : inspection régulière du dos à la recherche d'une gibbosité dorsale lors du déroulement du rachis ;
5. L'obésité : surveillance de l'IMC, dépistage des complications, recherche des conséquences psychologiques ;
6. L'asthme et la rhino-conjonctivite allergique : à prendre en compte dans l'orientation professionnelle ;
7. Les troubles de la vision : céphalées ou fatigabilité visuelle à l'effort de fixation, mesure de l'acuité visuelle tous les 2 à 3 ans ;
8. Les troubles de l'audition : fait-il répéter ? parle-t-il fort ? monte-t-il anormalement le son de la télévision ?
9. Les risques liés à la sexualité : aborder la sexualité, la contraception, les IST et leur prévention ;
10. Les troubles anxieux : qualité du sommeil, troubles somatiques, anxiété de performance, absentéisme scolaire ;
11. Les conduites à risque, troubles des conduites, troubles oppositionnels ;
12. Les conduites suicidaires : antécédent(s) de tentative de suicide ;
13. Les consommations de produits : tabac, alcool, cannabis, psychotropes ;
14. Les troubles du comportement alimentaire : rythmes et habitudes alimentaires ;
15. La dépression : ne pas négliger les plaintes répétées ou multiples.

- **Le développement pubertaire**

La puberté précoce est définie par :

- un développement mammaire avant l'âge de 8 ans chez la fille
➔ non pathologique ++, entre 7 et 8 ans
- une augmentation du volume testiculaire avant l'âge de 9 ans chez le garçon
➔ pathologique ++

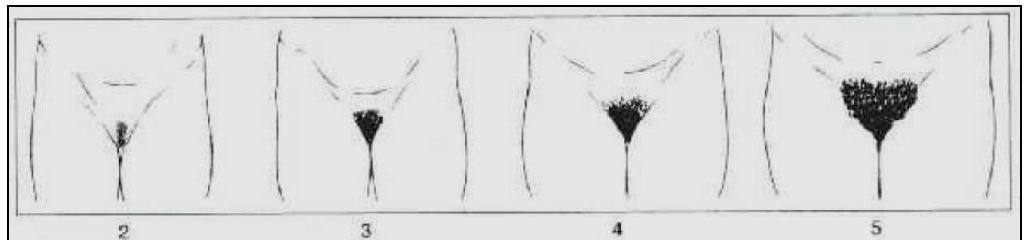
Le retard pubertaire est défini par :

- l'absence de développement mammaire après l'âge de 13 ans chez la fille
➔ pathologique ++
- l'absence d'augmentation du volume testiculaire après l'âge de 15 ans chez le garçon
➔ simple décalage physiologique ++

Les stades du développement pubertaire d'après Tanner :

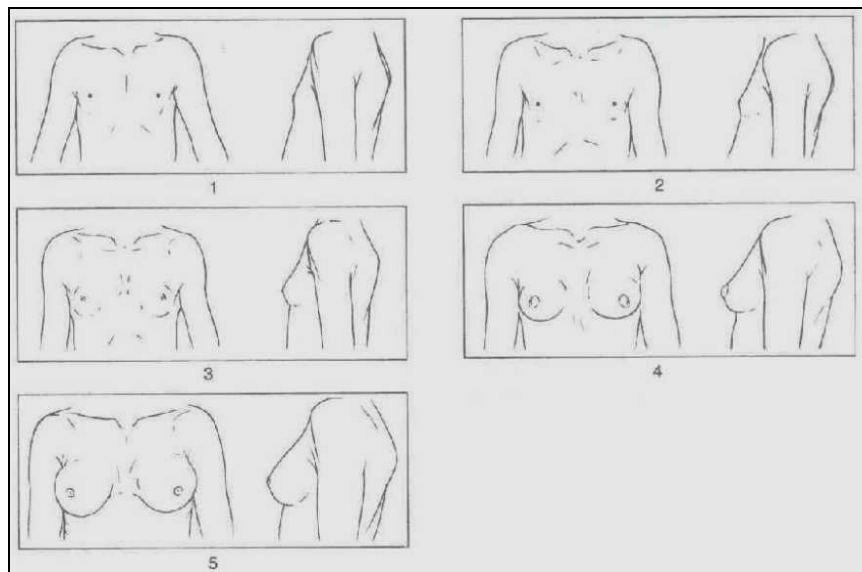
◆ Pilosité pubienne (filles et garçons) :

- Stade P1 = absence de poils pubiens ;
- Stade P2 = poils duveteux ou légèrement pigmentés, limitée chez la fille le long des berges de la fente vulvaire (verticale), chez le garçon à la base du pénis (horizontale) ;
- Stade P3 = poils plus épais, frisés et pigmentés, s'étendant au-delà de la zone médiopubienne;
- Stade P4 = surface recouverte limitée au strict triangle pubien;
- Stade P5 = extension sur la racine des cuisses (et chez le garçon, éventuellement sur la ligne blanche).



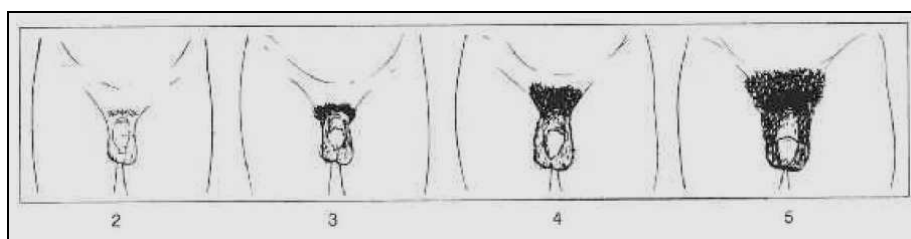
◆ Développement mammaire chez les filles :

- Stade S1 = aréole plate ;
- Stade S2 = bourgeon aréolaire, surélévation limitée à la zone aréolaire et juxta-aréolaire ;
- Stade S3 = aspect de « sein adulte miniature » à contour régulier ;
- Stade S4 = augmentation de volume, saillie du contour de l'aréole ;
- Stade S5 = aspect mature avec contour régulier.



◆ Organes génitaux externes (OGE) chez les garçons :

- Stade S1 = OGE d'apparence infantile ;
- Stade S2 = accroissement du scrotum et des testicules ;
- Stade S3 = accroissement du pénis, surtout en longueur ;
- Stade S4 = accroissement du pénis, tant en longueur qu'en largeur ; scrotum plus pigmenté ;
- Stade S5 = OGE de taille et de forme adulte.



- **Dépistage des conduites suicidaires des adolescents [65]**

Le médecin généraliste est régulièrement consulté par des adolescents ayant eu des idées ou des actes suicidaires non pris en charge : ceux-ci constituent des facteurs de risque de passage à l'acte. Dans 9 cas sur 10, le médecin généraliste est consulté pour un autre motif.

Le groupe ADOC (ADOlescents et Conduites à risque) a proposé un dépistage pour tous les adolescents vus en consultation, quel que soit le motif. Il s'organise en 2 temps : les questions d'ouverture (TSTS) sont abordées à tout moment de la consultation, et pour chaque réponse positive, une question supplémentaire (CAFARD) est posée.

<u>1 – Les questions d'ouverture = « TSTS »</u>	<u>2 – Les clés de gravité = « CAFARD »</u>
Traumatologie : As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ?	Cauchemars : Fais-tu souvent des cauchemars ?
Sommeil : As-tu des difficultés à t'endormir le soir ?	Agression : As-tu été victime d'une agression physique ?
Tabac : As-tu déjà fumé (même si tu as arrêté) ?	Fumeur : Fumes-tu tous les jours au moins 5 cigarettes ?
Stress scolaire ou familial : Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire et/ou par la vie de famille ?	Absentéisme : Es-tu souvent absent, ou en retard à l'école ?
	Ressenti Désagrément familial : Dirais-tu que ta vie de famille est désagréable ?

Si l'adolescent répond positivement à au moins 2 questions du test (TSTS et/ou CAFARD), on retrouve des antécédents d'idées ou d'actes suicidaires dans 50% des cas chez les filles, et 30% chez les garçons. A partir de 2 réponses positives, il est recommandé d'aborder directement le sujet avec l'adolescent. Ce repérage permet alors une prise en charge parfois éloignée du motif initial.

➤ Références

[60] Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires – Recommandation pour la pratique clinique. HAS, septembre 2005
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans_-_propositions_2006_2006_12_28_15_55_46_52.pdf

[61] Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, septembre 2003
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/version_finale_-_synthese_obesite_2006_10_25_15_27_33_385.pdf

[62] Dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant pour prévenir l'amblyopie – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, octobre 2002
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Amblyopie_recos.pdf

[63] Intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte - Prévention et prise en charge médico-sociale – Conférence de consensus. ANAES-SFP-SFSP, novembre 2003
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Saturnisme_court.pdf

[64] Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires – Recommandation pour la pratique clinique. HAS, septembre 2005
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_7-18_ans_-_propositions.pdf

[65] Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents. Rev Prat 2007 ; 57 : 1187-1199

6.2 – LES FEMMES MENOPAUSEES

➤ Les traitements hormonaux substitutifs (THS) de la ménopause [66]

- **Un effet sur la prévention du risque fracturaire ?**

En prévention primaire du risque fracturaire (vertèbres, poignets, hanches) chez la femme ménopausée, le THS est le seul traitement dont l'effet est démontré. Chez les femmes de 50 à 60 ans, pour lesquelles l'incidence des fractures est faible, cet effet n'est établi que pour les tassements vertébraux. Cet effet protecteur antifracturaire persiste moins de 5 ans après l'arrêt d'un THS.

Dans l'ostéoporose avérée (définie sur des critères densitométriques), avec ou sans fracture, aucune étude de qualité suffisante ne concerne l'efficacité du THS.

Aucune étude n'a démontré de prévention du risque fracturaire associé chez des femmes exclusivement ostéopéniques.

- **Un sur-risque des cancers du sein, de l'endomètre ... et des ovaires ?**

Le sur-risque de cancer du sein augmente avec la durée du THS oestroprogestatif. Il est formellement démontré pour une durée d'utilisation supérieure à 5 ans. Le sur-risque de cancer du sein retombe à une valeur proche de celui des non-utilisatrices dans les 5 ans qui suivent l'arrêt du THS.

Aucune différence n'est démontrée en fonction de la voie d'administration (orale, extra-digestive), ni en fonction du schéma d'administration (séquentiel ou continu).

L'augmentation de densité mammaire engendrée par la prise d'un THS oestroprogestatif (5 à 25 % des femmes) pourrait être responsable d'un retard au diagnostic par la mammographie.

Le THS est formellement contre-indiqué en cas d'antécédent personnel de cancer du sein.

Le THS par oestrogènes seuls augmente le risque de cancer de l'endomètre. L'association d'un progestatif à l'oestrogène diminue ce sur-risque en cas d'administration séquentielle et l'annule en cas de traitement continu.

Les études sur un éventuel sur-risque de cancer des ovaires lié au THS sont discordantes.

Chacun de ces sur-risques ne remet pas en question, à lui seul, l'indication du THS pour les femmes dont les troubles du climatère justifient la prescription d'un THS.

- **Un sur-risque coronarien, cérébro-vasculaire et thrombo-embolique**

Le THS (oestroprogestatif ou oestrogènes seuls) ne protège pas des risques coronarien et cérébro-vasculaire : il augmente même ces risques. Chez les femmes à bas risque cardiovasculaire, ce sur-risque ne justifie pas, de ne pas prescrire ou d'interrompre un THS qui aurait un bénéfice attendu élevé d'autre nature.

Il existe une élévation du risque de maladie veineuse thrombo-embolique (MVTE) sous THS oestroprogestatif. Ce risque ne semble pas exister avec les oestrogènes administrés par voie transdermique. Appliqué à une population à faible risque de MVTE, ce sur-risque ne justifie pas, à lui seul, de ne pas prescrire ou d'interrompre un THS qui aurait un bénéfice attendu élevé d'autre nature.

- **L'absence de protection contre le déclin cognitif et la démence**

Il augmente même le risque de démence chez les femmes de plus de 65 ans.

- **Un effet protecteur dans le cancer colorectal**

Le THS oestroprogestatif a un rôle protecteur vis-à-vis du cancer colorectal, qui semble plus marqué pour le cancer du côlon que pour celui du rectum. Les cancers du côlon survenant chez les utilisatrices de THS oestroprogestatifs semblent cependant de stades plus avancés.

- **Au total : une indication majeure = les troubles du climatère**

L'indication préférentielle du THS reste les troubles du climatère gênants (bouffées de chaleur, sudations nocturnes, sécheresse vaginale), quel que soit le statut de la patiente vis-à-vis de l'ostéoporose. En l'absence de symptômes climatériques, il n'est pas démontré que le THS soit efficace dans l'amélioration de la qualité de vie.

Toute femme qui demande un tel traitement doit recevoir une information objective sur les bénéfices et les risques relatifs au THS prescrit. Il est utile aussi de rappeler la balance bénéfices-risques défavorable des autres produits proposés dans cette indication :

- ◆ Le véralipride/Agréal® a été retiré du marché en Espagne en juin 2005 au vu de ses effets indésirables (syndrome parkinsonien...) et de l'absence d'efficacité clinique démontrée, l'AFSSAPS s'est contentée d'une limitation de la durée de traitement à 3 mois ; [67]
- ◆ Les phytoestrogènes (dérivés du soja...) ont des propriétés oestrogéniques (risques avérés d'hyperplasie de l'endomètre, beaucoup d'inconnues pour les risques de maladie thrombo-embolique veineuse et de cancer du sein) ; et ne permettent qu'un bénéfice modeste sur la fréquence des bouffées de chaleur. [68]

En cas d'hystérectomie, il est recommandé de prescrire un THS par oestrogènes seuls. Le THS oestroprogestatif expose en effet à un sur-risque de cancer du sein sans que l'on puisse attendre chez ces femmes un bénéfice sur le cancer de l'endomètre.

En cas d'antécédent d'infarctus du myocarde ou de maladie coronarienne, d'AVC, de MTEV, ou de haut risque cardio-vasculaire, le THS est déconseillé. Il est contre-indiqué en cas d'antécédent personnel de cancer du sein.

Le THS devra être instauré à la dose minimale efficace, pour la durée la plus courte possible (2 à 3 ans en moyenne), avec une réévaluation régulière de la balance bénéfices-risques (vérifier la nécessité de poursuivre le traitement une fois par an à l'aide d'une fenêtre thérapeutique ; arrêter le traitement en cas d'apparition d'une contre-indication).

➤ L'ostéoporose [69]

- **L'ostéoporose touche surtout la femme ménopausée**

L'ostéoporose liée à l'âge est la plus fréquente. Elle est deux à trois fois plus fréquente chez la femme, en raison de la privation hormonale post-ménopausique ; mais l'ostéoporose liée à l'âge n'épargne pas l'homme, chez qui elle survient cependant à un âge plus avancé.

➔ Après 50 ans, l'ostéoporose touche 8-18 % des femmes et 5-6 % des hommes.

L'incidence des fractures ostéoporotiques augmente avec l'âge. Elles touchent surtout les vertèbres et la hanche, mais aussi le poignet. Avec leurs complications, elles font la gravité de l'ostéoporose.

L'ostéoporose peut également être induite par certaines pathologies (hyperparathyroïdie, hyperthyroïdie, hypercorticisme, hypogonadisme, ostéogenèse imparfaite...) ou par certains traitements (notamment la corticothérapie prolongée par voie générale).

- **La prévention de l'ostéoporose**

Les mesures hygiéno-diététiques sont essentielles, en luttant contre les FDR identifiés :

- L'activité physique réalisée en charge, pendant une heure, trois fois par semaine ;
- L'apport vitaminocalcique doit être suffisant, et nécessite parfois une supplémentation ;
- Le tabagisme et l'alcoolisme diminuent la densité minérale osseuse (DMO) ;
- Un faible poids et un faible IMC sont corrélés à un risque accru d'ostéoporose.

Les traitements médicaux ont une place limitée en prévention primaire chez la femme ménopausée :

- La balance bénéfices-risques du THS n'est pas favorable en l'absence de troubles climatériques gênants associés ;
- Certains biphosphonates et le raloxifène sont indiqués selon leur AMM, mais non remboursés.

- **La mesure de la DMO par l'ostéodensitométrie biphotonique (DXA)**

Le risque de fracture est inversement proportionnel à la DMO. Les catégories diagnostiques ont été élaborées à partir de données obtenues chez des femmes ménopausées, en majorité d'origine caucasienne : normale (T score > -1), ostéopénie (-2,5 < T score ≤ -1), ostéoporose (T score ≤ -2,5).

Les indications reconnues (et remboursées) de l'ostéodensitométrie sont :

1. Dans la population générale, quels que soient l'âge et le sexe :
 - a) En cas de signes d'ostéoporose :
 - découverte ou confirmation radiologique d'une fracture vertébrale (déformation du corps vertébral) sans contexte traumatique ni tumoral évident ;
 - antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur (sauf fractures du crâne, des orteils, des doigts et du rachis cervical) ;
 - b) En cas de pathologie ou traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose :
 - corticothérapie systémique > 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone, et pendant au moins trois mois consécutifs (à faire de préférence en début de traitement) ;
 - antécédent documenté d'hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive, ostéogénèse imparfaite ou hypogonadisme prolongé (y compris l'androgénoprivation chirurgicale ou médicamenteuse).
2. Chez la femme ménopausée (sauf si THS à dose efficace et bien suivi) :
 - a) Antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au premier degré ;
 - b) Indice de masse corporelle < 19 kg/m² ;
 - c) Ménopause avant 40 ans quelle qu'en soit la cause ;
 - d) Antécédent de corticothérapie systémique > 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone, et pendant au moins trois mois consécutifs.

En dehors de la prévention des chutes et de la correction d'une éventuelle carence en calcium et/ou en vitamine D, de nombreux médicaments sont proposés dans le traitement de l'ostéoporose : biphosphonates, raloxifène, ranélate de strontium ou téraparatide.

Dans l'ostéoporose post-ménopausique avec fracture de fragilité, l'acide alendronique/Fosamax® (10 mg/j ou 70 mg/sem) est le médicament le mieux évalué : il évite environ 3 fractures vertébrales symptomatiques et 1 fracture du col du fémur pour 100 patientes traitées durant 3 ans. [70]

➤ Références

[66] Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause – Audition publique. ANAES-AFSSAPS, mai 2004

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/th_s_rapport_final_corrige_mtev_-_orientations_generales_2006_10_25_15_41_5_415.pdf

[67] Phytoestrogènes chez les femmes ménopausées : hyperplasie de l'endomètre – Article en Une. Rev Prescrire 2006 ; 26 (268) : 26

<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierMenopauseSoja2.php>

[68] Bouffées de chaleur de la ménopause : Véralipride : prescription pour 3 mois, une demi-mesure lamentable – Article en Une. Rev Prescrire 2006 ; 26 (277) : 741

<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierMenopauseVeralipride.php>

[69] Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose - Note de synthèse. HAS, juillet 2006

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/osteoporose_synthese.pdf

[70] Ostéodensitométrie chez les femmes ménopausées en bonne santé – Article en Une. Rev Prescrire 2007 ; 27 (285) : 516-521

<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierOsteodensitometrie.php>

6.3 – LES PERSONNES AGEES

L'ostéoporose est traitée au paragraphe 6.2.

➤ L'évaluation des troubles mnésiques [71]

- **L'entretien avec le patient, et si possible un accompagnant**

Il est utile de repérer le mode de début, ainsi que les troubles des différentes fonctions cognitives :

- Troubles de la mémoire des faits récents & anciens,
- Troubles de l'orientation temporo-spatiale,
- Troubles des fonctions exécutives,
- Troubles du langage,
- Apraxie,
- Agnosie.

Le retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne peut être évalué à l'aide de l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL, Instrumental Activities of Daily Living). L'échelle simplifiée comportant les 4 items les plus sensibles (utilisation du téléphone, utilisation des transports, prise des médicaments, gestion des finances) peut être utilisée.

L'entretien doit rechercher une dépression qui peut parfois se présenter sous l'aspect d'un syndrome démentiel. L'échelle de dépression gériatrique (GDS, Geriatric depression scale) peut être consultable à l'adresse suivante : <http://www.paris-nord-sftg.com/outils.depression.sujet.age.0102.htm>.

Il existe d'autres échelles : pour les troubles comportementaux (NPI, Neuropsychiatric Inventory), ou pour le comportement frontal (FBS, Frontotemporal Behavioral Scale).

- **L'examen clinique doit comprendre une évaluation des fonctions cognitives**

Il est recommandé d'effectuer cette évaluation de manière standardisée à l'aide du Mini Mental Status Examination (MMSE). Le MMSE ne peut en aucun cas être utilisé comme seul test diagnostique d'une maladie d'Alzheimer.

Il est calculable en ligne à : <http://www.paris-nord-sftg.com/outils.mms.0211.php3>

Il n'y a pas d'accord professionnel concernant le choix des autres tests à effectuer dans le cadre d'une évaluation des fonctions cognitives d'un patient :

- épreuve de rappel de 5 mots (<http://www.paris-nord-sftg.com/patients.cinq.mots.0012.htm>),
- tests de fluence verbale,
- test de l'horloge,
- épreuve d'arithmétique,
- épreuve de similitude...

- **Les examens cliniques éliminent une cause curable**

Il est recommandé de pratiquer systématiquement :

- un dosage de la TSH,
- un hémogramme,
- un ionogramme sanguin,
- une calcémie,
- une glycémie.

La sérologie syphilitique, la sérologie HIV, le dosage de vitamine B12, le dosage de folates, le bilan hépatique, la ponction lombaire seront prescrits en fonction du contexte clinique.

Une imagerie cérébrale (sans injection) est recommandée systématiquement pour toute démence d'installation récente. Cet examen sera au mieux une imagerie par résonance magnétique nucléaire, à défaut une tomodensitométrie cérébrale, en fonction de l'accessibilité.

➤ La prévention des chutes [72]

- **Penser systématiquement au risque de chutes**

Il est recommandé de demander à toute personne âgée, si besoin à son entourage, quel que soit le motif de consultation, si elle est tombée durant l'année précédente, et dans quel contexte.

- **Rechercher les facteurs de risque de chutes**

1. Facteurs intrinsèques

- Age > 80 ans ;
- Activités de la vie quotidienne et mobilité réduites, antécédents de chutes ;
- Pathologies spécifiques : maladie de Parkinson, démences, dépression, incontinence, notamment urinaire par impériosité ;
- Troubles locomoteurs et neuro-musculaires : force diminuée au niveau des genoux, hanches, chevilles, préhension manuelle réduite, troubles de la marche (anomalies et vitesse), équilibre postural et/ou dynamique altéré ;
- Réduction de l'acuité visuelle ;
- Prise de médicaments : polymédication (au-delà de 4), psychotropes ;

2. Facteurs extrinsèques

- Comportementaux : consommation d'alcool, sédentarité, malnutrition ;
- Environnementaux : nécessité d'un instrument d'aide (cane), prise de risque, habitat mal adapté.

- **Réaliser quelques tests simples au cours de la consultation**

Voudriez-vous vous lever et faire quelques pas ? (<i>Timed up and go test</i>) 3 tests successifs, précédés d'un test d'apprentissage non comptabilisé	Le patient doit se lever d'un siège banal, faire environ 3 mètres, tourner, et revenir s'asseoir sans l'aide d'une autre personne (avec ou sans aide de type canne) en moins de 20 secondes : - déficit de mobilité si > 20 secondes, - important si > 29 secondes.
Pouvez-vous tenir en équilibre sur une jambe ? (test unipodal)	Anormal si < 5 secondes
Poussée sternale	Un déséquilibre est prédicteur du risque de chute
Que pensez-vous de ...? (walking and talking test)	L'arrêt de la marche est signe de fragilité

L'épreuve de Tinetti permet aussi une estimation validée du risque de chute d'un sujet âgé. Elle se décompose en deux temps: un temps d'étude de l'équilibre, un temps d'étude de la marche. Le score final obtenu est normalement de 28. Un score inférieur à 26 indique un problème. Un score inférieur à 19 est corrélé avec une multiplication par 5 du risque de chute.

Ce score est calculable en ligne à : <http://www.paris-nord-sftg.com/outils.tinetti.0304.php3>

Si ces tests de repérage sont positifs, une évaluation multifactorielle et interdisciplinaire est nécessaire :

- Attention particulière au pied de la personne âgée (chaussage et soins),
- Conseils nutritionnels, correction des déficits nutritionnels éventuels (vitamine D ?),
- Programme d'exercice physique, rééducation de la marche + équilibre,
- Modifications de l'ordonnance : allègements thérapeutiques,
- Traitement d'une hypotension orthostatique, d'une déficience visuelle ou tout autre problème de santé dont les troubles cardio-vasculaires
- Modifications environnementales : aménagement de l'habitat
- ...

➤ La dénutrition protéino-énergétique [73]

• **Les situations à risque sont nombreuses**

Certaines d'entre elles ne sont pas liées à l'âge : cancers, défaillances d'organe chroniques et sévères, pathologies à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption, alcoolisme chronique, pathologies infectieuses et/ou inflammatoires chroniques, ainsi que toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires et/ou une augmentation des besoins énergétiques.

D'autres sont plus spécifiques à la personne âgée (cf. ci-dessous) :

1. Psycho-socio-environnementales : isolement social, deuil, difficultés financières, maltraitance, hospitalisation, changement des habitudes de vie, entrée en institution ;
2. Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique : douleur, pathologie infectieuse, fracture entraînant une impotence fonctionnelle, intervention chirurgicale, constipation sévère, escarres ;
3. Traitements médicamenteux au long cours : polymédication, médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, corticoïdes au long cours ;
4. Troubles bucco-dentaires : trouble de la mastication, mauvais état dentaire, appareillage mal adapté, sécheresse de la bouche, candidose oro-pharyngée, dysgueusie ;
5. Régimes restrictifs : sans sel, amaigrissant, diabétique, hypocholestérolémiant, sans résidu au long cours ;
6. Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques : maladie d'Alzheimer, autres démences, syndrome confusionnel, troubles de la vigilance, syndrome parkinsonien ;
7. Troubles de la déglutition : pathologie ORL, pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire ;
8. Dépendance pour les actes de la vie quotidienne : dépendance pour l'alimentation, dépendance pour la mobilité ;
9. Troubles psychiatriques : syndromes dépressifs, troubles du comportement.

• **Les modalités de dépistage**

Il est recommandé de dépister une dénutrition chez toutes les personnes âgées :

- Au moins 1 fois/an en ville,
- Au moins 1 fois/mois en institution,
- Lors de chaque hospitalisation.

Ce dépistage consiste à :

- Rechercher des situations à risque de dénutrition,
- Estimer l'appétit et/ou les apports alimentaires,
- Mesurer de façon répétée le poids et évaluer la perte de poids par rapport au poids antérieur,
- Calculer l'indice de masse corporelle : $IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$ (poids en kg et taille en mètre).

Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire tel que le Mini Nutritional Assessment® (MNA), réalisable en ligne à : <http://www.paris-nord-sftg.com/outils.mna.0106.htm>

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères suivants :

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois (sévère si $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois) ;
- Indice de masse corporelle : $IMC < 21$ (sévère si < 18) ;
- Albuminémie < 35 g/l (sévère si < 30 g/l) ;
- MNA global < 17 .

La stratégie de prise en charge nutritionnelle n'est pas détaillée ici :

- Conseils nutritionnels : produits riches en énergie/protéines, goûts du patient, aide au repas...
- Enrichissement de l'alimentation : fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu...
- Les compléments nutritionnels oraux : lors des collations, plutôt que pendant les repas...
- La nutrition entérale : en cas de dénutrition sévère ou d'échec de la nutrition orale.

➤ Les escarres [74]

• **Identifier les facteurs de risque**

Seules l'immobilisation et la dénutrition sont réellement des facteurs prédictifs du risque d'escarre.

Les principaux facteurs de risque d'escarre sont explicatifs :

1. Facteurs extrinsèques ou mécaniques : pression, friction, cisaillement, macération ;
2. Facteurs intrinsèques ou cliniques : immobilité, état nutritionnel, incontinence urinaire et fécale, état de la peau, baisse du débit circulatoire, neuropathie, état psychologique, âge, antécédent d'escarres, déshydratation, maladies aiguës, pathologies chroniques graves et leur phase terminale.

En association avec le jugement clinique, certains outils d'évaluation du risque peuvent être utiles, comme l'échelle de Braden (difficilement réalisable en ambulatoire).

• **Appliquer les mesures générales de prévention**

Diminuer la pression en évitant les appuis prolongés par la mobilisation, la mise au fauteuil, la verticalisation et la reprise de la marche précoces.

Utiliser des supports (matelas, surmatelas, coussins de siège) adaptés au patient et à son environnement.

Observer de manière régulière l'état cutané et les zones à risque (au moins quotidiennement, à chaque changement de position et lors des soins d'hygiène) afin de détecter précocement une altération cutanée.

Maintenir l'hygiène de la peau et éviter la macération par une toilette quotidienne et renouvelée si nécessaire. Le massage et la friction des zones à risque sont à proscrire. Les massages, frictions, applications de glaçons et d'air chaud sont interdits.

Assurer un équilibre nutritionnel en évaluant quantitativement les prises alimentaires.

Favoriser la participation du patient et de son entourage à la prévention des escarres par une information et des actions éducatives ciblées en fonction du caractère temporaire ou permanent du risque d'escarre (autosurveillance, autosoulèvement).

➤ Références

[71] Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, février 2000

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recosal.pdf>

[72] Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée – Recommandation pour la pratique clinique. HAS-SFDRMG, novembre 2005

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_fiche.pdf

[73] Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée – Recommandation pour la pratique clinique. HAS, avril 2007

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf

[74] Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé – Conférence de consensus. ANAES-PERSS-SFFPC, novembre 2001

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Escarres_court.pdf

Notes personnelles

Annexe n°7 : Document de synthèse destiné aux externes ayant participé à l'étude CARE-Prev2

Document de synthèse	Nom de l'externe :
	Date de réalisation :/...../.....

Identité du (de la) patient(e)

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :/...../.....

Sexe (H ou F)		<i>FDRCV si H ≥ 50 ans ou F ≥ 60 ans</i>
Age (années)		

Interrogatoire (à refaire tous les ans)

➤ Antécédents familiaux : noter le degré de parenté et l'âge de survenue

Cancers	Côlon ou rectum		<i>FDR si < 60 ans ou multiples dans la même branche</i>
	Sein		<i>FDR si < 40 ans ou multiples dans la même branche</i>
	Autres		
Maladies cardiovasculaires	IDM ou mort subite		<i>FDRCV si H < 55 ans ou F < 65 ans</i>
	AVC		<i>FDRCV si H ou F < 45 ans</i>
	Autres		
Autres			

➤ En fonction de l'âge et du sexe, certains domaines spécifiques pourront être abordés :

- Chez les enfants :
 - reporter les courbes de poids, de taille et de corpulence (IMC)
 - avant 7 ans, rechercher systématiquement des FDR d'exposition au plomb
- Chez les femmes en période d'activité génitale :
 - interroger sur la contraception : mode ? tolérance ? oubli ? IVG ?
 - interroger sur le désir de grossesse
- Chez les femmes ménopausées :
 - prise de THS il y a moins de 5 ans ? (*FDR de cancer du sein*)
 - ménopause précoce avant 40 ans ? (*FDR d'ostéoporose*)
 - corticothérapie systémique > 7,5 mg/j et prolongée plus de 3 mois ? (*FDR d'ostéoporose*)
- Chez les personnes âgées :
 - le patient (ou l'accompagnant) rapporte-t-il une plainte mnésique ?
 - le patient (ou l'accompagnant) rapporte-t-il une ou des chute(s) dans l'année ?

➤ Antécédents personnels

Médicaux	HTA		<i>FDRCV (traitée ou non)</i>
	Diabète de type 2		<i>FDRCV (traité ou non)</i>
	Maladie cardiovasculaire avérée (coronarienne, rénale, AOMI, rétinopathie, AIT ou AVC)		<i>Haut risque cardiovasculaire</i>
	Autres		
Chirurgicaux	Fracture(s) sans traumatisme majeur		<i>FDR d'ostéoporose</i>
	Autres		
Psychiatriques	Dépression, tentative(s) de suicide...		
Gynéco- obstétricaux	Grossesse(s) & déroulement, GEU, fausses couches, IVG, ménopause...		
Mode de vie	Alimentation		<i>Riche en fruits & légumes, pauvre en graisses d'origine animale</i>
	Activité sportive		<i>Au moins 30 min/j, 3 fois par semaine</i>
	Profession		<i>Exposition professionnelle ?</i>
Addictions	Tabac (paquets.années)		<i>FDRCV si tabagisme actif ou sevré < 3 ans</i>
	Alcool (CDA en g/sem)		<i>Usager à risque si H > 210 g/sem ou F > 140 g/sem</i>
	Autres drogues (avec mode de prise)		
Risques pour les IST	« Que faites-vous pour vous protéger des IST ? »		

Examen clinique

Poids (kg)		IMC (P/T ²) =	FDRCV si IMC \geq 30 kg/m ² et FDR d'ostéoporose si IMC < 19 kg/m ²
Taille (m)			
Tension artérielle (mmHg)			FDRCV si TA > 140/90
Périmètre abdominal (cm) : juste au-dessus des crêtes iliaques			FDRCV si H > 102 cm ou F > 88 cm

Examens paracliniques

Exploration d'une anomalie lipidique : CT, HDL, TG et calcul LDL		« Normal » si TG < 1,5g/l, LDL < 1,6g/l et HDL > 0,4g/l
Mammographies : dépistage du cancer du sein		Tous les 2 ans, de 50 à 74 ans
Frottis cervico-vaginaux : dépistage du cancer du col de l'utérus		Tous les 3 ans du début de la vie sexuelle à 65 ans, après 2 FCV normaux à 1 an d'intervalle

Certains résultats antérieurs peuvent être utiles à connaître :

- glycémie à jeun =g/l ou mmol/l (Diabète si > 1,26 g/l)
- microalbuminurie =mg/24h (FDRCV si > 30 mg/24h)
- créatininémie = μ mol/l ou mg/l

Une estimation de la fonction rénale par la formule de verso & Gault ou MDRD peut être calculée en ligne à l'adresse suivante : <http://www.paris-nord-sftg.com/outils.cockroft.0212.php3>

4. Vaccinations : à proposer au patient ; noter le dernier rappel ou si refus.

DTP +/- Hib		Primovaccination à 2-3-4 mois Rappels vers 16-18 mois, puis à 6, 11-13 et 16-18 ans Puis tous les 10 ans
Coqueluche		Primovaccination à 2-3-4 mois Rappels vers 16-18 mois, puis à 11-13 ans Adultes susceptibles de devenir parents dans les années à venir, et non vaccinés depuis 10 ans
Rubéole / ROR		ROR = 2 doses avant 2 ans Jeunes femmes en âge de procréer non vaccinées, sous couvert d'une contraception pendant au moins 2 mois
HPV 6-11-16-18		Adolescentes de 14 ans Rattrapage jusqu'à 23 ans si rapports sexuels < 1 an
Pneumocoque		Primovaccination à 2-3-4 mois (7 valences) Rappel vers 12-15 mois ; jusqu'à 5 ans si FDR ou AMM Puis vaccin 23 valences, tous les 5 ans si indications AMM
Grippe		Tous les ans si > 65 ans ou selon indications AMM
Hépatite B		Deux doses à 1 mois d'intervalle, Puis une 3 ^e dose 5 à 12 mois après Recommandé pour tous, dès 2 mois et avant 13 ans
BCG		Recommandé si IDF, Guyane ou pays de forte endémie

Annexe n°8 : Questionnaire destiné aux patients ayant participé à l'étude CARE-Prev2**MERCI DE RENVOYER CE QUESTIONNAIRE DANS L'ENVELOPPE JOINTE**

Vous venez de voir un externe au cours d'une consultation dédiée à la prévention. Je vous remercie d'avoir participé à cette expérience, et d'avoir ainsi contribué à ma thèse de médecine.
A présent, j'ai besoin de connaître votre avis sur cette consultation.

1 – Vous êtes :

un homme

une femme

2 – Votre âge : ans

3 – Vous avez participé à la consultation de prévention avec l'externe :

juste avant votre rendez-vous avec votre médecin

juste après votre rendez-vous avec votre médecin

un autre jour, sur rendez-vous avec l'externe

4 – Votre impression après cette consultation de prévention avec un externe est :

très positive

plutôt positive

plutôt négative

très négative

5 – Citez trois points positifs qui, selon vous, ressortent de cette expérience :

1.
.....
2.
.....
3.
.....

6 – Citez trois points négatifs qui, selon vous, ressortent de cette expérience :

1.
.....
2.
.....
3.
.....

7 – Pensez-vous que des consultations de prévention réalisées par des externes dans un cabinet de médecine générale peuvent être profitables ? (*plusieurs réponses possibles*)

à l'externe

aux patients (à vous)

au maître de stage (à votre médecin)

à personne

Tournez la page, SVP.

8 – Quels ont été les thèmes de prévention que l'externe a abordé avec vous ?

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le tabac | <input type="checkbox"/> Les facteurs de risque cardiovasculaire |
| <input type="checkbox"/> L'alcool | <input type="checkbox"/> L'hypertension artérielle |
| <input type="checkbox"/> Les autres drogues | <input type="checkbox"/> Le cholestérol |
| Préciser lesquelles : | <input type="checkbox"/> Le diabète |
| | |
| | <input type="checkbox"/> Le cancer du sein |
| <input type="checkbox"/> Les infections sexuellement transmissibles | <input type="checkbox"/> Le cancer de la prostate |
| <input type="checkbox"/> La contraception | <input type="checkbox"/> Le cancer du colon et du rectum |
| <input type="checkbox"/> L'interruption volontaire de grossesse | <input type="checkbox"/> Les vaccins |
| <input type="checkbox"/> Le désir de grossesse | <input type="checkbox"/> La prévention chez l'enfant |
| <input type="checkbox"/> La grossesse | <input type="checkbox"/> La ménopause |
| <input type="checkbox"/> L'allaitement | <input type="checkbox"/> L'ostéoporose |
| <input type="checkbox"/> Les frottis cervico-vaginaux | <input type="checkbox"/> La prévention chez les personnes âgées |

9 – Indiquez en quelques mots ce que vous avez retenu de cette consultation ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10 – Avez-vous des remarques ou des suggestions ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir pris le temps de participer à cette étude,
Julien Gelly.

Annexe n°9 : Questionnaire destiné aux externes ayant participé à l'étude CARE-Prev2**MERCI DE RENVOYER CE QUESTIONNAIRE DANS L'ENVELOPPE JOINTE**

Vous venez de participer à une (ou des) consultation(s) dédiée(s) à la prévention. Je vous remercie d'avoir participé à cette expérience, et d'avoir ainsi contribué à ma thèse de médecine.
A présent, j'ai besoin de connaître votre avis sur cette consultation.

1 – Votre nom :

2 – Combien avez-vous vu de patients ?

- Le jour-même de leur consultation avec leur médecin :/..... (avant / après)
- Et sur rendez-vous spécifiquement avec vous :

3 – Dans l'ensemble, vous avez préféré les consultations qui se déroulaient :

- juste avant le rendez-vous avec le médecin habituel
- juste après le rendez-vous avec le médecin habituel
- un autre jour, sur rendez-vous

4 – Votre impression après cette (ou ces) consultation(s) de prévention est :

- très positive
- plutôt positive
- plutôt négative
- très négative

5 – Citez trois points positifs qui, selon vous, ressortent de cette expérience :

1.
2.
3.

6 – Citez trois points négatifs qui, selon vous, ressortent de cette expérience :

1.
2.
3.

7 – Pensez-vous que de telles consultations de prévention réalisées par des externes dans un cabinet de médecine générale peuvent être profitables (*plusieurs réponses possibles*) :

- à l'externe
- aux patients
- au maître de stage
- à personne

Annexe n°10 : Questionnaire destiné aux praticiens ayant participé à l'étude CARE-Prev2**MERCI DE RENVOYER CE QUESTIONNAIRE DANS L'ENVELOPPE JOINTE**

Vous avez accepté que des externes viennent dans votre cabinet pour réaliser des consultations dédiées à la prévention. Je vous remercie d'avoir participé à cette expérience, et d'avoir ainsi contribué à ma thèse de médecine.

A présent, j'ai besoin de connaître votre avis sur cette consultation.

1 – Votre nom :

2 – Votre impression générale concernant ces consultations de prévention est :

- très positive
 plutôt positive
 plutôt négative
 très négative

Précisez votre réponse :

3 – Quel vous semble être le meilleur moment pour réaliser ces consultations de prévention ?

- juste avant le rendez-vous avec le médecin habituel
 juste après le rendez-vous avec le médecin habituel
 un autre jour, sur rendez-vous

4 – Citez trois points positifs qui, selon vous, ressortent de cette expérience :

1.

 2.

 3.

5 – Citez trois points négatifs qui, selon vous, ressortent de cette expérience :

1.

 2.

 3.

6 – Pensez-vous que de telles consultations de prévention réalisées par des externes dans un cabinet de médecine générale peuvent être profitables (*plusieurs réponses possibles*) :

- à l'externe
 aux patients
 au maître de stage
 à personne

Tournez la page, SVP

7 – Quel(s) thème(s) ne vous semble(nt) pas adapté(s) à ces consultations de prévention ?

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le tabac | <input type="checkbox"/> Les facteurs de risque cardiovasculaire |
| <input type="checkbox"/> L'alcool | <input type="checkbox"/> L'hypertension artérielle |
| <input type="checkbox"/> Les autres drogues | <input type="checkbox"/> Les dyslipidémies |
| Préciser lesquelles :
.....
..... | <input type="checkbox"/> Le diabète |
| <input type="checkbox"/> Les infections sexuellement transmissibles | <input type="checkbox"/> Le cancer du sein |
| <input type="checkbox"/> La contraception | <input type="checkbox"/> Le cancer de la prostate |
| <input type="checkbox"/> L'interruption volontaire de grossesse | <input type="checkbox"/> Le cancer colorectal |
| <input type="checkbox"/> Le désir de grossesse | <input type="checkbox"/> Les vaccins |
| <input type="checkbox"/> La grossesse | <input type="checkbox"/> La prévention chez l'enfant |
| <input type="checkbox"/> L'allaitement | <input type="checkbox"/> La ménopause |
| <input type="checkbox"/> Les frottis cervico-vaginaux | <input type="checkbox"/> L'ostéoporose |
| | <input type="checkbox"/> La prévention chez les personnes âgées |

Précisez votre réponse :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8 – Pensez-vous que ce type de formation peut donner le goût de la médecine générale aux externes ?

oui

non

13 – Avez-vous des remarques ou des suggestions ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir pris le temps de participer à cette étude,
Julien Gelly.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. Journal Officiel n° 72 du 26 mars 1997, page 4684
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MENU9700546A>
- [2] Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. Journal Officiel n°273 du 25 novembre 2006, page 17696
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANP0624349A>
- [3] Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. Journal Officiel n°241 du 17 octobre 2000, page 16482
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MENS0002592A>
- [4] Objectifs pédagogiques terminaux pour les items de la 2ème partie du 2ème cycle des études médicales. Liste du 27 Juillet 2001
- [5] Projet national de stage en médecine générale pour les étudiants du second cycle des études médicales. Groupe de travail Stage MG 2nd cycle, CNGE/ISNAR-IMG/ANEMF, 1^{er} février 2007
http://www.cnge.fr/IMG/pdf/Projet_National_de_Stage_de_2e_cycle_en_MG_01fev07.pdf
- [6] Création de la filière universitaire de médecine générale. Rapport IGAENR/IGAS, février 2007
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000231/0000.pdf>
- [7] Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Journal Officiel n°15 du 18 janvier 2002, page 1008
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MESX0000077L>
- [8] Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Journal Officiel n°233 du 6 octobre 2004, page 170176
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MENS0402086A>
- [9] Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French
- [10] Santé, pour une politique de prévention durable. Rapport public IGAS, 2003
http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/rapport_igas_2003_prevention.pdf
- [11] Robert G. La prévention en matière de santé 2003-2004. Rapport du Conseil Economique et Social du 26 novembre 2003
http://www.ces.fr/ces_dat2/2-3based/base.htm

- [12] Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel n°185 du 11 août 2004, page 14277
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0300055L>
- [13] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (rectificatif). Journal Officiel n°276 du 27 novembre 2004, page 20151
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0300055L>
- [14] Baudier F. Pourquoi une consultation de prévention, enjeux pour les acteurs de santé, enjeux pour les usagers ? Séminaire de la Société Française de Santé publique, 4 décembre 2006
- [15] Commission « Démographie médicale ». Rapport du Professeur Yvon Berland, avril 2005
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland_demomed/rapport.pdf
- [16] Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences ». Rapport du Professeur Yvon Berland, octobre 2003
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland/rapport_complet.pdf
- [17] La consultation périodique de prévention. Rapport du Professeur Joël Ménard, mai 2005
<http://www.sfsp.info/sfsp/infos/documents/rapportmenard.pdf>
- [18] Logiciel d'Estimation Personnalisée du Risque (EsPeR) développé par le laboratoire de Santé Publique et Informatique Médicale (SPIM) dirigé par les Professeurs Joël Ménard et Patrice Degoulet, Faculté de Médecine René Descartes, Université Paris V
<http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper/start.do>
- [19] Stratégies nouvelles de prévention. Rapport de la Commission d'orientation prévention présidée par le Docteur Jean-François Toussaint, 11 septembre 2006
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/toussaint/rapport.pdf>
- [20] Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n°12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Journal Officiel n°76 du 30 mars 2006, page 4768
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANS0621311A>
- [21] Arrêté du 2 mai 2007 portant approbation de l'avenant n°23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Journal Officiel n°103 du 3 mai 2007, page 7826
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANS0752329A>
- [22] La consultation de prévention en médecine générale. Diaporamas des intervenants. Séminaire de la Société Française de Santé publique, 4 décembre 2006 – Paris
<http://www.sfsp.info/sfsp/agenda/documents/interventionsconsultation.htm>
- [23] La consultation de prévention en médecine générale. Diaporamas des intervenants. Séminaire de la Société Française de Santé publique, 21 septembre 2007 – Paris
<http://www.sfsp.info/sfsp/agenda/documents/interventionsaudition.htm>
- [24] Le temps de la prévention : premier bilan du séminaire. Commissariat Général du Plan. Les Notes de Caducée n°1, 23 février 2004

- [25] Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. Bulletin d'information en économie de la santé n° 111, DREES-IRDES, juillet 2006
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes111.pdf>
- [26] Gautier A et al. Baromètre Santé médecins/pharmaciens 2003. INPES, 2005
- [27] Rapport sur la santé dans le monde 2007 – Un avenir plus sûr: la sécurité sanitaire mondiale au XXIe siècle, OMS, 2007
http://www.who.int/whr/2007/07_report_fr.pdf
- [28] Meillat I. Première expérience de stage obligatoire chez le praticien dans le deuxième cycle à Créteil – Son évaluation. Thèse pour le doctorat de médecine générale. Université Paris XII – Créteil, 1998, n°1048
- [29] Cherqui S. Deuxième expérience de stage obligatoire chez le praticien dans le deuxième cycle à Créteil – Son évaluation. Thèse pour le doctorat de médecine générale. Université Paris XII – Créteil, 2002, n°1018
- [30] Ghasarossian C. Stage de médecine générale en 2^e cycle : Problématiques, Etats des lieux, Stratégie nationale. CNGE, 10 septembre 2007
http://www.bourgogne.cnge.fr/article.php3?id_article=34
- [31] Albe Dermigny S. Motivations des étudiants qui ont choisi la filière "médecine générale" à l'issue des épreuves classantes nationales en 2004. Thèse pour le doctorat de médecine générale. Université Paris XII – Créteil, 2006, n°1008
- [32] Lorilloux SA. Evaluation du stage chez le praticien à la faculté X. Bichat. Thèse pour le doctorat de médecine générale. Université Paris VII – Bichat, 2005, n°50
- [33] Chevalier P et al. Feasibility of a computer-aided consultation of prevention performed by the general practitioner. Communication orale à la Conférence WONCA Europe 2007. CNGE, octobre 2007, n°814
- [34] Chevalier P et al. Is a dedicated prevention consultation acceptable by patients ? A qualitative study. Communication orale à la Conférence WONCA Europe 2007. CNGE, octobre 2007, n°830
- [35] Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones (CISMeF) du CHU des hôpitaux de Rouen
<http://www.cismef.org>
- [36] Honorat C. Stage de second cycle en Médecine Générale. Faculté de médecine de Rennes, 2006
http://www.med.univ-rennes1.fr/wkf/stock/RENNES20061107111950chonnoraStage_MG_second_cycle.ppt
- [37] Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine (BIUM) de Paris
<http://www.bium.univ-paris5.fr>

- [38] Université Médicale Virtuelle Francophone (UVMF)
<http://www.umvf.prd.fr>
- [39] Banque de Données de Santé Publique (BDSP)
<http://www.bdsp.tm.fr/Default.asp>
- [40] Catalogue Article@INIST de l'Institut de l'Information Scientifique et Technique du Centre National de la Recherche Scientifique (INIST-CNRS)
<http://services.inist.fr/public/fre/constl.htm>
- [41] Pubmed du National Institute of Health
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- [42] Crosson J, Heaton CJ, Boyd L. The summer assistantship in patient education: a preclinical preceptorship. *Fam Med.* 2003 Jan;35(1):15-7
- [43] Stine C, Kohrs FP, Little DN, Kaprielian V, Gatipon BB, Haq C. Integrating prevention education into the medical school curriculum: the role of departments of family medicine. *Acad Med.* 2000 Jul;75(7 Suppl):S55-9
- [44] Le livre des abstracts du Congrès de la médecine générale de la WONCA Europe 2007. CNGE
<http://www.woncaeurope2007.org/present/main.html>
- [45] Lichte T et al. Teaching prevention and health promotion – Implementing in the undergratuated medical curriculum. Communication orale à la Conférence WONCA Europe 2007. *Instituts of General Practice*, octobre 2007, n°1281
- [46] Intute, de l'université de Manchester
<http://www.intute.ac.uk>
- [47] Primary Care Electronic Library (PCEL) de l'Université de Londres
<http://www.pcel.info>
- [48] TRIP Database
<http://sumsearch.uthscsa.edu>
- [49] SUMsearch de l'Université du Texas
<http://www.tripdatabase.com/index.html>
- [50] Certificat optionnel « Rôle du médecin en matière de prévention individuelle et collective » délivrés aux étudiants en DCEM2 de l'université Paris VII – Denis Diderot
<http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Prevention/acprev.htm>
- [51] Les stratégies thérapeutiques médicamenteuse et non médicamenteuse de l'aide à l'arrêt du tabac – Recommandation de bonne pratique. AFSSAPS, mai 2003
<http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/tabgen.pdf>
- [52] Grossesse et tabac – Conférence de consensus. ANAES, octobre 2004
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_court.pdf

- [53] Objectifs, indications, et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant – Conférence de consensus. ANAES-SFA, mars 1999
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/alcool2.pdf>
- [54] Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage – Conférence de consensus. ANAES-SFA, mars 2001
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/alcool2.pdf>
- [55] Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés – Conférence de consensus. ANAES-FFA, juin 2004
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_%20long.pdf
- [56] Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés – Recommandation pour la pratique clinique. AFSSAPS-ANAES, juin 2004
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/opiacés_recos.pdf
- [57] L'usage problématique de cannabis – Numéro spécial Toxibase/Crips. Revue Toxibase n° 12 / Lettre du Crips n° 70
http://www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier_cannabis_2003.pdf
- [58] Lutte contre le VIH/sida et les IST en France : 10 ans de surveillance, 1996-2005 – Unité VIH-IST-VHC, Département des maladies infectieuses. InVS, 22 mars 2007
http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_vih/index.html
- [59] Stratégies du diagnostic biologique de l'infection due au VIH chez les sujets âgés de plus de 18 mois – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, janvier 2000
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/VIH_rap.pdf
- [60] Dépistage de l'hépatite C : Populations à dépister et modalités du dépistage – Recommandations du comité d'experts. ANAES, janvier 2001
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hepatite.pdf>
- [61] Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme – Recommandation pour la pratique clinique. AFSSAPS-ANAES-INPES, décembre 2004
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf
- [62] Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, mars 2001
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/IVGRAP.pdf>
- [63] Comment mieux informer les femmes enceintes ? – Recommandation pour la pratique clinique. HAS, avril 2005
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
- [64] Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel – Service des recommandations professionnelles. HAS, juillet 2005
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diabete_gestationnel_synth.pdf

- [65] Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, mai 2002
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
- [66] Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal : actualisation 2002 – Recommandations pour la pratique clinique. ANAES, septembre 2002
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf
- [67] Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global. ANAES, juin 2004
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Risque_cardio_vasculaire_rap.pdf
- [68] Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle – Recommandation pour la pratique clinique – Actualisation 2005. HAS, juillet 2005
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HTA_2005_recos.pdf
- [69] Prise en charge du patient dyslipidémique – Recommandations de bonne pratique, AFSSAPS, mars 2005
<http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/dysarg.pdf>
- [70] Traitement médicamenteux du diabète de type 2 – Recommandation pour la pratique clinique. AFSSAPS-HAS, novembre 2006
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recos_diabete-2006.pdf
- [71] Classification en six catégories des images mammographiques en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique – Correspondance avec le système BIRADS de l'American College of Radiology (ACR) – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, février 2002
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ACR.pdf>
- [72] Identification et prise en charge des prédispositions héréditaires aux cancers du sein et de l'ovaire (mise à jour 2004). Bulletin du Cancer. Volume 91, Numéro 3, 219-37, Mars 2004, Synthèse
<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/bdc/e-docs/00/04/01/0A/article.md?type=text.html>
- [73] Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate – Document à l'usage des professionnels de santé – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES-AFU, septembre 2004
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/information_kp_recommandations-2006.pdf
- [74] Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon – Conférence de Consensus. ANAES, janvier 1998
<http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper/doc/library/colon/kcCOLON001.pdf>
- [75] Calendrier vaccinal 2007 - Avis du Haut conseil de la santé publique. BEH n°31-32 / 24 juillet 2007
http://www.invs.sante.fr/beh/2007/31_32/beh_31_32_2007.pdf

- [76] Vaccination contre le virus de l'hépatite B – Conférence de consensus. ANAES-INSERM, octobre 2003
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/VHB_recos.pdf
- [77] Vaccination contre le virus de l'hépatite B et sclérose en plaques : état des lieux – Audition publique. AFSSAPS-ANAES-INSERM, novembre 2004
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/VHB_audition%20publique.PDF
- [78] Numéro thématique - Santé des voyageurs 2007. BEH n°25-26 / 19 juin 2007
http://www.invs.sante.fr/beh/2007/25_26/beh_25_26_2007.pdf
- [79] Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires – Recommandation pour la pratique clinique. HAS, septembre 2005
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans_-_propositions_2006_2006_12_28_15_55_46_52.pdf
- [80] Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, septembre 2003
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/version_finale_-_synthese_obesite_2006_10_25_15_27_33_385.pdf
- [81] Dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant pour prévenir l'amblyopie – Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, octobre 2002
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Amblyopie_recos.pdf
- [82] Intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte - Prévention et prise en charge médico-sociale – Conférence de consensus. ANAES-SFP-SFSP, novembre 2003
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Saturnisme_court.pdf
- [83] Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires – Recommandation pour la pratique clinique. HAS, septembre 2005
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_7-18_ans_-_propositions.pdf
- [84] Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause – Audition publique. ANAES-AFSSAPS, mai 2004
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/thr_rapport_final_corrige_mtev_-_orientations_generales_2006_10_25_15_41_5_415.pdf
- [85] Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose - Note de synthèse. HAS, juillet 2006
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/osteoporose_synthese.pdf
- [86] Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer– Recommandation pour la pratique clinique. ANAES, février 2000
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recosal.pdf>

- [87] Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée – Recommandation pour la pratique clinique. HAS-SFDRMG, novembre 2005
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_fiche.pdf
- [88] Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée – Recommandation pour la pratique clinique. HAS, avril 2007
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf
- [89] Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé – Conférence de consensus. ANAES-PERSS-SFFPC, novembre 2001
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Escarres_court.pdf
- [90] La Revue Prescrire
<http://www.prescrire.org>
- [91] Sevrage tabagique : motivation et soutien psychologique d'abord, et, si nécessaire, nicotine – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2006 ; 26(276) : 645-648
<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=27123>
- [92] Les médicaments commercialisés dans l'aide au sevrage tabagique – Minidossier. Rev Prescrire 15 février 2007
<http://www.prescrire.org/minidossiers/dossierSevrageTabac.php>
- [93] Préservatif féminin : une alternative au préservatif masculin – Article en Une. Rev Prescrire 2005 ; 25 (259) : 213-218
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierContraceptionPreservatifFem.php>
- [94] Contraception : des échecs en partie évitables – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2004, 24(254) : 705
<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=24114>
- [95] Acide folique : en prévention des anomalies de fermeture du tube neural – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2003, 23(244) : 775
<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=22907>
- [96] Anti-inflammatoire en début de grossesse et risque de fausse couche – Article en Une. Rev Prescrire 2007 ; 27(281) : 192-193
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierGrossesseAINS2.php>
- [97] Cancer du col de l'utérus : des frottis aussi utiles après 65 ans – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2005 ; 25(263) : 536
<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=25278>
- [98] Frottis gynécologique : plus de confort sans utilisation des étrières, pour une même qualité – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2007 ; 27(283) : 376
<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=28189>

- [99] Régime alimentaire "méditerranéen" chez les coronariens – Article en Une. Rev Prescrire 2005 ; 25 (264) : 613-614
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierPreventionRegimeMedit.php>
- [100] Cholestérol : choix d'un médicament de la famille des statines – Article en Une. Rev Prescrire 2006 ; 26 (276) : 692-695
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierStatinesChoix.php>
- [101] Diabète de type 2 : ni seules, ni associées, pas de glitazones pour les patients diabétiques – Article en Une. Rev Prescrire 2007 ; 27 (283) : 333
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierDiabeteGlitazones.php>
- [102] Autosurveillance glycémique : décisive sous insuline, éventuellement utile sous antidiabétique oral – Article en Une. Rev Prescrire 2005 ; 25 (266) : 769-775
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierDiabeteAutosurveillance.php>
- [103] L'insuline dans le diabète de type 2 – Article en Une. Rev Prescrire 2005 ; 25 (261) : 355-362
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierDiabete2Insuline.php>
- [104] Diabète de type 2 et microalbuminurie – Article en Une. Rev Prescrire 2004 ; 24 (255) : 760-768
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierDiabete2Alb.php>
- [105] Cancers du sein : le dépistage mammographique en France – Article en Une. Rev Prescrire 2006 ; 26 (270) : 214-217
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierDepistageSeinMammo.php>
- [106] Dépistage du cancer du sein : la palpation des seins aussi – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2002 ; 22 (225) : 123-126
<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=20206>
- [107] Mammographies et dépistage des cancers du sein : pour un choix éclairé des femmes désirant participer au dépistage. Rev Prescrire 2006 ; 26 (272) : 348-374
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierKcSeinDepSyn.php>
- [108] Cancer colorectal : à quand un débat sur le dépistage en France ? – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2004 ; 24 (255) : 775-777
<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=24232>
- [109] BCG : nouveau vaccin, mais toujours en flacon multidoses et à prix doublé – Communiqué de presse. Rev Prescrire 2005 ; 25 (261) : 346
<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=24892>
- [110] Vaccination par le BCG : réussir l'injection intradermique – Article en Une. Rev Prescrire 2007 ; 27 (282) : 292
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierBCGintrado.php>
- [111] Les papillomavirus humains – Article en Une. Rev Prescrire 2007 ; 27 (280) : 112-117
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierPapillomavirusVacc.php>

- [112] Diarrhée à rotavirus : un vaccin utile chez certains nourrissons seulement – Communiqués de presse. Rev Prescrire 2006 ; 26 (277) ; 725-729
<http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=27288>
- [113] Phytoestrogènes chez les femmes ménopausées : hyperplasie de l'endomètre – Article en Une. Rev Prescrire 2006 ; 26 (268) : 26
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierMenopauseSoja2.php>
- [114] Bouffées de chaleur de la ménopause : Véralipride : prescription pour 3 mois, une demi-mesure lamentable – Article en Une. Rev Prescrire 2006 ; 26 (277) : 741
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierMenopauseVeralipride.php>
- [115] Ostéodensitométrie chez les femmes ménopausées en bonne santé – Article en Une. Rev Prescrire 2007 ; 27 (285) : 516-521
<http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierOsteodensitometrie.php>
- [116] Guide canadien de Médecine clinique préventive. Site de l'Agence de santé publique du Canada.
http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index_f.html
- [117] Guide to clinical preventive service, Report of the US preventive services task force, Second edition. Site de l'Office of disease prevention and health promotion.
<http://odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/guidecps>
- [118] La Bibliothèque Médicale Lemanissier
<http://www.bmlweb.org>
- [119] Man H. La prévention primaire en médecine générale dans les maladies cardiovasculaires, le cancer du colon et du sein. Mémoire de DES. Université Paris VII – Denis Diderot, 2007
- [120] Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)
<http://www.drogues.gouv.fr>
- [121] Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence : a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991 ; 86(9) : 1119-27
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=1932883&dopt=AbstractPlus
- [122] Batel P. Pour en finir avec l'alcoolisme : réalités scientifiques contre idées reçues. Paris : La découverte, 2006 : 50-58
- [123] Site du Counseling VIH
<http://www.counselingvih.org/>
- [124] Binder P, verso F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents. Rev Prat 2007 ; 57 : 1187-1199
- [125] Outils pour la consultation et documents patients. Site de la SFTG Paris-Nord
<http://www.paris-nord-sftg.com/a.cat.doc.patients.php3>

- [126] Mal de dos : Ouvrons le dialogue. INPES, réf. : 135-05124-PT
<http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=CFESBases/catalogue/detailTPSP.asp?numfiche=905&order=undefined>
- [127] Choisir sa contraception : la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. INPES, réf. : 413-07407-B, 2007
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detailTPSP.asp?numfiche=1046&order=undefined>
- [128] La santé vient en mangeant : Vos repères pour la consommation. INPES, réf. : 02-03741-A
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detailTPSP.asp?numfiche=593&order=undefined>
- [129] Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale – Recommandation pour la pratique clinique. HAS-SFTG, décembre 2006
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_recommandations.pdf
- [130] Les conférences de consensus – Base méthodologique pour leur réalisation en France, ANAES, janvier 1999
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guideCC.pdf>
- [131] Les recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France, ANAES, avril 1999
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/GuideRPC.pdf>
- [132] Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé – Guide méthodologique, HAS, Janvier 2006
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/base_methodo_CFE.pdf
- [133] Petrequin C. Etude de la composition socioprofessionnelle de la clientèle d'un cabinet de groupe de généralistes parisiens. Thèse pour le doctorat de médecine générale. Université Paris V – Necker, 1988, n°88PAO5N069

Vu :

La Présidente de Thèse
Faculté Xavier Bichat
Madame le Professeur Sylvie LEGRAIN



Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Paris VII – Denis Diderot
Monsieur le Professeur Benoît SCHLEMMER



Vu et Permis d'Imprimer

Pour le Président de l'Université Paris VII – Denis Diderot
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

RESUME

Le concept des Consultations Ambulatoires Réalisées par des Externes et dédiées à la Prévention (CARE-Prev) réunit de manière inédite deux sujets d'actualité : la mise en place de stages de médecine générale au cours du Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM), et l'organisation de consultations de prévention par les médecins généralistes.

L'étude CARE-Prev1 en a évalué l'acceptabilité par les patients, à l'aide de 494 auto-questionnaires distribués dans deux cabinets de groupe de médecine générale : à Vauréal (95) et à Paris (75). Ces consultations sont jugées acceptables par 76,6% des patients – plus que des consultations classiques en présence du médecin et de l'externe si c'est ce dernier qui dirige la consultation (64%). Cependant, ils les jugent plus profitables à la formation de l'externe (86,4%) qu'à leur propre santé (64,6%). Ils sont moins nombreux (39,9%) à estimer qu'elles puissent profiter à leur médecin. Ils préfèrent que ces consultations leur soient proposées avant le rendez-vous avec leur médecin, ou un autre jour sur rendez-vous avec l'externe.

L'étude CARE-Prev2 en a évalué la faisabilité par les externes, avec comme support un guide de recommandations rédigé pour cette étude : 18 consultations ont été réalisées, par 2 externes de 4^e année de DCEM, sur 4 jours, dans le cabinet médical de Vauréal. Toutes ont été réalisées après le rendez-vous avec le médecin, ou un autre jour sur rendez-vous avec l'externe. Les patients et les externes ayant participé émettent majoritairement un avis favorable et espèrent que cette expérience se reproduira. Ils suggèrent certaines améliorations à apporter (organisation des rendez-vous, information par le médecin traitant, respect du libre-choix de patients, optimisation du guide de recommandations, etc.) pour permettre de reproduire ou d'étendre l'expérience. Certains regrettent l'absence d'impact de ces consultations sur leur santé. Les praticiens du cabinet rappellent l'intérêt d'étendre cette expérience pour en évaluer l'efficacité.

Mots-clés : médecine générale ; cabinet médical ; prévention ; facteurs de risque ; externe ; enseignement médical ; acceptabilité ; faisabilité.