

DIU DE PEDAGOGIE MEDICALE

# Le certificat optionnel de prévention en DCEM2 à Paris 7

---

Bilan de l'année 2009-2010

**Julien Gelly**

**Vendredi 8 juillet 2011**

## Remerciements

A l'ensemble des membres du département de médecine générale de l'université Paris Diderot – Paris 7, pour la confiance qu'ils m'ont témoigné en me confiant la gestion de ce certificat pendant 2 ans.

## Sommaire

Remerciements .....	2
1 Introduction.....	4
1.1 Le département de médecine général de Paris 7.....	4
1.2 Le deuxième cycle des études médicales à Paris 7 .....	4
1.3 Le certificat complémentaire optionnel (CCO) de médecine préventive .....	5
1.4 L'évaluation des apprentissages en formation médicale initiale .....	6
1.5 Objectif de l'étude.....	6
2 Méthode.....	7
2.1 Déroulement de l'étude .....	7
2.2 Critères de jugement.....	7
3 Résultats.....	8
3.1 Taux de réponse aux pré-tests et aux post-tests .....	8
3.2 Notes obtenues pour l'ensemble des pré-tests et des post-tests .....	9
3.3 Notes aux pré-tests et aux post-tests pour chaque enseignant .....	11
3.4 Notes aux pré-tests et aux post-tests pour chaque horaire .....	12
3.5 Réponses justes aux pré-tests et aux post-tests pour chaque question.....	13
3.6 Evaluations de chaque séance faites par les étudiants.....	15
3.7 Différentes composantes de la note finale .....	16
4 Discussion.....	17
4.1 Un dispositif pédagogique opérationnel.....	17
4.2 Un dispositif pédagogique efficace .....	17
4.3 Un dispositif pédagogique robuste .....	17
4.4 Un dispositif pédagogique évolutif .....	18
4.5 Un dispositif pédagogique trop ambitieux ? .....	18
4.6 Un dispositif pédagogique valorisant ? .....	19
Références.....	20
Annexes .....	21
Résumé.....	53

# 1 Introduction

## 1.1 Le département de médecine général de Paris 7

Le département de médecine générale (DMG) de l'université Paris Diderot – Paris 7 est dirigé par le Pr Michel Nougairède. Il est composé de 5 professeurs associés (Jean-Pierre Aubert, Max Budowski, Alain Eddi, Marc Frasier, Eric Galam), 3 maîtres de conférences associés (Isabelle Aubin, Bruno Lepoutre, Philippe Zerr) et 3 chefs de clinique (Thomas Cartier, Julien Gelly, Josselin Le Bel). A ces 12 médecins généralistes nommés au DMG s'ajoutent 11 attachés d'enseignement, 9 chargés d'enseignement, une trentaine de tuteurs et plus de 150 maîtres de stage agréés.

Tous ces professionnels assurent la formation des internes durant les trois années de leur diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, dont la validation repose sur une partie théorique (200 heures d'enseignements ou équivalents, tenue d'un portfolio permettant de colliger les traces d'acquisitions de compétences, et travail de recherche original en médecine général) et une partie pratique (maquette de 6 semestres, dont un stage ambulatoire de niveau 1 obligatoire, et un stage de niveau 2 facultatif).

Depuis plusieurs années, les enseignants du DMG interviennent aussi au cours du second cycle.

## 1.2 Le deuxième cycle des études médicales à Paris 7

Au cours du deuxième cycle des études médicales (DCEM), tous les étudiants de DCEM2 participent à un séminaire de découverte des différentes facettes du métier de médecin généraliste. Chaque année, 11 enseignants sont mobilisés pour assurer cet enseignement d'une journée entière aux 380 étudiants de DCEM2 répartis en groupes d'une vingtaine d'étudiants.

Au cours de leur externat, les étudiants de DCEM3 ont aussi la possibilité de faire un stage de deuxième cycle en médecine générale tels que prévu dans les textes officiels. A ce jour, une soixante de maîtres de stage accueillent 27 étudiants de DCEM3 à raison de 5 matinées par semaine pendant 3 mois, soit un tiers des effectifs de chaque promotion.<sup>1,2</sup>

Les étudiants ont aussi la possibilité de participer au certificat complémentaire optionnel (CCO) de médecine préventive en DCEM2.

### 1.3 Le certificat complémentaire optionnel (CCO) de médecine préventive

Le CCO de médecine préventive, plus communément appelé « certificat optionnel de prévention », est organisé par le DMG depuis 1998. Ces trois dernières années, la gestion de ce certificat a été confiée aux chefs de clinique de médecine générale.

Ce certificat est constitué de 9 séances d'enseignements réparties sur 4 mois (entre janvier et avril). Les séances ont lieu le mardi après-midi sur le site Villemin. Les 200 étudiants sont répartis en 20 groupes de 10 : la moitié en début d'après-midi (14h30 – 16h30), et l'autre moitié en fin d'après-midi (16h30 – 18h30). Chaque année, 5 à 6 enseignants sont mobilisés pour assurer cet enseignement.

Après une première séance de présentation qui aborde les inégalités sociales de santé, les étudiants appréhendent les différents aspects de la prévention en soins primaires : vaccinations ; consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites ; risque cardiovasculaire ; cancers et leurs principaux dépistages ; désir d'enfant et grossesses non désirées ; infections sexuellement transmissibles (IST) ; et enfin les particularités de la prévention après 65 ans.

La participation à tous ces enseignements et la validation de ce certificat optionnel sont très vivement recommandées avant d'envisager un stage de médecine générale en DCEM3, notamment parce que les étudiants y acquièrent l'aptitude à réaliser un examen de prévention systématique chez l'adulte (cf. Annexe : « Prévention systématique de 18 à 65 ans - Comment s'organiser ? »). Dans le cas où les étudiants souhaiteraient consulter ou découvrir les principaux documents relatifs au certificat optionnel de prévention durant leur stage, les diaporamas et les références citées sont mis librement à leur disposition sur le site du DMG. <sup>a</sup>

Les règles de validation du certificat sont relativement strictes : un examen écrit final sur 12 points complète la note de contrôle continu sur 8 points. Pour encourager le travail des étudiants, cette note est de zéro en cas d'absence de l'étudiant à plus de 2 séances, et repose dans les autres cas sur le travail réalisés en petits groupes au cours de chaque séance (lecture d'articles, jeux de rôle, etc) et la tenue d'un carnet de bord à remplir en stage hospitalier (à partir de situations cliniques simples permettant de mettre en pratique immédiatement les acquis de la séance précédente).

A la rentrée de l'année universitaire 2009-2010, ce dispositif pédagogique s'est enrichi d'un site internet dédié, créé par Jean-Pierre Aubert et géré par le chef de clinique en charge de ce certificat. <sup>b</sup>

Ce site est accessible pour tous les étudiants et les enseignants, à l'aide d'identifiants personnels. Il permet à chaque enseignant d'écrire aux étudiants de son groupe, et inversement. Les étudiants y réalisent en ligne un pré-test et post-test pour chaque séance, ainsi qu'une évaluation de l'enseignement reçu (cf. quelques captures d'écran en annexe).

---

<sup>a</sup> <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/COP/acprev.htm>

<sup>b</sup> <http://www.bichat-larib.com/gd3.public/accueil.php>

## 1.4 L'évaluation des apprentissages en formation médicale initiale

Evaluer les apprentissages consiste à recueillir des informations s'y rapportant et à les interpréter. Il est fondamental de tenir compte de la cohérence du dispositif d'évaluation avec les orientations conceptuelles du programme de formation.<sup>3</sup>

Quelque soit le modèle pédagogique choisi, il convient de définir ce qui doit être évalué en raison de sa pertinence par rapport aux compétences visées plutôt qu'en raison de sa facilité à être mesuré ; de sélectionner des modalités d'évaluation fiables et utilisant des méthodes dont on connaît les forces et les limites ; d'exposer les étudiants à un nombre et à une variété suffisants de situations d'évaluation ; et d'expliquer aux étudiants dès le début de la séquence d'enseignement les critères pris en compte l'évaluation.<sup>3</sup>

Le certificat optionnel de prévention a été conçu dans le respect de ces recommandations. Dans le cadre de cet enseignement, les étudiants sont évalués une première fois avant d'assister à la séance (pré-test) puis à l'issue de celui-ci (post-test), selon les mêmes modalités. La nature de cette évaluation permet aussi d'évaluer l'impact immédiat de l'enseignement sur les connaissances théoriques des étudiants.

## 1.5 Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de ce dispositif pédagogique et de fournir une aide aux enseignants pour améliorer la qualité des enseignements du certificat optionnel de prévention.

## 2 Méthode

### 2.1 Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée au cours de l'année universitaire 2009-2010.

Les résultats des pré-tests et des post-tests, ainsi que les évaluations des enseignements faites par les étudiants, ont été collectés grâce aux fonctionnalités de base du site internet dédié.

### 2.2 Critères de jugement

Critère de jugement principal : comparaison de la moyenne des notes pour l'ensemble des pré-tests avec celles obtenues pour l'ensemble des post-tests, à l'aide d'un test  $t$  apparié.

Dans le cas où plusieurs réponses étaient attendues (questions à choix multiples), la totalité des réponses étaient requises pour comptabiliser la réponse comme juste.

Critères de jugement secondaires :

- Comparaison de la moyenne obtenue au pré-test et au post-test pour chaque séance, à l'aide d'un test  $t$  apparié ;
- Comparaison de la moyenne obtenue au pré-test et au post-test pour chaque enseignant, à l'aide d'une régression linéaire ;
- Comparaison de la moyenne obtenue au pré-test et au post-test pour chaque horaire, à l'aide d'un test  $t$  apparié ;
- Comparaison du pourcentage de réponses justes aux pré-tests et aux post-tests pour chaque question, à l'aide d'un test de McNemar ( $\chi^2$  apparié).

Pour compléter les résultats de cette étude, une analyse descriptive a été effectuée pour les évaluations de chaque séance faites par les étudiants et des différentes composantes de la note finale.

## 3 Résultats

### 3.1 Taux de réponse aux pré-tests et aux post-tests

Parmi les 204 étudiants inscrits au certificat optionnel de prévention au cours de l'année universitaire 2009-2010, 58% à 93% d'entre eux ont répondu à chacun des tests en ligne. Aucune tendance temporelle à la diminution de ce taux de réponse n'est observée, et les chiffres les plus bas sont observés assez naturellement pour le post-test précédent les examens et les congés du premier semestre (séance « Alcool »), ainsi que pour le dernier des post-tests.

Seuls les étudiants ayant répondu à la fois au pré-test et au post-test d'une même séance ont pu être inclus dans l'analyse comparative des notes obtenues à ces tests.

Tableau 1 : Taux de réponse en ligne des étudiants aux pré-tests et aux post-tests

Séances	Pré-tests	Post-tests	Analysés*
1. Présentation	143 (70%)	166 (81%)	122 (60%)
2. Vaccinations	190 (93%)	172 (84%)	168 (82%)
3. Tabac & drogues illicites	185 (91%)	179 (88%)	170 (83%)
4. Alcool	189 (93%)	118 (58%)	114 (56%)
5. Risque cardiovasculaire	172 (84%)	161 (79%)	149 (73%)
6. Cancers	186 (91%)	152 (75%)	145 (71%)
7. Désir d'enfants et grossesses non désirées	180 (88%)	160 (78%)	149 (73%)
8. Infections sexuellement transmissibles	182 (89%)	168 (82%)	158 (77%)
9. Personnes de plus de 65 ans	188 (92%)	118 (58%)	113 (55%)
<b>TOTAL</b>	<b>98 (48%)</b>	<b>53 (26%)</b>	<b>43 (21%)</b>

\* Etudiants ayant répondu à la fois au pré-test et au post-test d'une même séance, sur lesquels a porté l'analyse comparative des notes.

Au total, seuls 43 étudiants ont répondu à la fois à tous les pré-tests et tous les post-tests. Ceux sont uniquement sur cet effectif réduit qu'a porté l'analyse du critère de jugement principal de l'étude.



## 3.2 Notes obtenues pour l'ensemble des pré-tests et des post-tests

Les pré-tests et les post-tests étaient strictement identiques pour une même séance, mais leur composition pouvait varier d'une séance à l'autre en termes de nombre et de types de questions. Les 42 questions simples (QS) et les 20 questions à choix multiples (QCM) étaient réparties de la manière suivante : présentation (6 QS / 0 QCM), vaccins (4 QS / 3 QCM), tabac & drogues (6 QS / 1 QCM), alcool (5 QS / 0 QCM), risque cardiovasculaire (6 QS / 4 QCM), cancers (6 QS / 3 QCM), désir d'enfant et grossesses non désirées (1 QS / 4 QCM), IST (3 QS / 2 QCM), prévention après 65 ans (5 QS / 3 QCM). L'intitulé exact des questions ainsi que les réponses attendues et les commentaires pour chacune d'entre elles sont disponibles en annexe.

Tableau 2 : Moyenne des notes obtenues par l'ensemble des étudiants aux pré-tests et aux post-tests

Séances	Pré-tests (sur 10)	Post-tests (sur 10)	Test t apparié (p)
1. Présentation	4,88	7,72	<u>&lt; 10<sup>-16</sup></u>
2. Vaccinations	6,04	7,53	<u>&lt; 10<sup>-16</sup></u>
3. Tabac & drogues illicites	5,63	8,01	<u>&lt; 10<sup>-16</sup></u>
4. Alcool	6,82	8,26	<u>&lt; 10<sup>-08</sup></u>
5. Risque cardiovasculaire	4,34	6,21	<u>&lt; 10<sup>-16</sup></u>
6. Cancers	4,72	6,49	<u>&lt; 10<sup>-16</sup></u>
7. Désir d'enfants et grossesses non désirées	3,58	5,62	<u>&lt; 10<sup>-16</sup></u>
8. Infections sexuellement transmissibles	4,50	7,40	<u>&lt; 10<sup>-16</sup></u>
9. Personnes de plus de 65 ans	1,70	3,86	<u>&lt; 10<sup>-04</sup></u>
<b>TOTAL</b>	<b>4,69</b>	<b>6,87</b>	<u><b>&lt; 10<sup>-16</sup></b></u>

La valeur p est soulignée dans le cas où le test t apparié est significatif ( $p < 0,05$ ).

La comparaison de la moyenne des notes pour l'ensemble des pré-tests avec celles obtenues pour l'ensemble des post-tests (critère de jugement principal), est significative avec respectivement une moyenne de 4,69 et 6,87 points sur 10 ( $p < 10^{-16}$ ).

De la même manière, la comparaison une à une de la moyenne obtenue au pré-test et au post-test est significative pour chacune des 9 séances.

La représentation graphique ci-après permet d'apprécier l'évolution des bonnes réponses données par les étudiants entre le pré-test et le post-test de chaque séance. Plus le nuage de point se déporte vers le coin supérieur droit, plus les élèves progressent entre les deux tests (cf. séance de « Présentation », les questions des tests ayant porté la partie de la séance consacrée aux inégalités sociales de santé). Si ce dernier est situé dans le coin inférieur droit, les connaissances des étudiants étaient déjà bonnes avant la séance (cf. séance « Alcool »).

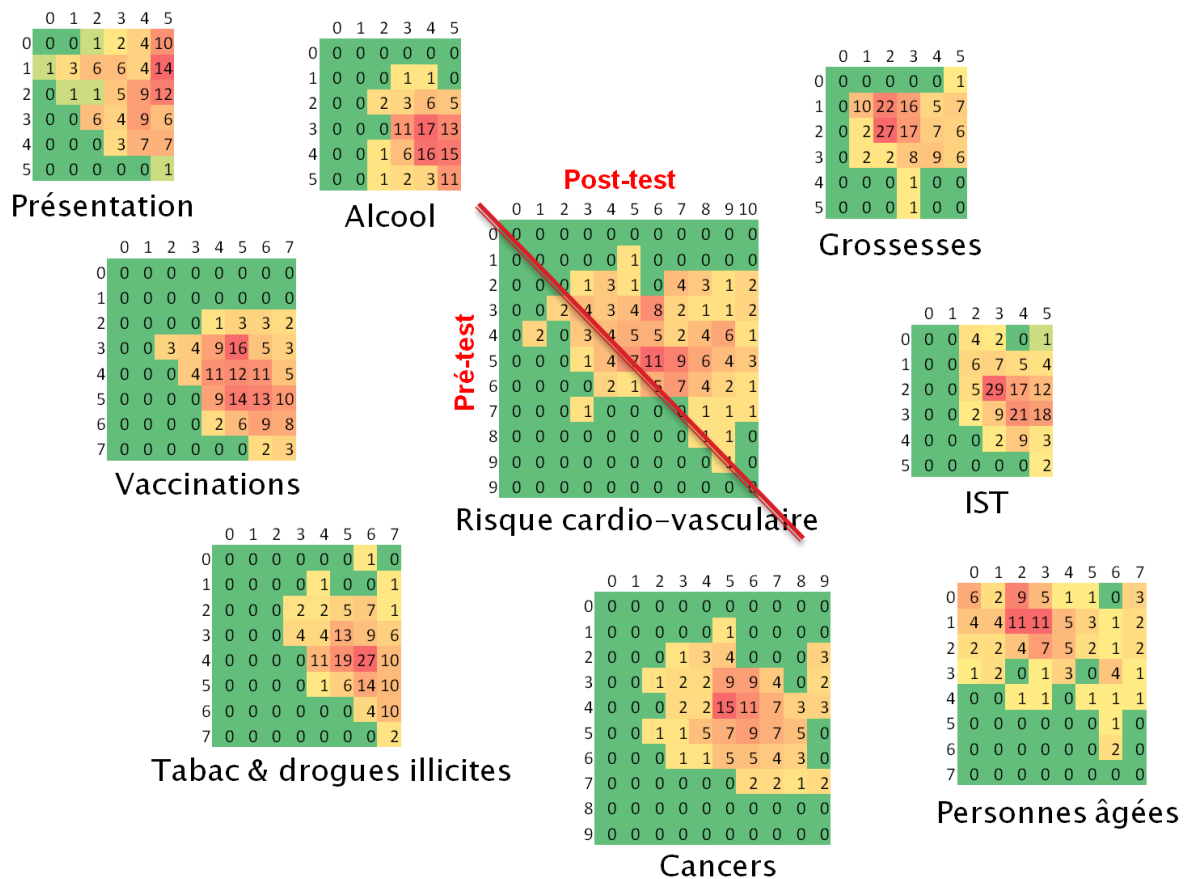


Figure 1 : Représentation graphique des réponses justes données par l'ensemble des étudiants aux pré-tests (lignes) et aux post-tests (colonnes) ; la diagonale représente le statu quo, ici en exemple pour la séance « Risques cardio-vasculaires ».

### 3.3 Notes aux pré-tests et aux post-tests pour chaque enseignant

Aucune différence significative n'a été retrouvée lors de l'analyse par enseignant (que ce soit pour la moyenne obtenue au pré-test, au post-test, ou la variation entre ces deux notes), à l'exception cependant des séances suivantes :

- Cancers : les connaissances brutes des étudiants allant assister à la séance de l'enseignant n°1 sont significativement supérieures à celles des autres étudiants ( $p = 0,01$ ), ainsi que leur progression entre les deux tests ( $p = 0,04$ ), mais on ne retrouve aucune différence significative sur les connaissances des étudiants après la séance ;
- Désir d'enfants et grossesses non désirées : à l'inverse, on ne retrouve aucune différence significative sur les connaissances brutes des étudiants, alors que celles des étudiants après avoir assisté à la séance de l'enseignant n°5 sont significativement supérieures à celles des autres étudiants ( $p = 0,09$ ), ce qui peut être expliqué par leur progression entre les deux tests ( $p = 0,01$ ).

Tableau 3 : Comparaison des moyennes des notes obtenues (sur 10 points) par les étudiants d'un même enseignant (Ens.) aux pré-tests (p1), aux post-tests (p2) et de leur variation entre les deux tests (p)

Séances		Ens. n°1	Ens. n°2	Ens. n°3	Ens. n°4	Ens. n°5	p1 p2	Variation (p)
1. Présentation	Pré-test	5,03	5,31	3,95	5,00	5,00	0,67	0,23
	Post-test	7,52	5,31	3,95	5,00	5,00	0,31	
2. Vaccinations	Pré-test	6,40	6,41	5,76	5,71	5,85	0,05	0,13
	Post-test	7,40	7,52	7,70	7,63	7,47	0,75	
3. Tabac & drogues illicites	Pré-test	5,54	5,90	5,50	6,12	5,13	0,47	0,28
	Post-test	7,97	7,98	7,81	8,45	7,86	0,77	
4. Alcool	Pré-test	6,54	7,05	7,00	6,72	6,85	0,73	0,10
	Post-test	7,92	8,86	8,50	8,21	7,75	0,37	
5. Risque cardiovasculaire	Pré-test	4,37	4,44	4,39	4,23	4,28	0,60	0,44
	Post-test	5,77	6,59	5,91	6,15	6,60	0,28	
6. Cancers	Pré-test	5,21	4,93	4,63	4,28	4,55	<u>0,01</u>	<u>0,04</u>
	Post-test	6,42	6,91	6,23	5,85	6,89	0,97	
7. Désir d'enfants et grossesses non désirées	Pré-test	3,96	3,35	3,41	3,64	3,49	0,41	<u>0,01</u>
	Post-test	5,36	5,07	5,79	5,81	6,12	<u>0,09</u>	
8. Infections sexuellement transmissibles	Pré-test	4,34	4,63	4,55	4,67	4,40	0,88	0,59
	Post-test	7,42	7,47	7,37	7,33	7,33	0,75	
9. Personnes de plus de 65 ans	Pré-test	1,65	1,96	1,39	1,70	1,78	0,99	0,16
	Post-test	3,43	4,50	2,50	3,64	4,64	0,26	

La valeur p est soulignée dans le cas où le test approprié est significatif ( $p < 0,05$ ).

### 3.4 Notes aux pré-tests et aux post-tests pour chaque horaire

Aucune différence significative n'a été retrouvée lors de l'analyse pour chaque horaire (que ce soit pour la moyenne obtenue au pré-test, au post-test, ou la variation entre ces deux notes), à l'exception cependant des séances suivantes :

- Alcool : la progression des étudiants ayant assisté à la séance entre 16h30 et 18h30 est meilleure ( $p = 0,08$ ), sans que les connaissances avant et après la séance diffèrent entre les groupes ;
- Risque cardiovasculaire : les connaissances brutes des étudiants sont significativement meilleures dans le groupe 14h30-16h30 ( $p = 0,08$ ) ;
- Cancers : les connaissances brutes des étudiants sont significativement meilleures dans le groupe 14h30-16h30 ( $p = 0,06$ ) ;
- Personnes de plus de 65 ans : on ne retrouve aucune différence significative sur les connaissances brutes des étudiants, alors que celles des étudiants après avoir assisté au cours entre 16h30 et 18h30 sont significativement supérieures à celles des autres étudiants ( $p = 0,01$ ), ce qui peut être expliqué par leur progression entre les deux tests ( $p = 0,01$ ).

Tableau 4 : Comparaison des moyennes des notes obtenues (sur 10 points) par les étudiants d'un même créneau horaire aux pré-tests (p1), aux post-tests (p2) et de leur variation entre les deux tests (p)

Séances		14h30 – 16h30	16h30 – 18h30	p1 p2	Variation p
1. Présentation	Pré-test	5,02	4,69	0,39	0,26
	Post-test	5,02	4,69	0,96	
2. Vaccinations	Pré-test	6,05	6,02	0,93	0,30
	Post-test	7,46	7,61	0,59	
3. Tabac & drogues illicites	Pré-test	5,64	5,62	0,93	0,69
	Post-test	8,16	7,86	0,19	
4. Alcool	Pré-test	6,95	6,70	0,37	<u>0,08</u>
	Post-test	8,07	8,46	0,21	
5. Risque cardiovasculaire	Pré-test	4,52	4,14	<u>0,08</u>	0,14
	Post-test	6,19	6,24	0,87	
6. Cancers	Pré-test	4,92	4,51	<u>0,06</u>	0,94
	Post-test	6,60	6,35	0,38	
7. Désir d'enfants et grossesses non désirées	Pré-test	3,68	3,47	0,41	0,11
	Post-test	5,38	5,89	0,17	
8. Infections sexuellement transmissibles	Pré-test	4,48	4,53	0,88	0,92
	Post-test	7,36	7,43	0,80	
9. Personnes de plus de 65 ans	Pré-test	1,82	1,58	0,29	<u>0,01</u>
	Post-test	3,32	4,45	<u>0,01</u>	

La valeur p est soulignée dans le cas où le test approprié est significatif ( $p < 0,05$ ).

### 3.5 Réponses justes aux pré-tests et aux post-tests pour chaque question

La comparaison du pourcentage de réponses justes aux pré-tests et aux post-tests pour chaque question peut être utilisée pour fournir une aide aux enseignants qui gèrent ce certificat pour réviser les questions d'une année sur l'autre. Ce point sera discuté en détail par la suite.

Aucune diminution significative du pourcentage de réponses justes entre le pré-test et le post-test n'a été observée.

Dans un cas, aucune réponse juste n'a été donnée au pré-test, ce qui rend impossible la comparaison des réponses avec celles obtenues au post-test. Il s'agissait d'une question en rapport avec l'efficacité du dépistage organisé du cancer du sein.

Tableau 5 : Détail pour chaque question des réponses justes des étudiants ayant répondu au pré-test et au post-test

	<b>Pré-test</b> Nb réponses justes / Nb total réponses (%)	<b>Post-test</b> Nb réponses justes / Nb total réponses (%)	<b>Test de McNemar</b> <b>(p)</b>
<b>1. Présentation</b>			
Question n°1	44/123 (36%)	95/123 (77%)	$10^{-10}$
Question n°2	53/123 (43%)	91/123 (74%)	$10^{-07}$
Question n°3	41/122 (34%)	93/122 (76%)	$10^{-09}$
Question n°4	45/122 (37%)	94/122 (77%)	$10^{-09}$
Question n°5	55/122 (45%)	102/122 (84%)	$10^{-08}$
Question n°6	121/122 (99%)	120/122 (98%)	1,00
<b>2. Vaccinations</b>			
Question n°1	148/170 (87%)	164/170 (96%)	$10^{-03}$
Question n°2	34/168 (20%)	93/168 (55%)	$10^{-11}$
Question n°3	135/168 (80%)	132/168 (79%)	0,78
Question n°4	140/168 (83%)	137/168 (82%)	0,73
Question n°5	54/168 (32%)	110/168 (65%)	$10^{-08}$
Question n°6	142/168 (85%)	162/168 (96%)	$10^{-03}$
Question n°7	74/168 (44%)	92/168 (55%)	0,03
<b>3. Tabac &amp; drogues illicites</b>			
Question n°1	42/170 (25%)	139/170 (82%)	$10^{-21}$
Question n°2	151/170 (89%)	167/170 (98%)	$10^{-03}$
Question n°3	66/170 (39%)	75/170 (44%)	0,16
Question n°4	109/170 (64%)	165/170 (97%)	$10^{-12}$
Question n°5	143/170 (84%)	163/170 (96%)	$10^{-03}$
Question n°6	13/170 (8%)	107/170 (63%)	$10^{-21}$
Question n°7	141/170 (83%)	145/170 (85%)	0,58
<b>4. Alcool</b>			
Question n°1	100/115 (87%)	102/115 (89%)	0,82
Question n°2	104/115 (90%)	107/115 (93%)	0,65
Question n°3	46/114 (40%)	76/114 (67%)	$10^{-04}$
Question n°4	42/114 (37%)	79/114 (69%)	$10^{-05}$

Question n°5	104/114 (91%)	106/114 (93%)	0,77
<b>5. Risque cardiovasculaire</b>			
Question n°1	12/149 (8%)	27/149 (18%)	<u>0,01</u>
Question n°2	107/149 (72%)	132/149 (89%)	<u>10<sup>-04</sup></u>
Question n°3	136/149 (91%)	140/149 (94%)	0,45
Question n°4	39/149 (26%)	101/149 (68%)	<u>10<sup>-11</sup></u>
Question n°5	78/149 (52%)	96/149 (64%)	<u>0,02</u>
Question n°6	68/149 (46%)	96/149 (64%)	<u>10<sup>-03</sup></u>
Question n°7	67/149 (45%)	91/149 (61%)	<u>10<sup>-02</sup></u>
Question n°8	24/149 (16%)	100/149 (67%)	<u>10<sup>-15</sup></u>
Question n°9	21/149 (14%)	78/149 (52%)	<u>10<sup>-11</sup></u>
Question n°10	98/149 (66%)	89/149 (60%)	0,26
<b>6. Cancers</b>			
Question n°1	35/145 (24%)	59/145 (41%)	<u>10<sup>-02</sup></u>
Question n°2	49/145 (34%)	109/145 (75%)	<u>10<sup>-10</sup></u>
Question n°3	33/145 (23%)	71/145 (49%)	<u>10<sup>-05</sup></u>
Question n°4	99/145 (68%)	126/145 (87%)	<u>10<sup>-03</sup></u>
Question n°5	132/145 (91%)	139/145 (96%)	0,10
Question n°6	82/145 (57%)	115/145 (79%)	<u>10<sup>-04</sup></u>
Question n°7*	0/186 (0%)*	13/152 (9%)*	NA*
Question n°8	46/145 (32%)	78/145 (54%)	<u>10<sup>-03</sup></u>
Question n°9	144/145 (99%)	142/145 (98%)	0,62
<b>7. Désir d'enfants et grossesses non désirées</b>			
Question n°1	24/149 (16%)	74/149 (50%)	<u>10<sup>-08</sup></u>
Question n°2	9/149 (6%)	55/149 (37%)	<u>10<sup>-09</sup></u>
Question n°3	52/149 (35%)	82/149 (55%)	<u>10<sup>-03</sup></u>
Question n°4	35/149 (23%)	70/149 (47%)	<u>10<sup>-06</sup></u>
Question n°5	148/149 (99%)	148/149 (99%)	1
<b>8. Infections sexuellement transmissibles</b>			
Question n°1	39/161 (24%)	72/161 (45%)	<u>10<sup>-05</sup></u>
Question n°2	32/161 (20%)	157/161 (98%)	<u>10<sup>-09</sup></u>
Question n°3	32/160 (20%)	69/160 (43%)	<u>10<sup>-03</sup></u>
Question n°4	127/159 (80%)	142/159 (89%)	<u>0,01</u>
Question n°5	135/158 (85%)	154/158 (97%)	<u>10<sup>-04</sup></u>
<b>9. Personnes de plus de 65 ans</b>			
Question n°1	19/117 (16%)	51/117 (44%)	<u>10<sup>-06</sup></u>
Question n°2	17/114 (15%)	28/114 (25%)	<u>0,02</u>
Question n°3	30/113 (27%)	32/113 (28%)	0,85
Question n°4	40/113 (35%)	58/113 (51%)	<u>10<sup>-02</sup></u>
Question n°5	26/113 (23%)	51/113 (45%)	<u>10<sup>-03</sup></u>
Question n°6	7/113 (6%)	72/113 (64%)	<u>10<sup>-13</sup></u>
Question n°7	26/113 (23%)	59/113 (52%)	<u>10<sup>-05</sup></u>
Question n°8	102/113 (90%)	111/113 (98%)	<u>10<sup>-02</sup></u>

La valeur p est soulignée dans le cas où le test approprié est significatif ( $p < 0,05$ ). \* Le test de McNemar est non applicable (NA) en raison de l'absence de réponse juste au pré-test ; les valeurs et les pourcentages rapportées ici sont celles de tous les répondants, et non pas seulement des étudiants ayant répondu à la fois au pré-test et au post-test.

### 3.6 Évaluations de chaque séance faites par les étudiants

Sous réserve du nombre limité de réponses (de 50% à 11% des étudiants entre la première et la dernière séance), les évaluations faites par les étudiants à l'issue de chaque séance sont très homogènes, tant du point de vue la satisfaction globale que des différentes composantes explorées (réponses aux attentes, connaissances nouvelles, interactivité, et qualité pédagogique de l'enseignant).

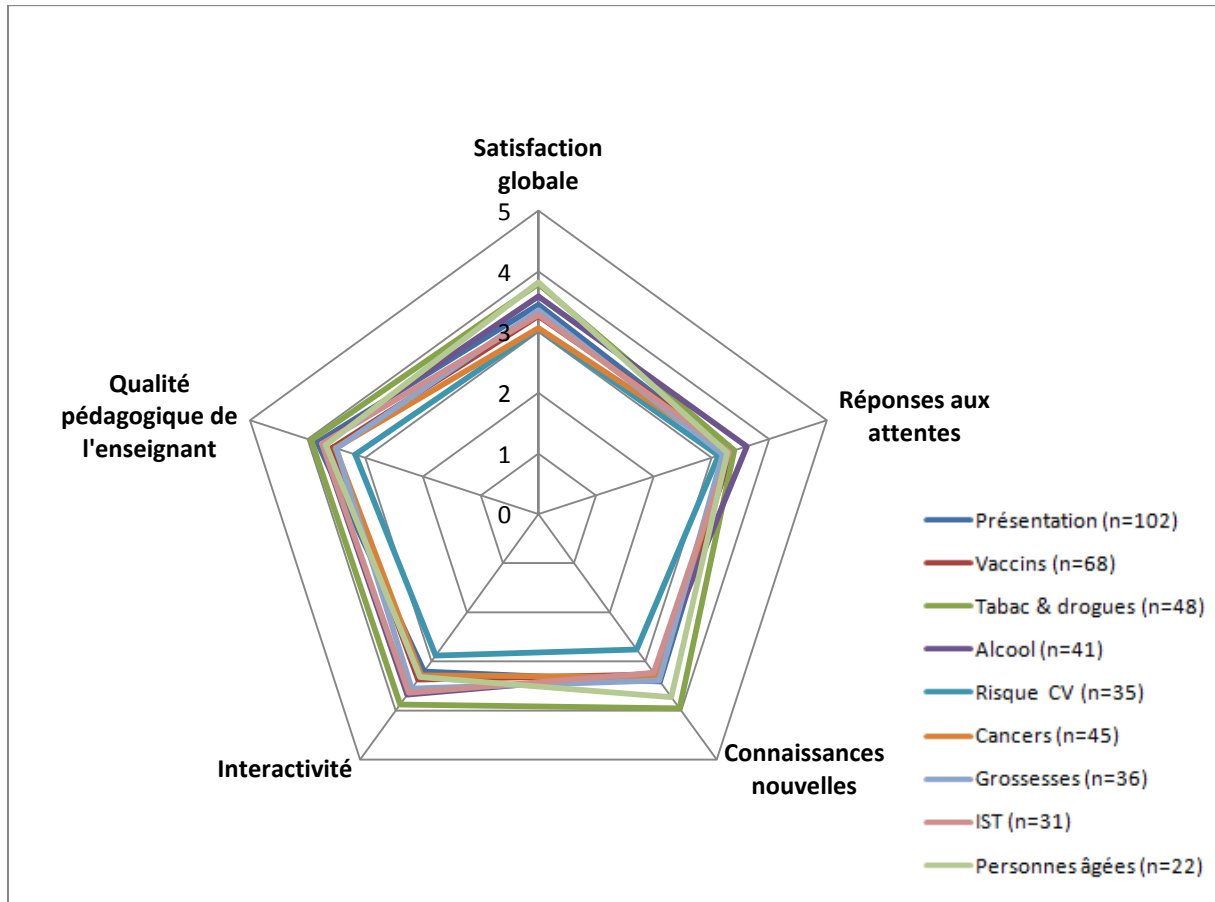


Figure 2 : Représentation en radar des évaluations (n) de chaque séance faites par les étudiants

### 3.7 Différentes composantes de la note finale

Les 204 étudiants inscrits aux enseignements ont tous validé le certificat optionnel de prévention. Une étudiante a été « repêchée » par le jury alors qu'elle avait 8 absences et une note moyenne de 8,5/20.

Les notes attribuées par les enseignants à leurs étudiants dans le cadre du contrôle continu (présence, participation, carnet de bord) sont homogènes ; ainsi que les notes obtenues par les étudiants lors de l'examen écrit (avec respect de l'anonymat lors de la correction).

Tableau 6 : Description des différentes composantes de la note finale pour chaque enseignant

	Présence (sur 3)	Participation (sur 2)	Carnet de bord (sur 3)	Examen écrit (sur 12)	Note finale (sur 20)
<b>Enseignant n°1</b>	2,33	0,83	2,62	9,48	15,26
<b>Enseignant n°2</b>	2,34	1,54	2,27	9,47	15,62
<b>Enseignant n°3</b>	2,33	1,64	2,62	9,33	15,92
<b>Enseignant n°4</b>	2,18	1,95	2,26	9,47	15,86
<b>Enseignant n°5</b>	2,26	1,23	2,40	9,42	15,31
<b>TOTAL</b>	2,29	1,43	2,43	9,44	15,59



## 4 Discussion

### 4.1 Un dispositif pédagogique opérationnel

Le taux de réponse des étudiants aux pré-tests et aux post-tests est satisfaisant, y compris celui du premier des pré-tests (70%). Ceci démontre que la procédure d'inscription des étudiants sur le site dédié au certificat optionnel de prévention et la réalisation des tests en ligne est opérationnelle. Elle nécessite cependant une communication optimale entre différents services de la faculté, pour permettre d'inscrire tous les étudiants sur le site dédié avant le début de la première séance.

### 4.2 Un dispositif pédagogique efficace

L'amélioration significative des réponses entre les pré-tests et les post-tests est retrouvée pour chacune des 9 séances, ainsi que pour l'analyse globale (critère de jugement principal). Ceci tend à prouver que les étudiants améliorent leurs connaissances théoriques à la suite de chaque séance. Pour autant, rien ne prouve dans cette étude qu'ils soient capables de les mobiliser avec efficacité dans leur pratique clinique, ni que ces connaissances perdurent dans le temps. D'autres études seraient nécessaires pour évaluer ces deux aspects qui sortent du champ de notre démarche.

De plus, il est regrettable que l'analyse du critère principal de jugement n'ait pu porter que sur les 43 étudiants (21%) ayant répondu à la fois à tous les pré-tests et à tous les post-tests. Il s'agit d'une des limites des méthodes appariées utilisées ici pour prendre en compte l'absence d'indépendance des réponses observées entre les pré-tests et les post-tests pour un même étudiant. À l'avenir, il serait souhaitable d'améliorer le taux de participation des étudiants.

### 4.3 Un dispositif pédagogique robuste

La composition des pré-tests et des post-tests en termes de nombre et de types de questions (questions simples et questions à choix multiples), variable d'une séance à l'autre, n'a pas paru influencé les résultats.

Il est intéressant de noter qu'aucune différence « pédagogiquement significative » n'a été observée lors de l'analyse par enseignant et par horaire. En effet, l'enseignant n°5 semble même avoir effacé les différences de connaissances brutes à l'issue de la séance « Cancers » ; de même pour les enseignements ayant eu lieu entre 16h30 et 18h30 sur les thèmes « Risque cardiovasculaire » et « Cancers ».

On peut indirectement en conclure que la qualité des enseignements et des enseignants est comparable, et qu'il n'existe pas de diminution des apprentissages en deuxième partie d'après-midi.

Seuls les cas de l'enseignant n°5 pour la séance « Désir d'enfant et grossesses non désirées, et celui de l'horaire 16h30-18h30 pour la séance « Personnes de plus de 65 ans » traduisent une réelle progression plus importante dans les groupes concernées, sans que cette différence significative nous apparaisse pertinente.

A ce propos, il est bon de rappeler que la multiplication des comparaisons sans ajustement adéquat aboutit à une inflation du risque de première espèce $\alpha$ , et peut donc aboutir à la conclusion erronée qu'il existe une différence. En toute rigueur, seul le test réalisé sur le critère de jugement principal est interprétable.

#### 4.4 Un dispositif pédagogique évolutif

La comparaison du pourcentage de réponses justes aux pré-tests et aux post-tests pour chaque question peut être utilisée pour fournir une aide aux enseignants qui gèrent ce certificat pour réviser les questions d'une année sur l'autre :

- Si le pourcentage de réponses justes progresse de manière significative entre le pré-test et le post-test, **la question est probablement pertinente et peut être conservée** : c'est le cas pour 46 des 62 questions (74%) ;
- Si le pourcentage ne progresse pas de manière significative entre le pré-test et le post-test et que nombreux sont les étudiants à donner la réponse juste dès le pré-test (seuil fixé arbitrairement à 70%), **la question est probablement peu pertinente et peut être retirée ou modifiée** : c'est le cas pour 11 des 62 questions (18%) ;
- Si le pourcentage ne progresse pas de manière significative entre le pré-test et le post-test mais que les étudiants sont peu nombreux à donner la réponse juste dès le pré-test (seuil fixé arbitrairement à 70%), **la question est peut-être en rapport avec une notion mal expliquée en cours** : c'est le cas pour 4 des 62 questions (6%).

Certains des questions rentrant dans cette dernière catégorie correspondent à des données nouvelles (question n°7 de la séance « Vaccination » en rapport avec le nouveau schéma vaccinal de la vaccination anti-pneumococcique, recommandé depuis avril 2009 soit moins d'un an avant la séance). Pour les autres, ainsi que pour les post-tests où le pourcentage de réponses juste est décevant (même si la progression entre les tests est significative), il serait important de vérifier que la connaissance évaluée par la question est bien abordée de manière claire aux cours de la séance.

#### 4.5 Un dispositif pédagogique trop ambitieux ?

Aucune réponse juste n'a été donnée au pré-test en rapport avec l'efficacité du dépistage organisé du cancer du sein, et les résultats du post-test (9%) sont loin d'être satisfaisants. Les enseignants du certificat optionnel de prévention ont tenu à insister sur l'importance de délivrer une information claire aux patientes sur les bénéfices et les risques à attendre de ce dépistage, dont les résultats

semblent aujourd'hui moins prometteurs qu'il y a quelques années. 5 Au regard de ces analyses, cette notion semble difficile à transmettre.

Les évaluations réalisées par les étudiants à l'issue de chaque séance sont attestent de leur satisfaction. Cependant, le nombre de réponses limité et décroissant au fil des séances peut constituer un biais de réponse si les étudiants les moins satisfaits n'évaluent pas les enseignements. Là encore, il serait souhaitable d'améliorer le taux de participation des étudiants.

#### **4.6 Un dispositif pédagogique valorisant ?**

Un tel dispositif pédagogique mobilise de nombreuses volontés et beaucoup d'énergie. Il nous a paru intéressant de l'évaluer, mais l'essentiel réside probablement ailleurs, dans la capacité des enseignants à susciter l'intérêt des étudiants, et l'interactivité au cours des séances. Et cela indépendamment de toute significativité statistique.

Enfin, cet enseignement participe probablement à la revalorisation de l'image de la médecine générale auprès des étudiants du deuxième cycle des études médicales.

## Références

- [1] Article 1 de l'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.
- [2] Article R6153-46 du code la santé publique modifié par Décret n°2010-1187 du 8 octobre 2010 - art. 34.
- [3] Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie médicale* 3 1 (2002) 38-52.
- [4] Weber J, Lechevallier J, Guigot M, Menard JF. Confirmation de l'impact d'un enseignement spécifique sur l'aptitude à communiquer d'étudiants en médecine de deuxième et troisième années. *Pédagogie médicale* 5 4 (2004) 200-203.
- [5] Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. N°: CD001877.

# Annexes

## PREVENTION SYSTEMATIQUE DE 18 A 65 ANS - COMMENT S'ORGANISER ?

### Interroger et ré-interroger (tous les ans)

Je vous interroge car ce sont des problèmes de santé fréquents qui peuvent avoir de graves conséquences. Vous n'êtes pas obligé de répondre aujourd'hui, vous pourrez modifier plus tard ce que vous avez dit aujourd'hui.

Sur les antécédents familiaux, en notant le degré de parenté et l'âge de survenue :

- Cancers du colon, corps de l'utérus, sein et/ou ovaire
- Diabète de type 2
- Mort subite ou IDM (parent au 1er degré H < 55 ans et F < 65 ans ?), AVC (H ou F < 45 ans ?)

Je veux vous faire savoir que j'ai une compétence pour aider les patients qui ont des problèmes dans ces domaines.

- Consommation d'alcool, de tabac, de drogues, de médicaments
- Prise de risque pour le virus du sida et autres IST ; « comment vous protégez vous des IST ? »
- Contraception
- Désir de grossesse : pas de tabac, pas d'alcool, pas de drogues, pas d'automédication ; acide folique 0,4 mg/j ; vaccination coqueluche ? Groupe et Rhésus ; agglutinines irrégulières, sérologies toxoplasmose, rubéole ; « avez-vous fait la varicelle ? »

### Examiner

- Poids
- Taille
- Eventuellement : calcul IMC = P/T<sup>2</sup>
- Tension artérielle

### Vaccinations

Vaccin : tétanos, poliomyélite, diphtérie pour tous.

Parfois : hépatite B, hépatite A, rubéole, coqueluche, papillomavirus, méningocoque C ?

Mise à jour annuelle du calendrier vaccinal sur le BEH.

Proposer au patient ; noter oui, plus tard, refus.

### Examens complémentaires

- Dosage du cholestérol : CT+TG 1 fois à partir de 20 ans ; puis EAL à partir de 45 ans chez les hommes et 55 ans chez les femmes tous les 3-5 ans
- Mammographies tous les 2 ans de 50 à 74 ans
- Frottis tous les 2 ans (recommandations : 3 ans) à partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans
- Hémocult II® dans le cadre d'un dépistage organisé, hommes et femmes 50-74 ans
- PSA sur demande individuelle discutée

On explique au patient ce que l'on cherche, les modalités, la signification des tests, ce que l'on fera suivant le résultat et la périodicité du dépistage. On s'assure que le patient a compris, on sollicite son accord, alors on peut prescrire.

### Faire appel au conseil génétique

- Cancer sein / ovaire : 1 antécédent familial avant 40 ans ou antécédents multiples sur la même branche familiale
- Cancer colorectal / col de l'utérus : 1 antécédent avant 60 ans ; ou antécédents multiples sur la même branche familiale

### Conseiller

- Consultation du dentiste tous les ans
- Régime alimentaire riche en légumes, en fruits et pauvre en graisses saturées (d'origine animale)
- Favoriser l'exercice physique (30 min / jour)

### Bibliographie :

- HAS : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- BEH : [www.invs.sante.fr/beh](http://www.invs.sante.fr/beh)
- CRAT : [www.lecrat.org](http://www.lecrat.org)
- Guide Canadien de médecine préventive – 1994 : [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index_f.html)
- Guide to clinical preventive service; report of the U.S. preventive services task force ; second edition Williams & Wilkins : [www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm)
- L'examen médical périodique de l'adulte. Données probantes 2009. Québec : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/autres/examenmedical2009.html>

**PAGE D'ACCUEIL : INTERFACE ETUDIANTS ET ENSEIGNANTS**

**DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE PARIS 7**

**ENSEIGNEMENTS DE SECOND CYCLE**

**Page d'accueil**

Ce site est consacré à l'ensemble des enseignements de médecine générale proposés aux étudiants de PARIS DENIS DIDEROT (PARIS 7) dans le cadre du DEUXIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES.

Merci de cliquer un des boutons ci-dessous:

**PAGE D'AUTHENTIFICATION : INTERFACE ETUDIANTS**

**DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE PARIS 7**

**ENSEIGNEMENTS DE SECOND CYCLE**

**Page d'accueil**

Ce site est consacré à l'ensemble des enseignements de médecine générale proposés aux étudiants de PARIS DENIS DIDEROT (PARIS 7) dans le cadre du DEUXIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES.

**Les structures organisatrices**

Université Paris 7 - Denis Diderot,

Choisissez le lien qui correspond à votre situation:

<a href="#"><u>Je ne me suis jamais inscrit(e) et je n'ai pas de code d'accès</u></a>
<a href="#"><u>Je suis inscrit(e) et je me souviens de mes codes d'accès</u></a>
<a href="#"><u>Je suis inscrit(e) et j'ai oublié mes codes d'accès</u></a>

PAGE DE PRESENTATION D'UN ENSEIGNEMENT : INTERFACE ETUDIANTS



PARIS DIDEROT  
FACULTE DE MEDECINE  
Département de  
Médecine Générale

**DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE DE PARIS 7**

**ENSEIGNEMENTS DE SECOND CYCLE**

**Certificat de Prévention DCEM2**

**Année univ. 2009-2010 (début du cursus le 05/01/2010)**

**Affichage des caractéristiques d'un enseignement**

**Vous êtes: Julien GELLY**

Module:	Horaire 14h30-16h30 - groupe 1
Inscriptions possibles pendant:	n° 1
Titre:	<b>Présentation de l'enseignement. Inégalités de santé. Niveau de preuve et force des recommandations.</b>
Présentation de l'enseignement:	Ce cours est le premier du certificat optionnel de prévention. Il traite des inégalités sociales de santé, et introduit le cycle (présentation des règles de validation, définitions, niveaux de preuve).
Date:	mardi 05/01/2010
Horaire de début:	14.30
Horaire de fin:	16.30
Salle:	<b>Faculté de médecine Paris 7 (Site VILLEMEN)</b> <b>Salles 1.2 - 1.4 - 1.5 - 1.6 - 1.14 - 1.17 - 1.19</b>
Enseignants:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jean-pierre AUBERT</li> </ul>
Date limite d'inscription à cet enseignement:	02/12/2009

Accueil

Changer cadre / cursus

Les étudiants

Les enseignements

Liste des enseignements

Les documents associés

Les tests de connaissances

Les tests d'évaluation

Vous inscrire

Vous désinscrire

Vos inscriptions

Vos validations

Vos bulletins de présence

Votre port-folio

Les lieux

<p><b>Les enseignants</b></p> <p>JP Aubert / A Eddi DMG Paris VII</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Nombre maximum d'étudiants inscrits à cet enseignement:</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>Nombre actuel d'inscrits:</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>Test d'évaluation par les étudiants, associé à cet enseignement:</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Modèle standard de test d'évaluation</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Document(s) associé(s):</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diaporama du cours "Présentation"</li> <li>Prévention en médecine générale (1) _ UNIFORMEC 2007</li> <li>Prévention en médecine générale (2) _ UNIFORMEC 2007</li> <li>Examen médical périodique de l'adulte</li> <li>Carnet de bord</li> </ul> </td> </tr> </table> <p style="text-align: right;"><input type="button" value="inscription"/></p>	Nombre maximum d'étudiants inscrits à cet enseignement:	21	Nombre actuel d'inscrits:	42	Test d'évaluation par les étudiants, associé à cet enseignement:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modèle standard de test d'évaluation</li> </ul>	Document(s) associé(s):	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diaporama du cours "Présentation"</li> <li>Prévention en médecine générale (1) _ UNIFORMEC 2007</li> <li>Prévention en médecine générale (2) _ UNIFORMEC 2007</li> <li>Examen médical périodique de l'adulte</li> <li>Carnet de bord</li> </ul>
Nombre maximum d'étudiants inscrits à cet enseignement:	21								
Nombre actuel d'inscrits:	42								
Test d'évaluation par les étudiants, associé à cet enseignement:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modèle standard de test d'évaluation</li> </ul>								
Document(s) associé(s):	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diaporama du cours "Présentation"</li> <li>Prévention en médecine générale (1) _ UNIFORMEC 2007</li> <li>Prévention en médecine générale (2) _ UNIFORMEC 2007</li> <li>Examen médical périodique de l'adulte</li> <li>Carnet de bord</li> </ul>								

PAGE RECAPITULATIVE DES INSCRIPTIONS AUX ENSEIGNEMENTS : INTERFACE ETUDIANTS (EXTRAIT)



PARIS DIDEROT  
FACULTE DE MEDECINE  
Département de  
Médecine Générale

**DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE DE PARIS 7**

**ENSEIGNEMENTS DE SECOND CYCLE**

**Certificat de Prévention DCEM2**

**Année univ. 2010-2011 (début du cursus le 04/01/2011)**

**liste des enseignements**

**Vous êtes: Michel NOUGAIREDE**

**Voici les enseignements A VENIR, que vous devez assurer en tant qu'enseignant:**  
Cliquez sur le titre de l'enseignement pour les détails

date	horaire	module	titre de l'enseignement
mardi 04/01/2011	16.30 - 18.30	Horaire 16h30-18h30 - groupe 10	<b>Présentation de l'enseignement. Inégalités de santé. Niveau de preuve et force des recommandations.</b>
mardi 04/01/2011	14.30 - 16.30	Horaire 14h30-16h30 - groupe 5	<b>Présentation de l'enseignement. Inégalités de santé. Niveau de preuve et force des recommandations.</b>
mardi 11/01/2011	14.30 - 16.30	Horaire 14h30-16h30 - groupe 5	<b>Vaccins : législation, utilité, information, gestion.</b>
mardi 11/01/2011	16.30 - 18.30	Horaire 16h30-18h30 - groupe 10	<b>Vaccins : législation, utilité, information, gestion.</b>
mardi 18/01/2011	14.30 - 16.30	Horaire 14h30-16h30 - groupe 5	<b>Tabac et drogues illicites.</b>
mardi 18/01/2011	16.30 - 18.30	Horaire 16h30-18h30 - groupe 10	<b>Tabac et drogues illicites.</b>
mardi 05/01/2011	16.30 - 18.30	Horaire 16h30-18h30 - groupe 10	<b>Alcool : types de consommateurs, interroger, accompagner.</b>

Accueil

Les enseignants

Les étudiants

Les enseignements

Liste des enseignements

Vos enseignements

Tests de connaissances:

Tests d'évaluation:

Les lieux

JP Aubert / A Eddi  
DMG Paris VII

Les réponses justes sont soulignées.

**QUESTION N°1**

Entre 1991 et 1999, l'espérance de vie à 35 ans des cadres et professions libérales était de :

- 17 ans
- 28,5 ans
- 33,5 ans
- 39 ans
- 42,5 ans
- 46 ans
- 54 ans

*Commentaire : Et elle était de 41,5 ans entre 1976 et 1984.*

**QUESTION N°2**

Entre 1991 et 1999, l'espérance de vie à 35 ans des ouvriers était de :

- 17 ans
- 28,5 ans
- 33,5 ans
- 39 ans
- 42,5 ans
- 46 ans
- 54 ans

*Commentaire : Soit 7 années de moins que les cadres et professions libérales à la même époque, ce qui est pire qu'entre 1976 et 1984 (35,5 ans, soit 6 années de moins).*

**QUESTION N°3**

Entre 1991 et 1999, l'espérance de vie à 35 ans des inactifs non retraités était de :

- 17 ans
- 28,5 ans
- 33,5 ans
- 39 ans
- 42,5 ans
- 46 ans
- 54 ans



*Commentaire : Soit 17,5 années de moins que les cadres et professions libérales à la même époque, ce qui est pire qu'entre 1976 et 1984 (27,5 ans, soit 14 années de moins).*

#### QUESTION N°4

Les classes sociales défavorisées meurent plus de tout (au moins 2 fois plus) et surtout des cancers des voies aéro-digestives supérieures et de l'œsophage (de l'ordre de 10 fois plus) et des conséquences de la consommation d'alcool (de l'ordre de 10 fois plus), à l'exception du SIDA (jusqu'à 2 fois MOINS).

- Vrai
- Faux
- Malheureusement, ce genre de données n'existent pas

*Commentaire : Et si, ces données existent, et elles disent exactement ça !*

#### QUESTION N°5

En 2006, on estime le taux de refus d'accorder un rendez-vous à un bénéficiaire de la (Couverture Maladie Universelle (CMU) a été de :

- Près de 1% pour les médecins généralistes (secteur 1 et 2 confondus)
- Près de 5% pour les médecins généralistes (secteur 1 et 2 confondus)
- Près de 20% pour les médecins généralistes (secteur 1 et 2 confondus)
- Près de 40% pour les médecins généralistes (secteur 1 et 2 confondus)
- Près de 1% pour les médecins spécialistes (secteur 1 et 2 confondus)
- Près de 5% pour les médecins spécialistes (secteur 1 et 2 confondus)
- Près de 20% pour les médecins spécialistes (secteur 1 et 2 confondus)
- Près de 40% pour les médecins spécialistes (secteur 1 et 2 confondus)
- Heureusement, ce genre de pratiques n'existe plus

*Commentaire : Ce genre de pratiques existe encore et est en contradiction totale avec le code de déontologie et le serment d'Hippocrate que tous les médecins prêtent lors de la soutenance de leur thèse ('Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.'). Ce taux était de 1,6% pour les médecins généralistes installés en secteur 1, et de 16,7% pour les médecins généralistes installés en secteur 2.*

#### QUESTION N°6

Toutes les données disponibles dans la littérature scientifique ont la même valeur.

- Vrai
- Faux

*Commentaire : Au contraire, toutes les données de la science doivent être lues et interpréter en fonction de la fiabilité de leurs résultats, et de la qualité des études qui ont amené à les produire. On distingue ainsi 3 niveaux de preuves (par ordre décroissant) : grade A (fort niveau de preuve), grade B (niveau de preuve intermédiaire), et grade C (faible niveau de preuve). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un Accord Professionnel.*

Les réponses justes sont soulignées.

**QUESTION N°1**

Parmi les vaccins suivants, lesquels sont obligatoires chez l'enfant ?

- Diphtérie
- Tétanos
- Coqueluche
- Poliomyélite
- Tuberculose (BCG)
- Rougeole
- Oreillons
- Rubéole
- Hépatite B
- Pneumocoque

*Commentaire : La vaccination n'est plus obligatoire à l'entrée en collectivité depuis juillet 2007. Elle reste néanmoins recommandée pour certaines personnes à risque. D'autres vaccinations peuvent être obligatoires dans des conditions particulières (risque professionnels, notamment).*

**QUESTION N°2**

Parmi les patients suivants, pour lesquels est-il recommandé de réaliser une vaccination contre la coqueluche ?

- Un garçon de 16 ans dont les vaccins sont scrupuleusement tenu à jour par son médecin traitant
- Une fille de 16 ans dont le dernier rappel anti-coquelucheux a été fait lors de ses 6 ans
- Une femme de 28 ans, qui désire un enfant
- Une femme de 28 ans, enceinte de 4 mois
- Une femme de 28 ans, le lendemain de son accouchement
- Un homme de 32 ans, dont la femme est enceinte
- Un homme de 45 ans, médecin coordinateur de maison de retraite, dont le dernier rappel anti-coquelucheux a été fait il y a 15 ans
- Un futur grand-père, jamais vacciné contre la coqueluche, qui vit dans le même appartement que ses enfants et petits-enfants
- Une assistante maternelle de 25 ans, vaccinée par le DTP l'année précédente, mais jamais vaccinée par la coqueluche
- Aucune des réponses proposées

*Commentaire : Les indications de la vaccination sont les suivantes :*

*- Chez l'enfant : primovaccination = 2 – 3 – 4 – 16~18 mois, puis rappel à 11-13 ans*

*- Rattrapage vaccinal à 16-18 ans si rappel non fait à 11-13 ans ou si rappel réalisé par erreur à 5-6 ans*

- Rattrapage à 26-28 ans si dernier rappel il y a plus de 10 ans
- Chez l'adulte si projet d'être parent
- Lors d'une grossesse : pour l'entourage familial (enfants non à jour, et adultes si dernier rappel il y a plus de 10 ans), mais après l'accouchement pour la mère
- Personnel médical et leur entourage si contact avec enfants ayant reçu moins de deux doses (considérées comme protectrice) ou personnes âgées

### QUESTION N°3

Le vaccin contre la grippe saisonnière est contre-indiqué chez la femme enceinte.

- Vrai
- Faux

*Commentaire : Chez les femmes enceintes atteinte d'une affection par le virus de la grippe saisonnière le risque de complication paraît plus important à partir du 2e trimestre de la grossesse. Les études de tératogénicité sont rassurantes pour le vaccin contre la grippe saisonnière. Aucune recommandation nationale ou internationale ne contre indique cette vaccination chez la femme enceinte. Aux Etats-Unis, elle est même recommandée depuis 1997. En France pour éviter que les fausses-couches observées en début de grossesse soient imputées à tort à la vaccination anti-grippale, il est conseillé de ne vacciner qu'après le 1er trimestre, et uniquement en cas de facteurs de risques associés. Ces recommandations pourraient évoluer avec l'arrivée de la grippe H1N1.*

### QUESTION N°4

En raison de cas suspects de sclérose en plaque observés à la suite de la campagne de vaccination contre l'hépatite B, celle-ci n'est plus obligatoire pour personne.

- Vrai
- Faux

*Commentaire : De nombreuses études, conférences et commissions ont conclu qu'il n'existe pas d'association entre la vaccination contre l'hépatite B et la survenue d'un premier épisode ou une rechute de sclérose en plaque (SEP). Néanmoins, il reste fortement recommandé de vacciner systématiquement les nourrissons dès 2 mois et avant 15 ans, et de vacciner toutes les personnes à risque (profession paramédicale, transfusion, greffe, voyages, toxicomanie, prison, partenaire/mère AgHBs+...). Cette vaccination est OBLIGATOIRE pour certains professions, notamment les étudiants en médecine.*

### QUESTION N°5

Le vaccin contre le papillomavirus (HPV) a une efficacité démontrée :

- Dans la prévention primaire du cancer du col de l'utérus (diminution du nombre de décès)
- Dans la prévention primaire du cancer du col de l'utérus (diminution du nombre de cas)

- Dans la prévention primaire des dysplasies de haut grade du col de l'utérus (diminution du nombre de cas)
- Dans la prévention primaire des infections par HPV 6, 11, 16 et/ou 18 (diminution du nombre de cas)
- Aucune de ces propositions n'est vraie.

*Commentaire : Les vaccins Gardasil et Carvarix ont pour l'instant démontré uniquement leur efficacité sur la diminution de l'incidence des infections par HPV 6, 11, 16 et/ou 18 et des dysplasies de haut grade pendant au moins 4 à 5 ans. Il n'y a pour l'instant aucun effet démontré en prévention des cancers du col utérin ou des décès imputés à ces cancers (manque de recul pour juger sur ce critère de morbi-mortalité). On peut néanmoins l'espérer...*

#### QUESTION N°6

La vaccination contre la tuberculose n'est plus obligatoire depuis juillet 2007.

- Vrai
- Faux

*Commentaire : Elle reste néanmoins « fortement recommandée » dès la naissance pour les enfants à risque élevé de tuberculose :*

- *Naissance, origine des parents, et/ou séjour de plus de 3 mois dans un pays de forte endémie (Afrique, Asie, Amérique centrale et du sud, Europe de centrale et de l'Est)*
- *Antécédent familial au 1er degré de tuberculose*
- *Résidant en Ile-de-France ou en Guyane*
- *Autres « situations à risque » (logement, socio-économique...)*

#### QUESTION N°7

Chez l'enfant, le schéma de vaccination contre le pneumocoque (7 valences) est :

- 3 injections à 2, 3 et 4 mois, puis un rappel à 12 mois
- 2 injections à 2 et 4 mois, puis un rappel à 12 mois
- Cette vaccination est réservée aux populations à risque

*Commentaire : Depuis 2009, le nouveau schéma vaccinal pour l'ensemble des enfants jusqu'à l'âge de 2 ans est :*

- *une dose de vaccin heptavalent (PREVENAR) à 2 mois et à 4 mois avec une dose de rappel à 12 mois (suppression de la dose à 3 mois, sauf pour les prématurés et les nourrissons à haut risque)*
- *pour les enfants non vaccinés âgés de 7 à 11 mois : deux doses de vaccin heptavalent à 2 mois d'intervalle et un rappel un an plus tard*
- *pour les enfants non vaccinés âgés de 12 à 23 mois : deux doses de vaccin heptavalent à au moins 2 mois d'intervalle.*

*- pour les enfants à risque de 24 à 59 mois, non vaccinés : deux doses de vaccin heptavalent à 2 mois d'intervalle suivies d'une dose de vaccin polyosidique 23-valent au moins 2 mois après la deuxième dose de vaccin heptavalent.*

*Pour les adultes à risque et les enfants à risque âgés de 5 ans et plus : une dose de vaccin polyosidique 23-valent tous les cinq ans (PNEUMO23).*

Les réponses justes sont soulignées.

**QUESTION N°1**

Pour 100 fumeurs ayant commencé à fumer à l'adolescence, combien décèderont d'une pathologie liée au tabac ?

- 10
- 20
- 30
- 40
- 50
- 60
- 70
- 80
- 90
- 100

*Commentaire : ANAES. Arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus 1998*

**QUESTION N°2**

Est-il est démontré que le simple fait de demander à chaque patient, quelque soit le motif de consultation, s'il fume et s'il veut arrêter de fumer, est efficace ?

- Vrai
- Faux

*Commentaire : C'est le 'conseil minimal'. Environ 40 % des fumeurs n'envisagent pas d'arrêter. Dans ce cas le professionnel de santé doit fournir le conseil minimal conseillant au sujet de s'arrêter. Ce simple conseil minimal de la part d'un professionnel de santé au cours d'une consultation de routine augmente de façon significative le nombre de fumeurs qui s'arrêtent pour une durée d'au moins 6 mois (Niveau de preuve = I). Tous les professionnels de santé devraient fournir ce conseil minimal au patient fumeur. (Agence française de sécurité sanitaire des produits de sante - les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide a l'arrêt du tabac mai 2003)*

**QUESTION N°3**

En combien d'années l'arrêt du tabac ramène le risque du cancer du poumon au niveau de celui des non-fumeurs ?

- 1 an
- 3 ans
- 5 ans
- 10 ans
- 20 ans
- Le risque ne revient jamais à celui d'un non fumeur

*Commentaire : Le risque de cancer n'augmente plus à l'arrêt du tabac. Il diminue très lentement. (ANAES. Arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus 1998)*

#### QUESTION N°4

Est-il possible de prescrire un timbre transdermique de nicotine à une femme enceinte ?

- Oui
- Non

Commentaire : AFSSAPS Stratégies thérapeutiques d'aide à l'arrêt du tabac. Mai 2003

#### QUESTION N°5

La sécurité sociale ne rembourse aucun traitement substitutif dans le cadre du sevrage tabagique.

- Vrai
- Faux

*Commentaire : La Sécurité Sociale rembourse 50 € par an sur prescription les substituts nicotiques.*

#### QUESTION N°6

La consommation occasionnelle de cannabis est statistiquement liée à une augmentation de :

- Violences agies
- Tentatives de suicide
- Absences scolaires
- Mauvaise relation avec la mère
- Agressions subies
- Dépression
- Notes scolaires inférieures à 12
- Familles recomposée
- Aucune de ces réponses

*Commentaire : Mais la consommation régulière de tabac aussi !!! Il s'agit probablement de marqueurs de risque et non d'un lien causal. Etude ESPAD :*

*- Population de l'étude : 12-18 ans scolarisés*

*- Auto-questionnaire en classe*

*- Définition de la consommation de cannabis : lors des 30 derniers jours - Consommateur occasionnel de cannabis inférieur à 6 fois par mois - Consommateur régulier de cannabis supérieur à 5 fois par mois*



## QUESTION N°7

Le seul intérêt des traitements substitutifs pour les opiacés (méthadone et buprénorphine/SUBUTEX) est de réduire la consommation d'héroïne.

- Vrai
- Faux

*Commentaire : Le traitement substitutif pour les opiacés (TSO) fait partie d'une politique globale de réduction des risques :*

- *La vente libre des seringues en pharmacie*
- *La mise en place de distributeurs de seringues*
- *Financer des organisations d'usager de drogue*
- *Financer des associations d'aide aux toxicomanes*
- *Création des CSST (centre de soins et de suivi pour les toxicomanes)*
- *Création des ECIMUD*
- *Le médecin généraliste qui doit vérifier que le patient se shoote 'propre'*
- *Donner des préservatifs aux toxicomanes*
- *Accès aux traitements de substitution*

*Toutes ces mesures (TSO y compris, mais pas seulement) ont contribué :*

- *A favoriser l'accès aux soins des patients toxicomanes*
- *A réduire mortalité et la morbidité associées à la toxicomanie : réduction des décès par surdoses à l'héroïne (5 fois moins entre 1994 et 2002), des naissances prématurées (3 fois moins), du nombre de patients « injecteurs » (6 fois moins entre 1995 et 2003), et près de 3 500 vies ont été sauvées (entre 1996 et 2003)*
- *A limiter les dommages sociaux : 50% des patients ont une meilleure situation sociale, 3 fois moins d'infractions à la législation des stupéfiants (ILS) concernant l'héroïne, 3 patients sur 4 estiment «s'en être sortis», plus de 2 sur 3 déclarent une meilleure qualité de vie, 595 millions d'euros épargnés en 1997 par la politique de substitution de la dépendance aux opiacés*

Les réponses justes sont soulignées.

**QUESTION N°1**

Dans un bistrot, un demi de bière contient la même quantité d'alcool qu'un verre de vin rouge, mais deux moins qu'un verre de whisky.

- Vrai
- Faux

*Commentaire : Ils contiennent tous 10 g d'alcool environ, soit un 'verre' standard d'alcool.*

**QUESTION N°2**

Selon l'OMS, il est recommandé de ne pas dépasser 21 'verres' d'alcool par semaine pour une femme.

- Vrai
- Faux

*Commentaire : Le seuil de 21 'verres' est pour les hommes. Pour les femmes, c'est 14 'verres' par semaine.*

**QUESTION N°3**

Quels critères biologiques permettant d'affirmer l'alcoolodépendance ?

- Elévation des gamma-glutamyl-transférase (GGT)
- Augmentation du volume globulaire moyen (VGM)
- Augmentation des ASAT et des ALAT (cytolyse)
- Augmentation de la transferrinémie
- Alcoolémie supérieure à 3 g par litre de sang
- Aucun de ces critères

*Commentaire : L'alcoolodépendance est un diagnostic d'interrogatoire :*

*- Alcoolodépendance psychique : besoin intense de renouveler les prises d'alcool, sans qu'apparaisse nécessairement un syndrome de sevrage en cas d'arrêt de consommation*

*- et/ou alcoolodépendance physique : troubles physiques d'intensité variable survenant lors de la suspension de la consommation d'alcool (syndrome de sevrage)*

*Seulement 10% des alcoolodépendants présentent des symptômes de sevrage.*

#### QUESTION N°4

La prescription de benzodiazépines dans le sevrage de l'alcoolodépendant est de 7 jours maximum.

- Vrai
- Faux

*Commentaire : L'utilité des benzodiazépines réside dans la prévention du delirium tremens, des crises d'épilepsie et des manifestations cliniques du sevrage. Celles ci ne durent jamais au delà de 7 jours. Si elles persistent ce n'est pas à cause du sevrage alcoolique mais potentiellement du fait de dépendance(s) associée(s) (toxicomanies aux drogues illicites, dépendance aux benzodiazépines...)*

#### QUESTION N°5

Un verre d'alcool n'a jamais fait de mal à personne. La preuve : tous les bébés ont eu droit à leur cuite quand ils étaient dans le ventre de leur mère, et tous ne sont pas atteints de syndrome alcoolique foetal.

- Vrai
- Faux

*Commentaire : Le seuil d'alcool à ne pas dépasser pendant la grossesse est inconnu. C'est pourquoi la recommandation est de ne pas boire un seul verre pendant la grossesse (et dès l'arrêt d'une contraception efficace si désir de grossesse). Mais tous les verres de vin ne donnent pas des SAF non plus, c'est vrai.*

Les réponses justes sont soulignées.

### QUESTION N°1

Lesquel(le)s de ces patient(e)s présentent au moins un facteur de risque cardiovasculaire indépendant :

- Un homme de 57 ans sans antécédent cardiovasculaire personnel ou familial
- Une femme de 57 ans, ménopausée, sans antécédent cardiovasculaire personnel ou familial
- Un homme de 35 ans dont le grand-père maternel a eu un infarctus du myocarde non fatal à 60 ans
- Une femme de 35 ans dont la grand-mère paternelle a eu un infarctus du myocarde non fatal à 60 ans
- Un homme de 35 ans fumant 15 cigarettes par jour depuis 3 ans
- Un homme de 35 ans sevré du tabac depuis 4 ans
- Une femme de 35 ans sevré du tabac depuis 2 ans
- Un homme de 35 ans non hypertendu consommant plus de 40 grammes d'alcool pur par jour
- Un homme de 35 ans hypertendu consommant moins de 20 grammes d'alcool pur par jour
- Un adolescent de 12 ans dont le père a fait un accident vasculaire cérébral à 43 ans

*Commentaire : Les facteurs de risque cardiovasculaire sont, en dehors d'un antécédent personnel d'évènement cardiovasculaire : Age et sexe : H  $\geq$  50 ans, F  $\geq$  60 ans ; Antécédents familiaux ; IDM ou mort subite (1er degré): H < 55 ans, F < 65 ans ; AVC constitué précoce < 45 ans ; Tabagisme actuel ou sevré depuis moins de 3 ans ; HTA permanente (traitée ou non) ; Diabète de type 2 (traité ou non) ; Dyslipidémie : HDL-c < 0,40 ou LDL-c  $\geq$  1,60 g/l .*

### QUESTION N°2

L'hypertension artérielle est définie par une tension artérielle systolique supérieure à 140 mmHg ou une tension artérielle diastolique supérieure à 90 mmHg, quelle que soit la méthode de mesure.

- Vrai
- Faux

*Commentaire : Au cabinet médical, l'HTA est définie par PAS  $\geq$*

### QUESTION N°3

La prise en charge de l'hypertension artérielle (non médicamenteuse et éventuellement médicamenteuse) a toujours pour objectif de maintenir une tension artérielle en dessous de 140 / 90 mmHg, quelle que soit le terrain.

- Vrai
- Faux

*Commentaire : En fonction des autres FDR cardiovasculaires et d'une atteinte d'un organe cible associé, les objectifs du traitement varient :*

- PA inférieur à 140 / 90 mmHg (jusqu'à 80 ans)
- Si diabète : PA inférieur à 130 / 80 mmHg
- Si insuffisance rénale : PA inférieur à 130 / 80 mmHg et protéinurie inférieur à 500 mg/24h

### QUESTION N°4

Le diabète est défini par :

- Une glycémie supérieur(e) ou égal à 2 g/l (11,1 mmol/l) deux heures après une charge orale de 75 grammes de glucose
- une glycémie supérieur (e) ou égale à 1,26 g/l (7 mmol/l) deux heures après une charge orale de 75 grammes de glucose
- Une seule glycémie supérieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) après un jeûne de 8 heures
- Une glycémie supérieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises
- Une hémoglobine glyquée (HbA1c) supérieure à 6,5%
- Une seule glycémie supérieur (e) ou égale à 2 g/l (11.1 mmol/l) sans symptômes associés
- Une glycémie supérieur (e) ou égale à 2 g/l (11.1 mmol/l) associée à la présence de signes cardinaux (polyurie, polydipsie, amaigrissement)
- Un antécédent de diabète gestationnel sur 2 grossesses consécutives
- La nécessité d'un traitement par insuline
- Aucune de ces définitions

*Commentaire : L'hémoglobine glyquée (HbA1c) n'est pas un teste diagnostic ou de dépistage du diabète, mais de surveillance chez un diabétique connu.*

### QUESTION N°5

Dans le suivi régulier d'un diabétique, quels sont les examens à réaliser au moins une fois par an :

- Electrocardiogramme d'effort
- Electrocardiogramme de repos
- Scintigraphie myocardique
- Dépistage de la rétinopathie diabétique par un fond d'œil
- Prise de la tension artérielle

- Hémoglobine glyquée (HbA1c)
- Examen des pieds
- Test au microfilament
- Echodoppler artériel des membres inférieurs
- Echodoppler des troncs supra-aortiques

*Commentaire : En fonction des symptômes et des résultats aux autres examens, certains des examens cités (notamment épreuve d'effort) peuvent être indiqués.*

#### QUESTION N°6

Un taux de LDL-cholestérol supérieur à 1,60 g/l nécessite toujours une prise en charge (d'abord non médicamenteuse, puis éventuellement médicamenteuse).

- Vrai
- Faux

*Commentaire : Le seuil de LDL-cholestérol à partir duquel une intervention est justifiée dépend du nombre de facteurs de risques associés :*

- *Aucun FDR associé : LDL-c inférieur à 2,20 g/l*
- *1 FDR associé : LDL-c inférieur à 1,90 g/l*
- *2 FDR associés : LDL-c inférieur à 1,60 g/l*
- *Plus de 2 FDR associés : LDL-c inférieur à 1,30 g/l*
- *Haut risque cardiovasculaire : LDL-c inférieur à 1,00 g/l*

#### QUESTION N°7

Si 1000 hommes de plus de 60 ans pratiquent une activité physique régulière pendant un an :

- 0 à 5 décès coronariens seront évités
- 5 à 15 décès coronariens seront évités
- 15 à 30 décès coronariens seront évités
- Aucun décès ne sera évité

*Commentaire : Et 1 à 2 décès coronariens évités par an pour 100 hommes de moins de 50 ans.*

#### QUESTION N°8

Si 100 personnes ayant eu un infarctus du myocarde ou un angor suivent régime dit 'méditerranéen' pendant un an (augmentation de la consommation de céréales, de pommes de terre, de fruits, légumes, noix, noisettes, amandes , huile d'olive comme principale source de graisses , poissons, volailles, yaourts et fromages consommés en quantité modérée , réduction de la consommation de viande rouge , éventuellement du vin en quantité modérée au repas) :

- Aucun décès ne sera évité
- 1 décès sera évité

- 2 décès seront évités
- 3 décès seront évités
- 4 décès seront évités
- 5 décès seront évités

*Commentaire : Efficacité au moins équivalente à un traitement par statine (comparaison indirecte)*

#### QUESTION N°9

Le modèle de SCORE calcule la probabilité de présenter un évènement cardiovasculaire fatal dans les 10 ans à partir de :

- Je ne sais pas
- La présence d'un antécédent personnel de diabète de type 2
- Le tabagisme
- Le taux de cholestérol total (en mmol/l)
- Le taux de LDL-cholestérol total (en mmol/l)
- Le taux de HDL-cholestérol total (en mmol/l)
- Le sexe et l'âge (en années)
- La pression artérielle systolique (en mmHg)
- La pression artérielle diastolique (en mmHg)
- La pression artérielle systolique et diastolique (en mmHg)

*Commentaire : A l'inverse, le score de Framingham calcule la probabilité de présenter un évènement coronarien dans les 10 ans à venir à partir de : Age (ans) et sexe ; Cholestérol total ou LDL-c (mmol/l) ; HDL-c (mmol/l) ; Pression artérielle systolique/diastolique (mmHg) ; Diabète :(traité ou non) ; Tabac supérieur à 1 cigarette/j et sevré inférieur à 1 an (oui/non).*

#### QUESTION N°10

Tous les diabétiques dont la maladie évolue depuis plus de 10 ans devraient être sous antiagrégants plaquettaires (en privilégiant l'aspirine à faible dose).

- Vrai
- Faux

*Commentaire : L'aspirine à dose faible (75 – 300 mg j) est bien l'antiagrégant plaquettaire de premier choix (devant le clopidogrel/PLAVIX®, notamment). Mais tous les diabétiques, même si la maladie évolue depuis plus de 10 ans, ne doivent pas forcément en recevoir. Les indications chez les diabétiques sont bien démontrées en prévention 'secondaire' (c'est-à-dire APRES un évènement cardiovasculaire) : angor stable ou instable, revascularisation, IDM, IDM silencieux documenté, AVC ischémique, AOMI ≥ 2.*

Les réponses justes sont soulignées.

**QUESTION N°1**

Quels sont les indications d'une coloscopie dans le cadre du dépistage du cancer colorectal ?

- Si Hémocult positif
- Maladie chronique inflammatoires du colon avant pancolite évoluant depuis plus de 10 ans
- Antécédent familial de CCR chez 1 parent du premier degré atteint avant l'âge de 70 ans
- 2 parents du premier degré atteints quel que soit l'âge
- Découverte de polype(s) lors d'une coloscopie antérieure
- Je ne sais pas

Commentaire : aucun.

**QUESTION N°2**

Quelle est le rythme recommandé pour la réalisation de l'Hémocult en cas de risque moyen de cancer colorectal ?

- Tous les 5 ans
- Tous les 4 ans
- Tous les 3 ans
- Tous les 2 ans
- Tous les ans
- Je ne sais pas

Commentaire : aucun.

**QUESTION N°3**

Est-il justifié de prescrire un Hémocult à un homme de 52 ans dans le cadre d'un bilan d'une altération de l'état général ?

- Oui
- Non

Commentaire : L'Hémocult n'a été validé comme examen de dépistage que chez les patients à risque moyen de cancer colorectal et SANS symptômes. Il ne s'agit pas d'un test diagnostique de 'débrouillage', mais bien d'une examen de dépistage.



#### QUESTION N°4

Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis est recommandé tous les 3 ans.

- Vrai
- Faux

*Commentaire : Le dépistage du cancer du col de l'utérus est basé sur la réalisation d'un frottis cervico-vaginal tous les 3 ans (à partir de deux premiers frottis normaux à 1 an d'intervalle), dès le début de la vie sexuelle et jusqu'à 65 ans. On recommande souvent tous les 2 ans pour que le rythme 'réel' soit bien de 3 ans. Un rythme de réalisation tous les ans n'est justifié qu'en cas de séropositivité pour le VIH, ou de contrôle d'un frottis précédent anormal ou douteux (parfois même à 6 mois).*

#### QUESTION N°5

Il n'existe aucune méthode de prévention primaire contre le cancer du col de l'utérus, puisque le dépistage par frottis n'est que de la prévention secondaire.

- Vrai
- Faux

*Commentaire : La prévention secondaire (APRES exposition au papillomavirus, responsable du cancer du col de l'utérus) se fait bien par frottis tous les 3 ans. Mais la prévention primaire (AVANT exposition au papillomavirus) existe : qu'il s'agisse de la vaccination (Gardasil ou Cervarix) ou du port de préservatifs.*

#### QUESTION N°6

Le dépistage organisé du cancer du sein par mammographie est recommandé aux femmes de 50 à 74 ans :

- Tous les 5 ans
- Tous les 4 ans
- Tous les 3 ans
- Tous les 2 ans
- Tous les ans
- Je ne sais pas

*Commentaire : Ce dépistage par mammographie doit s'accompagner d'un examen clinique avec palpation des seins et des aires ganglionnaires, dans le cadre du dépistage organisé avec double lecture des clichés, matériel de radio vérifié, et expérience du radiologue contrôlée.*

#### QUESTION N°7

Les effets du dépistage organisé du cancer du sein par mammographies tous les 2 ans pour les femmes de 50 à 74 ans sont :

- Une diminution de la mortalité totale
- Une augmentation de la mortalité totale

- Une diminution de la mortalité par cancer du sein
- Une augmentation de la mortalité par cancer du sein
- Je ne sais pas

*Commentaire : Les bénéfiques du dépistage par mammographie sont :*

*- Non démontrés en termes de mortalité totale, puisque les effets vont d'une diminution de 1% de la mortalité totale à une AUGMENTATION de 3 % au bout de 13 ans de dépistage !*

*- Incertains sur la mortalité par cancer du sein, puisqu'il faut inviter 700 et 2 500 femmes pendant 14 ans pour éviter 1 décès.*

*Il faudrait donc donner théoriquement une information claire et loyale pour permettre un choix éclairé par les patientes.*

#### QUESTION N°8

A quel rythme le dosage du PSA est-il recommandé par la HAS dans le dépistage du cancer de la prostate ?

- Tous les 5 ans
- Tous les 4 ans
- Tous les 3 ans
- Tous les 2 ans
- Tous les ans
- Ce dépistage n'est pas recommandé par la HAS

*Commentaire : Le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA et réalisation d'un toucher rectal tous les 2 ans N'EST PAS recommandé par la Haute Autorité de Santé, car il n'a pas fait la preuve de son efficacité en terme de réduction de la mortalité totale et par cancer de la prostate. Mais on doit informer un patient et prescrire le test s'il en fait le choix, ou lui rappeler que renoncer au dépistage n'est pas un vaccin contre le cancer.*

#### QUESTION N°9

En population générale, la prévention du mélanome repose sur :

- Une alimentation riche en bêta-caroténoïdes naturels
- Une limitation de l'exposition solaire dès le plus jeune âge
- Un examen systématique de tout la surface cutanée par un dermatologue tous les ans

*Commentaire : L'examen physique annuel est seulement recommandé s'il y a au moins un antécédent de mélanome au 1er degré. Les critères ABCDE (Asymétrie, Bords irréguliers, Couleur non homogène, Diamètre supérieur à 6 mm, Évolution) ne sont pas un dépistage au sens propre, mais des indicateurs de lésion suspecte qui doivent amener à consulter un dermatologue au moindre doute.*

Les réponses justes sont soulignées.

### QUESTION N°1

Que proposer et quelles informations donner à une jeune femme de 21 ans qui souhaite un jour avoir des enfants ?

- Arrêter la pilule environ trois mois avant d'essayer de faire un enfant
- Faire une sérologie de la rubéole et de la toxoplasmose systématiquement
- Faire groupe et Rh, NFS, fer sérique, électrophorèse de l'hémoglobine systématiquement
- Proposer, discuter sérologie VIH et sérologie Chlamydiae systématiquement
- Eviter le chou
- Médicaments = 0 (ou paracétamol...), Alcool consommation = 0, Tabac consommation = 0, Drogue consommation = 0
- Prendre du fer 3 mois pour augmenter ses réserves
- Prendre de l'acide folique jusqu'à la fin du 3ème mois de grossesse
- Vacciner contre la coqueluche si non fait
- Demander si elle a déjà eu la varicelle

Commentaire :

- Faire une sérologie de la rubéole et vacciner sous CO si négative

- Faire une sérologie de la toxoplasmose : si négative, informer sur les précautions à prendre en cas de grossesse

- Groupe Rh, si Rh négatif : information sur vaccin le anti D, Rhésus du conjoint et si grossesse du père ?

- NFS, fer sérique, électrophorèse de l'hémoglobine si situation à risque, pas systématiquement

- Prescrire la sérologie VIH si la patiente accepte même en l'absence de prise de risque, PCR Chlamydiae si femme inférieur à 23 ans ou si risque IST

- Alcool consommation = 0

- Tabac consommation = 0

- Médicaments = 0 (ou paracétamol...)

- Drogue consommation = 0

- Une supplémentation en fer est facilement prescrite en fin de grossesse car la femme va saigner à l'accouchement, et parfois aussi dès le 5ème mois en cas de grossesses rapprochées, ou de femmes connues pour être carencées, mais il n'y a pas lieu de prescrire en préventif lors de la consultation « désir d'enfant »

- Acide folique : 4 semaines avant la conception et 8 semaines après, soit 3 mois minimum de traitement jusqu'à la fin du 2ème mois de G (ou fin du 3ème mois selon

les recommandations), dosage fort à 5 mg par jour pour les femmes à risque élevé, et dosage faible à 0,4 mg/j pour les femmes sans antécédent particulier

- Vacciner contre la coqueluche ? Si l'on doit faire un rappel DTP : chez l'adulte jeune préférer REPEVAX

- Demander si la femme a fait la varicelle, si elle et sa mère pensent que non, sérologie et si négative vaccination (sous contraception efficace pendant 3 mois)

## Question n°2

Une jeune femme prend sa pilule œstroprogestative le soir, et s'aperçoit à midi qu'elle a oublié celle de la veille. Que doit-elle faire ?

- Pas de problème, il suffit de prendre le comprimé d'hier et du jour ce soir
- Elle doit prendre tout de suite le comprimé d'hier et celui du jour
- Si elle a un rapport sexuel dans les 7 jours suivants, elle doit utiliser en plus des préservatifs
- Si le dernier comprimé de la plaquette est dans la période de 7 jours, elle démarre la plaquette suivante en sautant la semaine d'arrêt

*Commentaire : L'oubli de pilule est une cause majeure de grossesse non désirée. Combien de temps s'est écoulé depuis que vous avez pris votre dernier comprimé ? Moins de 12 heures : Prendre le comprimé oublié immédiatement et continuer la plaquette ; Reprendre le comprimé à l'heure habituelle (même si 2 cp pris le même jour) ; Attention : 3 h maxi si pilule micro progestative Microval, Milligynon, sauf Cerazette ? Plus de 12 heures ou 3 heures pour micro progestatifs ; Prendre immédiatement le comprimé oublié le plus récemment Règle des 7 jours ; Si rapport sexuel dans les 7 jours suivants utiliser simultanément une seconde méthode contraceptive non hormonale (ex : préservatifs) ; Si le dernier comprimé de la plaquette est dans la période de 7 jours démarrer la plaquette suivante non stop.*

## QUESTION N°3

Que devrait dire un pharmacien quand il délivre la pilule du lendemain à une mineure ?

- Je ne peux pas délivrer la pilule du lendemain à une mineur sans ordonnance
- Avez-vous des papiers d'identités pour que je puisse être payé ?
- Quelle est la date du dernier rapport non protégé ?
- Êtes vous sûr qu'il n'y en a pas eu avant ?
- Combien de fois avez-vous pris la pilule du lendemain avant ?
- Si vous avez déjà fait 2 IVG c'est contre indiqué
- Avez-vous pris un risque pour les IST ?
- Allez d'abord consulter un CDAG, le planning familial ou votre MG
- Avez-vous une contraception pour la suite ?
- Désolé, mais il me faut une autorisation parentale.

*Commentaire : Les pharmaciens comme le montrent certaines enquêtes ont du mal à assurer ce conseil, il est donc du rôle du MG d'informer systématiquement les jeunes filles et les femmes sur la contraception d'urgence. La prescription anticipée de la contraception d'urgence, plébiscitée par les femmes dans des enquêtes aux USA est à réfléchir.*

#### QUESTION N°4

Une jeune femme de 17 ans vient vous voir car elle n'a pas eu ses règles deux fois de suite. Son cycle est habituellement de 3 à 5 semaines, elle ne prend pas de contraception, a un petit copain régulier, mais ne veut pas d'enfant tout de suite.

- Vous ne pouvez rien faire pour elle : elle est mineure.
- Vous devez lui remonter le moral en lui parlant du bonheur d'être une jeune mère.
- Vous lui prescrivez un test de grossesse sans urgence.
- Vous lui prescrivez un test de grossesse et une échographie, sans urgence.
- Vous lui expliquez l'urgence relative de la situation.
- Vous appelez un centre d'interruption volontaire de grossesse ou un collègue qui pratique des IVG médicamenteuse en ville.
- Vous appelez ses parents pour demander de signer le consentement éclairé pour l
- Vous lui prescrivez la pilule du lendemain.
- Vous lui faites la morale : il ne faut pas s'étonner de tomber enceinte si on ne prend pas de contraception.
- Vous lui dites de prendre rendez-vous avec un gynécologue dans le mois qui vient.

*Commentaire : Il s'agit bien d'une urgence relative. Elle est à 6 ou 10 semaines d'aménorrhée (SA), voire plus si les dernières règles étaient des 'fausses règles', alors que le délai légal pour une IVG en France est de 14 SA (et dans ce cas uniquement chirurgicale, sous anesthésie locale ou chirurgicale). Vous devez mettre en place le diagnostic de grossesse et sa datation (donc au minimum une échographie endovaginale) en urgence. En effet, de ce résultat dépend la possibilité légale de réaliser une IVG et le choix de la technique par la patiente en fonction des possibilités du plateau technique local (IVG ambulatoire possible jusqu'à 7 SA, IVG médicale jusqu'à 9 SA, ou sinon chirurgicale jusqu'à 14 SA). Pour une IVG chez les mineures, le consentement parental n'est pas obligatoire mais elle doit être accompagnée par une personne majeure. Cela suppose le respect de l'anonymat et prise en charge gratuite.*

*La morale n'a évidemment rien à voir là-dedans, même chez une mineure...*

#### QUESTION N°5

De même que les consultations sur ces thèmes, les cours portant sur le désir de grossesse et la prévention des grossesses non désirées devraient être exclusivement réservés aux femmes, et interdits aux hommes.

- Vrai
- Faux

*Commentaire : Si vous pensez que ce genre de cours s'adresse aussi bien aux hommes qu'aux femmes, n'oubliez pas qu'il en sera de même lors de vos consultations futures : le désir de grossesse et la prévention des grossesses non désirées seront des thèmes à aborder aussi avec vos patients.*

Les réponses justes sont soulignées.

### QUESTION N°1

Lesquelles de ces infections ou maladies sont sexuellement transmissibles ?

- VIH = virus de l'immunodéficience humaine
- 'Chaude pisse'
- VHB = virus de l'hépatite B
- HSV = herpes simplex de type 2
- LGV = lymphogranulomatose vénérienne
- SIDA = syndrome d'immunodéficience acquise
- Syphilis secondaire
- Salpingite à chlamydia trachomatis
- Condylomes anaux
- HPV = human papillomavirus

*Commentaire : Eh oui, toutes ! La 'chaude pisse' est le terme familier pour désigner l'urétrite gonococcique.*

### QUESTION N°2

Savez-vous ce qu'est le counseling ?

- Oui
- Non

*Commentaire : Le counseling est centré sur une réflexion éthique. Il s'applique à tous les domaines de la médecine générale, mais est mieux connu pour la sérologie VIH. Il consiste à informer le patient sur la nature et la valeur de l'examen proposé : ce que l'on attend de l'examen, les décisions possibles suivant les résultats.*

*Si le counseling est impossible, il faut prescrire quand même le test VIH !*

### QUESTION N°3

Que prescrivez-vous à un patient asymptomatique de 25 ans qui ne se rappelle plus de ses derniers vaccins et qui vient vous voir 7 mois après un rapport sexuel à risque (rupture de préservatif) ?

- PCR Chlamydia sur premier jet urinaire
- Des préservatifs
- Antigène HBe
- Cytodiagnostic de Tzanck
- Anticorps anti- HBe
- Une intradermoréaction à la tuberculine
- Sérologie VIH 1 et 2

- Anticorps anti- HBs
- Antigénémie p24
- Rien de tout ça, il n'avait qu'à faire attention !

*Commentaire : Une IST peut en cacher une autre !*

*Quelque soit l'IST diagnostiquée*

*Examen clinique : pas seulement les OGE !*

*- Sérologie VIH 1 et 2*

*- Sérologie VHC (pas vraiment une IST ?)*

*- Anticorps anti-HBs (et pas HBe, il y avait un piège), + Ac anti-HBc et Ag HBs si jamais vacciné(e)*

*- Sérologie TPHA-VDRL*

*- PCR Chlamydia sur le premier jet urinaire*

*Sans oublier :*

*- Préservatifs abstinence jusqu'aux résultats définitifs*

*- Examen de dépistage du (ou des) partenaire(s)*

#### QUESTION N°4

Ma sérologie de l'hépatite B est la suivante : antigène HBs négatif, anticorps anti-HBs positif et anticorps anti-HBc négatif. Que suis-je ?

- Guéri
- Vacciné
- Porteur
- Contagieux
- Il manque des informations pour savoir

*Commentaire : Le vaccin contre l'hépatite B contient l'antigène HBs. Il provoque donc la production d'anticorps anti-HBs (mais l'antigène ne reste pas, contrairement à une infection par l'hépatite B).*

#### QUESTION N°5

Le préservatif féminin est moins efficace que le préservatif masculin.

- Vrai
- Faux
- Le préservatif féminin n'existe pas

*Commentaire : Le préservatif féminin existe bien, et il est au moins aussi efficace que le préservatif masculin.*

Les réponses justes sont soulignées.

### QUESTION N°1

Quelles sont les recommandations actuelles concernant le diagnostic précoce et le dépistage des démences en France ?

- Il est recommandé de diagnostiquer précocement les démences
- Il n'est pas recommandé de diagnostiquer précocement les démences
- Il est recommandé de dépister les démences
- Il n'est pas recommandé de dépister les démences
- Il n'existe aucune recommandation

*Commentaire : Le diagnostic précoce des démences est recommandé (Acc. Professionnel)*

*- Informer le patient et la famille sur la maladie*

*- Prévenir l'épuisement familial par la mise en place précoce et progressive des aides et soutiens nécessaires*

*A la différence du diagnostic précoce (qui s'adresse aux patients présentant les premiers symptômes), le dépistage (qui s'adresse à des patients indemnes de tout symptôme) des démences N'EST PAS actuellement recommandé (Acc. Professionnel), notamment car il n'existe aucun traitement miracle à proposer une fois le diagnostic posé.*

### QUESTION N°2

Dans l'article 'Belmin J, Pariel-Madjlessi S, Surun P, et al. The cognitive disorders examination (Codex) is a reliable 3-minute test for detection of dementia in the elderly (validation study on 323 subjects). Presse Med 2007, 36:1183-90.' (disponible sur le site), les auteurs ont choisi de considérer le test CODEX normal si le patient était classé A ou B, et anormal si C ou D. Pouvez-vous déterminer la sensibilité du test si le test CODEX est considéré comme normal si le patient est classé A, et anormal si B ou C ou D ? Et les valeurs prédictives positives et négatives ?

- Non, c'est impossible à partir des données de l'article
- La sensibilité et la spécificité ne changent pas quelque soit le seuil choisi (Se = 92% et Sp = 85%)
- La sensibilité va diminuer (Se = 86%) et la spécificité va augmenter (Sp = 90%)
- La sensibilité va augmenter (Se = 100%) et la spécificité va diminuer (Sp = 46%)
- La valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative ne changent pas quelque soit le seuil choisi (VPP = 90% et VPN = 90%)
- La valeur prédictive positive va augmenter (VPP = 92%) et la valeur prédictive négative va diminuer (VPN = 82%)
- La valeur prédictive positive va diminuer (VPP = 72%) et la valeur prédictive négative va augmenter (VPN = 100%)



Commentaire : D'après le tableau 1, les calculs sont les suivants :

- Nombre de malades classés A =  $62 * 0\% = 0$
- Nombre de non malades classés A =  $62 - 0 = 62$
- Nombre de malades classés B =  $68 * 22\% = 14$
- Nombre de non malades classés B =  $68 - 14 = 54$
- Nombre de malades classés C =  $17 - 12 = 5$
- Nombre de non malades classés C =  $17 * 71\% = 12$
- Nombre de malades classés D =  $176 * 92\% = 162$
- Nombre de non malades classés D =  $176 - 162 = 14$
- Nombre total de malades = 323
- Se = probabilité d'avoir un test positif si on est malade =  $(14+12+162)$  divisé par  $(0+14+12+162) = 100\%$
- Sp = probabilité d'avoir un test négatif si on n'est pas malade =  $62$  divisé par  $(54+5+14+62) = 46\%$
- VPP = probabilité d'être malade si le test est positif =  $(14+12+162)$  divisé par  $(14+12+162+54+5+14) = 72\%$
- VPP = probabilité de ne pas être malade si le test est négatif =  $62$  divisé par  $(0+62) = 100\%$

### QUESTION N°3

Toujours partir du même article, pouvez-vous déterminer la sensibilité du test si le test CODEX est considéré comme normal si le patient est classé A ou B ou C, et anormal si D ? Et les valeurs prédictives positives et négatives ?

- Non, c'est impossible à partir des données de l'article
- La sensibilité et la spécificité ne changent pas quelque soit le seuil choisi (Se = 92% et Sp = 85%)
- La sensibilité va diminuer (Se = 86%) et la spécificité va augmenter (Sp = 90%)
- La sensibilité va augmenter (Se = 100%) et la spécificité va diminuer (Sp = 46%)
- La valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative ne changent pas quelque soit le seuil choisi (VPP = 90% et VPN = 90%)
- La valeur prédictive positive va augmenter (VPP = 92%) et la valeur prédictive négative va diminuer (VPN = 82%)
- La valeur prédictive positive va diminuer (VPP = 72%) et la valeur prédictive négative va augmenter (VPN = 100%)

Commentaire : D'après le tableau 1, les calculs sont les suivants :

- Nombre de malades classés A =  $62 * 0\% = 0$
- Nombre de non malades classés A =  $62 - 0 = 62$

- Nombre de malades classés B =  $68 * 22\% = 14$
- Nombre de non malades classés B =  $68 - 14 = 54$
- Nombre de malades classés C =  $17 - 12 = 5$
- Nombre de non malades classés C =  $17 * 71\% = 12$
- Nombre de malades classés D =  $176 * 92\% = 162$
- Nombre de malades classés D =  $176 - 162 = 14$
- Nombre total de malades = 323
- Se = probabilité d'avoir un test positif si on est malade =  $162 \text{ divisé par } (0+14+12+162) = 86\%$
- Sp = probabilité d'avoir un test négatif si on n'est pas malade =  $(62+54+5) \text{ divisé par } (54+5+14+62) = 90\%$
- VPP = probabilité d'être malade si le test est positif =  $162 \text{ divisé par } (14+162) = 92\%$
- VPN = probabilité de ne pas être malade si le test est négatif =  $(62+54+5) \text{ divisé par } (62+54+5+14+12) = 82\%$

#### QUESTION N°4

A propos d'un test de dépistage, quelle est la proposition juste ?

- Une valeur prédictive positive élevée me permet de ne pas inquiéter à tort un malade (si le test est positif)
- Une valeur prédictive positive élevée me permet de rassurer un malade (si le test est négatif)
- Une valeur prédictive négative élevée me permet de ne pas inquiéter à tort un malade (si le test est positif)
- Une valeur prédictive négative élevée me permet de rassurer un malade (si le test est négatif)
- Je ne peux pas répondre sans connaître la sensibilité et la spécificité du test
- Je ne peux pas répondre sans connaître la prévalence de la maladie dans la population

*Commentaire : La VPP et la VPN sont les paramètres les plus parlants pour le clinicien, et les plus utiles en pratique quotidienne. Une valeur prédictive positive élevée minimise le taux de faux positifs : c'est le critère le plus important en cas de prise en charge lourde que je ne veux pas imposée à des faux positifs (explorations invasives, traitements lourds...). Une valeur prédictive négative élevée minimise le taux de faux négatifs : c'est le critère le plus important si la négativité du test entraîne l'arrêt de toutes les explorations (bandelette urinaire négative encas de suspicion d'infection urinaire...) La sensibilité, la spécificité et la prévalence n'ont rien à voir là-dedans (bien qu'à sensibilité et spécificité égales, la VPP et la VPN varient en fonction de la prévalence).*

#### QUESTION N°5

Est-il recommandé de réaliser une ostéodensitométrie chez une femme de 56, ménopausée, qui vous explique que sa mère, actuellement âgée de 89 ans, est hospitalisée pour une fracture du col fémoral suite à une chute de sa hauteur ?

- Oui
- Non

*Commentaire : Indication éventuelle à une ostéodensitométrie :*

*- ATCD personnel ou découverte d'une fracture ostéoporotique (sauf crâne, orteils, doigts, rachis cervical)*

*Et chez la femme ménopausée avec FDR d'ostéoporose :*

*- ATCD familial au 1er degré de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur*

*- IMC inférieur à 19 kgm<sup>2</sup>*

*- Ménopause précoce avant 40 ans, quelle qu'en soit la cause*

*- Pathologie ou traitement inducteur d'ostéoporose*

#### QUESTION N°6

Le 'timed up and go test' (TUG) est considéré comme :

- Un très mauvais test de dépistage du risque de chute chez la personne âgée
- Normal si inférieur à 10 secondes
- Normal si inférieur à 15 secondes
- Normal si inférieur à 20 secondes

*Commentaire : Timed up and go test (TUG) : Voudriez-vous vous lever et faire quelques pas ?*

*- 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 supérieur à 20 secondes, important si supérieur à 29 secondes.*

#### QUESTION N°7

Concernant l'hypertension artérielle du sujet âgé de plus de 80 ans, cochez les bonnes réponses :

- La définition de l'HTA est : PAS supérieure à 140 mmHg et ou PAD supérieure à 90 mmHg
- La définition de l'HTA est : PAS supérieure à 150 mmHg et ou PAD supérieure à 95 mmHg
- La définition de l'HTA est : PAS supérieure à 160 mmHg et ou PAD supérieure à 100 mmHg
- Il ne faut plus traiter l'HTA après 80 ans
- L'objectif du traitement est : PAS inférieure à 140 et PAD inférieure à 90 mmHg

- L'objectif du traitement est : PAS inférieure à 150 mmHg
- L'objectif du traitement est : PAS inférieure à 160 mmHg

*Commentaire : La définition de l'hypertension artérielle (HTA) est la même quelque soit l'âge : PAS supérieure à 140 mmHg et ou PAD supérieure à 90 mmHg. Mais la balance bénéfices risques est favorable au traitement après 80 ans (notamment en terme de réduction du risque d'AVC) pour un objectif thérapeutique plus 'souple' : PAS inférieure à 150 mmHg.*

#### QUESTION N°8

La formule MDRD est plus adaptée que la formule de Cockcroft pour le calcul de la clairance de la créatinine chez le sujet âgé ?

- Vrai
- Faux
- C'est quoi la formule MDRD ?

*Commentaire : Formule MDRD :  $DFG (ml/mn/1,73 m^2) = 186.3 \times \text{créatininémie (mg/dL)}^{-1,154} \times \text{Âge (ans)}^{-0,203} \times (1.212 \text{ si peau noire}) \times (0.742 \text{ si sexe féminin})$  Elle est calculable en ligne à l'adresse suivante : <http://www.reseau-paris-nord.com/diabete/diabete.outils.COCKROFT.php>*

## Résumé

**INTRODUCTION :** Depuis 1998, les enseignants du département de médecine générale de Paris 7 organisent au cours de la deuxième année de deuxième cycle des études médicales, un enseignement complet sur la prévention. Ils l'actualisent et l'enrichissent chaque année. Cet enseignement comprend 9 séances de 2 heures chacune, au cours desquelles les 200 étudiants inscrits découvrent les principaux aspects de la prévention en soins primaires (inégalités de santé, vaccins, tabac, alcool, drogues illicites, risque cardiovasculaire, cancers, désir d'enfant et grossesses non désirées, infections sexuellement transmissibles, personnes âgées). Le dispositif pédagogique vise à favoriser l'interactivité. Pour la rentrée universitaire 2009-2010, un site internet dédié a été créé. **OBJECTIFS :** Evaluer l'efficacité de ce dispositif pédagogique et de fournir une aide aux enseignants pour améliorer la qualité des enseignements du certificat optionnel de prévention. **METHODE :** Comparaison globale des notes aux pré-tests et aux post-tests (test *t* apparié) ; analyses par séance, enseignant, horaire, et question. **RESULTATS :** Notre étude montre une amélioration significative entre les pré-tests et les post-tests pour l'ensemble des étudiants, avec respectivement une moyenne de 4,69 et 6,87 points sur 10 ( $p < 10^{-16}$ ), sans différence « pédagogiquement significative » lors de l'analyse par enseignant et par horaire. **CONCLUSION :** Il est toujours intéressant de mesurer l'apport réel d'un enseignement sur les étudiants et la manière dont ces derniers le perçoivent. Ce dispositif pédagogique semble opérationnel, efficace, et robuste. Plusieurs améliorations pourront lui être apportées à la lumière des résultats de cette étude.

Mots-clés : Evaluation des apprentissages ; deuxième cycle des études médicales ; prévention.