



HAL
open science

Élaboration d'un auto-questionnaire patient et évaluation de son utilisation sous la forme d'une fiche synthétisée pour structurer une consultation de prévention dédiée en médecine générale

Germain Lassalle

► To cite this version:

Germain Lassalle. Élaboration d'un auto-questionnaire patient et évaluation de son utilisation sous la forme d'une fiche synthétisée pour structurer une consultation de prévention dédiée en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01501872

HAL Id: dumas-01501872

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01501872>

Submitted on 4 Apr 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline: MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 9 décembre 2016 par:

Germain LASSALLE

Né le 24 mars 1986, à Calais (62)

Élaboration d'un auto-questionnaire patient et évaluation de son utilisation sous la forme d'une fiche synthétisée pour structurer une consultation de prévention dédiée en médecine générale

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Associé William Durieux

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Alain Ravaud	Président du jury
Monsieur le Professeur François Petregne	Juge
Monsieur le Docteur Yves Montariol	Juge
Madame le Docteur Annie Burbaud	Juge
Monsieur le Docteur Yves Pierron	Juge
Madame le Docteur Mélanie Afonso	Rapporteur

À Monsieur le Président du Jury,

Monsieur le Professeur Alain Ravaud,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Université de Bordeaux
Chef du service d’Oncologie Médicale, CHU de Bordeaux

Vous nous faites le grand honneur d’assurer la présidence de notre jury.
Nous vous remercions de votre confiance et de l’intérêt que vous avez bien voulu porter à
notre travail.

Nous vous prions d’accepter l’assurance de notre profond respect.

À Monsieur le membre du jury,

Monsieur le Professeur François Petregne,

Professeur associé des Universités – Médecin Généraliste
Université de Bordeaux

Nous vous remercions d’avoir bien voulu porter attention à ce travail et d’accepter de
siéger dans notre jury.

Nous vous prions d’accepter l’assurance de notre profond respect.

À Monsieur le membre du jury,

Monsieur le Docteur Yves Montariol

Maître de Conférences Associé – Médecin Généraliste
Université de Bordeaux

Nous vous remercions d’avoir bien voulu prendre part à notre jury et d’accepter de juger
ce travail.

Nous vous prions de croire en l’expression de notre gratitude.

À Madame le membre du jury,

Madame le Docteur Annie Burbaud

Pôle de Prévention et Promotion de la Santé – Médecin
Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail et de siéger dans notre jury.
Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre entière
reconnaissance.

À Monsieur le membre du jury,

Monsieur le Docteur Yves Pierron

Médecin Conseil
Mutualité Sociale Agricole, Bordeaux

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury et de juger notre travail.
Nous vous remercions pour votre confiance accordée et tenons à vous exprimer notre
entière reconnaissance.

À Madame le rapporteur,

Madame le Docteur Mélanie Afonso

Chef de Clinique des Universités – Médecin Généraliste
Université de Bordeaux

Nous te remercions d'avoir bien voulu critiquer ce travail.
Nous avons grand besoin d'un regard extérieur sur celui-ci, de surcroît aussi compétent
que le tien.
Je te remercie aussi d'être toujours si disponible pour les étudiants dans les méandres des
travaux universitaires !

À Monsieur le Directeur de Thèse,

Monsieur le Professeur Associé William Durieux,

Professeur Associé des Universités – Médecin Généraliste
Université de Bordeaux

Un grand merci pour m'avoir guidé dans ce travail et pour avoir été si patient dans la
précision de ce sujet : tu as pleinement respecté mon idée et je t'en remercie.
Merci aussi de m'avoir si bien accueilli à l'ancien cabinet de Targon et de m'avoir guidé
tout au long de mon internat à travers les supervisions directes et indirectes, les scripts,
mais encore aujourd'hui quand j'ai besoin d'avis sur certains dossiers et sûrement demain,
pour mon aventure Sauveterroise...
Tu es un compagnon de luxe dont on devrait tous bénéficier en début d'exercice !

Mais parce que la thèse n'est pas uniquement l'aboutissement des années universitaires, je tenais aussi à adresser ces remerciements:

À ma mère,

À qui je dois une grande partie de ma réussite: j'étais assis dans un fauteuil en or avec un environnement tourné vers moi, comment ne pas réussir ?

Je ne te dirai jamais assez MERCI pour tous les sacrifices qui m'ont permis d'y arriver : l'école, le collège, le lycée, la fac et tout le florilège d'activités para-scolaires.

Je te dédie cette thèse en témoignage de mon immense reconnaissance.

À ma grand-mère,

Merci pour ton humour et ta bonne humeur, même si parfois le moral n'est pas toujours au rendez-vous; merci aussi pour tous ces moments qui ont empli ma jeunesse de joie et de milliers de bons souvenirs. Je souhaite à tous de partager des moments de vie et de complicité avec une mamie comme toi.

À mon grand-père,

Auquel il m'arrive souvent de penser, surtout de réaliser à quel point nous n'avons pas eu la même jeunesse. La rudesse du travail a parfois dû laisser un goût amer au quotidien.

Mais ce n'était pas vain, nous avons tous pris l'ascenceur en marche !

À ma Léa (que je ne saurais appeler autrement ici...),

Merci pour ces (presques !) dix années de vie amoureuse, de vie en collocation, de mutations ; merci de supporter mes changements incessants d'idées, pas toujours lumineuses... Merci d'avoir fait de moi un trentenaire (quasi) serein. J'aime notre vie à deux. J'aime ce voyage en combi Volkswagen. Et pourvu que ces nouvelles contrées de l'Entre Deux Mers nous réservent de belles surprises !?

À mon père,

Merci de m'avoir transmis l'amour de la montagne, de la langue et des repas à l'Espagnol ! Entre la bière du Nord et le vin d'Espagne, le demi-pas se situe à Bordeaux, ce qui nous rapproche un peu plus.

J'espère que toi aussi tu viendras plus souvent nous voir.

« Aux pièces rapportées »,

Dominique, alias Dodo les bons tuyaux ou le roi du système Dodo, merci pour ta bonne humeur de toujours et pour tes précieux diagnostics automobiles !

Cecibella, muchas gracias por estar muy agradable con migo y para hacermé tan bien mis platos preferidos !

À mes oncles et tantes,

Avec qui je prends beaucoup de plaisir à chaque retrouvailles.

Prenez ce travail, adressé aux plus de 50 ans, comme un désir fort de vous garder auprès de nous en bonne santé.

À mes cousins et cousines,

Que je vois de loin s'épanouir tout doucement dans la vie entre travail, maison et famille. Gageons qu'il y ait de nombreux événements de vie (naissances, baptêmes, mariages...) dans les années à venir, autant d'occasions de se voir !

À mes beaux-parents et ma belle-famille,

Merci de m'avoir si bien accueilli ; je passe toujours de bons moments avec vous. Laurent, merci tout simplement d'être là...

À tous mes meilleurs amis, sans qui je serais bien malheureux !

Ceux du tout début : Jéjé, Dimi, Pyt, Cha, Crae et aussi Émeline, Aurélien et Vince

Ceux de Lille : Nico, Pauline, Timal, Rimaï, Marine et aussi la star, The TERENCE Show !

Sans oublier la résidence St Michel et toutes ces amitiés scellées (Céline, Claire, Florence...)

Ceux de Bordeaux : Fred (et Sarah), Aurore (et Benoit), Jenna (et Tristan), Bastien (et Céline).

À tous les co-internes rencontrés lors de stages

Therry, Charlotte, Elodie, Océane, Alice, Tatiana...

À tous les cabinets médicaux dans lesquels j'ai travaillé en tant que stagiaire ou remplaçant :

Bien évidemment Grignols, mon premier stage, où j'ai découvert la médecine rurale. Merci à toi Olivier de m'avoir fait confiance pour tes patients, merci d'être comme tu es avec tes confrères.

Merci à Francine (et à Patrick !), en quelque sorte une mère pour moi en Gironde ; merci aussi à Jacqueline, j'ai rarement vu une telle bonté en quelqu'un !

Merci aussi au cabinet de Targon et son équipe formidable de médecins pédagogues et à l'écoute du moindre problème. Et à Christine, disparue trop tôt en retraite anticipée !

Aux Docteurs Desombre et Valeur,

Mes médecins traitants, certainement ceux qui m'ont donné envie de me lancer dans cette voie.

Je vous remercie de m'avoir si bien écouté et traité : comment mieux comprendre les patients, sinon être patient soi-même !

À la Faculté Libre de Médecine de Lille

Et son doyen de l'époque si charismatique, le Professeur Gérard Forzy, dont j'ai beaucoup aimé ses nombreux cours de Médecine et dont j'ai beaucoup apprécié l'oreille attentive quant aux revendications à propos de la vie étudiante ou du contenu des cours.

Enfin, à ceux dont je n'ai guère apprécié les mots ou les méthodes, envers les patients ou envers moi-même,

Je vous remercie de m'avoir montré les erreurs à ne pas faire et les manières à ne pas prendre !

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	15
LISTE DES TABLEAUX.....	17
INTRODUCTION.....	19
PREMIÈRE PARTIE : MISE AU POINT CONCERNANT LES DIFFÉRENTES NOTIONS UTILISÉES.....	21
1. La prévention.....	21
1.1. Définition de la prévention.....	21
1.2. Les politiques de prévention en France.....	22
1.3. Les plans nationaux de lutte contre le tabac et le cancer.....	23
1.4. L'application des mesures préventives en Médecine Générale.....	24
2. Les consultations dédiées à la prévention.....	25
2.1. Les dispositifs existants.....	25
2.1.1. Les centres d'examens de santé.....	25
2.1.2. Les instants santé de la mutualité sociale agricole.....	26
2.1.3. Les consultations pédiatriques.....	27
2.1.4. L'exemple du Québec.....	28
2.2. Les expérimentations locales.....	30
2.2.1. Le logiciel ESPER.....	30
2.2.2. Le plan de prévention personnalisé.....	31
2.2.3. Le logiciel IDIAS.....	31
2.3. Les rapports d'experts.....	32
2.3.1. Rapport sur la consultation périodique de prévention au ministère de la Santé.....	32
2.3.2. Rapport de la commission d'orientation et de prévention du ministère de la Santé et des Solidarités.....	33
2.3.3. Séminaire de la société française de santé publique: la consultation de prévention en Médecine Générale.....	34
2.3.3. Rapport de la société française de santé publique de 2008.....	35
2.3.4. Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique de 2009.....	35
3. Les autoquestionnaires patients.....	36
4. Le point de vue des acteurs de la consultation médicale.....	36
4.1. Le médecin.....	36
4.2. Le patient.....	36
5. En conclusion de cette première partie.....	37

**DEUXIÈME PARTIE : ÉLABORATION ET SYNTHÈSE DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE
PATIENT.....39**

1. Construction du questionnaire	
1.1. Choix des dépistages.....	39
1.2. Choix des parties.....	40
1.3. Choix des tests.....	40
2. Première partie de l'AQP : Les risques socio-professionnels	
2.1. Dépistage de la précarité (n°1).....	41
2.2. Dépistage des violences conjugales (n°2).....	43
2.3. Dépistage des risques professionnels (n°3).....	46
3. Deuxième partie de l'AQP : Les maladies cardiovasculaires, respiratoires et les addictions	
3.1. Dépistage de signes fonctionnels de maladies cardio-vasculaires (n°4).....	49
3.2. Dépistage de la consommation de tabac (n°5).....	49
3.3. Dépistage du surpoids et de l'obésité (n°6).....	52
3.4. Évaluation du risque cardio vasculaire global (n°7).....	54
3.5. Dépistage de la consommation excessive de sel chez l'hypertendu (n°8).....	59
3.6. Dépistage du Syndrome d'Apnée Hypopnée Obstructive du Sommeil (n°9).....	61
3.7. Dépistage de la Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (n°10).....	64
3.8. Dépistage de l'addiction alcoolique (n°11).....	66
3.9. Dépistage de l'addiction aux jeux d'argent (n°12).....	69
4. Troisième partie de l'AQP : Les autres maladies prévalentes à 50 ans	
4.1. Dépistage de symptômes anxio-dépressifs (n°13).....	72
4.2. Dépistage d'une dépendance aux benzodiazépines ou hypnotiques (n°14).....	75
4.3. Dépistage des troubles sexuels (n°15).....	78
4.4. Dépistage des facteurs de risques d'ostéoporose et évaluation de la consommation calcique (n°16).....	79
4.5. Dépistage de l'incontinence urinaire chez la femme (n°17).....	82
4.6. Dépistage des troubles de la ménopause chez la femme (n°18).....	83
4.7. Dépistage de l'hypertrophie bénigne de prostate chez l'homme (n°19).....	84
4.8. Dépistage des troubles de la vue: dégénérescence maculaire liée à l'âge et glaucome (n°20).....	86
4.9. Dépistage bucco-dentaire (n°21).....	88
5. Quatrième partie de l'AQP : Les cancers	
5.1. Dépistage et repérage des signes fonctionnels de cancers (n°22).....	90
5.1.1. Dépistage et repérage du mélanome de la peau.....	90
5.1.2. Repérage du cancer voies digestives supérieures.....	91
5.1.3. Repérage du cancer du poumon.....	91
5.1.4. Repérage du cancer de l'ovaire chez la femme.....	91

5.1.5. Repérage du cancer de l'endomètre chez la femme.....	92
5.1.6. Repérage du cancer du testicule chez l'homme.....	92
5.2. Dépistage et repérage du cancer colorectal (n°23).....	93
5.3. Dépistage et repérage du cancer du sein chez la femme (n°24).....	95
5.4. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez la femme (n°25).....	97
5.5. Dépistage du cancer de la prostate chez l'homme (n°26).....	98
6. Cinquième partie de l'AQP : Les infections	
6.1. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (n°27).....	99
6.1.1. Les papillomavirus humains.....	99
6.1.2. L'infection à Chlamydia Trachomatis	99
6.1.3. L'infection à gonocoques.....	100
6.1.4. L'infection à Syphilis.....	101
6.1.5. L'infection au virus de l'hépatite C.....	101
6.1.6. L'infection au virus de l'hépatite B.....	101
6.1.7. L'infection au virus de l'immunodéficience humaine.....	102
6.2. Les vaccins (n°28).....	104
6.2.1. Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.....	104
6.2.2. Contre la coqueluche.....	104
6.2.3. Contre le virus de la grippe.....	104
6.2.4. Contre le pneumocoque.....	105
6.2.5. Contre l'hépatite A.....	105
6.2.6. Contre l'hépatite B.....	105
6.2.7. Contre la varicelle.....	105
6.2.8. Contre la tuberculose.....	106
6.2.9. Contre la rougeole, la rubéole, les oreillons.....	106
6.2.10. Contre la leptospirose.....	106
7. Adaptation de l'AQP au public cible	
7.1. Patients testeurs.....	107
7.2. Les problèmes rencontrés.....	107
7.3. Les modifications apportées.....	108
8. Élaboration d'une fiche de synthèse.....	109
9. En conclusion de cette seconde partie.....	110
TROISIÈME PARTIE : ÉVALUATION DE L'OUTIL PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	111
1. Matériel et méthode	
1.1. Type d'enquête.....	111
1.2. Population de l'étude.....	111
1.3. Guide d'entretien.....	112
1.4. Recueil des données.....	113
1.5. Schéma de l'étude.....	113
2. Résultats de l'étude	
2.1. Évolution du guide d'entretien.....	113

2.2. Description de la population d'étude.....	114
2.2.1. Méthode de recrutement.....	114
2.2.2. Description de la population de médecins inclus.....	114
2.3. Analyse qualitative des entretiens.....	115
2.3.1. Description des entretiens.....	115
2.3.2. Au sujet du déroulement de ces consultations.....	115
2.3.2.1. Gestion du temps.....	115
2.3.2.2. Ressenti global de la consultation de la part du médecin.....	116
2.3.2.3. Ressenti global du patient de la part du médecin.....	116
2.3.3. Au sujet de la fiche de synthèse.....	116
2.3.3.1. Choix des thèmes abordés.....	116
2.3.3.2. Avis concernant la mise en page de la fiche de synthèse.....	117
2.3.4. Au sujet de l'ensemble consultation dédiée avec utilisation de l'outil (AQP et fiche de synthèse).....	117
2.3.4.1. Points positifs.....	117
2.3.4.2. Points négatifs.....	118
2.3.4.3. À propos des médecins éligibles.....	119
2.3.4.4. À propos des patients éligibles.....	119
2.4. Analyse descriptive des réponses des patients, des actions entreprises ou programmées pendant la consultation ou au décours.....	120
3. Discussion	
3.1. Échantillon de médecins généralistes et choix de l'étude.....	122
3.2. Résultats de l'étude.....	122
3.2.1. Déroulement de ces consultations : durées habituelles et ressentis homogènes.....	122
3.2.2. La fiche de synthèse : un outil acceptable et facilitateur mais perfectible.....	124
3.2.3. Population de médecins et de patients éligibles.....	124
3.2.4. Résultats quantitatifs.....	125
QUATRIÈME PARTIE: DISCUSSION SUR LA DÉMARCHE GLOBALE DU TRAVAIL ET PERSPECTIVES.....	127
1. Intérêts de ce travail.....	127
2. À propos de la place de l'outil et de la consultation de prévention en Médecine Générale.....	128
3. Devenir.....	129
CONCLUSION.....	133
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	135

ANNEXES	153
Annexe n°1 : l'auto-questionnaire patient femme	153
Annexe n°2 : les tests composant l'auto-questionnaire patient homme	177
Annexe n°3 : exemple de fiche de synthèse femme	181
Annexe n°4 : exemple de fiche de synthèse homme	182

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée
ANAES: Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
AQP : Auto-Questionnaire Patient
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BDSP : Banque de Données en Soins Primaires
BMI : Body Mass Index
BPCO : Broncho Pneumophtie Chronique Obstructive
CCR : Cancer Colo-Rectal
CES : Centes d'Examens de Santé
CIM : Classification Internationale des Maladies
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
COG : Convention d'Objectifs et de Gestion
Ct : Chlamydia Trachomatis
DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge
DMO : Densité Minérale Osseuse
DMST : Dossier Médical Santé Travail
DSM : Diagnostic and Statistical Manual
EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les CES
EPRUS : Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
EPS : Examen Périodique de Santé
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
FDRCV: Facteur De Risque Cardio-Vasculaire
FNPEIS : Fond National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire
FP : Faux Positif
GRIO : Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses
HADS : The Hospital Anxiety and Depression Scale
HAS : Haute Autorité de Santé
HbA1c : Hémoglobine Glyquée
HBP : Hypertrophie Bénigne de la Prostate
HTA : HyperTension Artérielle
IDAS : Information DIAlogue Santé
IDM : Infarctus Du Myocarde
IMC : Indice de Masse Corporelle
INCa : Institut National du Cancer
INPES : Institut National pour la Prévention et l'Éducation en Santé
INVS : Institut National de Veille Sanitaire
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
MCV : Maladie Cardio-Vasculaire
MG : Médecine Générale
MSA : Mutualité Sociale Agricole
OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PA : Pression Artérielle
PDS : Professionnels De Santé

PSA : Prostatic Specific Antigen
RCV : Risque Cardio-Vasculaire
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
RR : Risque Relatif
SAHOS : Syndrome d'Apnée Hypopnée Obstructive du Sommeil
SFSP: Société Française de Santé Publique
TT : Tour de Taille
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
VC : Violences Conjugales
VH A, B, C : Virus Hépatite A, B, C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1a

Description de la population de médecins de plus de 15 ans d'exercice.....114

Tableau n°1b

Description de la population de médecins de moins de 15 ans d'exercice.....115

INTRODUCTION

Le champ de la prévention dans le domaine de la santé n'a cessé d'évoluer ces dernières années. Cette prévention s'inscrit désormais dans les futures lois de santé. En amont de celles-ci, la stratégie nationale de santé incitait en 2013 à « prioriser le préventif sur le curatif et agir sur les déterminants de santé » [9 ; 10]. Dès 2011, la convention médicale introduisait déjà 8 indicateurs de prévention rémunérés en fonction « d'objectifs de santé publique » [14]. Différents « plans nationaux » sont apparus : contre le tabac, contre le cancer [11 ; 12].

Dès lors, les médecins généralistes sont apparus comme le pivot de cette prévention [26 ; 31]. Ceux-ci se disent impliqués dans la prévention mais des freins apparaissent : manque de temps, de financement, de formation spécifique, de référentiel. Aussi, en dehors d'être considérées comme longues, ces consultations n'ont abordé qu'un nombre limité de thèmes [24 ; 25].

De leur côté, 79% des patients interrogés souhaiteraient aborder des sujets relatifs à la prévention, 70% au dépistage. 76% d'entre eux souhaitent voir leur médecin traitant aborder d'autres sujets que leurs principaux motifs de consultation [36].

De plus, de nombreux questionnaires patients ont fait leur apparition aujourd'hui dans l'exercice quotidien de la médecine générale (MG) et ont su prouver à plusieurs reprises leurs intérêts (contenu exhaustif et gain de temps) [33].

Il nous a ainsi semblé intéressant de rassembler ces précédents éléments : tenter d'élaborer un auto questionnaire patient, exhaustif dans le champ de la prévention primaire et secondaire, permettant de structurer une consultation de MG.

L'objectif principal de cette étude est de montrer qu'une fiche de synthèse, émanant d'un auto-questionnaire patient, exhaustif, réalisé en amont d'une consultation dédiée à la prévention, peut permettre à celle-ci d'en structurer le contenu tout en s'inscrivant dans un temps habituel de consultation.

Nous chercherons également à démontrer que les médecins ont pu aisément s'approprier les résultats et que des actions ont été entreprises ou programmées.

PREMIÈRE PARTIE : MISE AU POINT CONCERNANT LES DIFFÉRENTES NOTIONS UTILISÉES

1. La prévention

1.1. Définition de la prévention

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la prévention est «l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, accidents et des handicaps» [1].

D'après la Banque de Données en Soins Publics (BDSP) [2], la prévention est l'ensemble des actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences.

On y retrouve des termes plus précis concernant les stades de la maladie, termes déjà employés dans les textes de l'OMS et définis dans le BDSP [2]:

- prévention primaire: visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque ;
- prévention secondaire: visant à la détection et au traitement précoces d'une maladie ou d'un problème de santé. La prévention secondaire consiste à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes ;
- prévention tertiaire: visant à réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé (réduire les incapacités, les invalidités et les inconvénients consécutifs à une maladie).

D'autres conceptions sont apparues par la suite.

Celle de Robert Gordon [3], qui propose un concept de prévention basé sur la population:

- prévention universelle destinée à l'ensemble de la population (qui comprend le champ de l'éducation à la santé, par exemple les grandes mesures d'hygiène) ;
- prévention sélective destinée à un groupe de la population exposé à un risque particulier (par exemple conduite automobile chez les jeunes hommes) ;
- prévention ciblée destinée à ces mêmes sous groupes devant l'apparition de facteurs de risques (par exemple accumulation de facteurs de risques cardiovasculaires dans une population âgée de 50 ans).

Selon Robert Gordon, des mesures de prévention ciblées et adaptées favoriseraient leur acceptation par ces groupes de population et favoriseraient ainsi la préservation de leur santé.

Jean Louis San Marco [4] a apporté une nouvelle notion à la population ciblée: celle d'éducation thérapeutique. En effet, cette prévention est dirigée vers des malades et a aussi pour but de leur apprendre à gérer leur traitement pour éviter la survenue de complications. Elle est fondée sur la recherche de l'appropriation de sa santé par la population cible. Jean Louis San Marco conserve ainsi ces termes de prévention universelle, sélective et ciblée auxquels il associe respectivement la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'éducation thérapeutique.

L'évolution du concept de prévention évolue encore avec l'apparition de la notion de prévention quaternaire [5], évoquée par Marc Jamouille, médecin généraliste Belge, et acceptée par le comité de la WONCA en 1995.

Cette action de prévention consiste à dépister des individus ou populations à risque de sur-diagnostic et donc de sur-médicalisation et ainsi prévenir une médecine non nécessaire pouvant aller jusqu'à des interventions médicales invasives [6].

Plus récemment en 2008, un rapport sur «les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire» a été remis au ministère de la Santé. En annexe à ce rapport, on y trouve une définition de Prévention Globale: «Gestion active et responsabilisée par la personne de son capital santé dans tous les aspects de la vie. L'action de promotion de la santé, de prévention des maladies ou d'éducation thérapeutique est déclenchée par un ou des professionnels. Une participation active de la personne, ou du groupe ciblé, est systématiquement recherchée » [7].

1.2. Les politiques de prévention en France

Le comité des «Sages» est un comité consultatif [8], sans pouvoir de décision, chargé d'une mission d'observations et de conseils afin de définir un cadre aux actions publiques à mener dans notre système de soins dans les années à venir.

En voici quelques extraits datant de 2013 :

- La finalité est la santé et la production de soins, un moyen. L'enjeu, en amont du soin, est celui de la promotion de la santé et de la prévention pour que chaque personne préserve au mieux son capital santé et son autonomie ;
- Mettre en place les conditions nécessaires et suffisantes à l'élaboration d'un diagnostic santé complet: promouvoir la notion de «diagnostic de la personne» ;
- La prévention se révèle d'autant plus efficace qu'elle s'adresse à des groupes de populations à risque, au travers de mesures ciblées et non à la population générale sans distinction ;
- le médecin généraliste doit être le pivot de cette démarche pour coordonner une intervention pensée et organisée à l'échelle d'une patientèle ou d'un territoire.

En aval de ces recommandations, la stratégie nationale de santé et le projet de loi de santé qui en découlent (parue en octobre 2014) développent ces idées préventives.

Le premier axe de la stratégie nationale de santé [9] est de « prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé ». Celui du projet de loi de santé [10] s'intitule « Prévenir avant d'avoir à guérir ».

Il est donc préconisé :

- de ne pas cloisonner le curatif et le préventif
- d'agir sur les déterminants de santé en mobilisant dans ce but les autres politiques publiques (social, éducation, travail, environnement...)
- de définir des priorités nationales.

Des plans nationaux ont ainsi été mis en place : tabac et cancers (cf 1.3)

Un institut national de prévention regroupant l'Institut National pour la Prévention et l'Éducation en Santé (INPES), l'Institut national de Veille et de Sécurité sanitaire (INVS) et l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) devrait voir le jour.

1.3. Les plans nationaux de lutte contre le tabac et le cancer

Voici quelques extraits du programme national de réduction du tabagisme [11] :

- impliquer davantage les médecins traitants dans la lutte contre le tabagisme ;
- leur rôle de prévention est essentiel, plus de la moitié des fumeurs déclarent avoir envie d'arrêter de fumer ;
- la réduction du tabagisme fera désormais partie des «objectifs de santé publique »;
- améliorer le remboursement du sevrage tabagique : il passera de 50 à 150 € pour les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et les patients atteints de cancer.

Afin de « favoriser des diagnostics plus précoces », le plan cancer [12] prévoit de :

- permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé ;
- renforcer le rôle du médecin traitant dans l'initiation, la réalisation et le suivi du dépistage ;
- développer le dépistage des personnes exposées au risque d'hépatite B ou C pour favoriser l'accès à la prise en charge ;
- éclairer les choix individuels en clarifiant la hiérarchie des facteurs de risque de cancer ;
- proposer, par le médecin traitant, à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi, adapté à son niveau de risque, du cancer du sein ou colorectal.

Enfin, pour « prévenir les cancers liés au travail ou à l'environnement », il sera possible de :

- renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels ;
- expérimenter la communication systématique aux médecins traitants d'un compte rendu annuel des risques professionnels auxquels sont exposés leurs patients.

1.4. L'application des mesures préventives en Médecine Générale

Pour être concrètement mises en application, ces mesures doivent être transmises par l'état aux caisses d'assurance maladie par le biais de la convention d'objectifs et de gestion (COG), puis adoptées des médecins par le biais de la convention médicale.

La COG 2014-2017 [13] a été signée pour une période de 4 ans entre l'état et les représentants de Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Elle s'applique aux trois principales caisses que sont le régime général, le régime agricole (RSA) et le régime des travailleurs indépendants (RSI), toutes trois représentées par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

Afin de « développer les services de prévention en lien avec le médecin traitant » il est demandé :

- une promotion de référentiels favorisant les pratiques préventives,
- une diffusion de supports optimisant leurs connaissances et facilitant le dialogue avec leurs patients,
- la mise en œuvre de l'augmentation du forfait pour la prise en charge des substituts nicotiques chez les 20-30 ans, bénéficiaires de la CMU-C et patients atteints de cancer,
- d'étendre et de renforcer les partenariats avec les médecins du travail, l'INPES (développement des outils et programmes d'information et d'éducation en santé), l'Institut National du Cancer -INCa- et l'InVS (couverture vaccinale),
- de mobiliser les centres d'exams de santé (CES) pour offrir aux médecins traitants la possibilité d'inscrire leurs patients à l'offre d'éducation thérapeutique du patient (ETP) et améliorer le contenu de l'Examen Périodique de Santé (EPS) notamment auprès des personnes les plus éloignées du système de soins.

La convention médicale actuelle [14] a été signée en 2011 entre l'UNCAM et les principaux syndicats de médecins libéraux.

Cette convention introduit, en complément du paiement à l'acte, une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Afin de réguler cette rémunération, divers indicateurs sont suivis:

- 5 indicateurs portent sur l'organisation du cabinet
- 9 indicateurs portent sur le suivi de pathologies chroniques

- 8 indicateurs dits «de prévention»
- 7 indicateurs d'efficacité (prescription dans le répertoire des génériques principalement).

Parmi les 8 indicateurs de prévention, on retrouve:

- couverture vaccinale antigrippale chez les plus de 65 ans
- couverture vaccinale antigrippale chez les 16-64 ans en Affection Longue Durée (ALD)
- participation au programme de dépistage du cancer du sein
- participation au programme de dépistage du cancer du col utérin
- prévention de la iatrogénie médicamenteuse (vasodilatateurs, benzodiazépines de demi vie longues chez les plus de 65 ans, durée de prescription des benzodiazépines)
- part de prescriptions antibiotiques parmi les patients non ALD.

La signature de la prochaine convention médicale est prévue pour 2016.

2. Les consultations dédiées à la prévention

2.1. Les dispositifs existants

2.1.1. Les centres d'examens de santé

Depuis 1946, le code de la sécurité sociale prévoit un examen de santé gratuit pour les assurés et leurs ayants droits [16]. Ces examens périodiques ont été pris en charge dès le début par les CES, qui sont apparus sur le territoire dès 1947. On en dénombre aujourd'hui plus de 110 [17].

A l'origine, leurs actions se portaient essentiellement sur les mesures sanitaires d'après guerre (lutte contre les maladies infectieuses, carencielles, l'hygiène...) [18].

Aujourd'hui, le Fond National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS) finance entièrement les CES.

Le FNPEIS provient d'une part de la CNAM (40%), d'autre part de l'Etat, en fonction des actions de prévention prévues [17].

Régulièrement critiqués ces dernières années quant à leur utilité et leur coût, les CES ont vu leurs rôles évoluer et s'inscrire dans les dernières COG [13] sous l'égide des CNAMTS.

Leurs rôles s'articulent dorénavant autour de trois principaux axes:

- actions de prévention envers les personnes les plus fragiles, les plus éloignées du système de soins,
- suivi des malades chroniques (diabète, asthme et BPCO) au travers d'atelier d'éducation,

- offre de services aux médecins traitants en inscrivant leurs patients aux programmes d'ETP.

Elles demeurent aujourd'hui des centres de prévention gratuits (c'est à dire sans avance des frais médicaux) ouverts à tous les assurés.

Seulement, les invitations sont mieux ciblées en direction des populations précaires, ou à risque de précarité, via notamment les acteurs sociaux locaux.

L'assuré s'y présentant doit d'abord remplir un questionnaire socio-médical comportant:

- éléments socio-professionnels,
- mode de vie,
- consommation alcool-tabagique,
- antécédents personnels et familiaux,
- des questions portant essentiellement sur l'état de santé actuel au travers de signes fonctionnels.

Puis des examens cliniques sont orchestrés en fonction des réponses de l'assuré et de son âge (biométrie, pression artérielle, acuités visuelles et auditives, ECG de repos, spirométrie, examen dentaire, frottis cervico-utérin, test monoxyde de carbone, évaluation diététique, psychologique et cognitive).

Une biologie est prélevée, avec ciblage des éléments à rechercher en fonction des facteurs de risque et de l'âge.

Enfin, une consultation médicale de synthèse est réalisée avec un médecin.

Si des anomalies sont détectées, le médecin traitant en sera averti et il lui incombera le suivi médical de ce nouvel élément. Un rendez-vous de suivi peut être fixé entre le patient et le CES.

Si aucune anomalie n'est retrouvée, le patient peut bénéficier d'un nouvel examen de prévention après 5 ans.

Des ateliers ont également été créés dans le but de proposer aux patients volontaires une éducation thérapeutique quant à leur maladie et leurs traitements.

Ces ateliers sont axés aujourd'hui sur le diabète et l'asthme mais d'autres thèmes sont en cours de développement (BPCO notamment).

2.1.2. Les instants santé de la mutualité sociale agricole

Tous les assurés du régime agricole ainsi que leurs ayants droit se voient proposer un bilan de prévention appelé "instants de santé" [19], par voie postale.

S'ils y répondent favorablement, les assurés recevront alors chez eux un auto-questionnaire dont les parties se décomposent ainsi:

- antécédents personnels et familiaux,
- dépistage de facteurs de risque cardio-vasculaire, des addictions,
- signes fonctionnels affectant la qualité de vie,
- les conditions au travail,

- l'état des vaccins et autres dépistages,
- la prise de médicaments, le traitement à domicile,
- l'état bucco-dentaire.

Suivront des examens cliniques et paracliniques complémentaires dans des centres dédiés à ces journées et avec des prestataires non issus de la MSA. Les examens pratiqués peuvent se calquer sur ceux proposés aux CES (biologie, spirométrie...).

Enfin, le dossier complet peut ainsi être adressé au médecin traitant qui conclut ce temps dédié à la prévention par une consultation médicale.

Il remplit à son tour des feuillets en élaborant une synthèse du dossier médical et le renvoie à la MSA.

Une rémunération spécifique est prévue pour les médecins traitants.

Les contenus des auto-questionnaires, bilans pré-médicaux et bilans médicaux sont adaptés aux classes d'âge déterminées: 16-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans et 65-74 ans.

2.1.3. Les consultations pédiatriques

Le système de soins français a mis en place des consultations médicales de prévention gratuites de 0 à 6 ans dont trois sont obligatoires (et donnent lieu à la délivrance d'un certificat médical ouvrant droits à des allocations familiales): 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois. Au total, une vingtaine de consultations sont proposées aux nouveaux nés et à leurs parents [20]. Elles ont pour but de dépister des retards de développement, des troubles sensoriels, de soutenir les parents et de dépister les erreurs d'hygiène, de mettre à jour les vaccinations.

La HAS a émis en 2005 des recommandations concernant les dépistages à mener lors de ces consultations [21]:

- dépistage des troubles psychologiques et psycho-comportementaux (retards de développement, autisme et troubles envahissants du développement, les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention),
- dépistage des troubles du langage,
- dépistage de l'obésité,
- dépistage des troubles de l'audition,
- dépistage des troubles visuels,
- repérage du saturnisme.

D'autres dépistages sont suggérés par d'autres études qui proposent un dépistage plus complet des troubles alimentaires (anorexie, vitamine D...) et l'étude du sommeil [22].

2.1.4. L'exemple du Québec

Notre pratique de soins est souvent inspirée ou comparée à celle du Québec. Jusqu' à récemment encore était prônée l'évaluation médicale périodique des patients en fonction de leur catégorie d'âge.

Les thèmes à aborder lors de cette consultation sont détaillés ci-après, ainsi que leurs interventions préventives.

Les maladies cardio-vasculaires et respiratoires :

- counselling antitabac,
- dépistage et traitement de l'hypertension artérielle,
- questions portant sur la pratique de l'activité physique,
- counselling diététique intensif,
- dépistage du diabète chez les patients hypertendus et dyslipidémiques,
- dépistage de l'obésité par la mesure de l'indice de masse corporelle.

Les cancers :

- counselling antitabac pour le cancer du poumon,
- dépistage de sang dans les selles ou coloscopie en fonction des antécédents,
- dépistage cancer du sein par mammographie et examen clinique annuel,
- dépistage du cancer du col utérin par frottis cervico vaginal,
- évitement de l'exposition solaire pour le cancer de la peau.

Les traumatismes :

- port de la ceinture contre les accidents de la route,
- port d'un moyen de protection adéquat en cas d'exposition au bruit,
- accidents à la maison ou dans les loisirs: prévention des blessures et des empoisonnements, installation d'un détecteur de fumée,
- dépistage des facteurs de risque ostéoporotique et traitement par bisphosphonates ou supplémentation préventive.

Les maladies infectieuses et dentaires :

- rappels vaccinaux,
- vaccination contre les hépatites virales, la grippe et les infections à pneumocoques,
- dépistage et counselling concernant les infections transmissibles sexuellement ou par le sang,
- dépistage de la tuberculose,
- utilisation de dentifrice fluoré et rince bouche fluoré contre les caries dentaires,
- soins dentaires contre une parodontite.

Les problèmes psychosociaux :

- dépistage et traitement de la dépression,
- traitement des patients suicidaires,
- dépistage et counselling de l'abus d'alcool.

D'autres interventions préventives sont citées mais ne s'appuient pas sur des données fiables pour les généraliser. C'est le cas de l'enseignement de l'auto-palpation dans le cancer du sein, du dépistage du cancer de la prostate par le toucher rectal et le dosage du PSA, le dépistage des drogues et des violences familiales.

Depuis 2015, le collège des médecins du Québec a émis une nouvelle "fiche de prévention clinique" comportant des recommandations issues de données "probantes et récentes", remplaçant l'évaluation périodique médicale [23].

Ces interventions en prévention s'appliquent lors de consultations dédiées, mais aussi lors de problèmes aigus pendant lesquels une approche, un contact peut être établi.

Les thèmes sont présentés ci-après :

- Le tabagisme: identifier, documenter et conseiller ;
- L'hyperlipidémie: faire un bilan aux 3 à 5 ans chez tous les hommes de 40 à 75 ans et toutes les femmes de 50 à 75 ans ;
- Diabète: dépister tous les 3 ans chez les plus de 40 ans, de même que chez les moins de 40 ans porteurs de facteurs de risque ;
- Hypertension artérielle: mesurer la tension artérielle de chaque patient à chaque visite médicale appropriée ;
- Alimentation et activité physique: recommander les mesures à adopter en fonction de l'état général ou des facteurs de risque cardiovasculaire ;
- Alcool: identifier l'abus d'alcool chez les adultes ;
- Obésité: mesurer l'indice de masse corporelle chez tous les adultes puis offrir ou référer à des interventions comportementales structurées si besoin ;
- Cancers: dépister aux 2 ans pour les hommes le cancer colorectal (50-74 ans) et prostatique (55-70 ans) ; pour les femmes le cancer colorectal (50-74 ans), du sein (50-69 ans) et du col utérin (21-69 ans) ;
- Ostéoporose: si présence facteurs de risque, effectuer une mesure de l'ostéodensitométrie osseuse ;
- Infections transmissibles sexuellement et par le sang: évaluer les facteurs de risque chez tout adulte sexuellement actif, offrir un counselling préventif et dépister ces infections en fonction des facteurs de risque décelés ;
- Immunisation: compléter la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole ; proposer le vaccin contre la grippe en cas de facteurs de risque ; vacciner contre le pneumocoque les plus de 65 ans et les adultes en état d'immunosuppression, offrir le vaccin contre le zona aux plus de 60 ans.

2.2. Les expérimentations locales

2.2.1. Le logiciel ESPER

Le logiciel EsPeR (Estimation Personnalisée des Risques) est un système informatisé d'aide à la décision dans le domaine de la prévention/dépistage. Ses promoteurs étaient les caisses d'assurance maladie et la direction générale de la santé. Il permet au médecin, lors d'une consultation dédiée à la prévention, de calculer les risques que présentent son patient en fonction de son âge, de ses antécédents familiaux... Il se réalise donc en

présence du patient. Neuf thèmes sont abordés: risque cardiovasculaire, tabac, obésité, alcoolisme, cancers (sein, prostate, col utérin, colon) et dépression. Une synthèse de ces risques et un programme de prévention doivent être remis au patient.

Une étude [24] a été menée auprès de 60 médecins généralistes volontaires adhérents au Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Chacun d'entre eux a inclus 10 patients âgés de 45 à 55 ans.

De nombreux points négatifs sont apparus:

- la durée de consultation a été jugée trop longue (40 à 50 minutes) alors qu'il n'existe pas de rémunération spécifique pour ce type de consultation;
- l'utilisation du serveur a généré des temps morts dans la consultation;
- le nombre moyen de thèmes abordés était de 4 sur 9;
- l'impact sur les patients du stress généré par l'évocation des risques.

Le taux d'acceptation de ce type de consultation dédiée et structurée semble montrer un intérêt de ce groupe de médecins, même si toutefois il s'agit de médecins issus du CNGE. D'un point de vue des patients, la consultation a été jugée très et moyennement utile pour 98,5 % d'entre eux et d'une durée adaptée (83,9 %), voire trop courte (12,5%). Ceci nous montre l'intérêt des patients pour la prévention dans le domaine de leur santé.

Ce logiciel a été évalué par un organisme externe après expérimentation dans une population de Poitou Charente [25]. 20 % des patients âgés de 18 à 75 ans ayant été invités ont bénéficié de cette consultation dédiée. Quinze pathologies ont été retenues, mais il avait été décidé d'en explorer un maximum de dix lors de la consultation (en fonction de l'âge et du sexe). Le but de cette étude était de prouver qu'une consultation de prévention structurée en médecine générale était réaliste dans le contexte professionnel et financier actuel (2009).

D'un point de vue technique, le montage s'est avéré être complexe avec de nombreuses combinaisons possibles avec parfois des exclusions non judicieuses, des pathologies non explorées dans une partie de la population.

Les conclusions de l'étude estiment qu'il faudrait choisir les mêmes thématiques pour tout le monde et ne mettre que des filtres en fonction du sexe. Certaines questions étaient également redondantes, comme le tabagisme, qu'il fallait renseigner plusieurs fois et sous différentes formes. Enfin, tous les risques étaient pondérés de la même manière, aussi bien les risques d'accidents domestiques que les risques cardiovasculaires sans distinction.

D'un point de vue médical, ces consultations ont mis en évidence des facteurs de risque dont plus d'un quart n'étaient pas connus des médecins auparavant; cela souligne donc la nécessité de faire le point périodiquement avec le patient, la consultation de prévention étant une manière de prendre du temps pour le faire. D'autres aspects sont également apparus: financiers (les médecins de l'étude ont été rémunérés forfaitairement par l'URML de Poitou Charente) et périodiques (à quelle fréquence solliciter cette consultation).

D'un point de vue patient, les personnes étaient majoritairement satisfaites aussi bien sur la durée, le contenu que le déroulement de cette entrevue.

Aujourd'hui, le logiciel EsPeR a été abandonné et n'est plus disponible.

2.2.2. Le plan de prévention personnalisé (PPP)

Le PPP est un logiciel médecin développé par une équipe franc-comtoise en 2004 [30]. Ce logiciel se présente comme une succession de fenêtres permettant au médecin de cocher les facteurs de risque présentés par le patient, d'établir un profil de risque et de proposer ainsi un calendrier de suivi des actions avec date de réalisation, résultats et dates ultérieures. Le logiciel s'utilise en présence du patient. Il n'a pas été retrouvé d'évaluation de ce projet.

Ce logiciel a également été utilisé dans une maison de santé pluridisciplinaire de Besançon mais cette fois rempli par un infirmier. Il y avait donc un temps infirmier (questionnaire) et un temps médecin (mesures et suivis à entreprendre). La rémunération se faisait par le fond d'aides à la qualité des soins de ville (30 € le temps infirmier et 30 € le temps médecin).

2.2.3. Le logiciel IDIAS [27,28]

Le logiciel IDAS (Information DIAlogue Santé) est un logiciel développé conjointement entre l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des Médecins Libéraux et l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Aquitaine. L'objectif de cet auto-questionnaire informatisé était un recueil plus exhaustif et systématique, mais aussi une implication du patient en promotion de la santé.

Les habitudes de vie explorées sont: alimentation, exercice physique, consommation de tabac, d'alcool, de drogues, le repérage de troubles du sommeil, de la dépression, de l'utilisation des services de santé – campagnes de dépistage organisées et vaccins – et la capacité d'adhésion de la personne aux traitements prescrits. Cette liste n'est pas aussi exhaustive que celle émise au départ (dépistage du surpoids et des risques professionnels écartés).

En cas de dépistage positif, le patient est alors interrogé sur les raisons ressenties quant à cette habitude, sur sa perception de l'intérêt à la modifier et sa capacité à le faire, et sur l'utilité d'en parler à son médecin lors de la consultation ou plus tard. Ces dernières explorations entamaient un processus réflexif au patient, ce afin de faciliter son adhésion sur tel ou tel sujet lors de la consultation de dépistage.

L'évaluation de cet outil a permis de révéler les intérêts d'IDIAS pour les professionnels de santé (PDS): identifier de nouveaux besoins (même chez des patients suivis depuis longtemps), aborder de nouveaux sujets. Cet outil apparaît comme une aide au diagnostic éducatif, renforçant l'alliance thérapeutique.

Cependant, la majorité des PDS ont formulé la nécessité d'une formation à la prévention et à l'éducation en santé pour donner des pistes et des outils concernant l'attitude à adopter afin d'aider le patient à entrer dans une démarche de changement. Cette formation permettrait également au PDS de s'interroger et d'adopter une posture éducative.

Quant à la synthèse, les PDS ont estimé qu'elle était une aide visuelle pour aller à l'essentiel. En arguant cependant de connaître les aboutissants et les offres que l'on peut proposer, il semble ainsi préférable, pour les PDS interrogés, que la lecture de la synthèse

soit effectuée par le PDS seul, en amont de la consultation dédiée, afin de s'y préparer et de la mener à bien.

2.3. Rapports d'experts

2.3.1. Rapport sur la consultation périodique de prévention au ministère de la santé (2005)

Le rapporteur [29] prône la mise en oeuvre d'une consultation périodique de prévention "structurée, hiérarchisée et transparente (...) développant une synergie entre prévention individuelle et collective". Cette prévention s'articulerait autour d'axes tels que risques comportementaux, familiaux, biologiques et environnementaux. Il invoque "l'histoire de santé familiale". Aucune périodicité n'est suggérée mais l'auteur a identifié des moments de la vie où les patients seraient plus sensibles aux sujets de prévention: certainement 49-51 ans, probablement 69-71 ans et peut être 29-31 ans. La mise en oeuvre doit être facilitée par l'utilisation de moyens modernes d'accès à l'information (internet).

Joël Ménard développe ensuite les obstacles exprimés à la consultation de prévention:

- dus aux usagers (pas de motivation, pas de médecin traitant, groupes hors de portée) ;
- dus à l'organisation des médecins (temps insuffisant, dérangements incessants, compensations financières, pas d'appui de voisinage) ;
- dus aux recommandations (définition des personnes à risque, périodicité des interventions, recommandations inacceptables, recommandations contradictoires) ;
- dus aux médecins eux-mêmes (pas de motivation sur le conseil, contradictions et multiplicité des messages reçus).

Pour construire ces consultations de prévention, il faudra :

- s'informer sur les pathologies les plus fréquentes dans la classe d'âge considérée et les hiérarchiser ;
- sélectionner pour chaque pathologie et chaque déterminant la ou les questions, le ou les gestes cliniques, le ou les examens simples ou d'imagerie de grande sensibilité et de spécificité de telle sorte que leur valeur prédictive de repérage soit acceptable pour le groupe de personnes ciblées ;
- préciser ou quantifier le problème de santé ou les déterminants qui ont été repérés ;
- pour permettre une prise en charge efficiente, avoir un accès immédiat aux structures sanitaires, administratives ou sociales, en collaboration avec la personne concernée.

2.3.2. Rapport de la commission d'orientation et de prévention du Ministère de la santé et des solidarités (2006)

Ce rapport [26] préconise la mise en place de "rendez-vous santé" s'appuyant sur une synergie des dispositifs existants, proposé régulièrement à chaque Français, hors d'une

situation pathologique ou d'un contexte de prescription. Ces rendez-vous seraient composés d'outils d'évaluation de l'état de santé centrés sur le biomédical mais aussi sur les composantes psychosociales. Les premiers rendez-vous pourraient donner lieu à l'élaboration d'un protocole de prévention, sur le même principe qu'un protocole d'Affection Longue Durée (ALD). Puis les consultations suivantes offriraient l'occasion de s'assurer que les recommandations soient suivies d'effets. A plus long terme, un transfert de compétences pourrait voir le jour vers des infirmiers qualifiés, des travailleurs en éducation.

Ces pratiques cliniques préventives devraient être reconnues financièrement en l'intégrant par exemple dans la nomenclature des actes ou par le biais d'autres modes de rémunérations.

Dans le cadre de la santé au travail, les rapporteurs mettent en avant la nécessaire collaboration plus étroite entre les médecins du travail et les médecins traitants afin de mieux suivre les expositions présentes ou passées et les risques liés au travail, car les médecins de ville méconnaissent souvent l'origine professionnelle des troubles ou des pathologies présentées par leurs patients ainsi que leur prévention.

Le médecin traitant fait également office de médecin du travail auprès des travailleurs indépendants ou précaires (intérimaires). Il suit également les personnes en rupture de travail.

Concernant les politiques de prévention mises en place ou en projet, le rapport souligne que le médecin traitant doit rester au centre du dispositif, que la population doit être ciblée (par exemple tranche d'âge) pour que le rapport bénéfice/risque soit favorable.

Les rapporteurs soulèvent également cette problématique: les pathologies éligibles pour le dépistage doivent-elles toutes déboucher sur un gain de mortalité ou peuvent-elles aboutir aussi sur une amélioration de la qualité de vie (par exemple la surdité)? Et alors, comment en évaluer l'efficacité?

D'où cet abus de langage à propos de dépistage: le rapport propose de réserver ce terme de dépistage aux mesures que la collectivité offre aux individus (campagnes d'informations et de dépistage).

La commission reconnaît des périodes propices à la prévention: grossesse (réceptivité optimale de la mère et du père), enfance (vulnérabilité), les phases de transitions professionnelles et la retraite. Elle met également l'accent sur "une régionalisation" des politiques de santé publique, mieux adaptée.

2.3.3. Séminaire de la société française de Santé Publique (SFSP) du 4 décembre 2006: la consultation de prévention en Médecine Générale [31]

Lors de l'ouverture de ce séminaire, il avait été rappelé l'engagement de l'État envers les médecins traitants considérés comme des acteurs privilégiés de la prévention. La loi de santé publique d'août 2004 offrait un cadre juridique au développement de consultations médicales périodiques de prévention et de dépistage.

C'est donc dans ce cadre que s'est développée la consultation de prévention gratuite pour les personnes âgées de 70 ans, projet piloté et présenté par le Professeur François Piette.

Ce dernier y expliquait le but de cette consultation : “ s’intéresser à des sujets auxquels il [le médecin traitant] ne s’intéresse pas forcément en premier lieu”. Pour évaluer cette nouvelle pratique, il proposait une mesure non pas uniquement centrée sur la morbi-mortalité mais aussi sur les comportements des médecins et des patients.

Des mesures facilitatrices avaient alors été mises en œuvre : une rémunération de 2,5 C pour une durée de consultation estimée à 45 minutes, un auto-questionnaire envoyé au patient à son domicile avant la consultation. La synthèse serait alors faite par le médecin lors de cette consultation.

Les phases 1 (validation des outils) et 2 (analyse de la mise en œuvre avant généralisation) ont été lancées dès 2007. Seulement, les médecins participants ont jugé trop longue la durée de la consultation et trop complexes les modalités de réalisation. Ce projet a donc été abandonné [26].

Les autres intervenants du séminaire s’accordaient à dire que les médecins généralistes semblaient plutôt ouverts à l’intervention d’autres professionnels de santé (infirmiers), “afin de structurer l’intervention en prévention”, mais aussi d’autres professionnels dans des maisons de santé, comme les assistantes sociales, capables de répondre aux problèmes de travail/non travail ou encore de mal logement.

Pour le Professeur Marcel Goldberg, il était important d’intégrer une dimension professionnelle dans la prévention médicale.

Il estimait que les conditions de travail avaient des répercussions sur l’état de santé des personnes (troubles musculo squelettiques, affections respiratoires, cancers, maladies mentales...). Selon lui, l’exposition professionnelle expliquerait le rapport de 1 à 3 de mourir d’un cancer entre les catégories extrêmes de l’éventail social.

Pour ce faire, il préconise de:

- connaître l’état de santé des sujets
- connaître ses conditions de travail
- connaître ses expositions professionnelles
- pouvoir agir sur ses expositions professionnelles et ses conditions de travail.

Pour le Professeur Joël Ménard, le caractère familial était une autre dimension à prendre en compte lors des consultations de prévention. Il prônait la mise en place de consultation de prévention familiale du fait du lien connu entre les maladies présentées par un patient et ses antécédents familiaux (notamment les maladies cardio-vasculaires, cancers du sein, colorectal, prostate, mélanome et diabète type 2).

En conclusion de ce séminaire, il a clairement été identifié trois temps de la consultation de prévention: en amont (par exemple par un auto-questionnaire), le temps médical lui-même (dans laquelle sera faite une synthèse), et en aval (où il sera plutôt question de plan de prévention).

2.3.3. Rapport de la société française de Santé Publique de 2008 [32]

Celui-ci mentionne que le médecin a une connaissance de sa patientèle, de ses malades mais qu'il n'est peut être pas capable de prioriser certaines problématiques que présente son patient. Il en va de la santé publique: comment peut-il mieux s'interroger sur ses pratiques, mieux prendre en compte certains risques environnementaux, mieux identifier et prendre en compte les paramètres de précarité et de fragilité sociale? Le rapport préconise que ces missions de prévention devraient être clairement énoncées comme des activités à part entière des médecins traitants réalisées lors d'un bilan de synthèse sur les axes de prévention. Ces activités pourraient alors être plus facilement structurées et repérées dans un cadre partagé entre le médecin et son patient.

Selon les auteurs, le travail de santé publique se fait aussi en dehors de la présence du patient et la prise de conscience d'un problème de santé publique doit partir des médecins généralistes pour qu'ils s'approprient la démarche.

2.3.4. Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique de 2009 [26]

Ce rapport diverge des précédents sur plusieurs points. Même s'il convient que promouvoir des consultations dédiées au moment de certains événements de vie (adolescence, chômage, retraite...) pourrait être pertinent, il préconise davantage d'inscrire cette logique préventive dans un continuum au sein d'un parcours organisé de santé. Autrement dit, la prévention devrait avoir lieu sur les temps de consultations habituels et itératifs, le paiement se faisant alors à la performance.

Le bilan de l'argumentaire avancé, se basant sur l'évaluation de l'impact d'actions de prévention, est mitigé: certains programmes spécifiques ont permis d'augmenter le nombre d'actes de prévention (vaccination, dépistage d'anomalies lipidiques, évaluation de la consommation tabagique, dépistage du cancer du col utérin et du sein...) sans pour autant faire la preuve d'une réelle efficacité sur la morbidité des patients, sur le bénéfice en terme de coût, d'hygiène de vie ou de handicap.

La réalisation d'exams périodiques de prévention n'a également d'intérêt que si une prise en charge d'aval et de proximité, "à dimension principalement éducative" est prévue.

Enfin, ce rapport recommande aux sociétés savantes de créer un référentiel au sujet de ces pratiques cliniques préventives.

3. Les autoquestionnaires patients

Les questionnaires, qu'ils soient hétéro ou auto-administrés, sont de plus en plus utilisés en pratique médicale quotidienne : de 31.7 % en 1998 à 62.3 % des médecins en 2009 déclarent les utiliser durant leurs consultations [33].

Outre un recueil plus exhaustif de renseignements par rapport à l'interrogatoire traditionnel, les auto-questionnaires pourraient apporter un gain de temps et une meilleure structuration de la consultation. Deux écueils toutefois : une relecture obligatoire par un professionnel de santé et l'aspect « déshumanisé » du questionnaire [34].

Ces affirmations ont pu être vérifiées à travers différentes études, notamment avec IDIAS (cf 2.2.3.), auto questionnaire patient informatisé.

Lors d'une thèse d'exercice à propos d'auto-questionnaires adressés aux nouveaux patients d'un cabinet de Médecine Générale (MG), les PDS concernés ont estimé cet outil intéressant pour la tenue du dossier médical, le recueil d'informations et pour la structuration de la consultation, sans modification ressentie de la relation médecin-malade ou allongement de la durée de consultation. Le ressenti des patients était considéré comme bon [35].

4. Le point de vue des acteurs de la consultation médicale

4.1. Le médecin

En 2009 et d'après le baromètre santé des médecins généralistes [33], plus de 98 % des médecins déclarent que la prévention fait « tout à fait » ou « plutôt » partie de leur rôle dans divers domaines de santé. Les thèmes de prévention les plus « biomédicaux » sont le plus souvent cités (tabac, activité physique, alimentation...). Une formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique est retrouvée plus fréquemment chez les médecins déclarant que la prévention fait tout à fait partie de leur rôle. Afin de mieux remplir ces missions de prévention et d'éducation, 91.4% des médecins souhaiteraient disposer de plus de temps, 81.5 % bénéficier d'un rôle mieux reconnu en prévention et 64 % d'une rémunération spécifique.

4.2. Le patient

De leur côté, les patients interrogés lors d'une étude sur les « mutations en médecine générale » [36] souhaitent à 76 % voir leur médecin généraliste aborder d'autres sujets que les principaux motifs de consultation. Les sujets souhaités concernent pour 79 % d'entre eux la prévention et pour 70 % le dépistage.

De nombreux travaux montrent l'importance de l'adhésion du patient dans un processus préventif : ceux-ci sont plus enclins aux changements de comportement lorsqu'ils en ont exprimés le souhait avec le soignant. Ainsi se développent plusieurs concepts gravitant

autour du « self-care » (processus par lequel une personne agit pour son propre compte, pour la promotion de sa santé, la prévention ou la gestion d'une maladie) : autonomie décisionnelle, empowerment... Les soignants doivent rester attentifs à ne pas « forcer » le patient vers une décision qu'il ne souhaite pas ou dont il ne se sent pas capable. Ce pouvoir décisionnel doit aussi émaner du patient [37].

Avant d'atteindre cet objectif d'entente entre les deux parties soignant et soigné, il convient d'évaluer leurs intentions (réticence, volonté d'essayer maintenant, action déjà entreprise) et leurs motivations (le pour et le contre, les aides et les barrières, les bienfaits et les inconvénients). Ces évaluations lors des consultations médicales ont été étudiées et des concepts théorisés. Par exemple, le modèle transthéorique de Prochaska apporte de nouveaux concepts pré-existants influençant la décision : la préreflexion, la réflexion, la préparation, l'action, le maintien, la rechute. D'autres recommandations ont défini des étapes à suivre : évaluer, conseiller, s'entendre, aider et soutenir. Un algorithme de counselling intégrant ces concepts a été proposé par la revue « Le médecin du Québec ». Il permet au soignant de se situer dans la relation avec son patient et de lui distiller des informations adaptées au bon moment. Une feuille de suivi préventif (flow sheet) pourrait aussi permettre de mieux suivre les recommandations émises [38] [39].

5. En conclusion de cette première partie

A la lumière de ces différentes recommandations et expérimentations sur ce que devrait ou pourrait être la consultation de prévention, nous avons fait le choix d'imaginer une procédure de démarche de prévention et de dépistage adaptée au patient dans son contexte habituel d'accès aux soins, c'est à dire en lien avec son médecin traitant. L'auto-questionnaire est un bon outil acceptable pour le patient mais avec des imperfections (déshumanisation du soin). Le médecin généraliste est enclin au développement d'une meilleure prévention mais trouve cette tâche chronophage et pourrait la déléguer, restant au cœur de la coordination des soins.

D'où cette idée d'auto-questionnaire patient en amont d'une consultation de prévention et dont les données seraient compulsées sur une fiche synthétique. Cet auto-questionnaire patient, adapté à une population d'hommes et de femmes de 50 à 65 ans (particulièrement concernée par une augmentation de l'incidence de différentes pathologies), actualisé selon les recommandations de prévention et de dépistage en soins primaires, serait proposé par le médecin traitant au patient. Ainsi, le patient se trouverait directement impliqué dans une démarche active de maintien de sa bonne santé, et son médecin au cœur de cette démarche, tout en restant dans son rôle naturel et habituellement admis de soignant.

Voilà comment nous avons abouti à cette problématique : une synthèse des réponses d'un auto-questionnaire patient peut-elle aider à la réalisation d'une consultation de prévention ?

DEUXIÈME PARTIE : ÉLABORATION ET SYNTHÈSE DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE PATIENT

Pour mener à bien notre étude, nous avons, dans un premier temps, construit l'auto-questionnaire patient pour coller au plus près des dernières recommandations en terme de dépistage.

L'ensemble du chapitre qui suit va nous permettre de justifier les items abordés par l'AQP. Cette justification permettrait le cas échéant, d'apporter aux médecins traitants un éclairage sur l'importance, l'impact et la validité des dépistages abordés dans l'auto-questionnaire patient (AQP) et cette consultation de prévention.

1. Construction du questionnaire

1.1. Choix des dépistages

Cette seconde partie du travail, objectivement longue, est le résultat de différentes constatations.

Tout d'abord, après examen minutieux du contenu des auto-questionnaires disponibles (ceux des CES et de la MSA), nous nous sommes aperçus que ceux-ci n'utilisaient que très peu de scores scientifiquement éprouvés. Les questions auto-administrées composant ces questionnaires recherchaient des signes fonctionnels de maladies ; c'est essentiel si l'on veut facilement interroger le patient sur son état de santé. Mais ces signes fonctionnels n'étaient pas intégrés à un score. Pourtant, un grand nombre de scores, permettant d'établir avec davantage de certitude la présence ou non d'une affection, existent. Pour ce faire, il nous a fallu comparer de nombreuses études pour faire émerger les tests les plus adaptés à notre AQP, et selon des critères pré-établis que nous avons essayé de respecter au maximum (moins de 10 items, validés en langue française, auto-administrés, comparés à un « gold standard », spécificité et sensibilité disponibles, questions d'approche).

Parfois, aucun test n'existait pour dépister des affections ; nous avons donc aussi cherché la simple présence de signes fonctionnels.

Aussi, au fur et à mesure de la conception de cet AQP, nous avons été confrontés à notre volonté de départ, telle qu'elle est décrite dans le séminaire de la SFSP de 2006 [31] : comment faire en sorte de s'intéresser à tout un pan d'autres affections auxquelles on ne s'intéresse pas forcément en consultation habituelle ? C'est pourquoi nous avons introduit autant de dépistages. Si nous réussissions à capter l'attention du patient à propos de sa santé, il fallait alors réfléchir aux affections apparaissant à cet âge, organe par organe. Ce qui explique donc pourquoi nous avons mis autant de dépistages dans l'AQP, bien plus que ceux composant les autres auto-questionnaires.

1.2. Choix des parties

L'AQP a été divisé en 5 parties pour faciliter la compréhension du patient et du médecin:

- Les problèmes socio-professionnels
- Les maladies cardio-vasculaires, respiratoires et les addictions
- Les autres maladies prévalentes à 50 ans
- Les cancers
- Les infections.

D'après une thèse soutenue en 2011, seulement 15 % des dossiers médicaux des cabinets de médecine générale ont recensé les antécédents familiaux cardio-vasculaires de leurs patients [40]. Nous avons choisi de questionner ces antécédents, facteurs de risque non négligeables dans de nombreuses pathologies, de manière intégrée au fur et à mesure de l'AQP. Nous pensons que cette modalité permettrait au patient de mieux comprendre le lien entre les questions posées.

1.3. Choix des tests

Nous avons tenté de recueillir des tests de moins de 10 items, validés en langue française, auto-administrés.

Nous avons également cherché des études comparant ces tests entre eux s'il y en avait plusieurs, ou le comparant au « gold standard » s'il existait un test diagnostic de référence.

S'ils étaient disponibles, des éléments statistiques étaient utilisés :

- la sensibilité (rapport du nombre de tests positifs sur l'ensemble des malades) ;
- la spécificité (rapport du nombre de tests négatifs sur l'ensemble des non malades) ;
- l'index de Youden ($Y = \text{sensibilité} + \text{spécificité} - 1$) est une mesure de la précision de la méthode de diagnostic, compris entre 0 (la méthode n'est pas efficace) à 1 (la méthode est parfaite) [41].

Dans les cas possibles, nous avons utilisé des questions d'approche, permettant en fonction de la réponse du patient, de dérouler le questionnaire en entier ou de passer au suivant.

Nous avons utilisé :

- des moteurs de recherche en langue française (CISMEF, DREFC) ;
- des moteurs de recherche en langue anglaise (PUBMED, GOOGLE SCHOLAR, COCHRANE) ;
- des moteurs de recherche de revues de médecine générale en langue française (LA REVUE DU PRATICIEN, PRESCRIRE, LE MEDECIN DU QUEBEC) ;
- des moteurs de recherche de thèses en langue française (SUDOC).

2. Première partie de l'AQP : Les risques socio-professionnels

2.1. Dépistage de la précarité (n°1)

En 1992, un arrêté ministériel [42] permettait de définir la précarité à travers 5 populations socio-professionnelles (« définition socio-professionnelle ») :

- les bénéficiaires d'allocations chômage
- les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI)
- les contrats emploi solidarité
- les personnes sans domicile fixe (SDF)
- les jeunes de 16 à 25 exclus du milieu scolaire.

La définition transmise par la banque de données en soins publiques (« définition multifactorielle ») est la suivante [2] :

« Absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante, quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même ».

Une étude menée en France [43] a permis de comparer deux populations, l'une précaire selon la définition socio-professionnelle et l'autre non précaire, face à la santé.

Les risques relatifs de non recours aux soins par rapport à la population non précaire variaient de 2,02 (IC à 95% [1,97-2,06]) pour les chômeurs à 5,21 (IC [4,85-5,59]) pour les SDF.

Des risques relatifs élevés et significatifs ont aussi été relevés pour la quasi-totalité des indicateurs de santé (mauvaise santé perçue, obésité, maigreur, pression artérielle élevée et dents cariées) ainsi que pour les indicateurs de comportements (tabagisme, sédentarité).

Il existe donc des liens significatifs entre précarité et santé altérée.

Un groupe de travail [44] a essayé d'élaborer un score individuel de précarité selon la définition multifactorielle comportant des éléments de 5 domaines distincts: la situation socio-économique, le logement, la situation vis-à-vis de l'emploi, les diplômes, l'état de santé.

Après une nouvelle analyse statistique découlant des 42 questions d'origine, 11 items apparaissent plus puissants pour dépister la précarité.

Il s'agit du score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les CES).

L'évaluation du score EPICES a montré une corrélation entre les déterminants socio-économiques de précarité (diplômes, professions, chômage, bénéficiaires de la CMU), les indicateurs de santé et les indicateurs de comportements sus-cités.

Il existe encore une distinction d'un point de vue de la santé entre précarité selon la définition "socio-professionnelle" et "multifactorielle":

- les populations précaires selon la définition "socio-professionnelle" et les non précaires selon EPICES (multifactorielle), ont plutôt un bon niveau d'accès aux soins et un bon état de santé
- les populations non précaires selon la définition socio-professionnelle et les précaires selon EPICES présentent en moyenne un accès aux soins et un état de santé jugés médiocres.

Le score EPICES est donc un outil utilisable en pratique quotidienne pour dépister une précarité dite "multifactorielle":

- problèmes socio-économiques
- état de santé médiocre
- comportements inhérents à une amélioration de l'état de santé.

Il est ainsi plus simple de comprendre qu'en situation de précarité dans un ou plusieurs domaines, la santé devient une variable d'ajustement et qu'elle est reléguée au second plan des priorités du patient précaire.

Le médecin généraliste est en première ligne pour dépister cette précarité et, d'après la définition de l'OMS [1], doit pouvoir l'intégrer pleinement dans son champ d'activité.

Le score EPICES, choisi pour le dépistage n°1 [annexe 1]:

Rencontrez vous parfois un travailleur social (assistante sociale)?

Oui Non

Bénéficiez vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ?

Oui Non

Vivez vous en couple ?

Oui Non

Êtes vous propriétaire de votre logement ?

Oui Non

Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)?

Oui Non

Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?

Oui Non

Êtes-vous allé au spectacle (ou au cinéma) au cours des 12 derniers mois ?

Oui Non

Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?

Oui Non

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou enfants ?

Oui Non

En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?

Oui Non

En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

Oui Non

2.2. Dépistage des violences conjugales (n°2)

La première enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (enquête ENVEFF) a été pilotée par le secrétariat d'État au droit des femmes [45] en 2000.

6970 femmes de 20 à 59 ans ont été incluses dans cette étude. Les entretiens, tous anonymes, ont été menés par téléphone. La réponse à chaque questionnaire a duré en moyenne 40 minutes.

Parmi les femmes ayant déclaré avoir une relation de couple au cours des 12 mois écoulés, 10 % d'entre elles ont été victimes de violences conjugales dites globales [46].

Sous ce terme d'indice global de violence conjugale, nous pouvons relever:

- insultes et menaces verbales (4,3 %)
- chantage affectif (1,8 %)
- pressions psychologiques (actions de contrôle, autorité, dénigrement) (37 %)
- agressions physiques (2,5 %)
- viols et autres pratiques sexuelles imposées (0,9 %).

Dans la sous-catégorie d'âge entre 45 et 59 ans, cet indice global est de 8 %.

Tous les groupes sociaux sont exposés aux violences conjugales; des situations précaires (chômage...) étant cependant aggravantes.

Les statistiques de l'année 2012 concernant les violences aux personnes par leur conjoint ou ex-conjoint, produites par l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP) sont les suivantes [47]:

- 174 homicides volontaires ou violences volontaires entraînant la mort (84 % sont des femmes) ;
- 160 tentatives d'homicides ;
- 1170 viols (1074 femmes, 96 hommes) ;
- 61297 coups et violences volontaires non mortels (83 % sont des femmes).

Selon ENVEFF, les femmes victimes de violences conjugales (VC) qualifient leur état de santé de moyen, voire de médiocre.

Les conséquences physiques de ces agressions sont multiples [48].

Outre les décès directement imputables aux VC, les tentatives de suicide sont 5 fois plus fréquentes que dans la population générale.

Les lésions traumatiques sont les conséquences physiques les plus visibles: contusions, fractures, brûlures, plaies...

Les conséquences psychiques sont également très fréquentes, mais peut-être moins flagrantes:

- troubles émotionnels de type anxieux, paniques, phobiques, dépressifs (près de 50 % des femmes victimes de VC) ;
- troubles psychosomatiques (digestifs, asthénie, céphalées, palpitations...) ;
- troubles du sommeil ;
- troubles de l'alimentation ;
- troubles cognitifs.

Ces troubles entraînent une surconsommation de médicaments psychotropes (22 % des femmes victimes de VC) et de soins médicaux.

Sur le plan gynécologique, les femmes présentent aussi des plaintes physiques ou fonctionnelles, qu'elles aient été victimes de violences sexuelles ou non.

Outre les lésions traumatiques périnéales et les infections sexuelles, ces patientes peuvent présenter des douleurs pelviennes chroniques inexpliquées, des troubles de la sexualité (dyspareunie, vaginisme, anorgasmie), des troubles des règles (dysovulations, dysménorrhées).

Enfin, une exacerbation de pathologies chroniques peut être observée chez certaines patientes du fait des difficultés physiques à consulter (mauvais état de santé physique, asthénie, état dépressif), ou parce que le mari contrôle leurs faits et gestes.

Il n'existe pas de recommandations professionnelles françaises à ce sujet hormis autour de la grossesse [49].

Le rapport sur les femmes victimes de violences conjugales [48] préconise "qu'en l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les VC est le dépistage systématique".

PREVIOS (réseau prévention et orientation santé) est une association de santé publique financée par les organismes publics (ARS midi pyrénées).

Cette association est également en faveur du dépistage systématique des VC, notamment par les professionnels de santé, et au travers de tests validés dans les pays anglo-saxons [50]:

- Index of Spousal Abuse (ISA)
- Abuse Assessment Screen (AAS)
- Women Abuse Screening Tools (WAST)
- Partner Violence Screening (PVS).

Le test WAST a fait l'objet d'un sujet de recherche au Canada [51]. Il a été traduit en français puis comparé à un test de référence comportant 25 items (Abuse Risk Inventory-ARI). La corrélation entre le WAST français et ARI est élevée: r de Spearman = 0,96 ($p < 0,001$).

Dans un souci de dépistage rapide et pour limiter le malaise en consultation, une version courte du WAST (le WAST short) a été isolée. Elle comporte uniquement les deux premières questions du test et, en cas de réponse fortement positive, le test long peut être proposé à la patiente.

Comparativement, les corrélations entre le WAST-short et WAST "long" et entre WAST-short et ARI sont diminuées (respectivement $r=0,83$ et $r=0,75$).

Les conclusions des auteurs nous montrent qu'il existe une forte corrélation entre le WAST français et anglais dans sa version longue. Il n'en est pas de même pour la version courte.

Une étude britannique a également comparé différentes échelles de dépistage des VC afin de les diffuser en pratique médicale courante [52]. Son champ d'étude excluait systématiquement les tests comportant plus de 12 items, non adaptés au dépistage.

Cette étude met en avant un score américain, HITS (Hurt Insult Threaten Scream). Celui-ci semble être le plus sensible et spécifique de tous les tests examinés. Sensibilité et spécificité permettent à ce test d'obtenir un index de Youden de 0,90 et le place ainsi au premier rang des tests étudiés. En version originale et longue, WAST présente une sensibilité médiocre à 0,47 et une spécificité excellente à 0,95. L'index de Youden est ainsi de 0,42.

D'un point de vue pratique, le test HITS se présente sous la forme de quatre questions simples et la possibilité de 5 réponses par le patient ("jamais, rarement, parfois, souvent, très souvent"). Le cut-off est à 10/20 et il s'adresse aussi bien aux femmes qu'aux hommes.

Le score HITS, choisi pour le dépistage n°2 [annexe 1]:

Si vous vivez en couple, quelle est la fréquence à laquelle votre partenaire :

Vous blesse physiquement ?

Jamais Rarement Parfois Assez souvent Souvent

Vous insulte ou vous rabaisse ?

Jamais Rarement Parfois Assez souvent Souvent

Vous menace de violence ?

Jamais Rarement Parfois Assez souvent Souvent

Vous parle mal ou vous crie dessus ?

Jamais Rarement Parfois Assez souvent Souvent

2.3. Dépistage des risques professionnels (n°3)

Il n'existe pas de test de dépistage des nuisances professionnelles, chaque entreprise a ses spécificités distinctes [53].

La prévention primaire et secondaire des maladies causant "toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail", ne peut être réalisée que par un médecin du travail, spécialiste des conditions de travail du patient [54].

Le champ de la santé au travail s'étend de l'identification d'un risque entre itinéraire professionnel et santé jusqu'à son dépistage au travers d'une analyse.

Selon ce rapport [54], 60 % des médecins généralistes interrogés prescrivent des arrêts de travail souvent, voire très souvent en lien avec le travail de leur patient. Outre les arrêts de travail, les déclarations en maladies professionnelles et déclarations d'accidents de travail se font également en cabinet de médecine générale. Dans les cas d'arrêts de travail prolongés, le médecin traitant est le seul à garder un lien continu avec le patient à risque de désinsertion professionnelle. Il existe aussi une intrication psycho-somatique liée à des déterminants professionnels. Ces manifestations psycho-somatiques conduisent à de nombreuses consultations de médecine générale.

Les liaisons entre le médecin généraliste et le médecin du travail sont devenues indispensables, tant pour le suivi actuel (dépistage, prévention...) qu'ultérieur ("traçabilité des expositions professionnelles").

Telles sont aussi les recommandations de la prochaine loi de santé [10] et de la dernière loi relative au service de santé au travail du 20 juillet 2011 [55].

Le Dossier Médical Santé Travail (DMST), alimenté selon les recommandations de la HAS [56], pourrait servir de base d'échange entre médecin traitant et médecin du travail [54].

Le DMST doit comporter plusieurs rubriques [56]:

- informations socio-administratives,
- informations concernant l'emploi et les activités professionnelles,
- informations concernant la santé du travailleur,
- propositions et avis du médecin du travail.

L'accès à ce dossier médical est strictement réglementé et restreint au service de santé au travail. D'autres médecins, désignés par le travailleur, peuvent y avoir accès.

Le DMST est donc un document interne, n'étant pas destiné au médecin traitant.

Dans le questionnaire médical des CES, les risques professionnels sont explorés par des questions relatives aux expositions (bruits, travail sur écran, amiante, silice, poussières, produits toxiques).

Ce questionnaire explore également les rythmes de travail (jour, nuit, en poste, sans horaire fixe, à temps partiel, complet).

Dans les instants santé de la MSA pour les 45-64 ans, les conditions de travail sont évaluées ainsi:

- Comment vous sentez au travail?
- Considérez-vous être stressé dans votre vie professionnelle?
- Pensez-vous avoir été, ou êtes vous, exposé à des risques professionnels?
- Dans votre activité professionnelle actuelle, passez vous des visites de médecine du travail?

Pour encadrer les départs en retraite, des facteurs de risques professionnels ont été identifiés afin de définir une pénibilité du travail [57].

Au titre des contraintes physiques marquées seront retenues:

- les manutentions manuelles de charges,
- les postures pénibles définies comme position forcée des articulations,
- les vibrations mécaniques.

Au titre de l'environnement agressif seront retenus:

- les agents chimiques dangereux,
- les activités exercées en milieu hyperbare,
- les températures extrêmes,
- le bruit.

Au titre des contraintes liées aux rythmes de travail seront retenus:

- le travail de nuit dans les conditions fixées par le code du travail (au moins 3 heures de travail de nuit, au moins deux fois par semaine; ou travailleur qui a effectué au moins 270 heures de travail de nuit sur 12 mois consécutifs),
- le travail en équipes successives alternantes,
- le travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence élevée, imposé ou non par le déplacement automatique d'une pièce, avec un temps de cycle défini.

Comme aucun test n'a été validé et que les informations entre médecins du travail et médecins traitants circulent peu, nous avons décidé d'intégrer à l'AQP des questions relatives au travail des patients.

Ces questions simples ne serviront pas de calcul à un score mais seront portées à la connaissance du médecin traitant en cas de réponse positive.

Nous avons puisé ces questions dans le questionnaire de la sécurité sociale, de la MSA et d'après les critères de pénibilité définis plus haut.

Les questions choisies pour le dépistage n°3 [annexe 1]:

Vous avez une activité professionnelle ?

Si Oui, cochez la ou les cases qui correspondent à votre situation.

Si Non, passez au **Dépistage n°4**

- Vous ne passez pas de visite de médecine du travail
- Vous portez des charges lourdes
- Vous travaillez dans des postures pénibles (position forcée des articulations)
- Vous travaillez sur ou avec des appareils causant des vibrations mécaniques
- Vous manipulez des produits chimiques dangereux
- Vous êtes exposée à la poussière (bois, cuir)
- Vous êtes exposée à un environnement bruyant (machines...)
- Vous travaillez de nuit
- Vous avez un travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste à une cadence élevée
- Vous travaillez sur écran la plupart du temps

Dans des activités professionnelles passées, vous avez été exposée à des risques professionnels (bruit, amiante, silice, poussières de bois, produits toxiques) ?

- Oui Non

3. Deuxième partie de l'AQP : Les maladies cardiovasculaires, respiratoires et les addictions

3.1. Dépistage des signes fonctionnels de maladies cardio-vasculaires (n°4)

Les auto-questionnaires de la MSA et de la sécurité sociale soumettent au patient quelques questions au sujet de signes fonctionnels de maladies cardio-respiratoires que pourraient présenter ce dernier.

Ces questions ne s'intègrent pas dans un score de dépistage mais peuvent guider le praticien en cas de réponse positive.

Les questions choisies pour le dépistage n°4 [annexe n°1]:

Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs dans la poitrine?

Oui Non

Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs (à type de crampes) dans les jambes après un certain temps de marche ou la nuit?

Oui Non

3.2. Dépistage de la consommation de tabac (n°5)

La HAS a émis une recommandation de bonnes pratiques fin 2014 [58] concernant la consommation tabagique.

Des questions simples comme celles utilisées par les CES et les instants santé de la MSA permettent d'identifier les consommateurs actuels, anciens, ceux qui désirent arrêter.

Il est recommandé de quantifier la consommation et sa durée, sans pour autant la transcrire en "paquet-année". En effet, pour le cancer du poumon (dont le lien avec la consommation tabagique a été le plus étudié), l'excès de risque est proportionnel à la dose et est proportionnel à la puissance 4 ou 5 de la durée [59]. Fumer 1 paquet de cigarette par jour pendant 10 ans revient, en termes de "paquet-année" à 10, identique à la consommation d'un demi paquet de cigarettes par jour pendant 20 ans. Seulement, la durée d'exposition et donc le risque ne sont pas les mêmes.

Si le patient souhaite arrêter de fumer, il est alors conseillé d'évaluer la dépendance tabagique par le test de Fagerström long ou court.

Si le patient ne désire pas arrêter sa consommation, il faut savoir informer et "laisser la porte ouverte".

Enfin, si le patient est un ancien fumeur, il faut évaluer son risque de rechute et là aussi l'informer de la disponibilité du praticien.

Le test de Fagerström est un test validé et largement utilisé en pratique médicale quotidienne [60].

Ce test est le reflet de mesures biochimiques et psychométriques évaluant la dépendance à la nicotine (Fagerström Test for Nicotine Dependence) [61].

Comme l'autoquestionnaire de la MSA, nous avons décidé d'introduire une question relative à l'exposition au tabac des autres chez les non fumeurs. En effet, bien que les études épidémiologiques à ce sujet présentent quelques limites (notamment la mesure de l'exposition), il a été possible de classer les risques de maladies en fonction de l'exposition au tabagisme passif (Degré de certitude du lien : A certitude, B quasi certitude, C probabilité, D suspicion).

Voici les liens épidémiologiques qualifiés de "certitude" et "quasi certitude" [62]:

- cancer bronchique avec une relation dose-effet,
- cancer des sinus de la face avec une relation dose-effet,
- maladies coronariennes avec une relation dose-effet,
- accidents vasculaires cérébraux ischémiques,
- exacerbation d'asthme chez les patients asthmatiques.

Nous avons ainsi décidé d'articuler le dépistage autour du tabagisme ainsi : le tabagisme actuel, le degré de dépendance et la motivation à l'arrêt ; le tabagisme passé et son risque de rechute ; l'exposition à un tabagisme passif.

Les questions choisies pour le dépistage n°5 [annexe n°1]:

Fumez-vous chaque jour?

- Oui → Allez à la question A
 Non → Allez à la question B

Question A

Quel est le nombre approximatif de cigarettes fumées par jour ?

- <10 11 à 20 21 à 30 > 30

Depuis combien d'années environ ?

... années

Pensez-vous être capable d'arrêter de fumer?

- Oui
 Non

Souhaitez-vous aborder le sujet en consultation de prévention ?

- Oui → Allez à la question E
 Non → Merci de passer au **Dépistage n°6**

Question B

Êtes vous un ancien fumeur ?

- Oui → Allez à la question C, puis répondez à la question D
 Non → Allez à la question D, puis passer au **Dépistage n°6**

Question C

Quel est le nombre approximatif de cigarettes que vous fumiez par jour ?

- <10 11 à 20 21 à 30 > 30

Pendant combien d'années environ ?

... années

Depuis combien d'années avez vous arrêté ?

... années

Craignez vous parfois de « rechuter » ?

- Oui Non

Question D

Êtes vous actuellement exposé à la fumée des autres (tabagisme passif)?

- Oui Non

Merci de passer au **Dépistage n°6**

Question E

Le matin, combien de temps après être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes
 6 à 30 minutes
 31 à 60 minutes
 Plus de 60 minutes

Trouvez vous qu'il est difficile de s'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (ex : cinémas, bibliothèques...)?

- Oui
 Non

A quelle cigarette renonceriez vous le plus difficilement ?

- À la première de la journée
 À une autre

Combien de cigarettes fumez vous par jour, en moyenne ?

- 10 ou moins
 11 à 20
 21 à 30

31 ou plus

Fumez vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

Oui

Non

Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

Oui

Non

3.3.Dépistage du surpoids et de l'obésité (n°6)

Près de la moitié des patients, consultant d'ailleurs essentiellement pour d'autres motifs, sont en surpoids (32%) ou obèses (15%) [63]. Cette notion fait donc de la consultation en médecine générale un potentiel lieu de dépistage et de prise en charge de premier recours du patient en surpoids ou obèse.

L'évaluation du surpoids peut se faire en cabinet de médecine générale, par des mesures anthropométriques comme le Body Mass Index (BMI) correspondant au poids (en kg) sur la taille (en cm) au carré. Entre 25 et 29,9 le patient est considéré comme en surpoids. Au delà de 30, le patient est considéré comme obèse (obésité modérée, sévère, morbide).

Le suivi de la cohorte de Framingham a permis de repérer un lien entre BMI, facteurs de risque cardio-vasculaire et maladies cardio-vasculaires (MCV) [64].

Le risque de présenter une HTA (après ajustement sur les variables âge, tabac, diabète et hypercholestérolémie):

- RR=1,48 (1,24 – 1,75) et 2,23 (1,75 – 2,84) chez les hommes (respectivement en surpoids et obésité) ;

- RR=1,70 (1,48 – 1,94) et 2,63 (2,20 – 3,15) chez les femmes (respectivement en surpoids et obésité).

Le risque de présenter un diabète de type 2 chez les patients dits "obèses" est de RR=1,85 (1,31 – 2,61) pour les hommes et 1,36 (1,03 – 1,78) chez les femmes.

Le risque de présenter une MCV:

- RR=1,24 (1,07 – 1,44) et 1,38 (1,12-1,69) chez les hommes (respectivement en surpoids et obésité)

- RR= 1,38 (1,14-1,68) chez les femmes de la catégorie "obèse".

D'après une méta-analyse britannique [65], le risque de présenter un diabète de type 2 chez une femme obèse, selon le calcul du BMI, monte même jusqu'à 12,41 (9,03 – 17,06) et jusqu'à 6,74 (5,55 – 8,19) chez un homme obèse.

Concernant les maladies coronariennes dans cette même méta-analyse, le risque est de 1,72 (1,51 – 1,96) chez l'homme obèse contre 1,29 (1,18 – 1,41) chez l'homme en surpoids.

Ce risque est de 3,10 (2,81 – 3,43) chez les femmes obèses et de 1,80 (1,64 – 1,98) chez les femmes en surpoids.

Toutefois, le rapport entre BMI et masse grasse réelle diffère fortement entre les populations et au sein même de celles-ci, ce qui fait de cet outil une méthode grossière d'évaluation de l'obésité [66].

La dernière recommandation française à ce sujet suggère la mesure du tour de taille (TT) en complément de celle du BMI [67].

En effet, un excès de TT apparaît dorénavant comme un facteur de RCV indépendant des autres facteurs de RCV déjà connus.

Pour preuve, cette cohorte américaine de 104 843 hommes et femmes suivis entre 1997 et 2006 [68].

Il en ressort une augmentation du risque de mortalité toute cause confondue en rapport avec une augmentation du TT (après ajustement sur d'autres variables, notamment les facteurs de RCV connus et le BMI).

Par exemple, en prenant un TT de référence (RR=1) inférieur à 90 cm chez l'homme, le risque de décès augmente progressivement jusqu'à atteindre 2,02 (1,71-2,39) pour un TT supérieur à 120 cm.

Chez les femmes, ce risque atteignait 2,36 (1,98-2,82) pour un TT supérieur à 110 cm.

La plus forte relation enregistrée a été celle du rapport TT sur tour de hanches: après un ajustement sur le BMI et les autres facteurs de RCV connus, le risque, entre premier et dernier quintile de mesures de ce rapport, est de 1,75 (1,57-1,95).

Dans les mêmes conditions, le risque entre premier et dernier quintile de TT était significativement de 1,33 (1,16-1,53).

Dans la recommandation française [69], la mesure du TT n'apparaît que pour les patients considérés comme en surpoids par le calcul du BMI. Dans les catégories supérieures, cette mesure n'est pas suggérée.

Dans cette approche de questionnaire uniquement centré sur le patient, il n'est pas possible d'intégrer la mesure du TT, car elle ferait irrémédiablement intervenir un tiers. Par contre, la mesure du BMI (sur la base de valeurs déclarées par le patient) peut être proposée. Dans un second temps lors de l'examen clinique, le médecin pourra évaluer s'il le souhaite plus précisément la réelle masse grasse de son patient par le calcul du TT comme le recommande la HAS.

Les questions choisies pour le dépistage n°6 [annexe n°1]:

Quel est votre poids approximatif ?

... kg

Et votre taille ?

... cm

Ces deux valeurs permettent d'obtenir votre Indice de Masse Corporelle (IMC).
Reportez vous à l'annexe n° 1 à la fin de ce cahier et indiquez ci-après votre IMC : ...

3.4. Évaluation du risque cardio vasculaire global (n°7)

En France en 2011, les décès par maladies cardio-vasculaires (MCV) ont touché 138168 personnes, derrière le nombre de décès par cancers (158893 personnes) [69].
L'OMS considère les MCV comme la première cause de mortalité dans le monde [1].

De nombreux facteurs de risques cardio-vasculaires (RCV) ont été identifiés ces dernières décennies. Tous ces facteurs n'ont pas le même rapport avec les MCV.

Certains sont qualifiés de "majeurs", c'est à dire que la présence de ce facteur de RCV chez un patient a un effet multiplicateur du RCV, indépendamment de la présence d'autres facteurs.

D'autres sont dits "prédisposants", c'est à dire qu'ils ont un effet potentialisateur lorsqu'ils sont associés aux facteurs de RCV majeurs.

D'autres enfin sont plus discutés car leur imputabilité est méconnue.

Selon Grundy et al. [70], les facteurs de risques majeurs de maladies coronariennes (infarctus du myocarde, angor stable et instable, revascularisation coronarienne, décès par maladies coronariennes) sont les suivants:

- tabagisme
- hypertension artérielle (HTA)
- élévation du cholestérol total et du LDL cholestérol
- diminution du HDL cholestérol
- diabète de type 2
- âge.

Les relations entre ces facteurs et les maladies coronariennes ont été identifiées au cours de nombreuses études, notamment parmi la population de Framingham, ville des États Unis d'Amérique, suivie depuis 1948. Cette cohorte de patients a permis l'élaboration d'un algorithme prédictif de maladies coronariennes en fonction de la présence ou non des facteurs de risques sus-cités [71]. Il s'agit du score de Framingham amenant un nouveau concept dans la prévention cardio-vasculaire primaire: la notion de RCV global.

Une définition nous est donnée par l'ANAES [72]: probabilité de survenue d'un événement cardio-vasculaire sur une période de temps donnée (5 ou 10 ans) chez un sujet ayant un ou plusieurs facteurs de risque.

Par le score de Framingham, le calcul du RCV global permet d'évaluer le risque d'événement coronarien à 10 ans. Ce risque est classé en faible (< 10% de risque global), intermédiaire (entre 10 et 20%), et haut risque (> ou égal à 20%). L'estimation d'un RCV global par ce calcul nécessite un ajustement pour la population française car celle-ci présente une prévalence moindre de MCV que celle nord-américaine [72].

Le calcul de ce risque s'adresse en priorité aux individus asymptomatiques et sans antécédent cardio-vasculaire, de façon à individualiser les sujets dits à "haut risque" des autres, et de les traiter de manière plus vigoureuse, adaptée à leur niveau de risque [73].

Selon les recommandations européennes, il est utile, pour estimer le RCV global chez un patient en prévention primaire, d'utiliser l'échelle SCORE [74]. Cette échelle de risque a été élaborée à partir de douze études de cohortes de populations européennes. Le risque estimé ici est celui de la survenue d'un événement cardio-vasculaire fatal, alors que le score de Framingham évaluait la survenue d'un événement coronarien fatal ou non. Pour éviter tout risque de majoration de l'estimation, deux groupes de pays européens ont été identifiés (bas risque et haut risque).

Les facteurs de RCV utilisés dans SCORE sont les suivants:

- âge
- sexe
- HTA
- tabac
- cholestérol total.

Selon les recommandations françaises concernant la prise en charge des dyslipidémies [75], le calcul du RCV global intègre:

- l'âge,
- le sexe,
- les antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce,
- le tabagisme,
- l'HTA,
- le diabète de type 2,
- un taux de HDL cholestérol bas.

Le calcul se fait par une sommation simple de ces facteurs; si le taux de HDL cholestérol est élevé, un point peut être soustrait.

L'objectif du taux de LDL cholestérol se voit ainsi adapté en fonction du nombre de facteurs de RCV.

Pour les patients à haut risque, le taux de LDL cholestérol doit être inférieur à 1g/L.

Les patients dits à haut RCV sont donc ceux présentant [73] et [74]:

- des antécédents personnels de maladies cardio-vasculaires (syndrome coronarien aigu, angor avec coronaropathie documentée, revascularisation coronarienne, infarctus silencieux, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, endartériectomie carotidienne, artériopathie oblitérante des membres inférieurs symptomatiques) ;

- un diabète de type 2 associé à une maladie rénale ou à au moins deux facteurs de RCV ;
- des maladies rénales avec insuffisance rénale modérée à sévère ;
- un très haut facteur de risque individualisé (pression artérielle systolique supérieure ou égale à 180 et/ou pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 110 mmHg; cholestérol total supérieur ou égal à 3,20 et/ou LDL supérieur ou égal à 2,40 g/L) ;
- des patients présentant une athérosclérose infraclinique (sténose carotidienne supérieure ou égale à 50 %, sténose artérielle rénale, anévrisme de l'aorte abdominale asymptomatique) [73] ;
- la présence d'au moins 3 facteurs de RCV.

Nous observons aisément l'hétérogénéité des recommandations françaises, européennes et américaines concernant aussi bien la définition du RCV global et son seuil de risque, que le calcul de celui-ci et du choix des variables prédictives [72].

L'avantage d'une estimation du RCV global par une échelle réside dans sa précision: les équations utilisées prennent en compte chaque facteur de risque en intégrant la valeur exacte du paramètre mesuré alors que la méthode française de sommation prend en compte chaque facteur selon un mode binaire (présence ou absence).

Il existe aussi par cette méthode d'évaluation une plus grande variabilité inter-praticiens et donc une moindre reproductibilité [72].

En termes de morbi-mortalité cardio-vasculaire, ces trois méthodes d'évaluation (sommation simple, Framingham, SCORE) n'ont pas été comparées entre elles, et le calcul du RCV global n'a pas montré d'amélioration de celle-ci.

Enfin, parmi les variables choisies d'après la méthode SCORE, il n'y a ni diabète (à la différence de Framingham et des recommandations françaises), ni antécédents familiaux (à la différence des recommandations françaises).

The Utah Health Family Tree Study a suivi 122155 familles entre 1983 et 1996 dans le but d'identifier des hauts facteurs de risques familiaux à des fins préventives [76]. Un score de risque familial (Family risk Factor-FRS) classe les familles en sous groupes: facteur protecteur, facteur de risque moyen, positif, fortement positif et très fortement positif.

Nous allons détailler les facteurs de risques dits "positifs" et "fortement positifs" car ils se rapprochent le plus des recommandations françaises au sujet des antécédents familiaux [75]: événement coronarien (infarctus du myocarde ou mort subite) avant 55 ans chez l'homme, avant 65 ans chez la femme, au premier degré.

Leur définition américaine est la suivante [76]: un antécédent familial d'événement coronarien précoce (avant 55 ans chez l'homme ou 65 ans chez la femme) dans la famille proche ou deux antécédents familiaux à tout âge dans la famille éloignée pour le facteur

“fortement positif” et un antécédent familial à tout âge dans la famille proche ou à un âge précoce dans une plus large famille pour le facteur “positif”.

Concernant les patients ayant eu un événement coronarien précoce personnel [76]:

- 17,9% d'entre eux appartenaient au groupe “fortement positif” ;
- 37,4% appartenaient au groupe “positif”.

Dans une autre relation, 10,8 % des patients appartenant au groupe “fortement positif” ont eu un événement coronarien précoce contre 5,2 pour le groupe “positif”.

[76] estime que 48 % des événements coronariens survenus à tout âge dans la population étudiée présentent une histoire familiale dite positive (facteur de risque considéré comme positif, fortement positif, très fortement positif).

Ceci montre bien qu'il existe une relation entre l'histoire familiale de maladies coronariennes et la survenue d'événement coronarien précoce ou non chez un patient.

L'analyse de la cohorte MRFIT [77] a montré que 75 % des décès par maladies coronariennes pouvaient être expliqués par la présence de un à trois des facteurs de risques connus et contrôlables (HTA, hypercholestérolémie et tabagisme) et qu'à lui seul, un taux de cholestérol supérieur à 1,8 g/L était présent chez 46 % des décès par coronaropathie.

En faisant le constat que près de la moitié des événements coronariens présentant une histoire familiale positive, se superposent aux 75 % des décès par maladies coronariennes causés par les trois facteurs de risques connus, [78] estime que l'évaluation de l'histoire familiale est un outil utile dans l'identification des cas prévalents de MCV.

De plus, il considère que le dépistage des familles à haut risque présente un réel bénéfice en terme de coût/efficacité. Peu coûteux, car la plupart des événements cardio-vasculaires précoces sont concentrés dans un nombre limité de famille. Efficace car un dépistage ciblé de ces familles permettrait une intervention intensive réalisable car il s'agit de facteurs de risques contrôlables pour le patient (adaptation style de vie et thérapeutiques préventives).

[78] montre toutefois la difficulté d'en faire un facteur de risque prédictif indépendant car il souligne la complexité des interactions entre la génétique et l'environnement familial sur les facteurs de risques connus (HTA, tabagisme et hypercholestérolémie) qui vont eux-mêmes entrer en compte dans l'évaluation familiale de la survenue d'événements cardio-vasculaires.

Concernant le diabète de type 2, S. Yusuf et al [79] ont montré en suivant une population issue de 52 pays du monde (Interheart study) et après ajustement sur tous les facteurs de risques connus, que le risque de survenue d'un IDM est multiplié par 2,37 pour un patient diabétique (IC à 99% 2,07-2,71).

Une autre étude anglaise [80] a montré que l'association entre diabète et MCV était forte et proportionnelle.

Ainsi, l'incidence annuelle de présenter un IDM fatal ou non était de 16 ‰ pour une HbA1c inférieure ou égale à 6 %, 29,2 ‰ entre 7 et 8 % d'HbA1c et de 57,8 ‰ pour un HbA1c supérieure ou égale à 10 %.

Quant à l'amputation ou au décès consécutifs à la maladie microvasculaire, l'incidence augmentait de 1,2 ‰ pour un HbA1c inférieure ou égale à 6 %, jusqu'à atteindre 12,2 ‰ pour une HbA1c supérieure ou égale à 10%.

Si l'on se rapporte au risque relatif de survenue d'IDM fatal ou non, en prenant un RR=1 pour un HbA1c inférieure ou égale à 6, ce risque diminue de 14% par point de HbA1c perdu.

Concernant la pathologie microvasculaire, ce risque diminue de 43% par point de HbA1c perdu.

Ces derniers paragraphes nous montrent l'importance du dépistage de l'histoire familiale dans l'évaluation du RCV global afin d'identifier les familles ayant un facteur "très fortement positif". Il s'agit, selon la terminologie française, de dépister les sujets ayant un antécédent vasculaire précoce et au 1er degré, c'est à dire dans l'entourage proche de la famille.

De plus, le diabète est associé à une surmortalité cardio-vasculaire mais ne constitue pas à lui seul le critère de définition du haut RCV (à la différence des antécédents cardio-vasculaires personnels par exemple). Nous pensons donc que cette variable doit être intégrée dans l'évaluation du RCV global.

Enfin, comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent (3.4), le surpoids et l'obésité augmentent le risque de survenue de MCV en majorant la survenue de diabète de type 2, d'HTA et d'hypercholestérolémie.

C'est pourquoi la méthode simple de sommation des facteurs de RCV (incluant l'âge en fonction du sexe, les antécédents familiaux, le tabagisme, l'HTA, l'hypercholestérolémie, le diabète de type 2) nous semble la mieux adaptée à ce questionnaire et la plus simple d'utilisation pour corriger les variables contrôlables et évaluer le RCV global d'un patient français.

Nous mentionnerons les deux autres variables à prendre en compte : la présence d'un surpoids ou d'une obésité et les antécédents familiaux de diabète de type 2.

En fonction du RCV global, les actions à entreprendre seront rappelées pour chaque patient.

Les questions choisies pour le dépistage n°7 [annexe n°1]:

Avez vous bénéficié d'une prise de sang il y a :

- Moins de 1 an
- Entre 1 et 3 ans
- Entre 3 et 5 ans
- Plus de 5 ans

Avez-vous eu un problème cardiaque (infarctus, pontage, pose de stent, artérite des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral - AVC) ?

Oui → Merci de passer au **Dépistage n°8**

Non → Poursuivez avec les questions suivantes et cochez si c'est votre cas :

Vous avez plus de 50 ans (60 ans pour les femmes)

Un membre de votre famille proche (parents, frère/sœur, enfant) est décédé précocement (avant 55 ans si c'est un homme, avant 65 ans si c'est une femme) d'un infarctus du myocarde (arrêt cardiaque) ou a eu un AVC avant 45 ans (attaque cérébrale)

Vous fumez, ou avez arrêté il y a moins de 3 ans

Vous faites de l'hypertension artérielle ou vous êtes traité pour hypertension

Vous avez trop de «mauvais cholestérol» ou vous êtes traité contre le cholestérol

Vous avez un diabète ou vous êtes traité pour un diabète

Si vous n'avez pas de diabète, un membre de votre famille proche (père, mère, frère, sœur) est-il ou a-t-il été atteint de diabète ?

Oui

Non

3.5. Dépistage de la consommation excessive de sel chez l'hypertendu (n°8)

Une méta-analyse parue en 2013 [81] a tenté d'estimer approximativement l'impact d'une baisse de la prise alimentaire de sel sur les chiffres de la PA systolique et diastolique. Il est apparu une baisse significative de la PA systolique de 3,39 mmHg (2,46-4,31) et de la PA diastolique de 1,54 mmHg (0,98-2,11) dans les groupes consommant moins de 2 g de sel par jour contre les groupes témoins. Cet effet était plus marqué chez les patients présentant déjà une HTA plutôt qu'une PA normale. Ce régime désodé n'ayant aucun effet indésirable sur les lipides sanguins, les taux de catécholamines ou la fonction rénale.

Seulement, une intervariabilité des individus à la restriction sodée existe : seuls 40% des patients hypertendus y seraient sensibles et bénéficieraient de cette réduction de PA systolique ou diastolique [82].

Afin d'évaluer la consommation de sel dans une population d'hypertendus d'Île de France autrement que par la méthode de référence contraignante (recueil des urines sur 24h), une équipe a publié un auto-questionnaire alimentaire [83]. Sept déterminants d'une consommation excessive de sel ont été identifiés : le sexe, l'IMC, la consommation de pain, de fromage, de charcuteries, d'aliments riches en sel caché (pizza, poisson fumé, plats cuisinés...). Les résultats du dosage urinaire ont montré que près de 20% des hypertendus inclus avaient une consommation excessive en sel (considéré comme plus de 12 g/jour). Le tracé de la courbe ROC a permis de choisir un seuil de positivité à 5, correspondant à un indice de Youden à 0,58 (sensibilité 0,63 et spécificité 0,95). Ainsi, un test négatif permet d'exclure une consommation excessive de sel avec une probabilité de

0,92 (valeur prédictive négative). Seulement, avec une valeur prédictive positive de 0,75, les auteurs concluent qu'en cas de test positif, un dosage urinaire du sodium peut être suggéré dans la pratique.

Ce test s'applique donc aux patients hypertendus ou atteints d'insuffisance cardiaque.

Le score ExSel Test, choisi pour le dépistage n°8 [annexe n°1]:

Si vous êtes hypertendu avec ou sans traitement, merci de répondre aux questions suivantes. Sinon, vous pouvez passer au **Dépistage n°9**

Dans une journée habituelle, votre consommation totale pour le pain/biscotte/viennoiserie est de :

- 6 morceaux/parts ou plus par jour (240 g ou plus)
- 4 à 5 morceaux/parts par jour (160 à 200 g)
- 0 à 3 morceaux/parts par jour (100 g ou moins)

Dans une semaine habituelle, vous consommez du fromage (à l'exclusion du fromage blanc) au cours de 7 repas ou plus par semaine

- Oui
- Non

Dans une semaine habituelle, vous consommez de la charcuterie (à l'exclusion du jambon blanc) au cours de 2 repas ou plus

- Oui
- Non

Dans une semaine habituelle, vous consommez 2 fois ou plus, un des plats suivants : pizza, quiche, burger, crevettes, poisson fumé, olives, graines salées, chips, plats traiteur artisanal

- Oui
- Non

Pour la préparation de certains plats, vous utilisez des bouillons cubes ou des réhausseurs de goûts

- Oui
- Non

3.6. Dépistage du Syndrome d'Apnée Hypopnée Obstructive du Sommeil (n°9)

L'INVS estime (d'après l'Enquête Santé et Protection Sociale réalisée en 2008) à 4,9% les personnes ayant déclaré avoir des symptômes évocateurs d'un SAHOS dans la population générale. 2,4 % avait un SAHOS diagnostiqué. Près de 1 % des bénéficiaires du régime général étaient appareillés à domicile en 2011 (pression positive continue) [84].

Des associations fortes ont été retrouvées entre SAHOS et autres comorbidités. La prévalence du SAHOS serait beaucoup plus élevée dans les populations atteintes de MCV, de diabète de type 2, d'HTA et HTA pulmonaire, d'AVC ou d'obésité [85].

Selon la Société de Pneumologie de Langue Française [86], se basant elle-même sur l'American Academy of Sleep Medicine, le SAHOS est défini par la présence du critère A, ou au moins 2 parmi B et du critère C.

A (non expliqué par d'autres facteurs)

Somnolence diurne excessive

B (non expliqué par d'autres facteurs)

- ronflements sévères quotidiens
- sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil
- sommeil non réparateur
- fatigue diurne
- difficultés de concentration
- nycturie (plus d'une miction par nuit)

C

Critères polysomnographiques ou polygraphiques.

Il n'est pas évoqué de recours à des échelles de dépistage. L'impression globale du praticien doit se baser sur l'évaluation de signes cliniques évocateurs.

Tout d'abord la présence d'une somnolence diurne excessive est un élément important. Elle peut être évaluée par le score d'Epworth qui ne préfigure en aucun cas de la sévérité du SAHOS [86].

D'autres éléments cliniques doivent interpeler le praticien: la présence d'un surpoids, d'une obésité, d'un périmètre cervical augmenté (supérieur à 38 cm), d'une déformation cranio-faciale (micrognathie, rétrognathie), d'une HTA difficile à contrôler ou d'une HTA pulmonaire [87].

Enfin le recueil des dires des proches est important également (ronflements sévères et quotidiens) [86] et [87].

Pourtant, des échelles de dépistage existent. Plusieurs d'entre elles ont été évaluées comparativement à l'examen de référence (polysomnographie).

En additionnant sensibilité et spécificité dans le groupe des patients ayant un SAHOS sévère selon la polysomnographie (défini par un nombre d'apnées/hypopnées supérieurs à 30 par heure de sommeil), il en ressort que le questionnaire de Berlin présente le meilleur score comparé au STOP questionnaire et à celui de l'American Society of Anesthesiologists [88].

Relevant les données de cette dernière étude, le même auteur a montré que le test STOP BANG, émanant du test d'origine STOP avec quatre questions supplémentaires, présente une sensibilité bien supérieure au test de Berlin (100%) pour une spécificité moindre (37 % contre 46,4%) [89].

Cet auteur souligne que le questionnaire de Berlin, par le nombre de questions (11 items) et la difficulté du calcul du score, pourrait être encombrant pour les praticiens et leurs patients [89].

Le STOP BANG questionnaire se présente sous la forme d'un auto-questionnaire à 8 questions aux réponses binaires (oui/non). Il nécessite cependant la mesure du périmètre cervical ("neck circumference greater than 40 cm?") [87] et fait intervenir par conséquent une tierce personne.

L'ASA questionnaire nécessite lui aussi cette mesure du périmètre cervical, ainsi que d'autres éléments médicaux (anomalies cranio faciales affectant les voies aériennes, contact des amygdales entre elles) [88].

D'après une thèse réalisée en médecine générale s'appuyant sur le questionnaire de Berlin, la prévalence des patients à haut risque de SAHOS serait d'environ 20% [90]. L'auteur souligne ainsi la sous-estimation fréquente des prévalences admises.

Le questionnaire de Berlin se décline en trois parties : l'une explorant la qualité du sommeil (ronflements nocturnes et réveils), la suivante la somnolence diurne et enfin la dernière catégorie évalue la présence des autres facteurs de risque cardio-vasculaire (HTA et obésité). La positivité à deux catégories sur les trois signe la forte probabilité d'un SAHOS.

Seulement, des difficultés peuvent apparaître selon les patients : ceux dormant seuls et ceux atteints d'une pathologie autre interférant sur la qualité de l'éveil diurne.

Un complément de réponse dans la fiche de synthèse renseignera le praticien sur les ronflements : a été ajouté par exemple « ne sait pas » comme possibilité de réponse à la question « ronflez vous la nuit ? ». Cette réponse est considérée comme positive et ce sera au praticien de prendre en compte cette donnée dans la décision d'explorations complémentaires ou non.

Le questionnaire de Berlin, choisi pour le dépistage n°9 [annexe n°1]:

Question A

Est ce que vous ronflez ?

- Oui → Poursuivez les questions
- Non → Passez directement à la question E
- Je ne sais pas → Passez directement à la question E

Question B

Votre ronflement est il :

- Légèrement plus bruyant que votre respiration
- Aussi bruyant que votre voix lorsque vous parlez
- Plus bruyant que votre voix lorsque vous parlez
- Très bruyant, on vous entend dans les chambres voisines

Question C

Combien de fois ronflez vous ?

- Presque toutes les nuits
- 3 à 4 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par mois
- jamais ou presque aucune nuit

Question D

Votre ronflement a-t-il déjà dérangé quelqu'un d'autre ?

- Oui
- Non

Question E

A-t-on déjà remarqué que vous cessiez de respirer durant votre sommeil ?

- Presque toutes les nuits
- 3 à 4 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par mois
- jamais ou presque aucune nuit

Question F

Combien de fois vous arrive-t-il de vous sentir fatigué ou las après votre nuit de sommeil ?

- Presque tous les matins
- 3 à 4 matins par semaine
- 1 à 2 matins par semaine
- 1 à 2 matins par mois
- jamais ou presque jamais

Question G

Vous sentez vous fatigué, las ou peu en forme durant votre période d'éveil ?

- Presque tous les jours
- 3 à 4 jours par semaine
- 1 à 2 jours par semaine
- 1 à 2 jours par mois
- jamais ou presque jamais

Question H

Vous est il arrivé de vous assoupir ou de vous endormir au volant de votre véhicule ?

- Oui
- Non

Question I

À quelle fréquence cela vous arrive-t-il ?

- Presque tous les jours
- 3 à 4 jours par semaine
- 1 à 2 jours par semaine
- 1 à 2 jours par mois
- jamais ou presque jamais

Question J

Souffrez vous d'Hypertension artérielle ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question K

Votre IMC est de 30 ou plus :

- Oui
- Non

3.7. Dépistage de la Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (n°10)

Un guide de la HAS récemment paru, estime le taux de patients atteints de BPCO dans la population générale à 7,5%, dont une grande partie est sous-diagnostiquée [91].

Les professionnels de santé doivent être attentifs à la présence de facteurs de risque de BPCO chez leurs patients: tabagisme actif ou passif, consommation de cannabis, exposition professionnelle ou domestique à des irritants ou des toxiques [91].

Les signes fonctionnels présentés par le patient doivent eux aussi interpeler les professionnels: toux et expectoration chronique (supérieure à 2-3 mois), dyspnée persistante, progressive, apparaissant ou s'aggravant à l'exercice ou au décours d'une bronchite [91].

Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence de ce trouble ventilatoire par une spirométrie: le rapport de Tiffeneau (VEMS/CVF) doit être inférieur à 70% après administration d'un bronchodilatateur [91].

Sur une population hétérogène consultant en médecine générale, une thèse rapporte que 35% des patients présenteraient un facteur de risque de BPCO comme sus-cités. Parmi eux, 60,8% avaient une minispirométrie perturbée (définie par un rapport de Tiffeneau inférieur à 80%) [92].

Ceci montre bien que la consultation de médecine générale est un lieu idéal de dépistage de ces patients.

L'HAS [91] propose un auto-questionnaire de dépistage de la BPCO selon les critères prédictifs émis par le Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) [93]: dyspnée, expectoration chronique, toux chronique, exposition à des toxiques, âge.

Il se compose de 5 questions simples à réponse binaire amenant à un score (cut off) au delà duquel le patient peut être considéré comme positif, et donc bénéficier d'une spirométrie [94].

Nous n'avons pas trouvé d'étude comparant différents tests entre eux, à la différence des tests évaluant la qualité de vie chez un patient bronchitique chronique.

Une étude a permis d'identifier 3 variables respiratoires (parmi 23 items) fortement prédictives de maladies respiratoires obstructives: dyspnée, expectorations, limitations des activités quotidiennes par la dyspnée. Deux autres variables concernant les caractéristiques du patient interrogé montrent une forte association également: l'âge et le tabagisme. Ce choix de cinq variables a permis l'élaboration du test COPD-PS (Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patient Screener). Ce test bénéficie des meilleures sensibilité et spécificité pour les scores de 5 et 6. La valeur limite choisie par les auteurs présente, de surcroît, la meilleure valeur prédictive négative. Il s'agit du score 5 [95].

Une étude complémentaire utilisant ce test (COPD-PS) a permis de détecter 2,20 fois plus (1,26-3,84 à 95 % $p=0,006$) de patients présentant des facteurs de risque ou des symptômes de BPCO, comparé à une consultation en soins primaires n'utilisant pas ce questionnaire [96].

Hormis la toux, les variables présentées comme fortement prédictives de BPCO dans COPD-PS sont retrouvées dans le test de la HAS. COPD-PS n'a pas été retrouvé en langue française.

Une étude Japonaise a proposé un questionnaire à 11 items avec une possibilité de réponses jusqu'à 7 choix. Les variables abordées sont: tabagisme, âge, expectorations, sibilants, dyspnée à l'effort ou la nuit, palpitations, épisodes respiratoires durant l'enfance, antécédents familiaux, expositions à des toxiques, surpoids. La sensibilité de ce test a été évaluée à 76,8 % pour une spécificité à 66,7 %. Parmi les variables composant le test, quatre avaient un coefficient de Pearson élevé: dyspnée à l'effort (0,75), épisodes de "wheezing" (0,68), toux et expectorations (0,52), dyspnées nocturnes (0,45). Les critères d'inclusion pour tester ce questionnaire étaient d'avoir plus de 65 ans. Le score moyen pour le groupe BPCO était de 12,2, pour le groupe asthme bronchique de 9 et pour le groupe contrôle de 6,6, montrant une différence significative entre ces trois groupes et le pouvoir discriminant de ce test [97].

Ce score nécessite un calcul de la part du patient (évaluation consommation en cigarettes-années), un rappel d'épisode infectieux dans l'enfance. Enfin, il est moins adapté à notre questionnaire, par sa longueur (11 questions avec jusqu'à 7 choix de réponses), le manque de score disponible et la population étudiée (les plus de 65 ans).

Le test CDQ (COPD Diagnosis Questionnaire) semble lui aussi largement utilisé. Ce test comporte plusieurs variables: âge, tabac, BMI, toux, sibilants, allergies. Les scores s'échelonnent de 0 à 38 points. Les résultats classent les patients en faible risque

(inférieur à 16,5), risque intermédiaire (16,5-19,5) et haut risque (supérieur à 19,5) de présenter une BPCO, à confirmer secondairement par un examen approprié (spirométrie).

Dans une étude australienne [98], 20,3 % des patients ayant une BPCO objectivée par une spirométrie avaient un score au CDQ inférieur à 16,5. 29,9 % n'ayant pas de BPCO objectivée par la spirométrie avaient un score CDQ supérieur à 19,5. Ce qui amène les auteurs à conclure à un manque de discrimination de ces valeurs (16,5 et 19,5).

Nous optons pour le test de la HAS, qui nous semble plus simple, compréhensible et court (10 points avec cut-off), interrogeant des variables indispensables dans le diagnostic de la BPCO, mais sans étude de comparaison ou de fiabilité du test.

Le test “Aurais je une BPCO?”, choisi pour le dépistage n°10 [annexe n°1]:

Toussez vous souvent (presque tous les jours)

Oui Non

Avez vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ?

Oui Non

Êtes vous plus facilement essoufflé que les personnes de votre âge ?

Oui Non

Avez vous plus de 40 ans ?

Oui Non

Avez vous fumé ou fumez vous ? (de manière régulière)

Oui Non

3.8. Dépistage de l'addiction alcoolique (n°11)

La société française d'alcoologie [99] distingue plusieurs mésusages vis-à-vis de l'alcool:

- l'usage à risque
- l'usage nocif
- l'usage avec dépendance.

La catégorie “usage à risque” n'est pas retrouvée dans les classifications internationales (Diagnostic and Statistical Manual – DSM; Classification Internationale des Maladies – CIM) mais a été définie par l'OMS. Cet usage est considéré comme asymptomatique mais susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages [99], non seulement par le risque différé et cumulatif de la consommation (le risque est défini en France par plus de 21 verres d'alcool par semaine chez l'homme et 14 chez la femme) mais également par un risque immédiat observé dans certaines circonstances (conduites à risques, comorbidités organiques ou psychiatriques, consommation associée à d'autres substances psychoactives...).

Les troubles liés à l'usage de l'alcool sont représentés par les complications physiques, psychiques et sociales de la consommation. Parmi ces troubles, l'usage nocif ("abus" selon le DSM) est à distinguer de la dépendance et celle-ci est considérée comme une forme plus sévère de la consommation [99].

Une adaptation française du projet européen en soins primaires Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA) nous livre les outils les plus couramment utilisés dans le dépistage des mésusages de l'alcool [100].

Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) a été mis en place par l'OMS et évalue la consommation d'alcool dangereuse (question 1 à 3), nocive (question 7 à 10) et avec dépendance (question 4 à 6) durant l'année venant de s'écouler. Ce questionnaire est composé de dix questions, pondérées chacune de 0 à 4, dont la somme conduit à un total de 0 à 40. Pour dépister un mésusage de l'alcool, une étude [92] a montré un meilleur compromis dans la version française du test entre sensibilité, spécificité, VPP et VPN pour un score supérieur ou égal à 6 chez la femme et à 7 chez l'homme. Ce test est aussi capable de distinguer les patients en situation de dépendance vis-à-vis de l'alcool. Selon les auteurs, un score supérieur ou égal à 13 traduit cette situation dans les deux sexes [101].

Une autre étude a montré que la probabilité d'avoir été alcoolo-dépendant l'année écoulée pour un homme ayant obtenu entre 15 et 40 au test est de 87 %, 94 % pour une femme ayant obtenu entre 13 et 40 au test [102]. Seulement, il existe un biais inhérent de mémoire, les questions interrogeant le patient sur une période de 12 mois.

L'AUDIT-C (Consumption) est une version courte du test AUDIT ne comportant que les trois premières questions du test. Ces trois questions abordent le thème de la consommation dangereuse d'alcool. Chez l'homme, une étude [103] a montré la supériorité significative de ce test dans la détection du mésusage de l'alcool, comparé à la version longue: respectivement AUROC 0,891 (0,877-0,904) contre 0,881 (0,867-0,895). Par contre, il a été montré une supériorité significative de la version longue dans la détection de l'usage nocif avec ou sans dépendance: AUROC 0,811 (0,789-0,833) pour AUDIT et 0,786 (0,762-0,810) pour AUDIT-C.

Il est montré dans une autre étude [104] que le seuil optimal pour une meilleure combinaison entre sensibilité et spécificité est de 4 chez l'homme (sensibilité 0,86 et spécificité 0,89) et de 3 chez la femme (sensibilité 0,73 et spécificité 0,91) pour un taux de prévalence de mésusage de l'alcool adapté à notre pays.

Un homme ayant obtenu 10 ou plus à ce test présente une probabilité de 75 % d'avoir eu une consommation alcoolo-dépendante l'année venant de s'écouler, 88 % chez la femme [102].

[101] a aussi comparé le test AUDIT avec le questionnaire CAGE-DETA (acronyme de Diminuer, Entourage, Trop et Alcool). Les auteurs en concluent que le test AUDIT est supérieur au test DETA dans le dépistage des mésusages liés à l'alcool: AUROC 0,910 contre 0,787 chez l'homme, 0,932 contre 0,784 chez la femme. [102] retrouve les mêmes conclusions et évoque également l'impossibilité de ranger les patients dans des zones de consommation (à risque, nocive, avec dépendance). Le questionnaire CAGE-DETA est

composé de 4 questions témoignant d'une consommation d'alcool dite à risque au-delà d'un score de 2 points, chaque question étant pondérée de 1 point.

La version longue du CAGE-DETA, comprenant trois questions supplémentaires (les deux premières questions de l'AUDIT et une question concernant les antécédents d'alcoolisation) a montré une supériorité au test AUDIT dans la détection des patients présentant une dépendance ou un abus d'alcool (AUROC 0,871 contre 0,777 respectivement) mais n'a pas montré de supériorité dans la détection de patients ayant un mésusage de l'alcool (comprenant les trois entités: consommation à risque, nocive et avec dépendance) [105].

Le questionnaire FAST (Fast Alcohol Screening Test) a été mis au point à partir du questionnaire AUDIT dans le but de dépister rapidement les patients ayant un mésusage vis-à-vis de l'alcool [106]. Il faut en moyenne entre 12 et 15 secondes pour compléter le questionnaire FAST ou CAGE, 78 secondes pour AUDIT.

Ces quatre questions amènent à un score de 0 à 16, la détection de buveurs à risque se fait pour un score supérieur ou égal à 3. La première question aborde la quantité de boissons consommées en une seule fois. Si le patient répond "jamais plus de 8 boissons dans une même occasion" (pour un homme), alors il ne présente aucun risque de mésusage de l'alcool et le test peut s'arrêter à cette question. En cas de réponse positive, même minimale, le test se poursuit [106].

Comparés au gold standard (AUDIT), FAST a présenté une meilleure combinaison de sensibilité et spécificité que CAGE pour un test AUDIT supérieur ou égal à 8 dans la détection des mésusages de l'alcool [107].

Nous n'avons pas trouvé d'étude concernant l'association à un score élevé à ce test et l'appartenance au groupe "alcoolo-dépendance".

Des auteurs français [108], issus du programme national soutenu par l'OMS, "Boire moins, c'est mieux" développé par l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme et de l'Addictologie (ANPAA), ont tenté d'élaborer un test court (cinq questions), utilisable en pratique quotidienne de médecine générale, permettant de détecter trois catégories de patients (abstinence ou faible risque, mésusage et dépendance) d'une manière identique au test AUDIT et partageant ses capacités statistiques (sensibilité, spécificité, VPP, VPN). Après analyses par régression logique permettant d'identifier les questions capables de distinguer les groupes de patients, les auteurs se sont vus contraints à sélectionner 5 questions. Par de multiples combinaisons tentées, ces cinq questions sont issues:

- du test AUDIT (question n°1, 2, et 8)
- du test CAGE-DETA (question n°2 et 4).

Ce test, nommé FACE, permet de distinguer les mésusages des consommations avec dépendance.

Pour un score compris entre 5 et 8 chez l'homme et entre 4 et 8 chez la femme, un mésusage de l'alcool peut être probablement retenu. Au-delà de 8, la consommation est considérée comme nocive ou avec dépendance. En-deçà de 5 chez l'homme, et de 4 chez la femme, la consommation n'engendre pas de problème de santé.

Nous avons opté pour ce test.

Le score FACE, choisi pour le dépistage n°11 [annexe n°1]:

A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais
- 1 fois par mois au moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois ou plus par semaine

Combien de verres standards (par exemple 25 cl de bière, 10 cl de vin, 2.5 cl de whisky, 2.5 cl de pastis...) buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 5 ou 6
- 7 à 9
- 10 ou plus

Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- Oui
- Non

Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu faire ou dire ?

- Oui
- Non

3.9. Dépistage de l'addiction aux jeux d'argent (n°12)

L'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) a publié des résultats de consommation de substances psychoactives d'après les baromètre santé de l'INPES 2014 [109].

Il en ressort que la part des consommateurs "réguliers" (au moins dix fois au cours des trente derniers jours) d'alcool chez les 55-64 ans s'élève à 24%, celle de consommateur quotidien à 16%.

Les usagers quotidiens de tabac représentent 20 % de cette population.

Aucun usager régulier de cannabis n'est présent au sein de cette population, ce qui explique pourquoi nous ne mettons pas de test de dépistage de la consommation de cannabis.

Concernant les jeux de hasard et d'argent, les joueurs actifs sont soit réguliers (ayant joué au moins 52 fois durant l'année écoulée) soit dépensiers (ayant dépensé au moins 500 € au cours de l'année écoulée). Il représente 12,2 % de la population générale. Parmi cette population d'actifs, 3,7 % sont considérés comme excessifs [110]. Ce taux grimpe à 4,7 % des actifs chez les 45-54 ans.

Pour évaluer cette prévalence, l'OFDT a utilisé l'Indice Canadien du Jeu Excessif (ICJE) au travers du baromètre santé de 2010. Ce test auto-administré a été développé au Canada dans le but d'avoir une mesure plus significative des problèmes de jeu dans une population générale en y incluant des indicateurs sociaux et environnementaux [111]. 9 items parmi 31 ont été retenus. Il s'agit de questions simples cotées de 0 (jamais) à 3 (presque toujours). La sommation des scores donnent la catégorie du risque du joueur: sans risque (0); à risque faible (1-2); à risque modéré (3-7); excessif (supérieur ou égal à 8).

Outre la classification théorique du DSM V, il existe un autre test: le SOGS (South Oaks Gambling Screen), issu du DSM III de 1987 [112]. Il comporte 20 items et a été critiqué à plusieurs reprises pour son manque d'adaptabilité en population générale, son taux trop élevé de faux positifs et l'absence de période de référence (le sujet répond en considérant sa vie entière) [112].

Young et Stevens [113] rappelle que le SOGS a été conçu dans un but de diagnostic et non de dépistage en population générale. Ces auteurs concluent qu'à travers les nombreuses questions relatives à l'argent (notamment l'emprunt), une sur-représentation de bas groupes socio-économiques est possible (ils doivent emprunter davantage car n'ont pas autant d'argent disponible que d'autres catégories socio-économiques).

Le LIE/BET est aussi un outil de repérage très rapide car il ne comporte que deux questions qui permettent de ne pas pousser davantage l'investigation en cas de réponse négative. En cas de réponse positive, il faut alors évaluer l'addiction par d'autres tests [114].

Lors de l'enquête faite par l'OFDT et pour limiter les temps de dépistage des personnes les moins concernées, un filtre avait été mis. Seules les personnes qualifiées de joueurs actifs (plus de 52 fois au cours des 12 derniers mois ou plus de 500 € dépensés) avaient accès au questionnaire de l'ICJE.

Vu la relative faible prévalence en population générale des joueurs excessifs (0,4% des 18-75 ans) et celle plus importante parmi une population de joueurs actifs (3,7 % des 18-75 ans "actifs"), il convient dans un premier temps de dépister ce sous-groupe de joueurs actifs. Il est possible de le faire comme l'OFDT à travers 2 questions simples définissant le joueur actif, puis de faire découler le questionnaire ICJE complet en cas de réponse positive.

Le score ICJE, choisi pour le dépistage n°12 [annexe n°1]:

Au cours des 12 derniers mois ,
Avez vous joué plus de 500 € ?

- Oui
 Non

Avez vous joué au moins une fois par semaine ?

- Oui
 Non

Si vous avez répondu Non aux deux premières questions, merci de passer au **Dépistage n°13**

Si vous avez répondu Oui à une ou deux de ces questions, merci de répondre aux suivantes.

Au cours de ces 12 derniers mois,

Avez-vous misé plus d'argent que vous pouviez vous permettre de perdre ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Avez vous besoin de miser de plus en plus d'argent pour avoir la même excitation ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Avez vous rejoué une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu en jouant ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Avez vous vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Avez vous déjà senti que vous aviez peut être un problème avec le jeu ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'angoisse ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou dit que vous aviez un problème avec le jeu ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre entourage ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Vous êtes vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

4. Troisième partie de l'AQP : Les autres maladies prévalentes à 50 ans

4.1. Dépistage de symptômes anxio-dépressifs (n°13)

D'après le baromètre santé de 2010 (INPES), 9 % des 35-54 ans et 4,7 % des 55-75 ans ont présenté au cours des douze derniers mois de l'étude un épisode dépressif. Dans cette dernière population (les plus de 55 ans), la prévalence féminine est presque deux fois plus importante que dans la population masculine (6,6 contre 3,6 respectivement) [115].

Une autre enquête épidémiologique [116] a montré que 15,8 % des hommes âgés de 55 à 64 ans présentaient lors de l'étude au moins un trouble anxieux (parmi anxiété généralisée, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale et stress post traumatique). Dans la population féminine du même âge, 26,5 % d'entre elles ont présenté un trouble identique.

Des outils diagnostics de la dépression ont été mis au point par la société américaine de psychiatrie. Il s'agit du DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) parue en 2013, considéré comme la référence pour poser le diagnostic de troubles mentaux.

En parallèle de cet outil, l'OMS publie le CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) qui permet de classer la dépression en légère, moyenne ou sévère.

Ces outils diagnostics ne sont pas adaptés et utilisables dans ce questionnaire de dépistage.

L'échelle de dépression d'Hamilton comporte 17 questions concernant l'humeur, l'anxiété, des troubles physiques, troubles du sommeil et troubles dans les activités professionnelles ou personnelles. Il s'agit d'une hétéro-évaluation, c'est à dire qu'elle nécessite la présence d'une tierce personne et n'est donc pas adaptée au profil de cet auto-questionnaire.

L'échelle MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) présente l'avantage d'être courte (10 questions). Néanmoins, il s'agit là encore d'une hétéro-évaluation.

Une échelle d'auto-évaluation à 21 items a été formulée par Beck dès 1961, puis abrégée en 13 items en 1972 [117].

Cette échelle montre une corrélation significative mais faible avec l'échelle de la dépression d'Hamilton mais également avec l'échelle du ralentissement de Widlöcher (au travers des items I indécision, K inhibition pour le travail et L fatigabilité).

Un guide de prise en charge francophone québécois sur la dépression avance un autre test de dépistage: le Questionnaire sur la Santé du Patient (QSP 9). Il est composé de 9 questions et permet de préciser la présence et la sévérité des troubles dépressifs [118].

Les auteurs soulignent qu'un test rapide de dépistage (QSP 2) permet de faire une "pré-sélection" de patients. Ce test QSP 2 répond à l'impératif émis par le DSM IV: "au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir".

Une étude comparant les échelles de dépistage dans une population de patients atteints de maladie de Parkinson permet notamment de comparer l'échelle abrégée de Beck et le QSP 9. Le premier présente un indice de Youden supérieur au second (0,55 contre 0,46) [119].

Enfin, d'autres auteurs évoquent l'intrication fréquente de l'anxiété et de la dépression à un degré similaire (version "Beck-Pichot" citée par Collet et Cottraux dans [117]).

Une échelle d'auto-évaluation concernant l'anxiété et la dépression a été mise au point en 1982 dans ce sens (The Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [120]. Cette échelle est composée de 14 questions, sept évaluant l'anxiété et sept la dépression. Concernant la dépression, les questions relatives à la perte du plaisir (anhédonie) semblent prédominantes selon les auteurs. Cette échelle avait été comparée au General Health Questionary composé de 12 items, ce dernier étant considéré par les auteurs comme trop long à réaliser et ne donnant pas de diagnostic précis de la pathologie psychiatrique [120].

Selon [118], HADS et QSP 9 demandent moins de temps de réponse que Beck abrégée (moins de 5 minutes contre 5-10 minutes). QSP 9 présente un nombre d'items moindre mais semble moins efficace que l'échelle de Beck [119].

Dans une autre étude portant sur 212 patients, des auteurs ont souligné la faible capacité discriminatoire du test dans les dépressions de gravité légère à modérée, ce qui est le cas le plus fréquent pour des patients consultant en médecine de premier recours [120].

Nous n'avons pas trouvé d'études comparant l'échelle HADS avec d'autres. Enfin, l'échelle HADS est la seule recommandée par la HAS dans le dépistage des troubles dépressifs [121].

L'échelle HADS a ainsi l'avantage de dépister des troubles anxieux et dépressifs à travers 14 questions auto-administrées simples, côtées et dont le score permet le dépistage de ces deux pathologies.

Néanmoins, nous intégrerons au questionnaire une question simple concernant les symptômes dépressifs, directement issu du QSP 2, ainsi qu'une question relative à l'anxiété, inspirée du QSP 2 également. En cas de réponse positive, les patients se verront proposer le test HADS.

Le score HADS, choisi pour le dépistage n°13 [annexe n°1]:

Au cours du dernier mois,

Avez vous éprouvé peu d'intérêt ou peu de plaisir à faire les choses ?

Oui Non

Vous êtes vous senti triste, déprimée ou désespérée ?

Oui Non

Vous sentez vous stressée, angoissée dans votre vie quotidienne ou au travail ?

Oui Non

Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, vous pouvez répondre aux suivantes.
Sinon, merci de passer au **Dépistage n°14**

Je me sens tendu ou énervé(e)

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui très nettement
- Oui mais c'est pas trop grave
- Un peu mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout

Je me fais du souci

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

Je suis de bonne humeur

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté

- Oui quoiqu'il arrive
- Oui en général
- Rarement
- Jamais

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais

J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement

4.2. Dépistage d'une dépendance aux benzodiazépines ou hypnotiques (n°14)

Une récente étude épidémiologique a montré que la part d'anxiolytique/hypnotique dans les médicaments psychotropes tend à diminuer au profit des médicaments anti-dépresseurs.

Toutefois, 18,6 % de la population française aurait consommé un anxiolytique ou un hypnotique au cours de l'année, 11,3 % au cours du dernier mois [122].

44 % de ces usagers ont déclaré en avoir consommé durant moins de 15 jours, 23 % pendant plus de 6 mois [123].

Ces longues durées de traitement sont, d'une part non conformes aux recommandations de prescriptions, et d'autre part le reflet d'une possible dépendance qu'il convient d'évaluer.

Les sociétés Américaines (DSM 5) et Européennes (CIM 10) ont émis des critères de diagnostic pour la dépendance aux substances. Ces hétéro-évaluations ne sont pas utilisables dans cet outil de dépistage auto-administré.

La HAS, dans une recommandation quant aux modalités d'arrêt des benzodiazépines chez les sujets âgés [124], propose d'évaluer la dépendance à l'aide de quatre tests de dépistage.

L'échelle "Benzodiazepine Dependance Self Report Questionnaire" [125] évalue la dépendance à travers 4 thématiques: conscience d'un usage problématique, obsession quant à la disponibilité du produit, manque de compliance à la prescription du produit, sentiments ressentis d'effets délétères du produit. Ces thématiques sont évaluées par 5 items chacune, ce qui donne un test trop long et non utilisable pour notre dépistage.

L'échelle "Benzodiazepine Craving Questionnaire" comporte lui aussi 20 items, ce qui l'exclut de notre dépistage [126].

L'échelle "Severity of Dependence Scale" a été testée sur des usagers de drogues (héroïne, cocaïne, amphétamines) à Londres et Sidney [127]. Elle comporte 5 items notés de 0 à 3 dont la traduction française est disponible sur le site de l'Office Française des Drogues et Toxicomanies (www.ofdt.fr).

Cette échelle a ensuite été testée sur cent patients consommateurs réguliers (au moins une fois par jour depuis au moins trois mois) de benzodiazépines [128]. Le terme "drogue" était remplacé par le terme "tranquillisant". Les questions portaient sur le ressenti du dernier mois. Les réponses au test ont été comparées à la section "utilisation de substance" du Composite International Diagnostic Interview (CIDI) lors d'un entretien psychiatrique [129]. Pour un cut-off supérieur strict à 6, la sensibilité était de 97,9 % et la spécificité de 94,2 % ; indice de Youden 0,921.

Un auteur français a mis au point une échelle de dépendance aux benzodiazépines (Échelle cognitive d'attachements aux benzodiazépines - ECAB). Cette échelle comporte 10 items à réponse binaire (oui ou non). Elle a été mise au point à partir de 52 patients consommateurs de Benzodiazépines depuis au moins 3 mois; la comparaison du test a été faite avec le CIM 10. L'article n'a pas été retrouvé suivant la bibliographie du guide la HAS. Ce dernier évoque ces chiffres: sensibilité de 94 % et spécificité de 81 % (indice de Youden 0,75) pour un seuil de 6.

Ces deux derniers tests présentent des similitudes en termes de temps (5 items mais 4 réponses possibles pour l'un, 10 items à réponses binaires pour l'autre) mais l'étude de validation du test adapté aux benzodiazépines est plus puissante pour SDS que pour ECAB, ce qui fait porter notre choix sur cette échelle.

Ce test possède aussi une question relative à l'envie d'arrêter, capitale en addictologie.

Nous avons décidé de proposer ce test qu'aux patients déclarant consommer "un médicament pour se détendre ou pour dormir".

Le score SDS, choisi pour le dépistage n°14 [annexe n°1]:

Prenez vous régulièrement un médicament pour vous détendre ou pour vous aider à mieux dormir ?

- Oui → veuillez répondre aux questions suivantes
 Non → merci de passer au **Dépistage n°15**

Au cours des 3 derniers mois,

Avez vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de ce médicament ?

- Jamais ou presque jamais
 Quelquefois
 Souvent
 Toujours ou presque toujours

Est ce que l'idée de ne pas consommer du tout ce médicament vous a rendu inquiet ou anxieux ?

- Jamais ou presque jamais
 Quelquefois
 Souvent
 Toujours ou presque toujours

Est ce que la consommation de ce médicament vous a préoccupé ?

- Pas du tout
 Un peu
 De temps en temps
 Beaucoup

Avez vous souhaité être capable d'arrêter la consommation de ce médicament ?

- Jamais ou presque jamais
 Quelquefois
 Souvent
 Toujours ou presque toujours

Jusqu'à quel point est ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans ce médicament ?

- Facile
- Assez difficile
- Très difficile
- Impossible

4.3. Dépistage des troubles sexuels (n°15)

Une enquête épidémiologique basée sur 1500 hommes et femmes français âgés de 40 à 80 ans et sexuellement actifs (groupe égaux en nombre) joints par téléphone a permis d'apporter quelques chiffres concernant ces affections [130]. La vie sexuelle explorée s'étalait sur l'année écoulée, les troubles rencontrés sur les deux derniers mois et leurs fréquences durant cette période.

Parmi la population masculine, 16 % d'entre eux déclaraient souffrir d'éjaculation précoce, 15 % de difficultés érectiles, 13 % d'un manque d'intérêt sexuel, 9,9 % d'incapacité à avoir un orgasme, 7,4 % d'une activité sexuelle sans plaisir et 3,6 % alléguaient des douleurs durant les rapports.

Parmi la population féminine, 20,9 % évoquaient un manque d'intérêt pour le sexe, 17,8 % une activité sexuelle sans plaisir, 15,8 % une incapacité à avoir un orgasme, 14,3 % des difficultés de lubrification vaginale et 9,6 % des douleurs durant les rapports sexuels.

Il n'a pas été trouvé de test de dépistage des troubles sexuels.

Le questionnaire de la MSA destiné au 45-64 ans, aborde le sujet par une question simple "votre vie sexuel vous satisfait-elle?".

Le questionnaire des CES l'évoque ainsi: "au cours de l'entretien médical, souhaitez-vous aborder des questions relatives à votre sexualité?".

Nous avons donc décider d'inclure ces deux questions dans le questionnaire. En cas de réponse positive à la première question, la seconde sera posée pour ne pas créer de malaise durant la consultation avec le médecin traitant.

Les questions choisies pour le dépistage n°15 chez la femme [annexe n°1]:

Souhaitez-vous aborder des problèmes liés à votre sexualité (sècheresse vaginale, douleurs pendant les rapports, troubles de la libido...) pendant la consultation ?

- Oui
- Non

Les questions choisies pour le dépistage n°15 chez l'homme [annexe n°2]:

Souhaiteriez-vous aborder des problèmes liés à votre sexualité (troubles de l'érection, de l'éjaculation, de la libido...) pendant la consultation ?

- Oui
- Non

4.4. Dépistage facteurs de risques d'ostéoporose et évaluation de la consommation calcique (n°16)

La prévalence féminine de l'ostéoporose densitométrique augmente avec l'âge (à partir de 50 ans). L'ostéoporose concernerait ainsi 40 % des femmes ménopausées et 15 % des hommes après 50 ans [131].

L'incidence des fractures osteoporotiques augmente également avec l'âge après 50 ans.

Seulement, une corrélation stricte entre densité minérale osseuse (DMO) basse et survenue de fracture n'existe pas. Les auteurs estiment que la moitié des fractures ostéoporotiques surviennent chez des patients ayant simplement une ostéopénie à l'ostéodensitométrie.

L'examen ostéodensitométrique se porte sur un site osseux (hanche ou rachis lombaire) d'un patient et est comparée à la densitométrie retrouvée sur le même site dans une population plus jeune (T-score) ou dans une population identique (Z-score). On évalue ainsi, en terme d'écart-type, la DMO. Par exemple, pour un T-score supérieur strict à -1 écart-type, la DMO est considérée comme normale; entre -1 et -2,5 le sujet présente une ostéopénie; au-delà de -2,5 strict, le sujet est considéré comme ostéoporotique.

Ce qui est important à distinguer, ce sont les facteurs de risque de fractures et les facteurs de risque d'ostéoporose, souvent intriqués.

La HAS et le groupe GRIIO [132] et [134] ont listé ces facteurs de risque d'ostéoporose:

- âge > 60 ans ;
- antécédent personnel de fracture dite ostéoporotique, c'est à dire survenue sans traumatisme violent ou sans processus tumoral osseux, vertébrale ou périphérique (sont exclues les fractures du crâne, des orteils, des doigts et du rachis cervical) ;
- antécédent de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez un parent du premier degré ;
- corticothérapie ancienne ou actuelle (au moins 3 mois consécutifs à la dose supérieure ou égale à 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone) ;
- maigreur (IMC inférieur à 19) ;
- ménopause précoce (avant 40 ans) ;
- insuffisance vitamino-calcique ;
- pathologie ostéopéniante (polyarthrite rhumatoïde) ;
- anomalies endocriniennes (hypogonadisme prolongé, hyperthyroïdie non traitée, hyperparathyroïdie, hypercorticisme, osteogénèse imparfaite) ;

- alcool-tabagisme ;
- faible exercice, immobilisation.

La carence oestrogénique, par l'arrêt brutal de sécrétion lors de la ménopause, est responsable d'une accélération d'un remodelage osseux, essentiellement par résorption, conduisant à une baisse de la DMO.

Chez l'homme, la diminution de la sécrétion androgénique étant moins brutale, il s'ensuit une moindre altération de la micro-architecture osseuse.

Aussi, une moindre concentration en vitamine D (par manque d'apport et de synthèse consécutive au manque d'exposition solaire) associée ou non à des apports calciques faibles entraînent une hyperparathyroïdie secondaire qui elle-même entraîne un remodelage osseux dans le but de pallier à cette carence calcique.

Dans l'évaluation du risque fracturaire, d'autres éléments sont à prendre en compte, notamment les risques de chute (diminution de l'acuité visuelle, troubles neuro-musculaires ou orthopédiques...).

Le score de FRAX, outil validé par l'OMS permet en intégrant une partie de ces facteurs de risque, d'estimer le risque de survenue de fractures à 10 ans [133].

Dans cet auto-questionnaire patient que nous proposerons aux patients de plus de 50 ans, ceux-ci seront en ménopause ou andropause. Le seul levier sur lequel nous pouvons agir dans le cadre d'une ménopause ou d'une andropause, c'est l'apport vitamino-calcique.

Nous avons donc décidé de dépister les facteurs de risque d'ostéoporose et de dépister également une carence d'apports en calcium dans la population des 50-65 ans.

En cas de positivité, les autres facteurs de risque d'ostéoporose seront rappelés sur la fiche synthétique.

Le Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses (GRIO) [134] propose une évaluation de l'apport calcique, trop longue pour notre questionnaire.

Des auteurs français ont développé le test "CoCoNut Calcium" afin de dépister une carence en calcium [135].

Le questionnaire auto-administré interroge les patients sur leur consommation habituelle en produits laitiers ainsi que leur fréquence. Afin d'estimer l'apport calcique global (eaux...), un ajout de 300 mg est effectué au total. Chaque point de consommation calcique correspond à 60 mg de calcium. Dans la tranche d'âge de 55-75 ans, la limite inférieure est de 800 mg par jour.

Afin de tester ce questionnaire, les patients ont été orientés en suivant vers une diététicienne qui a évalué l'apport calcique elle-même par le biais d'une enquête alimentaire. Le calcul du coefficient de corrélation observé entre le score CoCoNut Ca et l'enquête alimentaire est de 0,929.

Un score au test inférieur à 8 traduit une carence d'apport en calcium (moins de 800 mg par jour). Le seuil de 9 a été toutefois retenu car il présente la meilleure puissance: sensibilité 0,83 et spécificité 0,94, soit un indice de Youden à 0,77.

Les questions et le score CoCoNut Ca choisis pour le dépistage n°16 [annexe n°1]:

Merci de cocher si c'est votre cas :

- Vous avez été ménopausée avant l'âge de 40 ans (pour les femmes)
- Vous avez des antécédents personnels (c'est à dire vous même) de fracture osseuse survenue sans traumatisme violent et en dehors de tumeur osseuse
- Un de vos parents a eu une fracture de hanche
- Vous prenez ou avez pris de la cortisone pendant plus de 3 mois

Merci d'indiquer approximativement la fréquence à laquelle vous consommez ces produits laitiers :

Lait (200 ml = 1 bol ou 1 grand verre)

- 2 à 3 fois par jour
- 1 fois par jour
- 5 à 6 fois par semaine
- 3 à 4 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- Jamais

Sandwich au fromage, quiche, croque monsieur, soufflé au fromage, plat au gratin

- 2 à 3 fois par jour
- 1 fois par jour
- 5 à 6 fois par semaine
- 3 à 4 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- Jamais

Fromage (1 part)

- 2 à 3 fois par jour
- 1 fois par jour
- 5 à 6 fois par semaine
- 3 à 4 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- Jamais

1 yaourt

- 2 à 3 fois par jour
- 1 fois par jour
- 5 à 6 fois par semaine
- 3 à 4 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- Jamais

Fromage blanc (1 part)

- 2 à 3 fois par jour
- 1 fois par jour
- 5 à 6 fois par semaine
- 3 à 4 fois par semaine

- 1 à 2 fois par semaine
- Jamais

Flan ou riz au lait ou gâteau de semoule ou glace ou crème dessert

- 2 à 3 fois par jour
- 1 fois par jour
- 5 à 6 fois par semaine
- 3 à 4 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- Jamais

4.5. Dépistage de l'incontinence urinaire chez la femme (n°17)

La prévalence en population générale féminine de l'incontinence urinaire (IU) est estimée à environ 53 % (l'IU est alors définie comme la survenue d'une fuite urinaire involontaire, l'impériosité sans incontinence n'est alors pas comptabilisée) [136].

Cette prévalence tombe à 20 % en cas d'incontinence qualifiée de "sévère", c'est à dire nécessitant le port de garnitures.

Le rapport de la HAS [136] évoque le score ISQ (Incontinence Screening Questionnaire) qui porte essentiellement sur le dépistage d'une incontinence liée à l'impériosité.

Ce test auto-administré a retenu cinq questions dont la valeur prédictive positive était supérieure à 65 % [137]. Ces chiffres lui ont permis de détecter 60 % des femmes avec un Pad-Test positif (test quantitatif de mesure de la perte urinaire sur 48h [138], considéré comme le test de référence ici). 15 % des femmes ont été dépistées positive à tort.

Une autre recommandation en urologie mentionne d'autres tests [139]. Le score UPS (Urinary Symptom Profile) comporte 13 questions auto-administrées permettant de distinguer l'incontinence urinaire à l'effort et l'hyperactivité vésicale.

Un autre test plus court, ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) est composé de questions auto-administrées évaluant le degré d'incontinence urinaire et son impact dans le quotidien des patients [140]. Les deux premières questions renseignent la fréquence et la quantité des pertes d'urines des patients, évaluant ainsi le degré d'atteinte. Une question interroge sur la qualité de vie de ces patients atteints de ces symptômes au travers d'une échelle numérique (0= pas du tout dérangé à 10= vraiment beaucoup). Enfin, une dernière question porte sur les circonstances des pertes d'urines, aiguillant ainsi le thérapeute entre impériosité et incontinence d'effort.

Le groupe de travail du rapport de la HAS conclut le paragraphe concernant le dépistage de l'incontinence urinaire en soulignant qu'il valait peut être mieux poser une simple question d'appel lors des consultations: "Vous arrive-t-il d'avoir des fuites d'urine?" [136].

Nous pensons ici que cette simple question pourrait permettre de dépister rapidement les patientes atteintes de cette incomodité. En cas de réponse positive, la question 4 du questionnaire de l'ICIQ permettrait aussi au thérapeute de distinguer plus rapidement le type d'incontinence urinaire.

Nous décidons donc de l'incorporer à cet auto-questionnaire.

Les questions choisies pour le dépistage n°17 [annexe n°1]:

Vous arrive-t-il d'avoir des pertes d'urine ?

- Oui → Répondez aux questions suivantes
 Non → Passez au **Dépistage n°18**

Vous avez des pertes d'urine (cochez si c'est votre cas) :

- Avant de pouvoir arriver aux toilettes
 Quand vous toussiez ou éternuez
 Quand vous dormez
 Quand vous avez une activité physique ou faites de l'exercice
 Quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillée
 Sans cause apparente
 Tout le temps

4.6. Dépistage des troubles de la ménopause chez la femme (n°18)

À la ménopause, la moitié des femmes se plaignent de troubles pouvant être rapportés à la ménopause. Après dix années de ménopause, un quart des patientes présentent encore des signes climatiques [141].

Nous n'avons pas trouvé de test de dépistage de ces troubles chez la femme. Les manifestations observées chez les patientes sont [142]:

- manifestations vaso-motrices (bouffées de chaleur, crises sudorales en particulier nocturnes) ;
- troubles du sommeil et de l'humeur, insomnie, anxiété ;
- atrophie vulvo-vaginale, dyspareunie possible, dysurie ;
- modifications cutanées (amaigrissement et perte de l'élasticité) ;
- fragilité osseuse (ostéopénie, ostéoporose) ;
- risque cardiovasculaire augmenté à plus long terme.

Les troubles invalidants présentés par les patientes sont principalement les "bouffées de chaleur" et troubles des muqueuses.

Il semble difficile de rapprocher troubles de l'humeur et ménopause mais il est possible que des troubles de la ménopause fréquents puissent engendrer une réelle dépression [142].

Dans le questionnaire de la MSA, ces troubles sont abordés ainsi:

"Avez vous des troubles apparus à la ménopause?"

Dans celui des CES:

"Avez vous des bouffées de chaleur?"

Nous décidons donc d'interroger les patientes par une simple question.

La question choisie pour le dépistage n°18 [annexe n°1]:

Si vous êtes ménopausée, avez-vous des troubles de la ménopause (comme les "bouffées de chaleur") qui vous invalident dans votre quotidien?

Oui Non

4.7. Dépistage de l'hypertrophie bénigne de prostate chez l'homme (n°19)

Une enquête épidémiologique a été menée en France en médecine générale: 2240 médecins généralistes ont inclus 18 540 hommes de 50 ans et plus de manière consécutive, sans HBP connue ni plainte spécifique concernant le bas appareil urinaire [143].

Pour évoquer le diagnostic "d'HBP confirmée", le patient devait répondre à un auto-questionnaire (IPSS) et y obtenir un score supérieur ou égal à 8, et cette HBP devait être confirmée cliniquement (toucher rectal) ou paracliniquement (échographie...) par le médecin généraliste ou le médecin urologue.

Les résultats ont montré que la prévalence de "l'HBP confirmée" est de 49,4% et la prévalence des symptômes du bas appareil urinaire (traduits par un score IPSS supérieur ou égal à 8) est de 54,7 %. Ces symptômes étaient présents depuis 3 ans en moyenne.

Les raisons de non-consultations pour ces symptômes étaient "le peu d'importance accordée à un problème jugé banal à cet âge" pour 69,8% et "l'appréhension de l'intervention chirurgicale" pour 47,7%.

L'IPSS avait été élaboré par l'American Urological Association [144].

Les questions de l'IPSS n° 1, 3, 5 et 6 évaluent les symptômes d'évacuation dits "obstructifs" et les questions n° 2, 4 et 7 évaluent quant à elles les symptômes de remplissage dits "irritatifs" [145].

Il est donc composé de 7 questions pondérées de 0 à 5 selon l'intensité des symptômes.

Le score total ainsi obtenu permet de distinguer:

0 à 7: HBP peu symptomatique

8 à 19: HBP modérément symptomatique

20 à 35: HBP sévère.

Ce score IPSS semble le plus utilisé en pratique médicale courante; il est recommandé par la HAS [146].

D'autres auteurs ont proposé l'utilisation d'une échelle visuelle analogique (EVA) dans le dépistage des signes liés à l'HBP [145].

Une simple question (“Dans quelle mesure avez vous des problèmes urinaires?”) débouche sur une EVA de 20 cm dont une corrélation forte avec le score IPSS est retrouvée (R de Spearman 0,91 pour $p < 0,0001$).

Cette évaluation dépiste un trouble global urinaire du bas appareil, qu’il convient par la suite de mieux définir.

Cette échelle avait été élaborée dans un souci d’efficience en cabinet de médecine générale, le score IPSS étant considéré comme inadapté à la pratique quotidienne.

Certaines limites de ce test sont évoquées par des auteurs: le manque de questions relatives à l’incontinence urinaire [147], ou à la nycturie, principal vecteur de réveils nocturnes et d’incidence sur la qualité de vie [148].

[147] l’a comparé au score ICS comportant 6 questions supplémentaires. Le score IPSS apparaît plus robuste que ICS dans le diagnostic d’une HBP non sévère, les signes d’incontinence étant rares à ce stade et étroitement liés à la gêne quotidienne. De plus, ICS comporte 13 questions, ce qui est supérieur à notre limite pour le questionnaire.

Nous faisons donc le choix du test IPSS.

Le score IPSS, choisi pour le dépistage n°19 [annexe n°2]:

Au cours du dernier mois, merci d’indiquer approximativement avec quelle fréquence :

Avez vous eu la sensation que votre vessie n’était pas complètement vidée après avoir uriné ?

- Jamais
- Environ 1 fois sur 5
- Environ 1 fois sur 3
- Environ 1 fois sur 2
- Environ 2 fois sur 3
- Presque toujours

Avez vous eu besoin d’uriner moins de 2 heures après avoir fini d’uriner ?

- Jamais
- Environ 1 fois sur 5
- Environ 1 fois sur 3
- Environ 1 fois sur 2
- Environ 2 fois sur 3
- Presque toujours

Avez vous eu une interruption du jet d’urine c’est à dire démarrage, puis arrêt puis redémarrage ?

- Jamais
- Environ 1 fois sur 5
- Environ 1 fois sur 3
- Environ 1 fois sur 2
- Environ 2 fois sur 3
- Presque toujours

Avez vous eu des difficultés à vous retenir d’uriner une fois en avoir senti le besoin ?

- Jamais
- Environ 1 fois sur 5
- Environ 1 fois sur 3
- Environ 1 fois sur 2
- Environ 2 fois sur 3
- Presque toujours

Avez vous eu une diminution de la taille ou de la force du jet ?

- Jamais
- Environ 1 fois sur 5
- Environ 1 fois sur 3
- Environ 1 fois sur 2
- Environ 2 fois sur 3
- Presque toujours

Avez vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?

- Jamais
- Environ 1 fois sur 5
- Environ 1 fois sur 3
- Environ 1 fois sur 2
- Environ 2 fois sur 3
- Presque toujours

Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher le soir et celui de votre lever définitif le matin) ?

- Aucune 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois 5 fois Plus de 5 fois

4.8. Dépistage des troubles de la vue: dégénérescence maculaire liée à l'âge et glaucome (n°20)

Première cause de handicap visuel à partir de 50 ans, la fréquence de la DMLA augmente inéluctablement avec l'âge grandissant des patients: de 1% des 50-55 ans à 10% des 65-75 ans. 8 % de la population serait concerné, toutes formes de DMLA confondues [149]. Les signes fonctionnels les plus fréquents sont la baisse de l'acuité visuelle centrale et des métamorphopsies (déformation des lignes droites et des images). D'autres signes plus difficiles à objectiver: un ou plusieurs scotomes, une diminution de la perception des contrastes, une gêne en vision nocturne, des difficultés à la lecture, une sensation d'éblouissement, des modifications de la vision des couleurs [150].

Pour mettre en évidence des scotomes ou des métamorphopsies, le rapport préconise l'utilisation de la grille d'Amsler pour une auto-évaluation [150]. Lors de ce test, le sujet doit garder sa correction optique.

Nous n'avons pas identifié d'étude comparant la grille d'Amsler à un autre test dans le dépistage de la DMLA. De plus, cette dernière est simple d'utilisation et peut être incorporée à notre auto-questionnaire.

Selon un dernier rapport de la HAS [151], la fréquence des hypertonies intra oculaires (HTIO) serait de 4 % chez les plus de 40 ans. Moins de 10 % des sujets présentant une HTIO développeront un glaucome et un glaucome sur deux est à pression intra oculaire (PIO) normale.

La majorité des glaucomes retrouvés en Occident sont à angle ouvert.

Parmi les facteurs de risque admis pour le glaucome à angle ouvert, on retrouve:

- l'âge (> 40 ans)
- l'origine ethnique (sujets mélanodermes)
- les antécédents familiaux de glaucome (RR 2,1 [1,03-4,20])
- la myopie
- le diabète (RR 1,5 [1,16-1,93])
- la prise de corticoïdes
- les variations importantes de la pression artérielle (HTA, hypotension)
- une HTIO (pression > 21 mmHg)
- un tabagisme en cours (RR 1,4 [1-1,9]).

Le Groupe Technique National de Définition des Objectifs de Santé Publique (GNTDO) datant de 2003 recommandait un dépistage systématique de tous les patients de plus de 40 ans consultant en ophtalmologie. Le dépistage serait alors constitué par la mesure de la PIO.

Les recommandations américaines (US Preventive Services Task Force) propose le dépistage dans une population cible (sujet d'origine africaine de plus de 40 ans, sujet d'origine caucasienne de plus de 65 ans, antécédents familiaux de glaucome, diabète, myopie sévère). Ces recommandations préconisent la mesure de la PIO et l'examen du fond d'oeil.

Afin de poser le diagnostic de glaucome, il convient de réaliser ces examens: la toniométrie (évaluation PIO), le fond d'oeil (examen de la tête du nerf optique), la périmétrie (évaluation du champ visuel), la gonioscopie (angle ouvert ou fermé).

Du fait de la lourdeur des examens diagnostiques du glaucome, le rapport de la HAS ne préconise pas de dépistage en population générale ou ciblée, tant que d'autres études complémentaires sur ce sujet ne sont pas publiées.

Hormis des pathologies chroniques nécessitant un suivi annuel (patient diabétique sous insuline ou sous antidiabétiques oraux avec pression artérielle et glycémies mal contrôlées) ou bisannuel (patient diabétique bien équilibré) chez l'ophtalmologue, une ordonnance pour correction optique est valable 3 ans [152]. Lors de cette consultation, un examen de la vision, du fond d'oeil et de la PIO peuvent être réalisés, dépistant ainsi éventuellement une DMLA ou un glaucome.

Il nous faudra donc distinguer les patients ayant consulté un ophtalmologue au delà des 3 dernières années (en dehors d'une pathologie chronique à suivre) et leur proposer un dépistage de la DMLA par la grille d'Amsler et rechercher des facteurs favorisant le glaucome, selon les recommandations américaines à ce sujet.

Les questions choisies pour le dépistage n°20 [annexe n°1]:

Avez-vous consulté un ophtalmologue ces 3 dernières années ?

- Oui → Vous pouvez directement passer au **dépistage n°21**
 Non → Merci de répondre aux questions suivantes et de réaliser l'exercice proposé

Merci de cochez si tel est votre cas :

- Vous avez un antécédent familial de glaucome
 Vous avez une myopie considérée comme « sévère »

L'exercice suivant va dépister d'éventuels problèmes visuels.

Reportez vous à l'annexe n° 2 à la fin de ce cahier.

Laissez l'image à une distance habituelle de lecture.

Gardez vos lunettes ou lentilles de contact.

Indiquez pour chaque œil, en cachant l'autre avec la main, si vous observez une déformation des lignes ou un effacement du point central.

Œil gauche

- Oui Non

Œil droit

- Oui Non

4.9. Dépistage bucco dentaire (n°21)

Peu d'études épidémiologiques sont disponibles en France. Toutefois, la HAS estime qu'entre 33 et 50 % des adultes auraient au moins une dent cariée à soigner [153]. Une autre atteinte bucco-dentaire de l'adulte est représentée par la parodontite, avec risque de perte de dents [154]. Les problèmes parodontaux ou gingivaux apparaissent plus tard dans la vie des patients [154] [155].

La HAS a relevé les populations à risque de caries parmi notre population cible des 50-65 ans :

- personnes handicapées (à domicile ou en institution)
- pathologies chroniques ou à risque
- population en situation socio-économique défavorisée.

En ce qui concerne la prévention primaire, différentes institutions, dont la HAS [154] et l'UFSBD [155], préconisent de :

- se brosser les dents au minimum deux fois par jour pendant deux minutes avec un dentifrice fluoré sur les faces internes et externes ;
- utiliser un fil dentaire tous les soirs ;
- réduire la fréquence des prises alimentaires entre les repas (grignotage et boissons sucrées) ;
- favoriser au cours du repas une alimentation équilibrée et diversifiée et la consommation d'eau pure ;
- utiliser des gommages à mâcher sans sucre contenant du xylitol (action minime sur plaque dentaire) et pendant 20 minutes (génère aussi un flux salivaire qui neutralise les acides et les bactéries restées dans la bouche) après chaque prise alimentaire ou consommation de boisson (hors eau pure) qui ne peut être suivie d'un brossage de dents ;
- généraliser la substitution du sucre par un édulcorant dans les médicaments ;
- utiliser du sel iodé et fluoré plutôt que du sel non fluoré dans l'alimentation.

Un bilan parodontal et carieux chez le chirurgien-dentiste doit être effectué chaque année [154] ou à fréquence adaptée selon les pathologies [155].

La HAS préconise également d'être davantage attentif vis à vis des populations socio-économiques défavorisées, handicapées, en institution ou recevant un traitement ayant pour effet secondaire une hyposialie (psychotropes, anti-hypertenseurs centraux, anti-arythmiques, diurétiques, sympathomimétiques, antihistaminiques, atropiniques...), ou celles recevant une radiothérapie cervico-faciale (xérostomie).

Les autres pathologies générales ayant potentiellement une action sur la sphère buccale (diabète, maladies cardio-vasculaires, cancer...) doivent être prises en charge dans leur globalité [154].

Nous aborderons ainsi via l'auto-questionnaire la fréquence de consultation chez un chirurgien-dentiste. En cas de réponse négative ou de réticence, un rappel sur les facteurs de risque et des conseils seront données sur la fiche de synthèse.

Les questions choisies pour le dépistage n°21 [annexe n°1]:

Êtes vous allé consulter un chirurgien-dentiste pour un bilan ou un traitement cette dernière année ou prévoyez vous d'en consulter un prochainement ?

- | | | | |
|--------------------------|-----|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Oui | → | Vous pouvez directement passer au dépistage n°22 |
| <input type="checkbox"/> | Non | → | Êtes vous réticent à l'idée de consulter un dentiste ? |
| | | | <input type="checkbox"/> Oui |
| | | | <input type="checkbox"/> Non |

5. Quatrième partie de l'AQP : Les cancers

5.1. Dépistage et repérage des signes fonctionnels de cancers (n°22)

Nous proposerons dans ce paragraphe une série de questions sur les signes fonctionnels présentés par les patients. Ces questions sont directement issues des CES et MSA et abordent différents cancers ne répondant pas à un dépistage organisé ou individuel.

5.1.1. Dépistage et repérage du mélanome de la peau

Ce type de cancer représente 3,7% des cancers en France en 2012 [156]. Son incidence est en constante augmentation depuis plusieurs décennies et tend à se stabiliser [157].

Des facteurs de risque ont été identifiés [158]:

- phototype 1 et 2 (peau claire, cheveux roux ou blonds),
- la présence de nombreux éphélides,
- des yeux de couleur claire (bleu ou gris),
- un nombre de naevus communs supérieurs à 40,
- des naevus atypiques,
- un naevus congénital géant (supérieur à 20 cm),
- des dommages actiniques,
- des antécédents de coups de soleil, ou des séances d'UV artificiels, notamment avant 35 ans,
- les antécédents personnels et familiaux de mélanome cutané.

Cette revue de la littérature a également souligné la non-pertinence d'un dépistage en population générale (mais plutôt en population concernée) et le faible impact des campagnes d'informations sur le risque solaire et les comportements inadaptés.

Ces facteurs de risque identifiés ne s'intègrent pas dans un score calculé. Ce ne sont pas non plus des facteurs modifiables pour la plupart.

Nous décidons donc, à l'image des CES, d'intégrer cette question: "Avez vous noté au niveau de la peau des boutons ou des croûtes qui ne guérissent pas ? Un changement d'aspect d'un grain de beauté ?"

Des questions simples permettront au patient d'être classé selon son phototype et ainsi d'axer la prévention sur les groupes à risque (phototype 1 et 2) [159].

À cette occasion, il sera aussi possible de déterminer les groupes à risque de glaucome et de cancer de prostate correspondant aux phototypes 5 et 6 (cf 4.8 et 5.5).

5.1.2. Repérage du cancer des voies digestives supérieures

Le cancer de l'oesophage représente 1,5% des cancers [156]. Un dépistage en population générale ou spécifique n'existe pas. Les CES explorent cette pathologie en dépistant un signe fonctionnel: la dysphagie.

Nous décidons donc d'incorporer une question sur la dysphagie au paragraphe "dépistage de signes fonctionnels de cancers".

5.1.3. Repérage du cancer du poumon

Le cancer du poumon a une incidence de 13,2% de l'ensemble des cancers en France en 2012 [156]. Il est plus fréquemment retrouvé chez l'homme (14,1) que chez la femme (7,3). C'est par contre la première cause de mortalité par cancer chez l'homme et la seconde chez la femme.

Le dépistage organisé n'est pas recommandé aujourd'hui en France. Une étude a montré qu'un dépistage par radiographie thoracique n'a pas modifié la mortalité [160]. Une autre étude a pu montrer que la mortalité par cancer pulmonaire était réduite de 20% dans un groupe de fumeurs suivis par scanner thoracique faible dose comparé à un groupe de fumeurs suivis par radiographie thoracique [161].

Il en demeure néanmoins de nombreux points négatifs: taux élevé de faux positifs, surdiagnostic aux stades précoces, mortalité chirurgicale [162], coût et risques de ce type de dépistage [163].

Il n'est donc pas possible de questionner les patients sur la réalisation d'un examen de dépistage du cancer du poumon. Toutefois, il est possible de les interroger sur la présence de signes fonctionnels en rapport: "avez vous des crachats de sang récidivants?" comme suggéré dans le questionnaire des CES. Cette recherche sera intégrée à la première partie (5.1).

5.1.4 Repérage du cancer de l'ovaire chez la femme

Il n'existe pas de dépistage ciblé du cancer de l'ovaire qui représente 3% des cancers de la femme [156].

Nous proposons de poser une question dans le paragraphe "signes fonctionnels": Avez-vous des douleurs dans le bas ventre récentes et persistantes?

5.1.5. Repérage du cancer de l'endomètre chez la femme

Il n'existe pas de dépistage ciblé du cancer de l'endomètre qui représente 4,7% des cancers chez la femme [156].

Nous proposons de poser cette question: "si vous êtes ménopausée (absence des règles depuis une année), avez-vous eu des saignements gynécologiques inexpliqués?".

5.1.6. Repérage du cancer du testicule chez l'homme

Ce cancer représente 1,2% des cancers chez l'homme [156]. Nous proposons une question simple sur l'augmentation du volume testiculaire observée par le patient.

Les questions choisies pour le dépistage n°22 chez la femme [annexe n°1]:

Cochez si c'est votre cas :

- Vous avez eu une perte de poids inexpliquée (c'est à dire sans le vouloir) ces 6 derniers mois (entre 3 et 5 kg perdus)
- Vous avez noté au niveau de la peau des boutons ou des croûtes qui ne guérissent pas, un changement d'aspect d'un grain de beauté
- Vous avez un antécédent familial de mélanome cutané
- Vous avez des difficultés récentes à avaler du pain ou de la viande
- Vous avez des crachats de sang récidivants
- Vos selles se sont modifiées récemment et de manière persistante
- Vous avez depuis peu et de manière répétée du sang dans les selles ou saignez vous de l'anus
- Au cours de ces derniers mois, vous avez remarqué dans vos seins une grosseur, même de petit volume
- Vous avez dans le bas ventre des douleurs récentes et persistantes
- Si vous êtes ménopausée (c'est à dire pas de règle depuis 1 an), vous avez eu des saignements gynécologiques inexpliqués

Les questions choisies pour le dépistage n°22 chez l'homme [annexe n°2]:

Cochez si c'est votre cas :

- Vous avez eu une perte de poids inexpliqué (c'est à dire sans le vouloir) ces 6 derniers mois (entre 3 et 5 kg perdus)
- Vous avez noté au niveau de la peau des boutons ou des croûtes qui ne guérissent pas, un changement d'aspect d'un grain de beauté
- Vous avez un antécédent familial de mélanome cutané
- Vous avez des difficultés récentes à avaler du pain ou de la viande

- Vous avez des crachats de sang récidivants
- Vos selles se sont modifiées récemment et de manière persistante
- Vous avez depuis peu et de manière répétée du sang dans les selles ou saignez vous de l'anus
- Vous avez remarqué une augmentation récente du volume d'un testicule

Les questions relatives au phototype pour le dépistage n°22 [annexe n°1]:

Cochez la description la plus proche de votre « phototype » :

- Vous avez une peau très blanche, des cheveux blonds ou roux, des yeux bleus/verts avec des taches de rousseur. Les coups de soleil sont systématiques, la peau ne bronze jamais et rougit toujours.
- Vous avez une peau claire, des cheveux blonds roux à châains et des yeux clairs à bruns avec parfois des taches de rousseurs. Les coups de soleil sont fréquents, la peau bronze à peine ou très lentement.
- Vous avez une peau intermédiaire, des cheveux châains à bruns et des yeux bruns. Les coups de soleil sont occasionnels et la peau bronze graduellement.
- Vous avez une peau mate et des cheveux yeux bruns/noirs. Les coups de soleil sont occasionnels, notamment lors d'exposition intense. La peau bronze bien.
- Vous avez peau brun foncée, des cheveux et des yeux noirs. Les coups de soleil sont rares, la peau bronze beaucoup.
- Vous avez une peau noire, des cheveux et des yeux noirs. Les coups de soleil sont très exceptionnels.

5.2. Dépistage et repérage du cancer colorectal (CCR) (n°23)

Il représente 14,1% de l'ensemble des cancers [156].

Il convient de distinguer 3 groupes de patients [164]:

- les patients à risque moyen de CCR (patients entre 50 et 74 ans sans histoire familiale ni antécédent personnel de CCR ou d'adénome) ;
- les patients à risque élevé (antécédent personnel de CCR, familiale au 1er degré avant 65 ans, ou à n'importe quel âge si les deux parents sont atteints, patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin évoluant depuis au moins 20 ans) ;
- les patients à risques très élevés de CCR (membres d'une famille atteinte d'une polypose adénomateuse familiale ou présentant des cas multiples de CCR non polyposiques – syndrome de Lynch).

Les deuxième et troisième groupe bénéficient d'une prise en charge spécialisée (coloscopie et génétique).

Les patients du premier groupe peuvent bénéficier d'un dépistage de masse organisé de recherche de sang dans les selles. Depuis 2015, la recherche immunologique d'hémoglobine humaine dans les selles a remplacé le test au gaïac. Ce nouveau test

présente une sensibilité supérieure à l'ancien: il permettrait de dépister 2 à 2,5 fois plus de cancers et 3 à 4 fois plus d'adénomes avancés [165].

Les dernières campagnes de prévention concernant ce test avaient permis de diminuer de 15 % le taux de mortalité de ce cancer si toutefois le taux de participation à ce test était de 50 à 60 % [166].

Il convient de distinguer les patients appartenant au groupe "risque moyen" et "risque élevé". Pour ce faire, nous devons intégrer des questions relatives aux antécédents personnels et familiaux. En cas de réponse négative, une question sur le test de dépistage apparaîtra. En cas de réponse positive, un avis sera donné quant à une nécessaire consultation spécialisée.

Concernant le groupe "à risque très élevé", nous considérons que les patients issus de ces familles sont déjà informés et suivis de manière adaptée.

L'INCA [164] suggère également de rechercher des signes d'alerte entre deux dépistages: présence de sang (rouge ou noir dans les selles), douleurs abdominales persistantes et d'apparition récente, troubles du transit récents et persistants, un amaigrissement inexpliqué. Nous intégrerons donc cette recherche de signes fonctionnels à notre questionnaire dans la partie "recherche de signes fonctionnels" (5.1).

Les questions choisies pour le dépistage n°23 [annexe n°1]:

Présentez vous des antécédents personnels (c'est à dire vous-même) :

De cancer colorectal (colon ou rectum)

Oui Non

De polypes adénomateux (ou adénomes) du colon ou du rectum

Oui Non

De maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (comme la maladie de Crohn ou la rectocolite hémorragique) évoluant depuis plus de 20 ans.

Oui Non

Présentez vous des antécédents familiaux au premier degré (c'est à dire votre mère, votre père, votre sœur, votre frère ou vos enfants) :

De cancer colorectal (colon ou rectum)

Oui Non

De polypes adénomateux (ou adénomes, attention nous ne parlons pas des diverticules du colon) du colon ou du rectum

Oui Non

Si vous avez répondu Oui à l'une de ces questions, merci de passer au **Dépistage n°24**

Si Non, vous pouvez répondre à celle-ci :

Avez-vous réalisé le test de recherche de sang dans les selles dans les 2 dernières années ?

- Oui
- Non

5.3. Dépistage et repérage du cancer du sein chez la femme (n°24)

Le cancer du sein représente chez la femme 31,5% des cancers [156]. 53% des femmes invitées entre 2004 et 2014 y ont participé, et le nombre de cancers détectés a de ce fait augmenté (de 12500 en 2004 à 17000 en 2014). Les dernières évaluations montreraient une réduction de la mortalité par cancer du sein de 15 à 21 % [167]. Le dépistage organisé bisannuel s'adresse aux patientes de 50 à 74 ans.

Avant d'inciter les patientes au dépistage organisé, il convient de rechercher des facteurs majorant le risque de cancer du sein parmi les antécédents personnels et familiaux [168].

Parmi les antécédents personnels, on retrouve le cancer du sein, l'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire et l'irradiation thoracique dans le cadre d'une maladie de Hodgkin. Les modalités de suivi sont différentes et adaptées [169]: mammographie annuelle avec ou sans échographie mammaire pendant 10 ans puis suivi selon le dépistage organisé pour l'hyperplasie atypique; IRM mammaire annuelle 8 ans après l'irradiation pour la maladie de Hodgkin; mammographie avec ou sans échographie mammaire annuelle pour le cancer du sein personnel, sans limite de durée.

En cas d'antécédent familial, il convient de rechercher un caractère génétique: présence d'au moins 3 cas de cancer du sein au 1er et second degré dans la même branche parentale ou d'au moins 2 cas dont un survenu avant l'âge de 40 ans, un cancer de l'ovaire survenu avant 70 ans, un cancer du sein chez un homme. Le score d'Eisinger permet de rechercher ce caractère génétique et ainsi évaluer les patientes pouvant bénéficier d'une consultation d'oncogénétique. Les patientes ayant déjà bénéficié d'une recherche positive de la mutation du gène BRCA1/2 sont considérées comme à risque très élevé et doivent bénéficier d'un suivi adapté.

En cas d'antécédent familial sans indication à la recherche génétique (score inférieur strict à 3 donc risque de prédisposition génétique faible), un examen clinique annuel à partir de l'âge de 20 ans, une recherche par mammographie annuelle au plus tôt à 40 ans puis un dépistage organisé au cas par cas à partir de 50 ans seront proposés [169].

Nous tenterons avant tout dans cet auto-questionnaire de dépister les facteurs de risque élevés et très élevés et de rappeler la conduite à tenir pour le médecin traitant. Enfin pour les patientes à risque moyen, une question concernant le dépistage organisé sera posée.

Des signes cliniques (apparition de masse palpable) ont été recherchés au dépistage n°22 (5.1).

Les questions et le score d'Eisinger choisis pour le dépistage n°24 [annexe n°1]:

Question A

Avez vous un antécédent personnel (c'est à dire vous même) de cancer du sein ?

- Oui → Merci de passer au **Dépistage n°25**
- Non → Veuillez répondre aux questions suivantes

Question B

Avez vous un antécédent personnel d'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire ?

- Oui
- Non

Question C

Avez vous subi une irradiation thoracique dans le cadre d'une maladie de Hodgkin ?

- Oui
- Non

Question D

Existe-t-il dans votre famille une mutation du gène BRCA1/2 ?

- Oui → Merci de passer au **Dépistage n°25**
- Non → Merci de répondre aux questions suivantes

Question E

Y-a-t-il eu un (ou des) cancer(s) du sein ou de l'ovaire chez une femme dans votre famille ou un cancer du sein chez un homme ?

- Oui → Merci de répondre à la question F puis G
- Non → Merci de répondre à la question G

Question F

Ces questions suivantes nous aideront à hiérarchiser les risques de cancers familiaux. Pour information, un cancer bilatéral chez une même personne est à considérer comme la survenue de 2 cancers.

Parmi vos grands parents maternels, oncles et tantes maternels :

- Âge de survenue d'un cancer du sein chez une femme :
- avant 30 ans
 - entre 30 et 39 ans
 - entre 40 et 49 ans
 - entre 50 et 70 ans

après 70 ans

- Survenue d'un cancer de l'ovaire chez une femme avant 70 ans
- Survenue d'un cancer du sein chez un homme

Parmi vos grands parents paternels, oncles et tantes paternels :

- Âge de survenue d'un cancer du sein chez une femme :
- avant 30 ans
 - entre 30 et 39 ans
 - entre 40 et 49 ans
 - entre 50 et 70 ans
 - après 70 ans

- Survenue d'un cancer de l'ovaire chez une femme avant 70 ans
- Survenue d'un cancer du sein chez un homme

Parmi vos parents, frères, sœurs, enfants, petits enfants, neveux et nièces :

- Âge de survenue d'un cancer du sein chez une femme :
- avant 30 ans
 - entre 30 et 39 ans
 - entre 40 et 49 ans
 - entre 50 et 70 ans
 - après 70 ans

- Survenue d'un cancer de l'ovaire chez une femme avant 70 ans
- Survenue d'un cancer du sein chez un homme

Question G

Avez-vous effectué une mammographie de dépistage dans les 2 dernières années ?

- Oui
- Non

5.4. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez la femme (n°25)

Il représente 2 % des cancers de la femme [156]. Le dépistage et la détection précoce des lésions pré-cancéreuses et cancéreuses a permis une diminution de moitié de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus [170]. Le dépistage par frottis cervico-utérin via un programme national de dépistage organisé et non plus individuel a été inscrit dans le plan cancer 2014-2019 [12].

Dans notre auto-questionnaire patient, nous chercherons à savoir si les patientes ont bénéficié d'un frottis cervico-utérin tous les 3 ans.

Les questions choisies pour le dépistage n°25 [annexe n°1]:

Si vous n'avez pas subi d'hystérectomie (chirurgie d'ablation de l'utérus), avez-vous réalisé un frottis du col de l'utérus dans les 3 dernières années ?

- Oui
- Non

5.5. Dépistage du cancer de la prostate chez l'homme (n°26)

Il n'existe pas de dépistage organisé du cancer de la prostate, bien que la circonstance de découverte la plus fréquente est une élévation isolée des PSA chez un patient asymptomatique et avec un toucher rectal normal [171]. Cependant, ce dépistage ciblé n'a pas montré de diminution de la mortalité [172].

Selon l'INCA [156], le cancer de la prostate est le plus fréquent chez l'homme (26,7 %).

Une recommandation conjointe entre l'INCA et l'Association Française d'Urologie (AFU) préconise le toucher rectal et le dosage des PSA total sérique de manière systématique [173]. Il faut toutefois identifier des populations et des situations à risque pour établir l'intervalle entre deux dosages et distinguer les populations cibles.

L'AFU préconise un toucher rectal (TR) annuel couplé à un dosage du PSA chez les patients entre 45 et 54 ans avec antécédents familiaux ou origine afro-antillaise. Entre 55 et 69 ans, le dosage du PSA est annuel s'il est supérieur à 1 ng/ml, tous les 3 ans s'il y est inférieur. Au delà de 70 ans, le dépistage se fera au cas par cas, après informations données au patient.

Nous tenterons donc de dépister les sujets à risque et de rappeler la périodicité des dosages.

Les questions choisies pour le dépistage n°26 [annexe n°2]:

Avez vous des antécédents familiaux de cancer de prostate ?

- Oui
- Non

Êtes vous d'origine africaine ou antillaise ?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu Oui à l'une ou l'autre de ces deux premières questions, veuillez répondre à la question A puis passer au **Dépistage n°27**, sinon vous pouvez passer à la question B

Question A

Avez vous eu un toucher rectal et un dosage des PSA (sur la prise de sang) cette dernière année ?

- Oui
- Non

Question B

Avez vous eu un toucher rectal et un dosage des PSA (sur la prise de sang) ces trois dernières années ?

- Oui
- Non

6. Cinquième partie de l'AQP : Les infections

6.1. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (n°27)

6.1.1. Les papillomavirus humains (HPV)

Ils représentent l'Infection Sexuellement Transmissible (IST) la plus fréquente dans le monde [174]. En France, cette IST est responsable de 90 % des condylomes génitaux (50000 par an, répartition identique entre hommes et femmes), 100 % des cancers du col utérin chez la femme (cf 3.5.5) et 90 % des cas de cancer de l'anus. Dans cette étude sur le dépistage par frottis cervical, la prévalence globale de l'infection par les génotypes oncogènes était de 19,3 %, tout en observant toutefois un pic avant l'âge de 30 ans, suivi d'une prévalence moins élevée et d'un rebond après 65 ans.

6.1.2. L'infection à Chlamydia Trachomatis (Ct)

Il s'agit de l'IST bactérienne la plus fréquente aussi bien chez la femme que chez l'homme [175]. Elle est responsable d'urétrite et d'épididymite chez l'homme, d'urétrite, vaginite, cervicite et salpingite chez la femme (avec un risque de stérilité tubaire). Elle est également responsable d'ano-rectites (retrouvées essentiellement chez l'homme, 90 % des cas de rectites à Ct sont des hommes homosexuels). Il est observé une progression

annuelle régulière du nombre de diagnostics d'infection à Ct, ceci étant principalement due à la forte progression des dépistages systématiques réalisés sur des patients asymptomatiques (de 10 % en 2000 à 50 % en 2003). Cependant, la progression du taux de positivité des prélèvements (nombre de cas positifs par rapport au nombre de recherches) est d'environ 7% chez les hommes et les femmes, ce qui est supérieur à la prévalence estimée en population générale (1 à 3 %). Cela est en faveur d'une propagation de l'infection en population générale [175] mais aussi d'un dépistage ciblé sur les personnes les plus à risque [176]: les jeunes (18-29 ans) mais aussi les hommes résidant en île de France, les hommes ayant eu récemment un nouveau partenaire ou des partenaires du même sexe. Chez les femmes, les autres facteurs de risque identifiés, en dehors de l'âge jeune, sont le fait d'avoir eu plus de deux partenaires dans l'année et d'être non diplômée [177].

La surveillance des cas de lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales et des infections ano-rectales à Ct non L ont permis de constater une évolution du nombre de cas ces dernières années. La quasi-totalité des ano-rectites (LGV ou Ct non L) sont retrouvées chez des hommes homo ou bi-sexuels. L'âge médian de LGV est de 40 ans, celui des ano-rectites non L de 30 ans. Les co-infections LGV et VIH restent très fréquentes [176].

La clinique se présente sous la forme de douleurs rectales, d'écoulements purulents, de faux besoins et parfois d'une altération de l'état général.

6.1.3. L'infection à gonocoques

Les données relevées par les réseaux (laboratoires Rénago et cliniciens RésIST) montrent une nette progression (+ 52 %) du nombre d'IST à gonocoques entre 2008 et 2009 et pour les deux sexes [178]. Le profil de progression est identique quelque soit l'orientation sexuelle, même si le nombre de cas déclarés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est toujours supérieur au nombre de cas déclarés chez les hétérosexuels. Ainsi, 54 % des IST à gonocoques sont découverts chez des hommes homo ou bisexuels, 26 % chez des hommes hétérosexuels, 20 % chez des femmes hétérosexuelles [176]. Les populations jeunes sont les plus concernées, les autres facteurs de risques étant les rapports multiples (plus de deux partenaires sur les 12 derniers mois) et non protégés (incluant aussi les rapports oro-génitaux).

Les hommes étaient le plus souvent symptomatiques (73 %), les femmes ne l'étaient qu'à 48 %. La clinique est représentée chez l'homme par une urétrite aiguë avec écoulement urétral purulent jaune-verdâtre, dysurie, brûlures mictionnelles intenses, prurit urétral, balanite et épидидymite. Chez la femme, l'infection symptomatique se manifeste par une cervicite avec leucorrhées purulentes, avec possibles irritations vulvaires, dysurie et brûlures mictionnelles.

Dans les deux sexes, l'atteinte anale est possible, même si elle est davantage rencontrée chez les homosexuels masculins. Lorsqu'elle est symptomatique, elle peut se manifester par un prurit, une anite, un écoulement rectal purulent ou un syndrome rectal. L'atteinte oropharyngée est le plus souvent asymptomatique (pharyngite si symptomatique) ; elle pourrait cependant atteindre 3 à 10 % des hétérosexuels, 10 à 40 % des homosexuels masculins [179].

6.1.4. L'infection à Syphilis

Les femmes ne représentent que 4 % des cas rapportés en 2013 [176]. Une augmentation du nombre de cas de syphilis récente (primaire, secondaire, latente précoce) est observée chez les hommes homo ou bisexuels, représentant 80 % des cas rapportés. L'âge médian d'atteinte chez les hommes était de 35 ans cette même année. Un tiers des cas rapportés présentaient une co-infection avec le VIH. Les autres comportements sexuels à risque sont les partenaires multiples et la faible utilisation des préservatifs, notamment lors des rapports oraux et quelque soit l'orientation sexuelle.

La syphilis primaire s'accompagne constamment d'un chancre à base indurée, indolore et circonscrit à la muqueuse. Il se situe chez l'homme sur le sillon balano-préputial, le méat ou le prépuce. Chez la femme, le chancre est habituellement vulvaire mais peut également être vaginal ou sur le col utérin. Il peut aussi se rencontrer au niveau buccal (langue, amygdales) et anal (fissuraire et douloureux). L'adénopathie satellite uni ou bilatérale accompagne elle aussi constamment le chancre [180].

6.1.5. L'infection au virus de l'hépatite C

Alors que cette infection est aujourd'hui principalement retrouvée chez les usagers de drogues intraveineuses, elle a été le fait de la transfusion jusqu'au début des années 1990 [181]. Le rôle des tatouages et piercings ne semble pas avoir été à l'origine d'un important nombre de cas. La transmission sexuelle est considérée comme extrêmement faible chez les couples hétérosexuels stables; des rapports sexuels traumatiques peuvent être à l'origine de transmissions. L'infection aiguë est le plus souvent asymptomatique (90 % des cas); dans le cas contraire, fatigue et ictère sont les symptômes les plus fréquents. La principale crainte réside dans le passage à la chronicité (dans 55 à 85 % des cas), puis vers la cirrhose et ses complications à 20 ou 30 ans d'évolution. La prévalence des anticorps anti-VHC est passée de 1,05 % (IC 0,75 à 1,34) en 1994 à 0,71 % (IC 0,52 à 0,97) en 2004.

6.1.6. L'infection au virus de l'hépatite B

En France, considéré comme un pays de faible endémicité, la prévalence du portage de l'Ag HBs est estimée à 0,65 % en 2004 [182].

Les principaux facteurs de risques identifiés au cours des 6 mois précédant l'infection aiguë survenue chez 730 patients entre 2005 et 2009 sont:

- sexuels 35,8 % (lors de rapports sexuels dits à risque) ;
- voyage en pays d'endémie pour 21,4 % ;
- soins invasifs 8,6 % (transfusion, dialyse, chirurgie, exploration invasive) ;
- exposition familiale 6,8 % (parent Ag HBs positif, cas d'hépatite B aiguë dans la famille) ;
- usage de drogues 2,5 % (pernasales et intraveineuses) ;

- vie en institution 3,4 % ;
- tatouage, piercing 4,9%.

Il faut noter que dans 30% des cas, aucun facteur de risque n'a été identifié.

L'infection par le VHB est symptomatique dans 10 % des cas environ, pouvant engendrer une hépatite fulminante (1 % des cas).

De 7 à 10 % des infections vont devenir chroniques et se compliquer de cirrhose, voire d'hépatocarcinome [180].

6.1.7. L'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Le nombre de découvertes de seroposivité VIH est stable depuis 2007, estimé à 6600 en 2014 [183]. Les homosexuels masculins et les hétérosexuels nés à l'étranger (dont les ¾ sont nés dans des pays d'Afrique sub-saharienne) représentent respectivement 42 % et 39 % de ces découvertes. Les hétérosexuels nés en France et les usagers de drogues représentent 17 % et 1%. Il faut noter la prévalence toujours élevée du VIH en cas de découverte de LGV, de syphilis ou de gonococcies.

Les personnes de plus de 50 ans représentent 20% des découvertes de séroposivité en 2014.

La tendance à une plus grande précocité du diagnostic sur les années précédentes ne s'est pas confirmée en 2014: 26 % des découvertes l'étaient à un stade avancé (SIDA ou CD4 < 200/mm³). Le nombre de Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) augmente progressivement depuis 2011 mais reste marginal par rapport à l'activité de dépistage en laboratoire.

Ces paragraphes mettent en avant les infections transmissibles sexuellement et par le sang et leur nécessaire dépistage dans une population ciblée. Dans le cadre de la population soumise à notre questionnaire (50-65 ans), la catégorie d'âge des patients n'en fait pas un groupe à risque.

Cependant, le repérage d'autres facteurs de risque (homosexuels masculins, rapports multiples, non protégés, partenaires infectés) peut conduire à la recherche de ces IST par des biologiques.

Le repérage de manifestations génitales de certaines IST pourraient également amener le clinicien à réaliser des prélèvements.

Enfin, il nous a semblé important de rechercher des épisodes ictériques afin d'anticiper de possibles passage à la chronicité en cas d'infections hépatiques aiguës.

En cas de repérage négatif, il sera toujours proposé au patient un dépistage de ces infections par une question simple.

Les questions choisies pour le dépistage n°27 chez la femme [annexe n°1]:

Veillez cocher si c'est votre cas :

- Vous avez déjà eu un épisode d'ictère (jaunisse)
- Vous avez eu des rapports sexuels «à risque» d'infections sexuellement transmissibles (rapports non protégés, partenaires multiples, partenaires infectés par des infections sexuellement transmissibles, homosexuels masculins)
- Vous avez déjà été soignée pour une maladie sexuelle transmissible
- Vous avez des pertes gynécologiques inhabituelles, malodorantes?
- Vous avez des douleurs lors des rapports sexuels
- Vous avez été transfusée avant 1990
- Vous prenez de la drogue par voie intraveineuse
- Une personne de votre entourage est infectée par le virus de l'hépatite B

Désirez-vous bénéficier d'une prise de sang pour dépister des infections sexuelles (VIH, hépatites...) ?

- Oui
- Non

Les questions choisies pour le dépistage n°27 chez l'homme [annexe n°2]:

Veillez cocher si c'est votre cas :

- Vous avez eu un épisode d'ictère (jaunisse) dans le passé
- Vous avez eu des rapports sexuels «à risque» d'infections sexuellement transmissibles (homosexuels masculins, rapports non protégés, partenaires multiples, partenaires infectés par des infections sexuellement transmissibles)
- Vous avez déjà été soigné pour une maladie sexuelle transmissible
- Vous avez des brûlures urinaires ou des écoulements anormaux de la verge
- Vous avez été transfusé avant 1990
- Vous prenez de la drogue par voie intraveineuse ou nasale
- Une personne de votre entourage est infectée par le virus de l'hépatite B

Désirez-vous bénéficier d'une prise de sang pour dépister des infections sexuelles (VIH, hépatites...) ?

- Oui
- Non

6.2. Les vaccins (n°28)

6.2.1. Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite

D'après les derniers chiffres de l'INVS [184], la couverture vaccinale dTP chez les plus de 16 ans serait de 50,5 % (49,4-51,5). Il s'agit dans ce cas du rappel décennal; or, celui-ci n'est désormais recommandé qu'aux patients de plus de 65 ans [185]. Dans cette population de plus de 65 ans, 44 % (39,8-48,2) étaient à jour du rappel décennal de dTP [186].

Il s'agit ici d'une vaccination obligatoire.

Afin de dépister un manquement dans cette vaccination ou de prévoir la prochaine échéance, nous interrogerons le patient sur l'âge lors de sa dernière vaccination.

6.2.2. Contre la coqueluche

Dans une stratégie dite de cocconing [185], les adultes susceptibles d'être en contact étroit et durable avec un nourrisson de moins de 6 mois se verront recommander une vaccination anticoqueluche. Seules exceptions: vaccination de moins de 10 ans et infection à coqueluche de moins de 10 ans.

Cette vaccination fait également l'objet d'une recommandation professionnelle concernant les personnels soignants dans leur ensemble [185].

Le patient sera donc interrogé sur sa profession et son lien avec des nourrissons de moins de 6 mois.

6.2.3. Contre le virus de la grippe

L'accès au vaccin contre le virus de la grippe est recommandé pour les patients de moins de 65 ans en ALD, notamment lors de pathologies cardio-respiratoires [185].

46,6 % (39,7-53,6) de cette population était couverte en 2010 contre ce virus [186].

La vaccination contre la grippe est recommandée au personnel soignant [185].

L'auto questionnaire s'emploiera à connaître les affections chroniques sous-jacentes et le repérage de professions à risque.

6.2.4. Contre le pneumocoque

Les autorités recommandent la vaccination contre le pneumocoque aux patients immunodéprimés (chimiothérapie, biothérapie...) et non immunodéprimés présentant une maladie fragilisante (pathologies cardio-respiratoires, rénales, diabétiques...) [185].

4,8 % (3,3-6,9) des plus de 65 ans sans pathologie sous-jacente sont vaccinés depuis moins de 5 ans contre le pneumocoque ; 8,1 % (5,2-12,4) des plus de 65 ans atteints d'une pathologie chronique le sont depuis moins de 5 ans [186].

Il s'agira dans le questionnaire de repérer les potentiels bénéficiaires (patient en ALD).

6.2.5. Contre l'hépatite A (VHA)

Les homosexuels masculins peuvent bénéficier d'une vaccination contre le VHA, mais également les patients atteints d'une pathologie hépato-biliaire chronique (autre virus hépatique, alcoolisation chronique excessive...) [185].

De nombreuses recommandations professionnelles s'appliquent pour cette vaccination: professions de santé en lien avec la petite enfance, travaillant dans des collectivités (handicapés), mais aussi les professions au contact des eaux usées et égoûts, et au contact des repas en restauration collective [185].

Les risques professionnels et sexuels seront recherchés par des questions simples.

6.2.6. Contre l'hépatite B (VHB)

Les recommandations qui peuvent s'appliquer à notre population concernent les sujets à risque de contamination (cf 3.6.1.6 usagers de drogues par voie parentérale, entourage et partenaires d'un sujet infecté) [185].

La vaccination s'applique à l'ensemble du personnel soignant [185].

Ces facteurs de risque seront repérés dans l'AQP.

6.2.7. Contre la varicelle

Elle est recommandée à toute personne sans antécédent de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse), immunocompétente et exposée depuis moins de 3 jours à la varicelle, ou en contact étroit avec des personnes immunodéprimées [185].

Elle est recommandée pour tous les personnels soignants sans antécédent de varicelle [185].

Un antécédent de varicelle sera donc recherché.

6.2.8. Contre la tuberculose

La vaccination par le BCG reste exigée aux professionnels de santé au contact de patients [185].

6.2.9. Contre la rougeole, la rubéole, les oreillons

Les personnels soignants nés avant 1980 devraient recevoir une vaccination de ROR, notamment ceux en contact avec des malades immunodéprimés ou ceux en contact avec la petite enfance [185].

6.2.10. Contre la leptospirose

Les principaux réservoirs de la leptospirose sont les rongeurs, en particulier les rats qui excrètent cette bactérie dans leurs urines [187]. Les recommandations [185] visent donc à couvrir les professionnels en contact fréquent de lieux infestés par les rongeurs : entretien de canaux, lacs, rivières, berges, la pisciculture, les égouts et de manière générale toute activité en eau douce infestée de rats.

Les questions choisies pour le dépistage n°28 [annexe n°1]:

Approximativement, à quel âge avez vous été vacciné contre la diphtérie / tétanos / poliomyélite (« vaccin DTP ») :

40 ans 45 ans 50 ans 55 ans 60 ans 65 ans Vous ne savez pas

Vous êtes en affection longue durée (ALD) pris en charge à 100 % par votre organisme d'assurance maladie

Vous gardez ou serez prochainement amené à garder des nourrissons de moins de 6 mois

Vous n'avez pas eu la varicelle ou vous doutez l'avoir eue

Vous êtes un professionnel de santé (au contact des patients)

Vous travaillez au contact de la petite enfance

Vous travaillez au contact de personnes handicapées vivant en collectivité

Vous préparez des repas dans la restauration collective

Vous travaillez au contact fréquent de lieux infestés par les rongeurs (traitement des eaux usées, égouts, pisciculture / pêcheurs professionnels en eau douce, entretien des canaux / lacs / rivières / voies navigables / berges, plongeurs professionnels en eau douce)

7. Adaptation de l'AQP au public cible

Avant son utilisation pour le travail d'évaluation, nous avons voulu tester la compréhension du questionnaire par une population concernée (homme ou femme), afin d'éviter les premiers écueils possibles de notre AQP.

7.1. Les patients testeurs

Des proches de l'entourage du thésard ont répondu à la première version de l'AQP, à laquelle des modifications ont été apportées par la suite. Trois femmes et quatre hommes ont participé. Il leur était demandé d'annoter directement sur l'AQP les problèmes rencontrés dans la compréhension des phrases elle-mêmes et dans l'articulation entre elles.

7.2. Les problèmes rencontrés

Au dépistage n°1, le terme "assurance maladie complémentaire" n'a pas semblé clair pour un homme.

Au dépistage n°2, deux personnes n'y ont pas répondu car elles vivaient seules. Une autre personne a trouvé brutal le fait de parler de violences conjugales d'emblée et sans explication préalable.

Au dépistage n°3, certains n'ont pas pu répondre car ils n'exerçaient pas d'activité professionnelle (chômage ou retraite).

Au dépistage n°5, une personne a déclaré le temps d'exposition au tabagisme passif ("exposée pendant 25 ans").

Au dépistage n°7, une personne a coché le décès précoce d'un proche puis mentionné son âge (59 ans).

Le dépistage n°8 a posé quelques difficultés de compréhension générale, considéré comme "pas facile", mais aussi mal adapté, notamment aux personnes vivant seules ou celles ne sachant pas si "elles ronflaient la nuit".

Le dépistage n°9 nécessiterait une précision concernant la dernière question quant au tabagisme passé ou actuel; une personne a répondu par exemple qu'elle "fumait parfois".

Le dépistage n°10 a montré quelques positifs sans toutefois être considéré comme pathologique car il s'agissait d'un mésusage lié à l'alcool.

Le dépistage n°21 a montré une positivité dans la recherche de perte de poids depuis ces 6 derniers mois, sans autre marqueur de malignité.

Quelques questions du dépistage n°22 n'étaient pas assez claires pour deux personnes.

Une personne n' a pas pu répondre correctement au questionnaire n°23, car le terme de « second degré du côté de la mère » n'était pas clair pour la descendance. Sa nièce avait été atteinte d'un cancer du sein et il était difficile de la répertorier du côté du père ou de la mère puisqu'il s'agissait de la descendance.

Les questions du dépistage n°25 ont semblé être mal articulées entre elles pour un homme. De plus, il était impossible d'y répondre si aucune biologie n'avait été réalisée auparavant.

Plusieurs questions répétitives ont été relevées, notamment à propos du tabac, de l'âge et de l'ALD.

7.3. Les modifications apportées

Des précisions concernant des questions mal interprétées ont été ajoutées en italique et entre parenthèses pour ne pas modifier la structure même du texte.

Cela a été le cas pour le dépistage n°1 (ajout de "mutuelle") et le dépistage n°9 (ajout de "manière régulière").

À chaque nouveau thème abordé, un petit paragraphe d'introduction en caractères gras a été ajouté, de manière à expliquer clairement ce qui était recherché et notamment pour le dépistage n°2, d'aborder la sphère familiale et professionnelle.

De même, nous avons précisé la question n°2 et n°3 avec respectivement: "si vous vivez en couple..." et "si vous avez un travail..." tout en gardant intacte la question sur les professions passées.

Dépistage n°5: dans les études relatives à ce sujet, seul le dépistage du tabagisme passif sans évaluation de sa durée est préconisé.

Le score utilisé pondérant les facteurs de risque cardio-vasculaire fixe l'âge précoce de survenue d'infarctus du myocarde à 55 ans chez l'homme et 65 ans chez la femme. Ce score n'est donc pas modifiable. Toutefois, le médecin pourra toujours aborder le sujet en consultation si d'autres FDRCV sont présents.

Le test utilisé pour le dépistage n°9 demande d'emblée au patient "est ce que vous ronflez" suivi de trois possibilités de réponses: "oui, non et je ne sais pas".

Nous avons modifié l'articulation du test en proposant aux patients qui répondent "non" ou "je ne sais pas" de passer les questions relatives aux ronflements. Puis nous avons entrepris de préciser sur la fiche réponse du médecin si le patient avait indiqué "je ne sais pas", cette réponse ne pouvant pas exclure la présence de ronflements nocturnes.

Ces questions n'ont pas semblé évidentes pour les patients testeurs, mais elles ne poseront a priori pas de problème pour les médecins utilisateurs. Aussi nous avons pris le parti de détailler ce test dans la fiche réponse en cas de positivité à au moins une catégorie (ronflements/qualité des nuits, somnolence diurne, présence de facteurs de risque). Il reviendra ensuite au praticien d'évaluer le risque en consultation.

De même pour le dépistage suivant (n°10), nous indiquerons, en cas de positivité du test, le détail des résultats pour permettre de faire la distinction entre mésusage et dépendance à l'alcool.

Nous avons ajouté au dépistage n°21 la précision suivante: “vous avez eu une perte de poids inexplicé, *c’est à dire sans le vouloir, ...*”

Nous avons ajouté la mention “ci-dessus” à la dernière question du dépistage n°22 pour guider le patient dans ses réponses.

Le score d’Eisinger du dépistage n°23 a été découpé en trois parties par ces précisions:

- “parmi vos grands parents maternels, oncles et tantes maternels”
- “parmi vos grands parents paternels, oncles et tantes paternels”
- “parmi vos parents, frères, sœurs, enfants, petits enfants, neveux et nièces”.

Nous avons décidé d’ajouter une question relative à la biologie, pouvant ainsi éclairer certaines données (taux de cholestérol, dosage des PSA). Cette question supplémentaire viendra compléter le dépistage n°7 sur les FDRCV. Il sera aussi plus simple de savoir si le médecin est en retard dans la mise à jour des biologies en fonction des risques (cardio-vasculaires et cancer de prostate).

Concernant les questions répétitives, elles sont la plupart du temps nécessaires car participant à un score de questionnaire. Ce seront des éléments modifiables par la suite en vue d’un développement de ce projet sur support informatique.

Tous les problèmes rencontrés par les patients testeurs n’ont pas toujours trouvé de solution adaptée. Elles ont toutefois contribué à peaufiner le travail et à en améliorer l’articulation.

8. Élaboration d’une fiche de synthèse

La particularité de notre démarche était ensuite de ne pas adresser le patient à son médecin avec l’AQP complété. Il s’agissait de réaliser une fiche synthétique listant les signes positifs ou les points de dépistage pouvant faire l’objet d’une démarche avec le médecin traitant lors de la consultation dédiée.

Un fichier Word, comportant toutes les réponses possibles à l’AQP, avait été créé en parallèle de la construction de l’AQP. Ce fichier a servi à la création des fiches de synthèse.

Le thésard a choisi de mentionner sur ces fiches synthétiques uniquement les dépistages positifs, en détaillant les réponses des patients et en ajoutant des recommandations à ce sujet afin d’aider le médecin dans sa prise en charge.

Le thésard a librement choisi les règles de mise en page : numéro et nom du dépistage positif en gras, détails concernant les réponses du patient en écriture simple et recommandations éventuelles en italique.

Ainsi, l’édition de la fiche de synthèse, mentionnant les tests positifs et les remarques éventuelles concernant les différentes recommandations était rapide, de l’ordre de 5 à 7 minutes.

9. En conclusion de cette seconde partie

L'idée originelle de ce travail consistait en une articulation automatique entre les réponses de l'AQP et l'émission d'une fiche de synthèse via un outil informatique. Différents freins sont apparus au thésard dans la construction de ce logiciel informatique : manque de moyens financiers et matériels (nous avons au départ sollicité les agences de santé publique ou les organismes de sécurité sociale) et manque de temps. Mais alors qu'une bonne partie du travail de construction de l'AQP avait été faite, nous ne pouvions pas abandonner cette idée que pour concrétiser une consultation de prévention, il fallait aider le médecin d'une fiche de synthèse conçue en amont, à travers les réponses du patient.

Il était logique aussi d'étudier l'intérêt que susciterait un tel concept d'aide à la réalisation de consultation de prévention en MG avant de développer l'outil informatique.

Il a donc été décidé, au cours de l'étude, que ce serait au thésard de créer ces fiches de synthèse et de les envoyer lui-même aux médecins participants. Cela nous a donc permis de poursuivre ce travail d'étude de la fiche de synthèse parmi une population de médecins généralistes jugés experts de leur profession.

TROISIÈME PARTIE : ÉVALUATION DE LA FICHE DE SYNTHÈSE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La question de recherche était : En quoi l'utilisation d'une aide matérielle synthétisée (la fiche de synthèse) peut-elle permettre au médecin généraliste de réaliser une consultation de prévention structurée s'intégrant dans sa pratique quotidienne?

L'objectif principal de cette étude était de montrer que cette fiche de synthèse, émanant d'un auto-questionnaire patient, exhaustif, réalisé en amont d'une consultation dédiée à la prévention, pouvait permettre à celle-ci d'en structurer le contenu tout en s'inscrivant dans un temps habituel de consultation.

Les objectifs secondaires étaient de découvrir les actions entreprises ou programmées à l'issue de cette consultation.

L'objet de l'étude qualitative présentée ci-après se porte uniquement sur la fiche de synthèse elle-même et son utilisation vues par les médecins généralistes interrogés.

1. Matériel et méthode

1.1. Type d'enquête

Nous avons choisi de réaliser une mise en place à minima pour tester la faisabilité. Pour évaluer cette démarche de prévention nous avons préféré réaliser une enquête qualitative se basant sur des entretiens semi-dirigés. Ce type d'entretien se distingue ainsi des entretiens libres (sans cadre, grande liberté de paroles), dirigés (questions fermées, cadre strict) ou en focus group (avec le risque de voir émerger des facteurs de résistance ou des mécanismes de défense pendant la confrontation avec les pairs).

L'avantage de ces entretiens semi-dirigés pour le recueil des données est de provoquer un discours dans un contexte défini [189].

Ce contexte dépend du sujet et des hypothèses formulées. Il est détaillé dans le guide d'entretien.

1.2. Population de l'étude

La sélection des participants a été faite de façon à panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet [188].

Or, afin d'obtenir la diversification souhaitée de l'échantillon, il faut s'intéresser à la variabilité inter médecin. On sait que l'âge du praticien, sa formation initiale ou continue,

sa région et son mode d'exercice et le nombre d'actes réalisés chaque jour peuvent avoir une influence sur les réponses [189].

Nous avons préféré nous baser sur la durée de l'exercice plutôt que sur l'âge du praticien car nous la trouvons plus pertinente. Nous avons en effet rencontré des médecins plutôt jeune (moins de 45 ans) mais installé depuis 15 ans comme nous avons rencontré des médecins plus âgés mais ayant débuté une activité récente en médecine générale.

Nous avons donc cherché à constituer un échantillon en variation maximale sur les critères suivants :

- le sexe (homme ou femme)
- la durée de l'exercice (moins de 15 ans ou plus de 15 ans d'activité de médecine générale en cabinet)
- le mode d'activité (rurale ou urbaine).

Huit médecins seraient donc nécessaires à la constitution de l'échantillon.

Chaque médecin s'engageait à inclure deux patients (un homme et une femme) volontaires, âgés de 50 à 65 ans et dont il était le médecin traitant depuis au moins deux ans.

1.3. Guide d'entretien

Les questions ouvertes ayant servi de cadre à notre entretien étaient les suivantes:

“Racontez moi comment se sont passées ces deux consultations”

Nous cherchions dans ce cas à connaître le ressenti global du médecin quant au déroulement de ces deux consultations, à travers la structure, le temps, le patient.

“Parlez moi de la fiche de synthèse”

Nous cherchions à savoir comment les médecins s'étaient appropriés cette fiche synthétique en terme de choix de thèmes par le médecin ou le patient, de mise en page.

“Que pensez vous de cet outil (c'est à dire auto questionnaire patient et fiche de synthèse) dans l'exercice quotidien de la médecine générale?”

Nous cherchions dans ce cas à connaître les points positifs, négatifs, voire l'utilité d'une consultation de prévention et l'utilité de cet outil en amont d'une consultation de prévention.

Des questions de précision étaient prévues afin d'aboutir à une approche satisfaisante.

Enfin, à visée uniquement descriptive, nous avons cherché à savoir quelles ont été les actions entreprises ou programmées à l'issue de cette consultation.

1.4. Recueil des données

L'entretien s'est réalisé au plus proche de la consultation avec le patient, en présentiel au cabinet du médecin, si possible en dehors des plages de consultations.

Pour une meilleure retranscription des données, l'enregistrement de l'entretien s'est fait à l'aide d'un dictaphone, après accord du médecin interviewé [188].

La mise à plat rigoureuse de l'enregistrement s'est faite "à froid", à l'aide d'un fichier Word, constituant le verbatim. Les données hors sujet n'ont pas été retranscrites.

Le traitement de ces données s'est fait à l'aide de la grille d'entretien pré-établie. Nous nous sommes appuyés sur des unités purement syntaxiques: des mots ou groupes de mots du verbatim, des adjectifs.

1.5. Schéma de l'étude

Deux AQP sur support papier ont été adressés aux médecins répondant aux critères d'inclusion de cette étude. Ils pouvaient en prendre connaissance ou non. Ils devaient le remettre à deux patients de leur choix et volontaires (un homme et une femme). Le médecin invitait le patient à le compléter en dehors de la consultation (salle d'attente ou chez lui), en lui précisant qu'il s'agissait de participer à un travail d'expérimentation autour de la prévention et qu'ils devraient ensemble programmer une consultation dédiée dite « de prévention ». Le patient adressait son AQP complété au thésard à travers une enveloppe affranchie.

L'analyse de l'auto questionnaire a été faite par le thésard. Elle a donné lieu à l'édition d'une fiche de synthèse, adressée par mail ou par voie postale au médecin. Une fois la fiche reçue, celui-ci a convoqué lui-même le patient en vue d'une consultation dédiée.

Le médecin, ayant vu les deux patients en consultation dédiée, aidé de la fiche de synthèse, a été revu par le thésard durant un entretien en présentiel. Durant celui-ci, le thésard a utilisé son guide d'entretien afin de recueillir le maximum d'informations à propos de la fiche de synthèse, du ressenti du médecin... Les données purement quantitatives (actions ou suivis entrepris...) ont également été reprises point par point avec le médecin interrogé.

2. Résultats de l'étude

2.1. Évolution du guide d'entretien

Au fil des entretiens avec les médecins de l'étude, de nouvelles notions sont naturellement apparues et ont été incluses.

C'est le cas :

- du ressenti du patient vu par le médecin apparu dès le premier entretien (« Quel est votre ressenti à propos des réactions des patients ? »)
- de la notion de « médecins éligibles » apparue au cours du troisième entretien (« Que pensez vous des médecins éligibles ? »)
- de la notion de « patients éligibles » apparue au cours de l'entretien n°4 (« Que pensez vous des patients éligibles pour cet auto questionnaire ? »).

Il n'est pas apparu de nouveaux éléments dans l'étude des enregistrements à partir du 5^{ème} entretien. Nous avons tout de même poursuivi le recueil de données jusqu'à la 7^{ème} rencontre, comme prévu initialement, tout simplement car des patients avaient été inclus entre temps.

Nous pouvons donc parler de « saturation » des données à partir du 5^{ème} entretien.

2.2. Description de la population d'étude

2.2.1. Méthode de recrutement

Les médecins ont été contactés par téléphone ou mail; certains d'entre eux étaient connus du thésard, les autres ayant été contactés par effet boule de neige.

Tous les questionnaires patients ont été remis en mains propres aux médecins participants afin de prendre contact et d'expliquer les tenants et aboutissants du projet et de s'assurer de la bonne compréhension des enjeux.

Nous avons eu beaucoup de difficultés à recruter un médecin homme et ayant une activité urbaine de moins de 15 ans. Parmi la liste des maîtres de stage de Bordeaux, nous avons également essuyé de nombreux refus qui nous ont conduit à intégrer seulement 7 médecins dans notre étude sur les 8 prévus initialement.

2.2.2. Description de la population de médecins inclus

Quatre femmes et trois hommes ont été inclus. Deux femmes et deux hommes du panel exercent en milieu rural contre un homme et deux femmes en milieu urbain.

Les participants appartenant au groupe « plus de 15 ans d'exercice » ont en moyenne une durée d'installation de 24 ans ; ceux appartenant au groupe « installation récente mais de plus de deux ans » sont installés en moyenne depuis 2,3 ans (Tableau n°1a et 1b).

Tableau n°1a : description de la population de médecins de plus de 15 ans d'exercice.

	Activité	Âge (années)	Durée d'installation (années)
Homme	Rurale	63	33
Homme	Urbaine	46	16
Femme	Urbaine	48	15
Femme	Rurale	59	32
Moyenne		54	24

Tableau n°1a : description de la population de médecins de moins de 15 ans d'exercice.

	Activité	Âge (années)	Durée d'installation (années)
Homme	Rurale	31	3
Femme	Urbaine	34	2
Femme	Rurale	30	2
Moyenne		31,6	2,3

2.3. Analyse qualitative des entretiens

Une analyse thématique après retranscription intégrale des verbatims a été réalisée. Nous n'avons pas utilisé de logiciel d'analyse qualitative devant le petit nombre d'entretiens et le contenu des réponses à l'entretien qui cherchait à mettre en évidence des points de faisabilité et d'acceptation de l'outil. La triangulation des données a eu lieu sur les premiers entretiens entre le directeur et le thésard.

2.3.1. Description des entretiens

Les entretiens ont eu lieu au cabinet du médecin comme convenu avant l'étude. Seul un entretien s'est déroulé par téléphone. Les durées de ceux-ci s'évaluaient de 15 à 22,5 minutes pour une moyenne à 19 minutes.

2.3.2. Au sujet du déroulement de ces consultations

2.3.2.1. Gestion du temps

Le temps consacré à ces consultations est apparu comme habituel pour les praticiens interrogés:

“durée normale, classique”;

“environ 20 minutes, pas chronophage, pas dépassé par les éléments”;

“environ 20 minutes chacune, et c'était un temps suffisant”.

C'est un manque d'habitude avec l'outil qui a fait déborder l'un des médecins d'un temps habituel de consultation durant la première entrevue avec le patient:

“j'ai eu du mal à faire moins de la demi-heure [...] mais en même temps il y a moyen de synthétiser davantage la consultation en ayant plus l'habitude avec cet outil [...] dès la deuxième consultation, ça s'est bien mieux passé”.

Pour M4, *“les vingt minutes sont bien occupées [...] car il faut automatiquement retourner dans le dossier puis il y a discussion”.*

2.3.2.2. Ressenti global de la consultation de la part du médecin

D'après les médecins interrogés, chaque consultation s'est déroulée sans complication:

“plutôt bien passé”;

“ces deux consultations se sont déroulées sans problème”;

“rien de particulier”.

Seul un médecin a déclaré ne pas s'être senti à l'aise lors du premier entretien car il découvrait dans le même temps l'outil et les consultations de prévention:

“je n'étais pas très à l'aise au début [car] je n'étais pas familier avec cet outil ni avec les consultations de prévention”. Mais ce médecin déclare avoir “terminé les deux consultations en étant assez satisfait, on a abordé pleins de choses et on va ensuite en suivre beaucoup d'autres derrière”.

2.3.2.3. Ressenti global du patient de la part du médecin

Cette appréciation subjective a permis de soulever des réactions de contentements, d'intérêts, d'ouvertures de dialogue, d'implications:

“les gens étaient contents que l'on se soit occupé d'eux”;

“ils étaient très intéressés, je les ai sentis très contents les deux”;

“ils se sont vraiment laissés guider, parfois ils disaient – je voulais justement vous parler de ça! –”;

“ils étaient assez partants sur ça, donc certainement de la curiosité d'y participer”;

“les patients étaient assez participatifs, assez réceptifs”;

“le patient homme est revenu spontanément sur certains items”.

2.3.3. Au sujet de la fiche de synthèse

2.3.3.1. Choix des thèmes abordés

La fiche de synthèse a été utilisée dans son ensemble par tous les médecins et le choix des thèmes s'est fait dans l'ordre d'apparition de ceux-ci:

“on s'est vraiment basé sur la synthèse [...] dans l'ordre d'apparition des thèmes”;

“j'ai tout fait dans l'ordre”;

“on a repris thème par thème”.

2.3.3.2. Avis concernant la mise en page de la fiche de synthèse

Des notions de clarté et de praticité sont apparues parmi les médecins interrogés à propos de la fiche de synthèse:

“c’était clair et pratique”;

“c’était un outil pratique”;

“non franchement, je n’ai pas de remarque particulière car ça tenait sur une page”.

Pour un médecin, c’est la numérotation des items qui lui a posé problème, ne sachant pas à quoi la rapporter:

“j’ai été troublé par les numéros, ne sachant pas à quoi cela faisait référence”.

Pour d’autres, les changements des polices de caractère ne semble pas avoir été évident de prime abord:

“le fait qu’il y ait des phrases écrites en gras et d’autres en italique, ça ne m’a pas sauté tout de suite aux yeux que c’étaient des réponses positives et des suggestions”;

“je suppose que ce sont les éléments en italique qui sont les recommandations”;

“j’ai compris que les éléments en italique étaient des informations et que les phrases en surgras correspondaient aux catégories de pathologie”.

2.3.4. Au sujet de l’ensemble consultation dédiée avec utilisation de la fiche de synthèse

2.3.4.1. Points positifs

En dehors du fait évident de découvrir des éléments inconnus jusqu’alors chez un patient régulièrement suivi ou non, les entretiens ont permis de savoir pourquoi ces éléments étaient absents des dossiers médicaux: principalement par oubli, manque de connaissances médicales ou de la vie du patient et par pudeur pendant la consultation (certains sujets étant plus facilement abordés par auto questionnaire):

« il y a des choses auxquelles je n’aurais jamais pensé »;

« ils m’ont vraiment livré des événements de vie dont ils ne m’avaient jamais parlé auparavant [...] ce sont maintenant des patients que je connais mieux et que je comprendrais mieux »;

« ça leur a permis d’aborder des sujets intimes »;

« je n’aurais vraiment pas pensé à aborder tout ça »;

« ça va permettre d’aborder des sujets que l’on n’a plus ou pas abordé avec eux »;

« je suis quelqu’un qui en fait beaucoup [de prévention] mais malgré tout il y a [toujours] quelque chose qui t’échappe ».

Il est également apparu cette notion de « remise à plat » : de son savoir médical, des dépistages à ne pas oublier chez un patient suivi régulièrement ou non.

« ça suppose que je sois au clair avec les recommandations abordées par la fiche [...] c’est utile là où ça révèle mes insuffisances »;

*« l'intérêt, c'est une remise en question » ;
« c'est une remise en cause de toi-même, de tes dépistages, ça nous permet de mettre à jour nos alarmes ou de faire de nouvelles alarmes que l'on n'avait pas forcément ciblées » ;
« c'est bien pour les deux types de patients aussi bien les trop consultant pour faire le point car on oublie des choses et ceux qui consultent moins ».*

La notion d'un outil structurant est apparu parmi les médecins interrogés à propos des points positifs :

*« j'ai trouvé ça très rentable comme consultation » ;
« ça permet de balayer beaucoup plus large que ce que tu ferais en consultation [et sans cet outil] ça partirait dans tous les sens ».*

Enfin, la place du patient au sein de la consultation a été mentionnée :

« ça permet au patient d'être acteur de sa consultation ».

2.3.4.2. Points négatifs

Les points négatifs apparus à propos de l'outil concernent le manque de familiarité des utilisateurs avec celui-ci, le manque d'informations plus précises préalables à son utilisation :

« essentiellement le problème du départ car je n'étais pas familier avec cet outil ni avec les consultations de prévention » ;

« on voyait des conclusions mais on ne savait pas d'où cela venait vraiment, on se demandait quelles étaient les questions que tu avais pu poser pour engendrer ces réponses ».

Le test a révélé des items comme positifs alors que les réponses sont apparues comme négatives pour les médecins pendant les consultations, ceci du fait d'une trop grande « sensibilité » de certaines questions ou du fait d'erreurs de la part des patients :

« il y a quelques faux positifs mais on les élimine rapidement en discutant donc ce n'est pas un souci » ;

« le questionnaire révèle des indicateurs de dépression positif, mais en fait le patient s'est un petit peu trompé, il a décrit des symptômes qu'il a fait il y a un an et demi » ;

« l'excès de positivité de certains critères, mais c'est à nous de juger la limite, je préfère qu'il y ait de l'excès que du manque »

« je me suis aperçu que des patients ne savaient pas ce qu'ils avaient déjà fait et donc cochaient à tort ».

D'autres points négatifs ne concernant pas l'outil mais l'auto questionnaire en général sont apparus :

« je n'aime pas les auto-questionnaires parce que ce n'est pas moi qui les fais et il n'aura pas les mêmes priorités ».

Concernant la prévention en général, un médecin a mentionné le risque possible d'un excès de prévention en utilisant l'outil ou en se consacrant à la thématique de la

prévention durant une consultation. Ce même médecin a émis la crainte de se trouver face à des patients plus demandeurs d'examens :

« il y a aussi le problème de limite entre excès de prévention et fabrication de nouvelles maladies »

« j'aurais davantage peur de patients exigeants que de patients anxieux ».

Un médecin déclare qu'il aurait apprécié avoir accès aux sources qui ont permis le choix des auto-questionnaires :

« il faudrait avoir accès aux sources [qui t'ont permis de choisir ces questionnaires] ».

Enfin concernant l'intérêt des patients envers le test, des médecins ont émis des réserves quant aux types de patient ciblé par le test et au manque d'attractivité de ce dernier :

« il faut des gens qui aient envie de le faire, qui aient du temps à passer et qui puissent comprendre » ;

« c'est vrai que la feuille de questions est longue » ;

« un petit plus ludique, intégrer quelques images pour accrocher un peu plus ».

2.3.4.3. À propos des médecins éligibles

Les médecins n'ont fait aucune remarque particulière concernant les médecins éligibles capables d'utiliser cette démarche globale de prévention (donner un AQP à un patient, recevoir une synthèse, dédier une consultation de prévention basée sur la synthèse). Tous semblaient capables de le manier, sans compétence particulière.

« non pas du tout [de formation particulière] » ;

« je ne pense pas qu'il y ait besoin de formation particulière ».

2.3.4.4. À propos des patients éligibles

Des remarques divergentes sont apparues à ce sujet : des médecins ont parlé d'une nécessité de sélection en amont, d'autres n'ont pas envisagé que cela puisse poser des problèmes particuliers :

« il faudrait le tester chez des mal comprenantants » ;

« la sélection doit se faire par rapport aux gens qui ont envie de le faire, qui ont le temps, qui puissent comprendre » ;

« je ne pense pas que cela puisse poser problème ».

2.4. Analyse descriptive des réponses des patients, des actions entreprises ou programmées pendant la consultation ou au décours

L'étude n'a pas été construite dans cet objectif, mais il nous a semblé intéressant de renseigner dans ce chapitre les actions qui ont été entreprises au décours de cette consultation.

Les recommandations vaccinales obligatoires ont été mentionnées sur chaque fiche de synthèse, de sorte à ce que chaque médecin vérifie ses mises à jour. Ainsi, sur les 14 consultations, 6 prescriptions de vaccin obligatoire (DTP) ont été délivrées au terme de la consultation.

En dehors de ces vaccinations obligatoires, nous avons relevés 10 patients (71,4 %) qui font l'objet de recommandations particulières vaccinales (principalement pour cause d'ALD ou de recommandations professionnelles). Parmi eux, 7 patients (70 %) n'étaient pas à jour et cela a ainsi conduit à la délivrance de 7 prescriptions de vaccins.

En dehors des vaccins, qui nécessitent à chaque fois de vérifier le dossier médical, 126 items ont été relevés positifs parmi un total de 420 proposés aux 14 patients.

Au terme de l'entretien avec le médecin, nous avons croisé certaines données et avons pu constater que des résultats pourraient être considérés comme de « faux positifs » (FP). Il s'agissait d'items cochés à tort par le patient : mauvaise compréhension des questions, manque de spécificité des questions, ou par simple confusion (oubli de dépistages déjà réalisés, de traitements pris...). Ainsi, 25 FP sont sortis de cette liste, au premier rang desquels on retrouve la question relative au dépistage de l'AOMI (« avez vous des douleurs dans les jambes la nuit ou après un certain périmètre de marche ») : 10 patients sur les 14 ont répondu « oui », alors qu'aucun médecin n'a retrouvé, à l'interrogatoire, de caractère de claudication. Il s'agissait plutôt de douleurs à type de crampes ou d'impatiences.

Les autres erreurs se situent dans les dépistages organisés : les patients ont parfois oublié la date de leur dernière recherche de sang dans les selles (3 patients sur 14).

Une fois retiré ces FP, 101 items de préventions étaient considérés comme de « vrais positifs », soit 24 % des items proposés. Parmi ceux-ci, 35 (34,6 %) étaient déjà connus des médecins, 66 (65,3 %) inconnus.

Le test a révélé que 5 patients sur 14 (35,7 %) avaient une anxiété dont 2 sur les 5 étaient inconnus du médecin. 4 sur 14 (28,5 %) avaient un test positif pour une dépression dont 2 étaient inconnus des médecins. Cela a amené à une discussion mais pas de prescription d'avis spécialisé ou de traitement.

Les troubles sexuels ont été retrouvés chez 5 des 14 patients (35,7 %). Ils étaient tous inconnus sauf pour un seul patient. Ils ont donné lieu à une discussion, des conseils et dans 2 cas, à une prescription médicamenteuse.

Les carences calciques ont été retrouvées chez 6 patients (42,8 %). Des discussions et des conseils ont été donnés.

Un phototype à risque a été retenu chez 4 des 14 patients (28,5 %). Il n'est pas possible de dire que cela n'était pas connu. Néanmoins, la présence de ce phototype à risque n'avait pas donné lieu à un suivi particulier. Durant la consultation, ces patients ont tous bénéficié d'un examen clinique cutané et de conseils.

5 patients sur 14 (35,7 %) n'étaient pas à jour de leur dépistage de CCR, soit par coloscopie, soit par recherche de sang dans les selles ; ce qui a donné lieu à la prescription directement de test ou d'avis spécialisé.

4 patients hommes sur 7 (57,1 %) n'étaient pas à jour du dépistage du cancer de la prostate selon les recommandations. Cela a donné lieu à des discussions, puis des prescriptions d'examens complémentaires.

1 femme sur les 7 (14,2 %) n'était pas à jour de son dépistage du cancer du sein par mammographie, et 2 sur 7 (28,5 %) n'étaient pas à jour du dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin. Ces manquements ont été rectifiés avec les patientes concernées par le biais de prescriptions d'examens complémentaires ou d'avis spécialisés gynécologiques.

Concernant les facteurs de risques de cancer, 1 patient sur les 14 présentait un facteur de risque supplémentaire de CCR inconnu du médecin ; 2 hommes sur 7 (28,7 %) présentaient un facteur de risque supplémentaire de cancer de prostate et 3 femmes sur 7 (42,8 %) présentaient un ou des facteurs de risque de cancer du sein inconnus du médecin.

Il a été retrouvé parmi 5 des 7 femmes (71,4 %) des pertes d'urine qui ont donné lieu à une discussion et des conseils. Aucune patiente n'a eu de prescription de traitement ou d'examen complémentaire.

Concernant le caractère socio-professionnel, 8 personnes sur 14 (57,1 %) ont présenté une pénibilité au travail, dont 2 étaient connus des médecins. Ces relevés positifs ont donné lieu à des discussions/conseils, et dans 2 cas à la prescription d'examens complémentaires. Il n'a été retrouvé aucune plainte de violences conjugales chez les 14 patients. 1 patiente a été identifiée comme précaire, mais cela était connu et déjà suivi par une assistante sociale.

Concernant les risques cardio vasculaires, 5 patients sur 14 (35,7 %) ont un RCV considéré comme élevé. Les facteurs de risque cardio-vasculaire étaient tous connus des médecins.

8 patients sur les 14 (57,1 %) avaient un IMC élevé supérieur à 25 et 3 patients sur 14 (21,4 %) ont déclaré avoir un tabagisme actif sans demande d'aide à l'arrêt.

Il a été retrouvé des éléments positifs de SAHOS chez 4 patients sur 14 (28,5 %) dont 2 étaient connus et suivis. Les deux autres ont bénéficié de prescriptions d'examens complémentaires. 3 patients (21,4 %) ont eu un test positif à la BPCO ; un patient était connu et déjà suivi. Les deux autres patients ont bénéficié de demandes d'avis spécialisé. Aucune spirométrie n'a été réalisée au cabinet.

3. Discussion

3.1. Échantillon de médecins généralistes et choix de l'étude

Nous nous sommes confrontés à une réelle difficulté de recrutement. Nous aurions aimé réaliser une étude de faisabilité à grande échelle. Cependant, trouver des médecins généralistes volontaires de manière aléatoire permettant de tester la démarche sur un échantillon représentatif risquait de nous exposer à un échec de recrutement. C'est par pragmatisme que nous avons donc réalisé une étude qualitative d'acceptabilité parmi des volontaires en réalisant un échantillonnage en variation maximale sur les critères communément admis pour les études qualitatives (sexe - durée d'installation - exercice rural/urbain). Nous avons rencontré beaucoup de difficultés à inclure un homme récemment installé et exerçant une activité urbaine, et avons donc dû limiter l'échantillon.

Le guide d'entretien comme souvent dans les études qualitatives a été modifié au fur et à mesure des entretiens notamment dans les questions de précisions, mais il était respecté dans l'approche des questions très ouvertes pour ne pas induire avec le biais de désirabilité comme on retrouve dans les réponses aux questionnaires orientés.

Le choix d'utiliser une étude qualitative pour tester la faisabilité d'une consultation de prévention et l'utilisation de l'outil « fiche de synthèse », ne nous permet pas en pratique de conclure à la possibilité ou non de mettre en place cette démarche de prévention chez l'ensemble des médecins généralistes. Cependant, jusqu'à présent, les schémas proposés découlant des différentes lois et recommandations pour la mise en place des consultations de prévention par le médecin généraliste semblent imparfaits et n'atteignent pas les objectifs. C'est ce qu'ont soulevé les différentes sociétés savantes à ce sujet : le ministère de la Santé [29], la société française de Santé Publique [26 ; 31 ; 32]. Il en est de même concernant les consultations de prévention découlant de logiciels comme EsPeR et PPP [24 ; 25 ; 30].

3.2. Résultats de l'étude

3.2.1. Déroulement de ces consultations : durées habituelles et ressentis homogènes

Le ressenti global à l'issue de ces deux consultations était positif : médecins et patients ont pu ensemble aborder des sujets auxquels ils ne pensaient pas d'habitude, par manque de temps, par manque de connaissance ou par pudeur.

Durées habituelles

Il semble que cela démontre les points d'achoppements d'autres expérimentations dans la modélisation de consultation de prévention, notamment concernant la durée de ces consultations jugée trop longue (et donc sans rémunération spécifique). C'est tout à fait le cas rencontré lors de l'expérimentation du logiciel EsPeR [24].

Avantage d'une consultation dédiée

Il est possible aussi que cette approche exclusive de prévention lors d'une consultation dédiée, non polluée par des plaintes somatiques, puisse être un élément explicatif. Cela va dans le sens du rapport du ministère de la Santé et des Solidarités en 2005 à propos de la prévention : mettre en place des « rendez-vous santé » en dehors de situation pathologique ou de contexte de prescription [26].

Modélisation pertinente

Notre expérimentation à propos de cette démarche de prévention (AQP remis au patient puis complété par lui, puis synthétisé par un tiers et ensuite discuté en consultation dédiée) semble apporter une limpidité au déroulement de la consultation. Ceci à l'inverse de l'expérimentation faite en Poitou-Charente [25], dans laquelle la complexité du montage (remplir le logiciel EsPeR pendant la consultation) avait rebuté les médecins interrogés.

Nombreux éléments découverts

Ces consultations ont permis aux médecins de mieux connaître les histoires de vie des patients (à travers notamment le travail, la vie affective, les difficultés sociales, l'état psychologique), ou par exemple de savoir pourquoi certains patients refusaient systématiquement certains dépistages de masse. Ce qui nous permet donc de penser que les médecins ont aussi été séduits par la mise en évidence de données inconnues auparavant, comme le souligne le travail réalisé en Poitou Charente [25]. Ce qui était aussi le constat du côté des patients, relevé dans ce travail de Poitou Charente comme dans le notre : ils semblaient satisfaits du contenu et du déroulement de l'entrevue [25].

Perspectives de suivis pour le médecin

Enfin, des notions de remises en question du suivi médical, de planifications sont souvent revenues. Cela permet donc au praticien d'organiser ce suivi à plusieurs mois, voire années, et de prioriser ces données. Nous pouvons rapprocher ces conclusions de celles de la société française de Santé Publique lors du séminaire de 2006 dans lequel il est relevé trois temps dans la consultation de prévention : un temps en amont de la consultation, le temps médical à proprement parler et un temps d'aval où il serait plutôt question de la création d'un plan de prévention attribué à chaque patient [31].

Cela va également dans le sens de la revue « Médecins du Québec », qui recommande, à la fin de l'entrevue avec le patient, de créer une feuille de suivi préventif ou « flow sheet » [38 ; 39].

La fiche de synthèse comme motif de consultation ?

Par le large choix des affections dépistées, cet outil exhaustif a permis au contenu de la consultation d'être riche sans dépasser le cadre habituel en terme de temps ou de gestion des données ou des questions que pouvait avoir le patient. Nous avons l'impression que le fait de recevoir en consultation le patient avec une positivité à un test de dépistage (via la fiche de synthèse), peut s'apparenter à un motif de consultation plus classique. Est-ce que cela aide le médecin à adopter une posture de démarche de soins et pourrait être une

explication à ce sentiment que la consultation se soit déroulée dans le « cadre habituel » ? Il faudrait le confirmer par une enquête sociologique d'observation.

3.2.2. La fiche de synthèse : un outil acceptable et facilitateur mais perfectible

Le fait de ne pas expliquer l'outil en amont de la consultation de prévention au médecin a permis d'évaluer la compréhension et la maniabilité immédiate de la fiche de synthèse. Ceci s'est fait, peut être, au détriment de la qualité de la consultation, les médecins de l'échantillon n'ayant pas aussi bien exploité l'outil par manque de « familiarité » avec ce dernier.

Néanmoins, celui-ci est apparu comme clair et pratique pour les médecins de l'étude dès la seconde consultation. Cela semble attester d'une appropriation rapide lorsqu'il y avait une difficulté initiale. Il semble qu'une courte formation à la lecture de cette fiche puisse être la bienvenue pour quelques médecins interrogés. Ceux pour lesquels l'utilisation de cette fiche semblait claire dès le départ, pourraient faire l'économie d'un temps supplémentaire de formation à ce sujet.

Cela suppose donc qu'une plus grande qualité du contenu des consultations découlera probablement d'une plus grande maniabilité de l'outil au fur et à mesure de la familiarisation du praticien avec celui-ci.

Il reste cependant à évaluer le contenu de cette fiche de synthèse, concernant notamment les recommandations en cas de tests positifs (apparaissant en italique). Il aurait fallu peut-être définir, en amont et entre médecins, les recommandations les plus pertinentes à y intégrer pour faciliter davantage la marche à suivre et donc la prise en charge.

Nous pourrions aussi travailler au développement d'un feuillet en parallèle dans lequel seraient détaillés les tests utilisés et leurs références, ainsi que les possibles recommandations.

3.2.3. Population de médecins et de patients éligibles

Nous pouvons supposer que médecins et patients ont tous été séduits par les concepts de prévention et de consultations de prévention en médecine générale parce qu'ils ont accepté de participer à cette étude : il y a possiblement un biais de recrutement de ces médecins et patients car s'ils sont volontaires, c'est donc qu'ils semblent d'emblée motivés par ces problématiques. Néanmoins, ce biais est inhérent à la consultation de prévention réalisée par le médecin et à l'AQP rempli par le patient : médecins et patients doivent être motivés ensemble pour améliorer la prise en charge. Cet outil laissera donc de côté les médecins et les patients qui ne sont pas enclins à cette problématique. C'est là qu'une incitation forte de la part de l'assurance maladie pourrait « rattraper » ces patients qui s'excluent de la démarche de prévention et de dépistage.

Aussi, cet outil est utilisable sur un panel de patients très divers sur le plan pathologique, mais ce panel n'est pas aussi représentatif sur un plan social. En effet, même si les patients étaient libres d'accepter ou de refuser d'y participer, il faut bien penser que ceux-ci ont été sollicités par les médecins en fonction aussi de leur capacité à comprendre, à lire, à s'intéresser à ce sujet. C'est un biais qu'il conviendra d'étudier parmi un panel bien plus large, incluant des patients de catégories socio-professionnelles très diverses ; il s'agira aussi de réfléchir aux patients ne sachant pas lire, que cet outil dans son état actuel, laisse de côté.

Du point de vue des médecins interrogés dans ce travail, la nécessité d'avoir une formation particulière à propos de la prévention n'a pas été soulevée, contrairement aux conclusions des thèses ayant évalué l'outil IDIAS [27 ; 28].

3.2.4. Résultats quantitatifs

Les faux positifs causés par les tests

Certains tests se sont révélés être faussement positifs à de nombreuses reprises (le dépistage d'AOMI par exemple). Ces items cochés à tort (près de 20 % des réponses positives) sont considérés comme des points négatifs selon les médecins, mais rapidement jaugés par de simples questions lors de l'entretien.

Il faudra de nouveau veiller à la fiabilité de certaines questions. Ont-elles été testées en population générale ou en population ciblée ? Leur valeur prédictive positive a-t-elle été évaluée en situation de moindre prévalence de la maladie dans la population générale ?

Il sera aussi important de modifier le contenu ou l'articulation de l'AQP vers une plus grande compréhension du patient.

Les faux positifs causés par les patients

D'autres items relevés sont apparus comme faussement positifs pour les médecins mais à cause du patient : celui-ci ne se souvenait plus avoir fait tel examen ou avoir pris tel traitement. Or, il est impossible pour le test de le distinguer. C'est au médecin consulté de vérifier lui-même la véracité de certaines données. Et c'est là que la place du médecin traitant prend toute son importance pour ne pas tomber dans le surdiagnostic inhérent aux dépistages quelqu'ils soient : il connaît aussi son patient en termes de relation, de compréhension et de communication.

Des affections souvent peu abordées par pudeur

Le test a également révélé des affections qui ne sont pas abordées d'emblée en consultation, hormis en cas de demande particulière du patient. C'est le cas des pertes d'urine ou des troubles sexuels, difficilement abordables de la part du médecin, et qui ici ont permis au patient d'en parler. Parfois, des patients ont semblé être gênés dans l'abord de certaines affections ; ils ont rapidement décliné et la discussion s'est poursuivie sur un autre sujet.

Malgré cela, le patient sait désormais qu'il peut en parler en consultation où il trouvera la « porte ouverte ».

C'est exactement ce qui était recherché en mettant le test de dépistage des violences conjugales. A priori, on peut penser qu'aucune personne victime de ce type de violence ne puisse répondre d'une manière aussi simple au questionnaire. Mais là encore, cette victime sait désormais qu'elle pourra tout à fait trouver la « porte ouverte » avec son médecin traitant.

Projet thérapeutique

Le questionnaire n'a pas seulement cherché à dépister de nouveaux signes, mais aussi de re-définir un projet thérapeutique. Par exemple, concernant les facteurs de risque cardio-vasculaire, tous les médecins les connaissaient, mais combien d'entre eux avaient spécifiquement identifié ces patients comme à « haut » RCV ? En effet, il s'agit d'une notion importante qui modifie la prise en charge thérapeutique. Le fait de la rappeler sur la fiche de synthèse, avec les recommandations à suivre, a pu conduire les médecins à consulter leur dossier médical et à modifier leur prise en charge.

Mise jour du dossier médical

Enfin, nous pouvons penser que chaque item relevé positif a fait l'objet d'une vérification dans le dossier du patient ou directement d'une discussion avec lui. Également, nous pouvons penser que les items ayant amené à une discussion ont été notés dans le dossier médical comme des éléments nouveaux, à suivre, à ne pas oublier... C'est également le cas des vaccins : le fait de le mentionner sur la fiche de synthèse a pu amener le médecin à consulter le dossier médical et à mettre à jour ses suivis.

Une mise à jour des dossiers a donc eu lieu, même s'il n'est pas possible de donner davantage de précisions sur ces ajustements.

Patients volontaires et acteurs

Du côté des patients, nous ne pouvons omettre cette réalité : les patients cochent ce qu'ils veulent et passent sous silence volontairement des sujets. Cependant, si le patient est volontaire, nous ne doutons pas qu'il s'impliquera pleinement dans ce dépistage.

Nous pouvons aussi penser que des patients ont pu répondre par la négative aux questions d'approche de certains tests afin de ne pas avoir à répondre aux questions suivantes. Cet écueil sera éliminé si le développement informatique de cet outil se profile, les questions apparaissant alors au fur et à mesure de la progression dans le questionnaire. Néanmoins, nombreux sont les patients ayant répondu à la totalité du test sur l'anxiété et la dépression après être passés par les questions d'approche.

QUATRIÈME PARTIE: DISCUSSION SUR LA DÉMARCHE GLOBALE DU TRAVAIL ET PERSPECTIVES

1. Intérêts de ce travail

Constats de départ

Cette idée de travail est née d'un constat de terrain de la part du thésard : la difficile tâche du médecin traitant dans la réalisation de consultations conformes avec les recommandations. En effet, parmi la population cible des 50-65 ans, la découverte de maladies chroniques plus fréquentes à cet âge alourdit les consultations axées sur ces maladies et leurs traitements, à la recherche de nouveaux signes, de nouvelles aggravations ou d'inefficacité ou d'intolérance à un traitement. Il s'agit pour l'essentiel de prévention tertiaire et quaternaire.

Cependant, la réalisation d'une pratique alliant d'autres formes de prévention s'est imposée au médecin avec l'apparition de tests de dépistage de masse. Ces nouveautés vont dans le sens d'une amélioration de la qualité des soins et de nombreux praticiens considèrent ces nouvelles missions comme tout aussi importantes, et ce malgré un temps de consultation identique.

Le thésard a ainsi pu constater l'écart entre les exigences de santé publique (émanant de volontés politiques) et les réalités de terrain. Par exemple, il a pu observer que bon nombre de patients venaient en consultation habituelle, pour un tout autre motif, et demandaient que leur soit délivré le test de recherche de sang dans les selles, tel que le courrier les y invitait, sans pouvoir parler réellement d'une consultation de prévention dédiée.

Population visée

D'autres tranches de population auraient pu aussi faire l'objet de ce travail. Celle de 50-65 ans a néanmoins paru plus sensible que les autres, face à la multiplication des dépistages de masse, face à la multiplication des prises en charge de maladies chroniques. Cette population semble, selon les études, plus encline à s'intéresser à la prévention [29]. De plus, elle peut répondre via un auto-questionnaire, ce que ne pourraient faire d'autres populations fragiles, comme les populations pédiatriques ou le grand âge.

Patients et médecins acteurs de la prise en charge

Enfin, le but de ce travail est clair : aider les patients et les médecins désireux d'améliorer ensemble la prise en charge de leur santé. Ce qui suppose qu'une participation du patient reste indispensable à un travail de prévention.

Un autre sujet réside dans la détection de patients qui sont complètement sortis du système de santé ou qui ne sont pas suivis régulièrement : pour ceux-ci, une campagne de sensibilisation à la prévention paraît la plus adaptée pour améliorer leur prise en charge. Par exemple, pour ceux qui n'auraient pas encore déclaré de médecin traitant, les inciter à franchir le pas dans leur zone géographique. Le médecin ne peut pas non plus

s'enquérir de l'état de santé des populations dont il a la charge : il faudrait là aussi inciter les personnes à se prendre en charge et à consulter leur médecin selon une périodicité qui resterait à définir.

2. À propos de la place de l'outil et de la consultation de prévention en Médecine Générale

L'AQP face aux auto-questionnaires de la MSA et des CES

Il est difficile de comparer cet outil avec d'autres : l'AQP partage des similitudes avec les tests des CES et de la MSA en termes de consultation de prévention et d'auto questionnaire.

Seulement, dans le cadre des CES, ce sont les médecins de ces centres qui réalisent la consultation de prévention. Le médecin traitant arrive en seconde position et il lui est demandé de traiter les anomalies dépistées. Il peut donc ne pas se sentir concerné par un dossier médical qu'il n'a pas demandé, des examens qu'il juge redondants ou inutilement répétés (les biologies sont par exemple systématiques lors de ces consultations de prévention, qu'elles aient été déjà réalisées par le médecin traitant ou non).

Cela entretient également un flou du côté des patients : pourquoi s'entretenir à propos de la prévention avec un médecin dont il n'a pas l'habitude ? Nous l'avons vu dans ce travail, les histoires de vies sont toutes aussi importantes pour comprendre le patient dans sa globalité, à travers son environnement social, sa famille (dont les membres sont souvent suivis par le même médecin traitant), sa profession.

Il est également demandé au patient de se rendre dans un centre et d'y consacrer une demi-journée. Les patients se disent concernés par la prévention, mais jusqu'à quel point ?

Concernant les consultations de prévention de la MSA, il est demandé au médecin traitant de réaliser cette consultation. Il entre donc pleinement dans son rôle de prévention. Néanmoins, il lui est demandé de colliger les données du questionnaire papier et d'en faire une synthèse à l'adresse de la MSA. La réalisation « manuelle » de cette fiche de synthèse et l'envoi d'un dossier de synthèse de consultation alourdit davantage le poids déjà très critiqué du côté administratif de la MG libérale. De ce fait, cela diminue indéniablement le temps de « réelle » consultation avec le patient.

L'AQP face au logiciel IDIAS

Le logiciel IDIAS (1^{ère} partie 2.2.3) ne présente pas ce problème de traitement des données. Lui et l'AQP s'articulent de manière similaire : le patient répond à des questions simples et une synthèse automatique est réalisée, à destination du médecin traitant qui réalise une consultation en suivant.

Toutefois, IDIAS et l'AQP ne se placent pas sur la même « ligne de prévention » : IDIAS est un outil permettant, certes de dépister des anomalies parmi les habitudes de vie, mais surtout d'évaluer la représentation de cette « déviance » et donc la motivation du patient à la corriger. Il se place ainsi sur le premier pallier de l'éducation thérapeutique. Les thèses [27, 28] l'ayant évalué montrent que les médecins testeurs se sont sentis démunis à

l'issue de la consultation. Alors qu'ils trouvaient la fiche de synthèse claire, il leur manquait des armes pour exploiter les informations de celle-ci.

Ce problème n'est pas apparu avec l'AQP : il s'agit d'un dépistage brut qui ne nécessite pas pour les médecins de suivre de formation particulière en éducation thérapeutique du patient. En ce sens, il se situe en amont d'IDIAS car il ne fait que dépister sans entrer dans la sphère éducative. En cas de positivité d'une donnée, c'est au médecin traitant de l'évaluer : il en discute avec le patient, laisse la « porte ouverte », l'adresse à un confrère, lui prescrit des examens complémentaires ou un traitement, mais peut également évaluer simplement par le dialogue la motivation d'un patient à parler de certaines consommations déviantes ou certains sujets plus intimes.

Enfin, la question du temps consacré par le patient à un auto-questionnaire est aussi importante : évaluer la motivation et les représentations d'un patient envers ses habitudes de vie demande naturellement davantage de temps. Et ceci se fait, à notre sens, au détriment d'un dépistage global de la santé du patient. L'AQP est en effet bien plus complet, en terme de nombre de dépistages, qu'IDIAS ou que des questionnaires de la MSA ou des CES.

La place de la consultation de prévention en MG

Toujours sur le volet de la médecine préventive, la médecine du travail s'est révélée toute aussi importante à travers cette étude : 8 patients sur 14 ont une pénibilité au travail dont la quasi totalité était inconnue du médecin traitant. Les dépister pourrait peut être contribuer à renforcer les liens entre médecin traitant et médecin du travail ? C'est ce que suggère Marcel Goldberg dans sa vision de la consultation de prévention [31].

Concernant la place de la consultation de prévention dans le soin classique en MG, cette démarche détaillée dans ce travail s'apparente à un soin classique : le médecin propose au patient un AQP comme il pourrait lui proposer un examen orienté ; et si celui-ci revient positif, alors le médecin entreprend en accord avec le patient une prise en charge de l'affection.

Enfin concernant la place de la consultation de prévention dans le panel des cotations: certains ont évoqué la nécessité d'une rémunération spécifique, d'autres le manque de temps. Seulement la MG s'organise en libéral et à ce titre, le médecin peut se dégager des plages horaires pour créer des consultations dédiées : c'est un problème organisationnel inhérent à chaque pratique médicale, qui ne peut être réglé que par le médecin lui-même. De plus, l'acte de prévention est reconnu et même si aucune rémunération spécifique n'existe, cette consultation de prévention pourrait tout à fait s'inscrire dans une consultation habituelle, codée et tarifée comme « C ».

3. Devenir

Ce travail a pu nous montrer que la démarche de prévention proposée aboutissant à une consultation dédiée et structurée par la fiche de synthèse est acceptable pour les médecins : aussi bien sur un plan médical (ils sont motivés par la prévention et la

consultation de prévention) qu'organisationnel (l'AQP et la fiche de synthèse). Si nous voulons la développer, il nous faudra rester attentif à certaines critiques.

Contenu évolutif et évalué par des pairs

Le contenu de l'AQP doit être évolutif : en fonction des recommandations de sociétés savantes ou d'organismes de santé publique, des plans de prévention mais aussi en fonction de nouveaux tests de dépistage disponibles, plus fiables, plus concis.

Il faudrait aussi en amont ré-évaluer le contenu parmi un groupe de médecins généralistes, voire spécialistes selon les affections dépistées : y a-t-il des dépistages superflus, en manque-t-il peut être ?

Il faudrait aussi travailler à diminuer la proportion de faux positifs et donc travailler sur la compréhension de certaines questions pour le patient.

Il serait peut être aussi intéressant de travailler sur un feuillet détaillant les tests, ce qu'ils interrogent ou évaluent, et les recommandations à suivre en cas de positivité. Il faudrait là aussi se réunir afin de construire ensemble ces recommandations selon une ligne définie : par exemple plutôt telle recommandation de la société européenne de Cardiologie qu'une autre et pouvoir se justifier.

Développement informatique

Une fois ce travail réalisé, le développement informatique nous imposera de travailler de concert avec des techniciens, afin de construire un outil clair pour les patients et les médecins. Nous savons d'ores et déjà que ce modèle de fiche de synthèse a plu au panel de médecins interrogés. Seuls les dépistages positifs seront affichés et les éléments importants mis en avant, le tout tenant si possible sur une feuille de format A4 recto verso.

Nous pourrions enfin évaluer l'articulation de l'outil informatique et l'affiner en fonction de réels patients testeurs. Puis mener une étude pilote sur un ensemble de médecins à l'échelle d'un territoire.

Concrètement

Le médecin proposerait à des patients cibles de participer à l'AQP selon une périodicité optimale qui reste à définir. Il pourrait tout à fait se baser sur les dépistages organisés : le patient qui viendrait en consultation avec une invitation au dépistage du cancer colo-rectal pourrait se voir proposer une action préventive plus complète via l'AQP.

De même, nous pourrions imaginer un patient se présentant de lui-même pour remplir cet AQP, après en avoir été informé par des campagnes de prévention émanant des organismes de santé publique. Il s'agirait alors pour ces derniers de développer une campagne de prévention en adéquation avec la pratique quotidienne de MG : non pas ciblée sur un seul organe mais sur une santé globale.

D'un point de vue pratique, nous pouvons imaginer qu'un médecin traitant donne au patient des codes personnels et confidentiels. Ceux-ci permettraient au patient de se connecter via internet à un site dédié et de démarrer l'AQP. La fiche de synthèse sera directement envoyée sur la boîte mail du médecin traitant, celui-ci rencontrant son patient au cours d'une consultation dédiée. L'accès à internet se fera directement depuis le domicile du patient, mais il est aussi concevable qu'un accès soit proposé depuis un poste

informatique au cabinet médical, pour ceux n'ayant pas d'accès à internet ou des difficultés à y répondre.

CONCLUSION

Le dogme d'un « curatif pur » s'éloigne progressivement de nos pratiques médicales quotidiennes, quelque soit la spécialité exercée. Une place importante est réservée aux pratiques préventives en médecine générale mais les consultations dédiées à ce thème ne s'adressent aujourd'hui qu' aux états de santé particuliers (consultations périodiques de prévention pédiatriques, recherche de facteurs de risque de dépendance dans le grand âge, grossesses...).

Cette idée originale de faire participer le patient en amont d'une consultation dédiée via un auto-questionnaire patient s'est révélée être positive. Les médecins inclus dans l'étude, considérés dès lors comme experts de la médecine générale, ont reconnu le caractère utile et facilitateur de l'outil (AQP avec fiche de synthèse) : contenu structuré et exhaustif dans un temps habituel de consultation.

Du côté des patients, ceux-ci semblaient intéressés par cette consultation de prévention, participatifs, réceptifs. Répondre à l'AQP n'est pas apparu, selon les médecins interrogés, comme intrusif ou long pour les patients.

Parmi les items retrouvés positifs (24 %), 65,3 % étaient inconnus du médecin traitant. Le dépistage a permis notamment de retrouver un défaut de vaccination obligatoire chez près de la moitié des patients, des facteurs de risque de cancer du sein inconnus pour presque la moitié des femmes, des phototypes à risque (28,5 % des patients), un risque cardiovasculaire élevé pour 35,7 % des patients, une pénibilité au travail pour 57,1 % d'entre eux.

Des écueils restent toutefois à travailler : mieux structurer le contenu de l'AQP afin de réduire au maximum les « faux positifs », développer un feuillet explicatif avec les diverses recommandations et sources à destination des médecins. En cas de développement informatique, il faudra tenir compte des points positifs et négatifs de cette étude en gardant une fiche de synthèse identique claire et succincte, et en articulant l'AQP vers plus de limpidité pour le patient.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Organisation Mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. OMS; 1946 [consulté le 16/10/16]. Disponible sur: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
- (2) Banque de Données en Santé Publique. Glossaire Européen en Santé Publique [Internet]. BDSP [consulté le 16/10/16]. Disponible sur : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>
- (3) Gordon RS. An operational classification of disease prevention. Public Health Rep. Mar-Apr 1983;107-9.
- (4) San Marco JL. La prévention: fondements et méthodes. Dans: Bourdillon F. Traité de prévention. Paris: Flammarion; 2009. 448 p.
- (5) Jamouille M, Roland M. Quaternary Prevention. Wonca Classification Committee. 1995; Hong Kong.
- (6) Société Française de Médecine Générale. Prévention Quaternaire [Internet]. SFMG [consulté le 16/10/16]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/845/fichier_prevention_quaternaire-1f37d.pdf
- (7) Flajolet A. La prévention: définitions et comparaisons [Internet]. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative; 2008 [consulté le 16/10/16]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
- (8) Cordier A. Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 recommandations du comité des «sages» [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013 [consulté le 16/10/16]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000632/0000.pdf>
- (9) Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé, feuille de route [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013 [consulté le 16/10/16]. Disponible sur : <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>
- (10) Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Le Projet de loi de santé: changer le quotidien des patients et des professionnels de santé [Internet]. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2014 [consulté le 16/10/16]. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014_-_Dossier_de_Presse_-_Loi_de_sante.pdf
- (11) Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme [Internet]. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2014 [consulté le 16/10/16]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/250914_-_Dossier_de_Presse_-_PNRT_2_.pdf
- (12) Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Plan Cancer 2014-2019: Guérir plus de personnes malades [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur et de

la recherche; 2014 [consulté le 16/10/16]. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer.pdf

(13) Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère des finances et des comptes publics, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Convention d'Objectif et de Gestion 2014-2017 [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère des finances et des comptes publics, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés [consulté le 16/10/16]. Disponible sur : <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cogetatcnamts2014-2017.pdf>

(14) Caisse Primaire d'Assurance Maladie. La convention médicale [Internet]. CPAM; 2015 [consulté en 2015]. URL non disponible.

(15) Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Les Centres d'Examens de Santé de la sécurité sociale [Internet]. CPAM [consulté en 2015]. URL non disponible.

(16) Légifrance. Code de la Sécurité Sociale [Internet]. Légifrance [consulté le 16/10/16]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006156083&cidTexte=LEGITEXT000006073189>

(17) Daudigny Y. Les dépenses du régime général d'assurance maladie autres que les remboursements de soins [Internet]. Travaux parlementaires; 2012 [consulté le 16/10/16]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r11-656/r11-6565.html>

(18) Séguin P. Les centres d'examens de santé. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale [Internet]. Cour des comptes; 2009 [consulté le 16/10/16]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2009>

(19) Mutualité Sociale Agricole. Les instants santé de la Mutualité Sociale Agricole [Internet]. Mutualité Sociale Agricole [consulté le 19/10/16]. Disponible sur : <http://www.msasudaquitaine.fr/lfr/les-instants-sante>

(20) Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Quelle surveillance médicale pour votre enfant ? [Internet]. CPAM; 2013 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/grossesse/surveillance-medecale-pour-votre-enfant.html>

(21) Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans [Internet]. HAS; 2005 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451143/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires

(22) Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne. Guide méthodologique, protocole d'examens systématiques des enfants de 9, 24 et 36 mois [Internet]. URML de Bretagne; 2007 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur : <http://www.ophtalmo.net/bv/Doc/2007-6507-vision-enfant.pdf>

- (23) Collège des médecins du Québec. Fiche de prévention clinique [Internet]. Collège des médecins du Québec; 2015 [consulté le 19/10/16] . Disponible sur : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-07-01-fr-fiche-de-prevention-clinique.pdf>
- (24) Chevallier P, Colombet I, Wajs C, Leneveut L, Chatellier G. Étude C-PRED-EsPeR : nouveau concept pour la vraie vie ? Exercer. 2008;81:36-41.
- (25) Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charente, CEMKA-EVAL. Évaluation de l'expérimentation d'une consultation de prévention en Poitou-Charente. Étude pour l'Union Régional des Médecins Libéraux de Poitou-Charente [Internet]. CEMKA-EVAL; 2011 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur : http://urpsmed-pc.fr/images/actions_urps/consult_prevention_CEMKA_rapport_avril2011.pdf
- (26) Haut Conseil de la Santé Publique. Consultations de prévention : constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement [Internet]. Rapport du HCSP; 2009 [consulté le 19/10/16]. Disponible depuis un moteur de recherche:
[hcspr20090325_ConsultPrev-2.pdf](http://www.hcsp.fr/IMG/pdf/hcspr20090325_ConsultPrev-2.pdf)
- (27) Biraben F. Un outil informatique d'auto-analyse des habitudes de vies en soins primaires : construction et étude de faisabilité. Th. d'exercice, Bordeaux. Université de Bordeaux; 2014:58.
- (28) Gourrat G. Évaluation de l'outil IDIAS en soins primaires, dans trois cabinets de médecine générale en Aquitaine. Premiers résultats et étude de faisabilité. Th. d'exercice, Bordeaux. Université de Bordeaux; 2015.
- (29) Ménard J. Consultation périodique de prévention [Internet]. Rapport au ministre de la santé; 2005 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur : <http://www.reseau-asteria.fr/Documents/rapportmenard2005.pdf>
- (30) Ministère de la santé et des solidarités. Stratégies nouvelles de prévention [Internet]. Commission d'orientation et de prévention du ministère de la santé et des solidarités; 2006 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000706.pdf>
- (31) Société française de Santé Publique. La consultation de prévention en Médecine Générale. Paris: Collection Santé et Société; 2007.
- (32) Société française de Santé Publique. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes [Internet]. SFSP; 2008 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur : <http://www.sfsp.fr/activites/file/MedecintraitantSP.pdf>
- (33) Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Baromètre santé des médecins généralistes en 2009 [Internet]. INPES; 2011 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/nouveautes-editoriales/2011/barometre-sante-medecins-generalistes.asp>
- (34) Lévêque M, Drahi E, Le Noc Y. Autoquestionnaires médicaux : une piste d'amélioration des soins ? La revue de Médecine Générale. 2008;22(806):715-716.

- (35) Guiresse M. Un auto-questionnaire patient : une aide à la prise en charge de nouveaux patients en Médecine Générale ? Élaboration et expérimentation d'un auto-questionnaire par 26 médecins généralistes d'Aquitaine. Th. d'exercice, Bordeaux. Université de Bordeaux; 2012.
- (36) Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône Alpes. Étude des mutations en médecine générale. Étude sur les attentes et les représentations de la population vis à vis de la médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes de Rhône Alpes [Internet]. URML de Rhône Alpes; 2005 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://education-sante-ra.org/publications/2005/mutations_med_gen.pdf
- (37) Pélicand J, Fournier C, Aujoulat I. Observance, auto-soins, empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. Actualité et Dossier en Santé Publique. 2009;66:21-23.
- (38) Clapperton I. La prévention pratico-pratique. Le Médecin du Québec. 2005;40(5):33-39.
- (39) Groulx S. La prévention chez l'adulte, une occasion à saisir au vol ! Le Médecin du Québec. 2005;40(5):65-73.
- (40) Valette Sirven A. Dépistage et prise en charge en prévention primaire des facteurs de risque cardiovasculaire chez les femmes de plus de 60 ans : audit de pratique chez les médecins généralistes enseignants du Limousin en 2010. Th. d'exercice, Limoges. Université de Limoges; 2011.
- (41) Forzy G. Manuel de statistique. Paris: Ellipses; 2005. 160 p.
- (42) Ministère des affaires sociales et de l'intégration, Ministère de la santé et de l'action humanitaire. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé [Internet]. Legifrance; 1992 [Consulté le 19/10/16]. Disponible: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000725332>
- (43) Moulin JJ et al. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une étude de 704128 personnes en situation de précarité à une population de 516607 personnes non précaires, France, 1995-2002. Bull Épidémiol Hebd. 2005;43.
- (44) Caisse Primaire d'Assurance Maladie, CETAF. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie [Internet]. Centre technique d'appui et de formations des centres d'examens de santé; 2005 [consulté le 19/10/16]. Disponible depuis un moteur de recherche: http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2009/05/re_precairite.pdf
- (45) Bréart G, Saurel-Cubizolles MJ. Les violences conjugales. Données épidémiologiques. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2002;186:939-48.
- (46) Jaspard M, Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France [Internet]. Populations et Sociétés; 2001 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/syntheseenveff.pdf>

- (47) Institut National des Hautes Études de la Sécurité et de la Justice, Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales. Éléments de mesure des violences au sein du couple en 2012 [Internet]. INHESJ; 2013 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: https://www.inhesj.fr/sites/default/files/fichiers_site/ondrp/rapports_annuels/ondrp_rapport_2013.pdf
- (48) Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé [Internet]. 2001 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292.pdf>
- (49) Haute autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. HAS; 2005 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- (50) Réseau prévention violence et orientation santé. Le dépistage des violences conjugales dans le couple [Internet]. Réseau PREVIOS; 2010 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.reseauprevios.fr/resources/Note+D%C3%A9pistage.pdf>
- (51) Belle Brown J, Schmidt G, Lent B, Sas G, Lemelin J. Dépistage de la violence faite aux femmes : épreuves de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure français. Can Fam Physician. 2001;47:988-995.
- (52) Feder G et al. How does far screening women for domestic partner violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme ? Health Technol Assess. 2009;13.
- (53) Institut National de Recherche et de Sécurité. Dépister les risques psycho-sociaux. Des indicateurs pour vous guider [Internet]. INRS; 2010 [consulté le 19/10/16]. Disponible depuis un moteur de recherche: ed6012.pdf
- (54) Frimat P, Gallais JL, Leicher C. Médecins du travail/médecin généraliste : constats et perspectives [Internet]. INPES [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/pdf/postfaces.pdf>
- (55) Légifrance. Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail [Internet]. Journal Officiel; 2011 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024389212&categorieLien=id>
- (56) Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques : Le dossier médical en santé au travail [Internet]. HAS; 2009 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-03/rbpp_-_dossier_medical_en_sante_au_travail_-_synthese_des_recommandations.pdf
- (57) Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Quels sont les facteurs de risque à prendre en compte pour définir la pénibilité ? [Internet]. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social [consulté en 2015 sur ce lien: <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Quels-sont-les-facteurs-de-risques.html>]. URL non disponible.
- (58) Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique : Arrêt de la

consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. HAS; 2014 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

(59) Hill C. Épidémiologie du tabac. Rev Prat. 2012;62:325-332.

(60) Le Houezec J. Échelles internationales d'évaluation utilisables en tabacologie [Internet]. Société française de tabacologie; 2010 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://societe-francaise-de-tabacologie.com/misesaupoint/RapSFT2010_Echelles_DGS.pdf

(61) Heatherton et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence : a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Addiction. 1991;86:1119-1127.

(62) Dautzenberg B et al. Tabagisme passif [Internet]. Rapport du groupe de travail de la Direction Générale de la Santé; 2011 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000432/0000.pdf>

(63) Zerr P. Surpoids et obésité de l'adulte. Premiers recours : les missions du médecin généraliste. Le concours médical. 2014;136:191-196.

(64) Wilson P, D'Agostino R, Sullivan L, Parise H, Kannel W. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk. JAMA Intern Med. 2002;162:1867-72.

(65) Guh D, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Hanis A. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight : a systematic review and meta-analysis. BioMed Central Public Health. 2009;9:88.

(66) Organisation Mondiale de la Santé. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale [Internet]. OMS; 2003 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42734/1/WHO_TRS_894_fre.pdf

(67) Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. HAS; 2011 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours

(68) Jacobs E and al. Waist circumference and all-cause mortality in a large US cohort. JAMA Intern Med. 2010;170:1293-1301.

(69) Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès CépiDc [Internet]. INSERM. Disponible sur: www.cepidc.inserm.fr

(70) Grundy et al. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations. J Am Coll Cardiol. 1999;34:1348-1359.

(71) Wilson PW et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. Circulation. 1998;97:1837-47.

- (72) Haute Autorité de Santé. Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global [Internet]. HAS; 2004 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1497591/fr/methodes-d-evaluation-du-risque-cardio-vasculaire-global
- (73) Chironi G, Simon A. Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention. Rev Prat. 2010;60:1303-09.
- (74) European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2012;33:1635-1701.
- (75) Haute Autorité de Santé. Prévention cardio-vasculaire : le choix de la statine la mieux adaptée dépend de son efficacité et de son efficacité [Internet]. HAS; 2012 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439693/fr/prevention-cardio-vasculaire-le-choix-de-la-statine-la-mieux-adaptee-depend-de-son-efficacite-et-de-son-efficience-fiche-bum
- (76) Williams R and al. Usefulness of cardiovascular family history data for population-based preventive medicine and medical research. Am J Cardiol. 2001;87:129-135.
- (77) Magnus P, Beaglehole R. The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics. JAMA Intern Med. 2001;161:2657-60.
- (78) Hunt S, Gwin M, Adams T. Family history assessment : strategies for prevention of cardiovascular disease. Am J Prev Med. 2003;24:136-142.
- (79) Yusuf S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries. Lancet. 2004;364:937-952.
- (80) Stratton IM et al. Association of glycemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35) : prospective observational study. BMJ. 2000;321.
- (81) Aburto NJ and al. Effect of lower sodium intake on health : systematic review and meta-analyses. BMJ. 2013;346:1326.
- (82) Girerd X. Repérer les hypertendus sensibles à la restriction sodée. Le Généraliste. 2016;2751:17.
- (83) Girerd X, Villeneuve F, Deleste F, Giral P, Rosenbaum D. Mise au point et évaluation de l'ExSel Test pour dépister une consommation excessive de sel chez les patients hypertendus. Ann Cardiol Angéiol. 2015;64(3):124-127.
- (84) Institut National de Veille Sanitaire. Syndrome d'apnées du sommeil [Internet]. INVS; 2014 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Syndrome-d-apnees-du-sommeil>
- (85) Collège des médecins du Québec. Apnée obstructive du sommeil et autres troubles respiratoires du sommeil [Internet]. Collège des médecins du Québec; 2014 [Consulté le 19/10/16]. Disponible sur:

<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2014-03-01-fr-apnee-sommeil-et-autres-troubles-respiratoires.pdf>

(86) Recommandations pour la pratique clinique du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil de l'adulte. Rev Mal Respir. 2010;27.

(87) Rieder JP, Nemitz N, Courteheuse C. Oxymétrie nocturne au cabinet du médecin de premier recours. Rev Med Suisse. 2009;218:1890-94.

(88) Chung F et al. Validation of the Berlin questionnaire and American Society of Anesthesiologists Checklist as screening tools for obstructive sleep apnea in surgical patient. Anesthesiology. 2008;108:822-830.

(89) Chung F. Screening for obstructive sleep apnea syndrome in the preoperative patients. The open Anesthesiology Journal. 2011;5:7-11.

(90) Rambaud S. Prévalence du haut risque de syndrome d'apnées obstructives du sommeil : étude en médecine générale dans une population âgée de 18 à 65 ans. Th. d'exercice, Grenoble. Université de Grenoble; 2011.

(91) Haute Autorité de Santé. Bronchopneumopathie chronique obstructive. Guide du parcours de soins [Internet]. HAS; 2014 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242507/fr/guide-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive

(92) Vorilhon P et al. Dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive par minispirométrie électronique en médecine générale. Rev Mal Respir. 2014;31:396-403.

(93) Rabe K et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; 2015 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.goldcopd.it/materiale/2015/GOLD_Pocket_2015.pdf

(94) Haute Autorité de Santé. Auto-questionnaire BPCO [Internet]. HAS; 2014 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1505286/fr/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco-parcours-de-soins

(95) Martinez F et al. Development and initial validation of a self-scored COPD population screener questionnaire (COPD-PS). Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2008;5:85-95.

(96) Yawn B et al. The impact of screening tools on diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in primary care. JAMA Prev Med. 2014;47:563-575.

(97) Kida K, Wakabayashi R, Mizuuchi T, Murata A. Screening for suspected chronic obstructive pulmonary disease with an eleven-item pre-interview questionnaire. Japan Internal Medicine. 2006;45:1201-1207.

(98) Stanley A et al. COPD diagnostic questionnaire for selecting at-risk patients for spirometry : a crossectional study in Australian general practice. NPJ Prim Care Respir Med. 2014;23:92-97.

- (99) Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandations de bonne pratique. *Alcoologie et addictologie*. 2015;37:5-84.
- (100) Anderson P, Gual A, Colom J, INCa. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves [Internet]. INPES; 2008 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>
- (101) Gache P et al. The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care : reliability and validity of the french version. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005;29(11):2001-07.
- (102) Rubinsky A et al. Estimating risk of alcohol dependence using alcohol screening scores. *Drug Alcohol Depend*. 2010;108:29-36.
- (103) Bush K et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C) : an effective brief screening test for problem drinking. *JAMA Intern Med*. 1998;158(16):1789-95.
- (104) Bradley K et al. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(7):1208-17.
- (105) Bradley K, Bush K, McDonell M, Malone T, Fihn S. Screening for problem drinking : comparison of CAGE and AUDIT. *J Gen Intern Med*. 1998;13(6):379-388.
- (106) Hodgson R et al. Manual for the Fast Alcohol Screening Test (FAST) [Internet]. Health Development Agency; 2002 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/fastmanual.pdf>
- (107) Hodgson R et al. The Fast Alcohol Screening Test. *Alcohol and Alcoholism*. 2002;37(1):61-66.
- (108) Dewost AV, Michaud P, Arfaoui S, Gache S, Lancrenon S. Fast Alcohol Consumption Evaluation : a screening instrument adapted for French General Practitioners. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30(11):1889-95.
- (109) Beck F, Richard JB, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *Tendances*. 2015;99.
- (110) Costes JM et al. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. *Tendances*. 2011;77.
- (111) Ferris J, Wynne H. The Canadian problem gambling index : final report [Internet]. Canadian consortium for gambling research; 2001 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://ccgr.ca/sites/default/files/CPGI-Final-Report-English.pdf>
- (112) Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Prévalence du jeu excessif et pathologique [Internet]. INSERM; 2008 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/103/?sequence=22>
- (113) Young M, Stevens M. SOGS and CGPI : Parallel comparison on a diverse population. *J Gambl Stud*. 2008;24:337-356.

- (114) Fédération addiction. Addictions sans substance [Internet]. Fédération addiction; 2013 [consulté le 19/10/16]. Guide disponible au téléchargement sur: <http://www.federationaddiction.fr/addictions-sans-substance-le-guide-reperes-est-paru/>
- (115) La santé de l'Homme. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population [Internet]. La santé de l'Homme; 2012 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf>
- (116) Institut National de Veille Sanitaire. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités » [Internet]. INVS; 2007 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3595
- (117) Collet L, Cottraux J. Inventaire abrégé de la dépression de Beck : étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. *Encéphale*. 1986;12:77-79.
- (118) Institut National de Santé Publique du Québec. Faire face à la dépression au Québec : protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne [Internet]. Institut National de Santé Publique du Québec; 2012 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf
- (119) Williams JR et al. A comparison of nine scales to detect depression in Parkinson disease : which scale to use ? *Neurology*. 2012;78(13):998-1006.
- (120) Dumont P et al. Détection rapide de la dépression : un problème important [Internet]. *Revue Médicale Suisse*; 2005 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-5/30165>
- (121) Haute Autorité de Santé. Échelle HAD [Internet]. HAS; 2014 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_echelle_had.pdf
- (122) Pelissolo A et al. Troubles anxieux et dépressifs chez 4425 patients consommateurs de Benzodiazépines au long cours en Médecine Générale. *Encephale*. 2007;33(1):32-38.
- (123) Gasquet I et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD) en population générale. *Encephale*. 2005;31(2):195-206.
- (124) Haute Autorité de Santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Recommandations professionnelles [Internet]. HAS; 2007 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601509/fr/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age
- (125) Kan CC et al. Scalability, reliability and validity of the benzodiazepine Dependence Self Report Questionnaire in Outpatient Benzodiazepine Users. *Compr Psychiatry*. 1999;40(4):283-91.

- (126) Mol AJJ et al. Development and psychometric evaluation of the Benzodiazepine Craving Questionnaire. *Addiction*. 2003;98(8):1143-52.
- (127) Gossop M et al. The Severity of Dependence Scale. *Addiction*. 1995;90:607-614.
- (128) De La Cuevas C et al. The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence : SDS validation study. *Addiction*. 2000;95(2):245-250.
- (129) World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview [Internet]. World Health Organization, World Mental Health; 2007 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcid/instruments_papi.php
- (130) Buvat J et al. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns : results of a population-based survey in France. *Intern J Urol*. 2009;16(7):632-638.
- (131) Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. Ostéoporose [Internet]. COFER; 2010 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/rhumatologie/enseignement/rhumato4/site/html/cours.pdf>
- (132) Haute Autorité de Santé. Indications de l'ostéodensitométrie [Internet]. HAS; 2011 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1194578/fr/osteoporose
- (133) Collaborating centre for metabolic bones diseases. Fracture Risk Assessment Tool, Outil d'évaluation des risques de fractures [Internet]. [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?country=12>
- (134) Groupe de Recherche et d'Informations sur l'Ostéoporose. [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: www.grio.org
- (135) Crapier JJ et al. Estimation des apports calciques : validation d'un questionnaire (CoCoNut Ca). *Rev Prat*. 2005;19:972-975.
- (136) Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale [Internet]. ANAES; 2003 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire1_2006_12_01__10_19_53_157.pdf
- (137) Gunthorpe W, Brown W et Redman S. The development and Evaluation of an Incontinence Screening Questionnaire for female Primary Care. *Neurourol Urodyn*. 2000;19:595-607.
- (138) Amarenco G et al. Évaluation clinique de l'incontinence urinaire de la femme [Internet]. Service de rééducation neurologique et d'explorations périnéales, Hôpital Rothschild (APHP) [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/evaluationIUE.pdf>
- (139) Le Normand L. Recommandations pour l'utilisation du calendrier mictionnel et des questionnaires de symptômes ou de qualité de vie dans l'évaluation d'une incontinence urinaire non neurologique. *Prog Urol*. 2007;17:1252- 1263.

- (140) Avery K and al. ICIQ : a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2004;23:322-330.
- (141) Agence National de la Sécurité des Médicaments. Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause [Internet]. ANSM; 2004 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Traitement-hormonal-substitutif-de-la-menopause/Traitement-hormonal-de-la-menopause-THM/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Traitement-hormonal-substitutif-de-la-menopause/Traitement-hormonal-de-la-menopause-THM/(offset)/0)
- (142) Chanson P, Young J, Bry H. Ménopause et Andropause. *Rev Prat*. 2004;54:985-990.
- (143) Flam T, Montauban V, Groupe Epimix. Dépistage de l'hypertrophie bénigne de prostate clinique en médecine générale : enquête sur 18 540 hommes. *Prog Urol*. 2003;13:416-424.
- (144) Barry MJ et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The measurement committee of the American Urological Association. *J Urol*. 1992;148(5):1549-1557.
- (145) Teillac P, Rozet F, Terrier N, Mongiat-Artus P, Rambeaud JJ. Utilité d'une échelle visuelle analogique dans l'évaluation de la sévérité des symptômes de l'hypertrophie bénigne de prostate (HBP). Étude pilote dans deux centres d'urologie. *Prog Urol*. 2004;14:493-500.
- (146) Haute Autorité de Santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de prostate [Internet]. HAS; 2003 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272237/fr/prise-en-charge-diagnostique-et-therapeutique-de-l-hypertrophie-benigne-de-la-prostate
- (147) Perrin P, Paparel P, Ruffion A. Comparison of IPSS versus ICS male in the initial work up of patient associated with HBP. *Eur Urol*. 2007;6:66.
- (148) Cornu JN, Rouprêt M. Evaluation de la plainte fonctionnelle chez des patients atteints d'hyperplasie bénigne de prostate. *Prog Urol*. 2007;1023.
- (149) Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Dégénérescence maculaire liée à l'âge [Internet]. INSERM; 2014. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/degenerescence-maculaire-liee-a-l-age-dmla>
- (150) Haute Autorité de Santé. Dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique et thérapeutique [Internet]. HAS; 2012 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/09r09_reco_dmla.pdf
- (151) Haute Autorité de Santé. Dépistage et diagnostic précoce du glaucome : problématique et perspectives en France [Internet]. HAS; 2006 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistage_et_diagnostic_precoce_du_glaucome___problematique_et_perspectives_en_france_rapport.pdf

(152) Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Quels professionnels de santé s'occupent de votre vue ? [Internet]. CPAM; 2014 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/optique-et-audition/les-lunettes-et-les-lentilles/quels-professionnels-de-sante_gard.php

(153) Haute Autorité de Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. HAS; 2010 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire

(154) Organisation Mondiale de la Santé. Santé bucco-dentaire [Internet]. OMS; 2012 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>

(155) Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. Nouvelles recommandations, l'UFSBD ré-actualise ses stratégies de prévention [Internet]. Pratiques dentaires; 2013 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/11/Recos-espace-PRO.pdf>

(156) Institut National du Cancer. Épidémiologie des cancers en France métropolitaine : incidence et mortalité en 2012 [Internet]. INCA; 2016 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>

(157) Institut National du Cancer. Les cancers en France en 2014 [Internet]. INCA; 2014 [consulté le 19/10/16]. Disponible au téléchargement sur: <http://www.e-cancer.fr/content/download/118032/1407654/file/Les%20cancers%20en%20France%20-%20Edition%202014%20-%20V6.pdf>

(158) Haute Autorité de Santé. Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la « détection précoce du mélanome cutané » [Internet]. HAS; 2012 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1354947/fr/actualisation-de-la-revue-de-la-litterature-d-une-recommandation-en-sante-publique-sur-la-detection-precoce-du-melanome-cutane

(159) Institut National du Cancer. Connaître votre risque au soleil [Internet]. INCA; 2016 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Exposition-aux-rayonnements-UV/Mieux-se-proteger-du-soleil#toc-conna-tre-votre-risque-au-soleil>

(160) Oken MM and al. Screening by chest radiograph and lung cancer mortality. The PLCO randomized trial. JAMA. 2011;306:1865-1873.

(161) The national lung screening trial research team. Reduced lung-cancer mortality with low dose computed tomographic screening. N Engl J Med. 2011;365(5):395-409.

(162) Lazor R, Lovis A, Nicod LP, Cornuz J. Dépistage du cancer pulmonaire par scanner thoracique. Rev Med Suisse. 2012;363:2206-2211.

(163) Manser P et al. Screening for lung cancer [Internet]. Cochrane Database Syst Rev; 2013 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001991.pub3/full>

- (164) Institut National du Cancer. Cancer colorectal : les niveaux de risque [Internet]. INCA; 2014 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Niveaux-de-risque-chez-les-patients>
- (165) Institut National du Cancer. Synthèse relative aux modalités de migration vers l'utilisation des tests immunologiques de dépistages [Internet]. INCA; 2014 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/content/download/63511/571397/file/RAPTESTIM11.pdf>
- (166) Institut National du Cancer. Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal [Internet]. INCA; 2014 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-programme-de-depistage-organise>
- (167) Institut National du Cancer. Le programme de dépistage organisé du cancer du sein [Internet]. INCA; 2014 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
- (168) Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du sein : comment orienter vos patientes ? [Internet]. INCA; 2014 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Orienter-vos-patientes>
- (169) Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein en France: identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. HAS; 2014 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage
- (170) Institut National du Cancer. Frottis cervico-utérin et vaccination [Internet]. INCA; 2014 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Agents-infectieux/Prevenir-le-cancer-du-col-de-l-uterus>
- (171) Vidal. Vidal Recos [Internet]. Vidal; 2016 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur (Accès réservé aux abonnés): <https://www.vidal.fr/recommandations/>
- (172) Haute Autorité de Santé. Guide ALD 30 : Cancer de la prostate [Internet]. HAS; 2012 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_725257/fr/ald-n-30-cancer-de-la-prostate
- (173) Institut National du Cancer. Recommandations en oncologie urologique [Internet]. INCA, Association Française d'Urologie; 2015 [consulté le 19/10/16]. Disponible au téléchargement sur: http://www.e-cancer.fr/content/download/58371/532144/file/reco_PlaquetteAFU-INCa.pdf
- (174) Heard I et al. Caractéristiques de l'infection par les papillomavirus humains dans des frottis cervicaux normaux en France en 2009 [Internet]. Bull Epidemiol Hebd; 2011 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://opac.santepubliquefrance.fr/doc_num.php?explnum_id=7153

- (175) Goulet V, Laurent E, Semaille C et les biologistes du réseau Rénachla. Augmentation du dépistage et des diagnostics d'infections à Chlamydia trachomatis en France: analyse des données Rénachla (2007-2009) [Internet]. Bull Epidemiol Hebd; 2011 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7154
- (176) Rénago, Rénachla, RésIST. Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles [Internet]. Institut de Veille Sanitaire; 2014 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
- (177) De Barbeyrac B et al. Infections à Chlamydia Trachomatis : quoi de neuf ? Feuilles de biologie. 2012;306:33-37.
- (178) Nguyen E et al. Progression importante des infections à gonocoques en France: données des réseaux Rénago et RésIST au 31 décembre 2009 [Internet]. Bull Epidemiol Hebd; 2011 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7148
- (179) Haute Autorité de Santé. Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae : état des lieux et propositions [Internet]. HAS; 2010 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1031777/fr/depistage-et-prise-en-charge-de-l-infection-a-neisseria-gonorrhoeae-etat-des-lieux-et-propositions
- (180) Pilly E. Les maladies infectieuses et tropicales. 21^e ed. Paris: Vivactis Plus; 2008. 736 p.
- (181) Institut National de Veille Sanitaire. Hépatite C [Internet]. INVS; 2016 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatites-virales/Hepatite-C>
- (182) Antona D, Lefort MJ, Larsen C, Lévy-Bruhl D. L'infection par le virus de l'hépatite B : une maladie sexuellement transmissible [Internet]. Bull Epidemiol Hebd; 2011 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7151
- (183) Institut National de Veille Sanitaire. Infections par le VIH/SIDA et les IST : point épidémiologique [Internet]. INVS; 2015 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-SIDA-et-les-IST.-Point-epidemiologique-du-23-novembre-2015>
- (184) Institut National de Veille Sanitaire. Dossier couverture vaccinale [Internet]. INVS; 2015 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Sources-de-donnees>
- (185) Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015 [Internet]. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf

(186) Institut National de Veille Sanitaire. Enquête nationale de couverture vaccinale en France [Internet]. INVS; 2011 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2011/Enquete-nationale-de-couverture-vaccinale-France-janvier-2011>

(187) Institut Pasteur. Leptospirose [Internet]. Institut Pasteur; 2013 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/leptospirose>

(188) Andreani JC, Conchon F. Fiabilité et validité des enquêtes qualitatives : un état de l'art en marketing. *Revue française du marketing*. 2005;201:5-21.

(189) Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale [Internet]. Université de Lyon; 2004 [consulté le 19/10/16]. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf

ANNEXE N°1: AQP FEMME

Madame,

Vous avez accepté de participer à une étude portant sur la consultation de prévention.
Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à la recherche en Médecine Générale.

Le but de cet « auto-questionnaire » est d'aider votre médecin à repérer d'éventuelle(s) altération(s) de votre santé et ainsi en optimiser leur prise en charge.

Pour cela, il vous faudra répondre le plus précisément possible à l'intégralité du questionnaire (durée estimée entre 15 et 20 minutes).

Toutes les informations recueillies resteront confidentielles et seront transmises par mes soins à votre médecin traitant.

Elles feront l'objet d'une consultation, entièrement dédiée à celles-ci, avec votre médecin dans ces prochains jours.

Merci de votre participation.

Germain Lassalle
Médecin

Êtes vous prise en charge à 100 % par un organisme de sécurité sociale dans le cadre d'une affection longue durée (ALD) ?

- Oui
 Non

Si oui, pour quelle(s) maladie(s) ?

Les premiers dépistages (n°1, 2 et 3) vont tenter d'explorer votre environnement social et professionnel. Des questions relatives à votre vie privée et professionnelle vous seront donc posées.

Dépistage n°1

Rencontrez vous parfois un travailleur social (assistante sociale)?

- Oui Non

Bénéficiez vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ?

- Oui Non

Vivez vous en couple ?

- Oui Non

Etes vous propriétaire de votre logement ?

- Oui Non

Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)?

- Oui Non

Vous est il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?

- Oui Non

Êtes vous allée au spectacle (ou au cinéma) au cours des 12 derniers mois ?

- Oui Non

Êtes vous partie en vacances au cours des 12 derniers mois ?

- Oui Non

Au cours des 6 derniers mois, avez vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou enfants ?

- Oui Non

En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?

- Oui Non

En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

Oui Non

Dépistage n°2

Si vous vivez en couple, quelle est la fréquence à laquelle votre partenaire :

Vous blesse physiquement ?

Jamais Rarement Parfois Assez souvent Souvent

Vous insulte ou vous rabaisse ?

Jamais Rarement Parfois Assez souvent Souvent

Vous menace de violence ?

Jamais Rarement Parfois Assez souvent Souvent

Vous parle mal ou vous crie dessus ?

Jamais Rarement Parfois Assez souvent Souvent

Dépistage n°3

Vous avez une activité professionnelle ?

Si Oui, cochez la ou les cases qui correspondent à votre situation.

Si Non, passez au **Dépistage n°4**

- Vous ne passez pas de visite de médecine du travail
- Vous portez des charges lourdes
- Vous travaillez dans des postures pénibles (position forcée des articulations)
- Vous travaillez sur ou avec des appareils causant des vibrations mécaniques
- Vous manipulez des produits chimiques dangereux
- Vous êtes exposée à la poussière (bois, cuir)
- Vous êtes exposée à un environnement bruyant (machines...)
- Vous travaillez de nuit
- Vous avez un travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste à une cadence élevée
- Vous travaillez sur écran la plupart du temps

Dans des activités professionnelles passées, vous avez été exposée à des risques professionnels (bruit, amiante, silice, poussières de bois, produits toxiques) ?

Oui Non

Les dépistages suivants (n° 4 à 8) évalueront vos risques cardio-vasculaires.

Dépistage n°4

Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs dans la poitrine?

- Oui Non

Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs (à type de crampes) dans les jambes après un certain temps de marche ou la nuit?

- Oui Non

Dépistage n°5

Fumez-vous chaque jour?

- Oui → Allez à la question A
 Non → Allez à la question B

Question A

Quel est le nombre approximatif de cigarettes fumées par jour ?

- <10 11 à 20 21 à 30 > 30

Depuis combien d'années environ ?

... années

Pensez-vous être capable d'arrêter de fumer?

- Oui
 Non

Souhaitez-vous aborder le sujet en consultation de prévention ?

- Oui → Allez à la question E
 Non → Merci de passer au **Dépistage n°6**

Question B

Êtes-vous un ancien fumeur ?

- Oui → Allez à la question C, puis répondez à la question D
 Non → Allez à la question D, puis passer au **Dépistage n°6**

Question C

Quel est le nombre approximatif de cigarettes que vous fumiez par jour ?

- <10 11 à 20 21 à 30 > 30

Pendant combien d'années environ ?

... années

Depuis combien d'années avez vous arrêté ?

... années

Craignez vous parfois de « rechuter » ?

- Oui Non

Question D

Êtes vous actuellement exposée à la fumée des autres (tabagisme passif)?

- Oui Non

Merci de passer au **Dépistage n°6**

Question E

Le matin, combien de temps après être réveillée fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes
 6 à 30 minutes
 31 à 60 minutes
 Plus de 60 minutes

Trouvez vous qu'il est difficile de s'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (ex : cinémas, bibliothèques...)?

- Oui
 Non

A quelle cigarette renonceriez vous le plus difficilement ?

- À la première de la journée
 À une autre

Combien de cigarettes fumez vous par jour, en moyenne ?

- 10 ou moins
 11 à 20
 21 à 30
 31 ou plus

Fumez vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- Oui
 Non

Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la

journée ?

- Oui
- Non

Dépistage n°6

Quel est votre poids approximatif ?

... kg

Et votre taille ?

... cm

Ces deux valeurs permettent d'obtenir votre Indice de Masse Corporelle (IMC).
Reportez vous à l'annexe n° 1 à la fin de ce cahier et indiquez ci-après votre IMC : ...

Dépistage n°7

Avez vous bénéficié d'une prise de sang il y a :

- Moins de 1 an
- Entre 1 et 3 ans
- Entre 3 et 5 ans
- Plus de 5 ans

Avez-vous eu un problème cardiaque (infarctus, pontage, pose de stent, artérite des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral - AVC) ?

- Oui → Merci de passer au **Dépistage n°8**
- Non → Poursuivez avec les questions suivantes et cochez si c'est votre cas :

- Vous avez plus de 60 ans
- Un membre de votre famille proche (parents, frère/sœur, enfant) est décédé précocement (avant 55 ans si c'est un homme, avant 65 ans si c'est une femme) d'un infarctus du myocarde (arrêt cardiaque) ou a eu un AVC avant 45 ans (attaque cérébrale)
 - Vous fumez, ou avez arrêté il y a moins de 3 ans
 - Vous faites de l'hypertension artérielle ou vous êtes traité pour hypertension
 - Vous avez trop de «mauvais cholestérol» ou vous êtes traité contre le cholestérol
 - Vous avez un diabète ou vous êtes traité pour un diabète

Si vous n'avez pas de diabète, un membre de votre famille proche (père, mère, frère,

sœur) est il ou a-t-il été atteint de diabète ?

- Oui
- Non

Dépistage n°8

Si vous êtes hypertendue avec ou sans traitement, merci de répondre aux questions suivantes. Sinon, vous pouvez passer au **Dépistage n°9**

Dans une journée habituelle, votre consommation totale pour le pain/biscotte/viennoiserie est de :

- 6 morceaux/parts ou plus par jour (240 g ou plus)
- 4 à 5 morceaux/parts par jour (160 à 200 g)
- 0 à 3 morceaux/parts par jour (100 g ou moins)

Dans une semaine habituelle, vous consommez du fromage (à l'exclusion du fromage blanc) au cours de 7 repas ou plus par semaine

- Oui
- Non

Dans une semaine habituelle, vous consommez de la charcuterie (à l'exclusion du jambon blanc) au cours de 2 repas ou plus

- Oui
- Non

Dans une semaine habituelle, vous consommez 2 fois ou plus, un des plats suivants : pizza, quiche, burger, crevettes, poisson fumé, olives, graines salées, chips, plats traiteur artisanal

- Oui
- Non

Pour la préparation de certains plats, vous utilisez des bouillons cubes ou des réhausseurs de goûts

- Oui
- Non

Les dépistages 9 et 10 rechercheront des maladies respiratoires (apnées du sommeil...).

Dépistage n°9

Question A

Est ce que vous ronflez ?

- Oui → Poursuivez les questions
- Non → Passez directement à la question E
- Je ne sais pas → Passez directement à la question E

Question B

Votre ronflement est il :

- Légèrement plus bruyant que votre respiration
- Aussi bruyant que votre voix lorsque vous parlez
- Plus bruyant que votre voix lorsque vous parlez
- Très bruyant, on vous entend dans les chambres voisines

Question C

Combien de fois ronflez vous ?

- Presque toutes les nuits
- 3 à 4 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par mois
- jamais ou presque aucune nuit

Question D

Votre ronflement a-t-il déjà dérangé quelqu'un d'autre ?

- Oui
- Non

Question E

A-t-on déjà remarqué que vous cessiez de respirer durant votre sommeil ?

- Presque toutes les nuits
- 3 à 4 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par semaine
- 1 à 2 nuits par mois
- jamais ou presque aucune nuit

Question F

Combien de fois vous arrive-t-il de vous sentir fatiguée ou lasse après votre nuit de sommeil ?

- Presque tous les matins
- 3 à 4 matins par semaine
- 1 à 2 matins par semaine
- 1 à 2 matins par mois
- jamais ou presque jamais

Question G

Vous sentez vous fatiguée, lasse ou peu en forme durant votre période d'éveil ?

- Presque tous les jours
- 3 à 4 jours par semaine
- 1 à 2 jours par semaine
- 1 à 2 jours par mois
- jamais ou presque jamais

Question H

Vous est il arrivé de vous assoupir ou de vous endormir au volant de votre véhicule ?

- Oui
- Non

Question I

À quelle fréquence cela vous arrive-t-il ?

- Presque tous les jours
- 3 à 4 jours par semaine
- 1 à 2 jours par semaine
- 1 à 2 jours par mois
- jamais ou presque jamais

Question J

Souffrez vous d'Hypertension artérielle ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question K

Votre IMC est de 30 ou plus :

- Oui
- Non

Dépistage n°10

Toussez vous souvent (presque tous les jours)

- Oui
- Non

Avez vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ?

- Oui
- Non

Êtes vous plus facilement essouffée que les personnes de votre âge ?

Oui Non

Avez vous plus de 40 ans ?

Oui Non

Avez vous fumé ou fumez vous ? (de manière régulière)

Oui Non

Les deux dépistages suivant (n° 11 et 12) dépisteront une éventuelle addiction.

Dépistage n°11

A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais
- 1 fois par mois au moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois ou plus par semaine

Combien de verres standards (par exemple 25 cl de bière, 10 cl de vin, 2.5 cl de whisky, 2.5 cl de pastis...) buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 5 ou 6
- 7 à 9
- 10 ou plus

Votre entourage vous a t il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

- Oui
- Non

Avez vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- Oui
- Non

Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu faire ou dire ?

- Oui
- Non

Dépistage n°12

Au cours des 12 derniers mois ,

Avez vous joué plus de 500 € ?

- Oui
 Non

Avez vous joué au moins une fois par semaine ?

- Oui
 Non

Si vous avez répondu Non aux deux premières questions, merci de passer au **Dépistage n°13**

Si vous avez répondu Oui à une ou deux de ces questions, merci de répondre aux suivantes.

Au cours de ces 12 derniers mois,

Avez-vous misé plus d'argent que vous pouviez vous permettre de perdre ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Avez vous besoin de miser de plus en plus d'argent pour avoir la même excitation ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Avez vous rejoué une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu en jouant ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Avez vous vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Avez vous déjà senti que vous aviez peut être un problème avec le jeu ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'angoisse ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou dit que vous aviez un problème avec le jeu ?

- Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre

entourage ?

Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Vous êtes vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?

Jamais Parfois La plupart du temps Presque toujours

Les questionnaires n°13 et 14 évalueront la sphère psychologique.

Dépistage n°13

Au cours du dernier mois,

Avez vous éprouvé peu d'intérêt ou peu de plaisir à faire les choses ?

Oui Non

Vous êtes vous senti triste, déprimée ou désespérée ?

Oui Non

Vous sentez vous stressée, angoissée dans votre vie quotidienne ou au travail ?

Oui Non

Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, vous pouvez répondre aux suivantes.
Sinon, merci de passer au **Dépistage n°14**

Je me sens tendu ou énervé(e)

La plupart du temps
 Souvent
 De temps en temps
 Jamais

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

Oui tout autant
 Pas autant
 Un peu seulement
 Presque plus

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

Oui très nettement
 Oui mais c'est pas trop grave
 Un peu mais cela ne m'inquiète pas
 Pas du tout

Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout

Je me fais du souci

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

Je suis de bonne humeur

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté

- Oui quoiqu'il arrive
- Oui en général
- Rarement
- Jamais

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais

J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement

Dépistage n°14

Prenez vous régulièrement un médicament pour vous détendre ou pour vous aider à mieux dormir ?

- Oui → veuillez répondre aux questions suivantes
- Non → merci de passer au **Dépistage n°15**

Au cours des 3 derniers mois,

Avez vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de ce médicament ?

- Jamais ou presque jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours ou presque toujours

Est ce que l'idée de ne pas consommer du tout ce médicament vous a rendu inquiet ou anxieux ?

- Jamais ou presque jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours ou presque toujours

Est ce que la consommation de ce médicament vous a préoccupé ?

- Pas du tout
- Un peu
- De temps en temps
- Beaucoup

Avez vous souhaité être capable d'arrêter la consommation de ce médicament ?

- Jamais ou presque jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours ou presque toujours

Jusqu'à quel point est ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans ce médicament ?

- Facile
- Assez difficile
- Très difficile
- Impossible

Les dépistages n° 15, 16, 17, 18 et 20 rechercheront d'autres affections (sexualité, ostéoporose, incontinence urinaire, ménopause, vue et dentition).

Dépistage n°15

Souhaiteriez-vous aborder des problèmes liés à votre sexualité (sècheresse vaginale,

douleurs pendant les rapports, troubles de la libido...) pendant la consultation ?

- Oui
- Non

Dépistage n°16

Merci de cocher si c'est votre cas :

- Vous avez été ménopausée avant l'âge de 40 ans
- Vous avez des antécédents personnels (c'est à dire vous même) de fracture osseuse survenue sans traumatisme violent et en dehors de tumeur osseuse
- Un de vos parents a eu une fracture de hanche
- Vous prenez ou avez pris de la cortisone pendant plus de 3 mois

Merci d'indiquer approximativement la fréquence à laquelle vous consommez ces produits laitiers :

Lait (200 ml = 1 bol ou 1 grand verre)

- 2 à 3 fois par jour
- 1 fois par jour
- 5 à 6 fois par semaine
- 3 à 4 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- Jamais

Sandwich au fromage, quiche, croque monsieur, soufflé au fromage, plat au gratin

- 2 à 3 fois par jour
- 1 fois par jour
- 5 à 6 fois par semaine
- 3 à 4 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- Jamais

Fromage (1 part)

- 2 à 3 fois par jour
- 1 fois par jour
- 5 à 6 fois par semaine
- 3 à 4 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- Jamais

1 yaourt

- 2 à 3 fois par jour
- 1 fois par jour
- 5 à 6 fois par semaine
- 3 à 4 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- Jamais

Fromage blanc (1 part)

- 2 à 3 fois par jour
- 1 fois par jour
- 5 à 6 fois par semaine
- 3 à 4 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- Jamais

Flan ou riz au lait ou gâteau de semoule ou glace ou crème dessert

- 2 à 3 fois par jour
- 1 fois par jour
- 5 à 6 fois par semaine
- 3 à 4 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- Jamais

Dépistage n°17

Vous arrive-t-il d'avoir des pertes d'urine ?

- Oui → Répondez aux questions suivantes
- Non → Passez au **Dépistage n°18**

Vous avez des pertes d'urine (cochez si c'est votre cas) :

- Avant de pouvoir arriver aux toilettes
- Quand vous toussiez ou éternuez
- Quand vous dormez
- Quand vous avez une activité physique ou faites de l'exercice
- Quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillée
- Sans cause apparente
- Tout le temps

Dépistage n°18

Si vous êtes ménopausée, avez vous des troubles de la ménopause (comme les “bouffées de chaleur”) qui vous invalident dans votre quotidien?

Oui Non

Dépistage n°20

Avez-vous consulté un ophtalmologiste ces 3 dernières années ?

Oui → Vous pouvez directement passer au **dépistage n°21**
 Non → Merci de répondre aux questions suivantes et de réaliser l'exercice proposé

Merci de cochez si tel est votre cas :

Vous avez un antécédent familial de glaucome
 Vous avez une myopie considérée comme « sévère »

L'exercice suivant va dépister d'éventuels problèmes visuels.

Reportez vous à l'annexe n° 2 à la fin de ce cahier.

Laissez l'image à une distance habituelle de lecture.

Gardez vos lunettes ou lentilles de contact.

Indiquez pour chaque œil, en cachant l'autre avec la main, si vous observez une déformation des lignes ou un effacement du point central.

Œil gauche

Oui Non

Œil droit

Oui Non

Dépistage n° 21

Êtes vous allée consulter un chirurgien-dentiste pour un bilan ou un traitement cette dernière année ou prévoyez vous d'en consulter un prochainement ?

Oui → Vous pouvez directement passer au **dépistage n°22**
 Non → Êtes vous réticent à l'idée de consulter un dentiste ?

- Oui
- Non

Les questionnaires n° 22, 23, 24 et 25 concernent le dépistage des cancers.

Dépistage n°22

Cochez si c'est votre cas :

- Vous avez eu une perte de poids inexplicée (c'est à dire sans le vouloir) ces 6 derniers mois (entre 3 et 5 kg perdus)
- Vous avez noté au niveau de la peau des boutons ou des croûtes qui ne guérissent pas, un changement d'aspect d'un grain de beauté
- Vous avez un antécédent familial de mélanome cutané
- Vous avez des difficultés récentes à avaler du pain ou de la viande
- Vous avez des crachats de sang récidivants
- Vos selles se sont modifiées récemment et de manière persistante
- Vous avez depuis peu et de manière répétée du sang dans les selles ou saignez vous de l'anus
- Au cours de ces derniers mois, vous avez remarqué dans vos seins une grosseur, même de petit volume
- Vous avez dans le bas ventre des douleurs récentes et persistantes
- Si vous êtes ménopausée (c'est à dire pas de règle depuis 1 an), vous avez eu des saignements gynécologiques inexplicés

Cochez la description la plus proche de votre « phototype » :

- Vous avez une peau très blanche, des cheveux blonds ou roux, des yeux bleus/verts avec des tâches de rousseur. Les coups de soleil sont systématiques, la peau ne bronze jamais et rougit toujours.
- Vous avez une peau claire, des cheveux blonds roux à châains et des yeux clairs à bruns avec parfois des taches de rousseurs. Les coups de soleil sont fréquents, la peau bronze à peine ou très lentement.
- Vous avez une peau intermédiaire, des cheveux châains à bruns et des yeux bruns. Les coups de soleil sont occasionnels et la peau bronze graduellement.
- Vous avez une peau mate et des cheveux yeux bruns/noirs. Les coups de soleil sont occasionnels, notamment lors d'exposition intense. La peau bronze bien.
- Vous avez peau brun foncée, des cheveux et des yeux noirs. Les coups de soleil sont rares, la peau bronze beaucoup.
- Vous avez une peau noire, des cheveux et des yeux noirs. Les coups de soleil sont très exceptionnels.

Dépistage n°23

Présentez vous des antécédents personnels (c'est à dire vous-même) :

De cancer colorectal (colon ou rectum)

Oui Non

De polypes adénomateux (ou adénomes) du colon ou du rectum

Oui Non

De maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (comme la maladie de Crohn ou la rectocolite hémorragique) évoluant depuis plus de 20 ans.

Oui Non

Présentez vous des antécédents familiaux au premier degré (c'est à dire votre mère, votre père, votre sœur, votre frère ou vos enfants) :

De cancer colorectal (colon ou rectum)

Oui Non

De polypes adénomateux (ou adénomes, attention nous ne parlons pas des diverticules du colon) du colon ou du rectum

Oui Non

Si vous avez répondu Oui à l'une de ces questions, merci de passer au **Dépistage n°24**

Si Non, vous pouvez répondre à celle-ci :

Avez-vous réalisé le test de recherche de sang dans les selles dans les 2 dernières années ?

Oui

Non

Dépistage n°24

Question A

Avez vous un antécédent personnel (c'est à dire vous même) de cancer du sein ?

Oui → Merci de passer au **Dépistage n°25**

Non → Veuillez répondre aux questions suivantes

Question B

Avez vous un antécédent personnel d'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire ?

- Oui
- Non

Question C

Avez vous subi une irradiation thoracique dans le cadre d'une maladie de Hodgkin ?

- Oui
- Non

Question D

Existe-t-il dans votre famille une mutation du gène BRCA1/2 ?

- Oui → Merci de passer au **Dépistage n°25**
- Non → Merci de répondre aux questions suivantes

Question E

Y-a-t-il eu un (ou des) cancer(s) du sein ou de l'ovaire chez une femme dans votre famille ou un cancer du sein chez un homme ?

- Oui → Merci de répondre à la question F puis G
- Non → Merci de répondre à la question G

Question F

Ces questions suivantes nous aideront à hiérarchiser les risques de cancers familiaux. Pour information, un cancer bilatéral chez une même personne est à considérer comme la survenue de 2 cancers.

Parmi vos grands parents maternels, oncles et tantes maternels :

- Âge de survenue d'un cancer du sein chez une femme :
- avant 30 ans
 - entre 30 et 39 ans
 - entre 40 et 49 ans
 - entre 50 et 70 ans
 - après 70 ans
- Survenue d'un cancer de l'ovaire chez une femme avant 70 ans
- Survenue d'un cancer du sein chez un homme

Parmi vos grands parents paternels, oncles et tantes paternels :

- Âge de survenue d'un cancer du sein chez une femme : avant 30 ans

- entre 30 et 39 ans
- entre 40 et 49 ans
- entre 50 et 70 ans
- après 70 ans

- Survenue d'un cancer de l'ovaire chez une femme avant 70 ans
- Survenue d'un cancer du sein chez un homme

Parmi vos parents, frères, sœurs, enfants, petits enfants, neveux et nièces :

- Âge de survenue d'un cancer du sein chez une femme :
- avant 30 ans
 - entre 30 et 39 ans
 - entre 40 et 49 ans
 - entre 50 et 70 ans
 - après 70 ans

- Survenue d'un cancer de l'ovaire chez une femme avant 70 ans
- Survenue d'un cancer du sein chez un homme

Question G

Avez-vous effectué une mammographie de dépistage dans les 2 dernières années ?

- Oui
- Non

Dépistage n°25

Si vous n'avez pas subi d'hystérectomie (chirurgie d'ablation de l'utérus), avez-vous réalisé un frottis du col de l'utérus dans les 3 dernières années ?

- Oui
- Non

Ces deux derniers questionnaires (n° 27 et 28) concernent les infections transmissibles et les vaccins.

Dépistage n°27

Veillez cocher si c'est votre cas :

- Vous avez déjà eu un épisode d'ictère (jaunisse)
- Vous avez eu des rapports sexuels «à risque» d'infections sexuellement transmissibles (rapports non protégés, partenaires multiples, partenaires infectés par des infections sexuellement transmissibles, homosexuels masculins)

- Vous avez déjà été soignée pour une maladie sexuelle transmissible
- Vous avez des pertes gynécologiques inhabituelles, malodorantes?
- Vous avez des douleurs lors des rapports sexuels
- Vous avez été transfusée avant 1990
- Vous prenez de la drogue par voie intraveineuse
- Une personne de votre entourage est infectée par le virus de l'hépatite B

Désirez-vous bénéficier d'une prise de sang pour dépister des infections sexuelles (VIH, hépatites...) ?

- Oui
- Non

Dépistage n°28

Approximativement, à quel âge avez vous été vaccinée contre la diphtérie / tétanos / poliomyélite (« vaccin DTP ») :

- 40 ans
- 45 ans
- 50 ans
- 55 ans
- 60 ans
- 65 ans
- Vous ne savez pas

- Vous êtes en affection longue durée (ALD) prise en charge à 100 % par votre organisme d'assurance maladie
- Vous gardez ou serez prochainement amenée à garder des nourrissons de moins de 6 mois
- Vous n'avez pas eu la varicelle ou vous doutez l'avoir eue
- Vous êtes un professionnel de santé (au contact des patients)
- Vous travaillez au contact de la petite enfance
- Vous travaillez au contact de personnes handicapées vivant en collectivité
- Vous préparez des repas dans la restauration collective
- Vous travaillez au contact fréquent de lieux infestés par les rongeurs (traitement des eaux usées, égouts, pisciculture / pêcheurs professionnels en eau douce, entretien des canaux / lacs / rivières / voies navigables / berges, plongeurs professionnels en eau douce)

ANNEXE n°2: LES TESTS COMPOSANT L'AQP HOMME

Les quatorze premiers dépistages sont en communs entre l'homme et la femme. Il en est de même pour les dépistages n° 16, 20, 21, 23 et 28. Certains ont simplement été adaptés (15, 22 et 27); d'autres ont été remplacés (17, 18, 24, 25 par 19 et 26).

Dépistage n°15

Souhaiteriez-vous aborder des problèmes liés à votre sexualité (troubles de l'érection, de l'éjaculation, de la libido...) pendant la consultation ?

- Oui
- Non

Dépistage n°22

Cochez si c'est votre cas :

- Vous avez eu une perte de poids inexplicé (c'est à dire sans le vouloir) ces 6 derniers mois (entre 3 et 5 kg perdus)
- Vous avez noté au niveau de la peau des boutons ou des croûtes qui ne guérissent pas, un changement d'aspect d'un grain de beauté
- Vous avez un antécédent familial de mélanome cutané
- Vous avez des difficultés récentes à avaler du pain ou de la viande
- Vous avez des crachats de sang récidivants
- Vos selles se sont modifiées récemment et de manière persistante
- Vous avez depuis peu et de manière répétée du sang dans les selles ou saignez vous de l'anus
- Vous avez remarqué une augmentation récente du volume d'un testicule

Cochez la description la plus proche de votre « phototype » :

- Vous avez une peau très blanche, des cheveux blonds ou roux, des yeux bleus/verts avec des tâches de rousseur. Les coups de soleil sont systématiques, la peau ne bronze jamais et rougit toujours.
- Vous avez une peau claire, des cheveux blonds roux à châains et des yeux clairs à bruns avec parfois des taches de rousseurs. Les coups de soleil sont fréquents, la peau bronze à peine ou très lentement.
- Vous avez une peau intermédiaire, des cheveux châains à bruns et des yeux bruns. Les coups de soleil sont occasionnels et la peau bronze graduellement.
- Vous avez une peau mate et des cheveux yeux bruns/noirs. Les coups de soleil sont occasionnels, notamment lors d'exposition intense. La peau bronze bien.
- Vous avez peau brun foncée, des cheveux et des yeux noirs. Les coups de soleil sont rares, la peau bronze beaucoup.
- Vous avez une peau noire, des cheveux et des yeux noirs. Les coups de soleil sont

très exceptionnels.

Dépistage n°27

Veillez cocher si c'est votre cas :

- Vous avez eu un épisode d'ictère (jaunisse) dans le passé
- Vous avez eu des rapports sexuels «à risque» d'infections sexuellement transmissibles (homosexuels masculins, rapports non protégés, partenaires multiples, partenaires infectés par des infections sexuellement transmissibles)
- Vous avez déjà été soigné pour une maladie sexuelle transmissible
- Vous avez des brûlures urinaires ou des écoulements anormaux de la verge
- Vous avez été transfusé avant 1990
- Vous prenez de la drogue par voie intraveineuse ou nasale
- Une personne de votre entourage est infectée par le virus de l'hépatite B

Désirez-vous bénéficier d'une prise de sang pour dépister des infections sexuelles (VIH, hépatites...) ?

- Oui
- Non

Dépistage n°19

Au cours du dernier mois, merci d'indiquer approximativement avec quelle fréquence :

Avez vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné ?

- Jamais
- Environ 1 fois sur 5
- Environ 1 fois sur 3
- Environ 1 fois sur 2
- Environ 2 fois sur 3
- Presque toujours

Avez vous eu besoin d'uriner moins de 2 heures après avoir fini d'uriner ?

- Jamais
- Environ 1 fois sur 5
- Environ 1 fois sur 3
- Environ 1 fois sur 2
- Environ 2 fois sur 3
- Presque toujours

Avez vous eu une interruption du jet d'urine c'est à dire démarrage, puis arrêt puis redémarrage ?

- Jamais
- Environ 1 fois sur 5
- Environ 1 fois sur 3
- Environ 1 fois sur 2
- Environ 2 fois sur 3
- Presque toujours

Avez vous eu des difficultés à vous retenir d'uriner une fois en avoir ressenti le besoin ?

- Jamais
- Environ 1 fois sur 5
- Environ 1 fois sur 3
- Environ 1 fois sur 2
- Environ 2 fois sur 3
- Presque toujours

Avez vous eu une diminution de la taille ou de la force du jet ?

- Jamais
- Environ 1 fois sur 5
- Environ 1 fois sur 3
- Environ 1 fois sur 2
- Environ 2 fois sur 3
- Presque toujours

Avez vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?

- Jamais
- Environ 1 fois sur 5
- Environ 1 fois sur 3
- Environ 1 fois sur 2
- Environ 2 fois sur 3
- Presque toujours

Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher le soir et celui de votre lever définitif le matin) ?

- Aucune 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois 5 fois Plus de 5 fois

Dépistage n°26

Avez vous des antécédents familiaux de cancer de prostate ?

- Oui
- Non

Êtes vous d'origine africaine ou antillaise ?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu Oui à l'une ou l'autre de ces deux premières questions, veuillez répondre à la question A puis passer au **Dépistage n°27**, sinon vous pouvez passer à la question B

Question A

Avez vous eu un toucher rectal et un dosage des PSA (sur la prise de sang) cette dernière année ?

- Oui
- Non

Question B

Avez vous eu un toucher rectal et un dosage des PSA (sur la prise de sang) ces trois dernières années ?

- Oui
- Non

ANNEXE N°3: EXEMPLE DE FICHE DE SYNTHÈSE FEMME

N°3 : Dépistage des risques professionnels

Port de charges lourdes
Travail dans des postures pénibles
Travail sur ou avec des appareils causant des vibrations mécaniques
Manipulation d'agents chimiques dangereux
Travail répétitif (même geste à une cadence élevée)

N° 4 : Dépistage signes fonctionnels de maladies cardio-vasculaires

Survenue de douleurs dans la poitrine
Survenue de douleurs dans les jambes la nuit ou après un périmètre de marche

N° 5 : Dépistage consommation de tabac

Tabagisme passif

N° 6: Dépistage surpoids/obésité

IMC = 25 (155 cm 60 kg)
18,5 à 25 : corpulence normale

N° 13: Dépistage dépression et anxiété

Positif pour dépression. Score HADS = 11
Positif pour anxiété. Score HADS = 14

L'anxiété est explorée par les questions 1/3/5/7/9/11/13 et la dépression par les questions 2/4/6/8/10/12/14. En cas de score inférieur ou égal à 7 pour l'anxiété ou la dépression, la détection est négative. Pour un score supérieur ou égal à 11, la symptomatologie est certaine. Entre 8 et 10, elle est douteuse.

N° 15: Dépistage des troubles sexuels

Positif.
Désir d'en parler en consultation.

N° 18: Dépistage troubles de la ménopause

Troubles climatériques invalidants.

N°20: Dépistage DMLA et glaucome

N'a pas consulté d'ophtalmologiste ces 3 dernières années
Facteurs de risque de glaucome :
Antécédent familial de glaucome

N°24 : Dépistage du cancer du sein

Antécédent familial de cancer du sein avec caractère génétique

Score d'Eisinger = 6

Le score d'Eisinger est positif s'il est supérieur ou égal à 3. Il permet de graduer le risque de prédisposition génétique du cancer du sein et de valider l'indication d'une consultation d'oncogénétique. A l'issue de cette consultation, le risque de cancer du sein peut être considéré comme élevé ou très élevé, et les modalités de dépistage différentes.

Pour la région Aquitaine, le centre de référence est à l'institut Bergonié (Bordeaux). Une conseillère en génétique peut être sollicitée par téléphone pour valider ou non l'indication d'une consultation d'onco-génétique (Mme Églantine Jolly 05.24.07.19.02 ou par mail e.jolly@bordeaux.unicancer.fr)

Au second degré du côté maternel :

Survenue d'un cancer du sein chez une femme avant 30 ans

Survenue d'un cancer du sein chez une femme entre 40 et 49 ans

Au premier degré :

Survenue d'un cancer du sein chez une femme entre 50 et 70 ans

A effectué une mammographie de dépistage ces deux dernières années

N°25 : Dépistage du cancer du col de l'utérus

N'a pas réalisé de frottis du col de l'utérus ces trois dernières années.

N°28 : Vaccination en fonction des risques

Dernier rappel DTP : ne sait pas

Rappels recommandés à 45 et 65 ans

Travail au contact de personnes handicapées vivant en collectivité

Vaccination contre le VHA recommandée

ANNEXE N°4 : EXEMPLE DE FICHE DE SYNTHÈSE HOMME

N°3 : Dépistage des risques professionnels

Port de charges lourdes
Travail dans des postures pénibles
Travail sur ou avec des appareils causant des vibrations mécaniques
Exposition à un environnement bruyant

N° 4 : Dépistage signes fonctionnels de maladies cardio-vasculaires

Survenue de douleurs dans les jambes la nuit ou après un périmètre de marche

N° 5 : Dépistage consommation de tabac

Tabagisme ancien estimé à 1,5 paquet par jour pendant 20 années
Sevré il y a 20 années
 Crainte parfois de rechute

N° 6: Dépistage surpoids/obésité

IMC = 36 (178 cm 113 kg)
Informations complémentaires sur l'IMC :
35 à 40 : obésité sévère

N° 7 : Evaluation du risque cardio vasculaire global

Haut risque cardio-vasculaire : un diabète de type 2 associé à une maladie rénale ou à au moins deux facteurs de RCV

Non modifiables : Âge

Modifiables : Surpoids ou obésité ; Hypertension artérielle traitée ou non ; Diabète traité ou non ; Hypercholestérolémie traitée ou non

Dernière biologie : Moins de 1 an

Les objectifs sont :

- *un sevrage tabagique complet*
- *une PA < 140/90 mmHg*
- *une HbA1c < 7 %*
- *une LDL-cholestérolémie < 1 g/L*
- *une baisse de 10 % du poids initial ou un IMC < 25*

N° 9: Dépistage Syndrome Apnée Hypopnée Obstructive du Sommeil (SAHOS)

Forte probabilité d'apnées du sommeil
Catégorie 1 : 5

Catégorie 2 : 2

Catégorie 3 : 2

La catégorie 1 évalue les ronflements nocturnes et les pauses respiratoires – 2 points pour être considérée comme positive.

La catégorie 2 évalue la somnolence diurne – 2 points pour être considérée comme positive.

La catégorie 3 correspond à la présence d'au moins un facteur de risque parmi HTA et surpoids – 1 point pour être considérée comme positive.

Deux catégories positives révèlent une forte probabilité de SAHOS

N° 13: Dépistage dépression et anxiété

Positif pour dépression. Score HADS = 9

L'anxiété est explorée par les questions 1/3/5/7/9/11/13 et la dépression par les questions 2/4/6/8/10/12/14. En cas de score inférieur ou égal à 7 pour l'anxiété ou la dépression, la détection est négative. Pour un score supérieur ou égal à 11, la symptomatologie est certaine. Entre 8 et 10, elle est douteuse.

N° 15: Dépistage des troubles sexuels

Positif.

Désir d'en parler en consultation.

N° 16: Dépistage facteurs de risques d'ostéoporose / carence d'apports Calciques

Apports calciques insuffisants. Score = 3

Apports insuffisants en cas de réponse inférieur strict à 8

N°23 : Dépistage du cancer colorectal

Facteurs de risque de cancer colorectal :

Antécédents personnels de cancer colorectal, polypes adénomateux ou MICI

N°27 : Dépistage Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Entourage proche infecté par le VHB

N°28 : Vaccination en fonction des risques

Dernier rappel DTP : ne sait plus

Rappels recommandés à 45 et 65 ans

Patient ALD

Vaccination contre la grippe et le pneumocoque recommandées sauf pour les ALD psychiatriques

Élaboration d'un auto questionnaire patient et évaluation de son utilisation sous la forme d'une fiche synthétisée pour structurer une consultation de prévention dédiée en médecine générale.

Introduction :

La réalisation d'une consultation de prévention globale par le médecin généraliste n'est pas classique en France. Des questionnaires sont parfois utilisés par les organismes de protection sociale, impliquant le médecin traitant avec plus ou moins de réussite. C'est l'application d'un auto-questionnaire patient (AQP) adapté aux soins primaires dans une population de 50/65 ans et en amont d'une consultation dédiée à la prévention, puis son utilisation, qui sont évaluées dans ce travail.

Méthode :

La construction de l'AQP s'est faite à partir de la littérature médicale selon des critères pré-établis. L'enquête qualitative a été réalisée sur 7 médecins en variabilité maximum. 14 de leurs patients ont répondu à l'AQP. Une synthèse des dépistages positifs était envoyée aux médecins en amont de la consultation. L'objectif principal était de recueillir les ressentis des médecins à l'issue de cette consultation, et d'évaluer les actions entreprises.

Résultats :

L'AQP est divisé en 5 grandes parties: les problèmes socio-professionnels, les maladies cardio-vasculaires respiratoires et les addictions, les autres maladies prévalentes, les cancers, les infections. 26 tests composent celui des femmes, 24 celui des hommes. Près d'un quart des dépistages ont été retrouvés positifs et 65,3 % d'entre eux étaient inconnus des médecins traitants. Ceux-ci ont apprécié la clarté et la praticité de la fiche de synthèse leur permettant de réaliser une consultation structurée et selon une durée considérée comme habituelle. Au décours de ces consultations ont été observées, entres autres, 14 prescriptions médicamenteuses, 8 demandes d'avis spécialisés et 4 demandes d'examen complémentaires.

Discussion/Conclusion :

Ces résultats montrent qu'une consultation de prévention globale est possible pour les médecins généralistes sous certaines conditions.

Il faudrait maintenant travailler au développement informatique de l'AQP pour aboutir à une fiche de synthèse sans intervention d'un tiers. Puis évaluer une expérimentation à une plus grande échelle, éventuellement en partenariat avec les caisses d'assurance maladie.

Mots clés : auto-questionnaire patient, médecine générale, consultation de prévention

U.F.R de Sciences Médicales - Université de Bordeaux

146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux CEDEX