



**HAL**  
open science

## Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale par le médecin généraliste en Picardie

Marie Toulec

► **To cite this version:**

Marie Toulec. Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale par le médecin généraliste en Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01955369

**HAL Id: dumas-01955369**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01955369>**

Submitted on 14 Dec 2018

**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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2017

Thèse N° 2017 - 147

**DEPISTAGE DE L'ANEVRISME DE L'AORTE  
ABDOMINALE PAR LE MEDECIN GENERALISTE EN  
PICARDIE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE

Présentée et Soutenue publiquement le 19 Octobre 2017

TOULEC Marie

Née le 09/05/1989 à Amiens

Sous la direction de Monsieur le Professeur Georges JUNG

Président du Jury : Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Michel SLAMA

Monsieur le Professeur Marcel PELTIER

Monsieur le Professeur Emmanuel LORNE



## Remerciements

A Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Médecine vasculaire  
Chef du Service de Médecine Vasculaire

Je souhaite vous remercier de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse, pour votre aide dans l'organisation de celle-ci et dans mes déboires administratifs. Mais aussi et surtout pour la confiance que vous m'avez accordée en intégrant en Médecine Vasculaire mais également pour m'avoir accueilli au sein de votre service. Je suis très heureuse et fière d'apprendre auprès de vous qui êtes une référence en ce domaine. J'espère être digne de votre confiance et être à la hauteur dans ce long chemin vers cette fabuleuse spécialité.

A Monsieur le Professeur Michel SLAMA  
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
Réanimation médicale  
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de participer au jury de soutenance de ma thèse. Veuillez trouver le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Marcel PELTIER  
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
Thérapeute

Vous me faites l'honneur et la gentillesse de participer à mon jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Monsieur le Professeur Emmanuel LORNE  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Anesthésie-Réanimation

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ma thèse. Recevez l'expression de ma sincère considération.

A Monsieur le Professeur Georges JUNG  
Professeur Associé de Médecine Générale  
Département de Médecine Générale

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse, je tiens à vous remercier sincèrement. Pour votre disponibilité malgré un emploi du temps très chargé, malgré un timing serré, pour votre aide précieuse dans ce travail qui m'était inconnu, pour vos bons conseils malgré mes réticences (j'aimais vraiment mes diagrammes secteurs), pour votre motivation à toute épreuve pour avancer rapidement et efficacement dans ce travail. Je tiens aussi à vous remercier pour votre investissement dans le département de Médecine Générale, pour vos cours de qualité et votre intérêt dans la direction des thèses. Recevez ma profonde estime.

A Maman et Papa : Merci pour votre soutien durant ces longues années, pour votre amour inconditionnel, sans vos encouragements et votre investissement quotidien, je n'en serai pas là. Merci d'avoir toujours cru en moi malgré les moments de doute. Et voilà : « Sur un mal entendu ça a marché ». Je vous aime plus que tout.

A Papi : Un homme exceptionnel. Merci d'être là, de ton soutien, de m'avoir transmis ta passion pour les animaux et de t'en occuper aussi bien que tu t'occupes de nous. Je t'aime.

A ma petite Louna chérie, Cannelle la rousse, Panthère le beau loulou, Laetitia la belle, Héléna 22ans d'amour, l'ami Titi : ma famille à poils que j'aime tellement.

A ma grand mère Nicole, ma grand mère Jeannine, et mon grand père René, à Etoile et Nini qui me regardent de là haut et qui veillent sur moi. Je vous aime.

A mes tantes et oncles Danièle, Marie France, Chantal, Patrice, Jacques, Manu et à mes cousines et cousins : Thibaut, Laura, Alan, Virginie, Aurélien, Tristan, Marie Laurence, Agnès, Emmanuel : Pour vos encouragements durant toutes ces années que vous soyez près ou loin de moi ... Mais aussi et surtout pour nos souvenirs lors de nos retrouvailles

A Amélie : Pour ton amitié depuis tant d'années, ton soutien dans les bons comme mauvais moment de la vie, nos concerts de folie et bien sûr nos matchs au Parc, pour nos journées shopping dans la plus belle ville, pour nos soirées entre copine ! J'espère te garder à mes cotés et que notre amitié dure aussi longtemps que le temps...

A Charles : Pour ce super semestre, pour nos fous rire, pour ton apprentissage de la cardio, toi le patron de la bicuspidie et du fondant au chocolat (chut !!!) Merci pour ta bonne humeur sans faille !

A Chat : Que dire .... Trop de chose et je suis limitée en page ! Merci pour TOUT : ton amitié, tes attentions constantes, ton soutien sans faille H24, nos fous rire à en pleurer, tes merveilleux mojitos, nos soirées spectacle où l'on s'est trainée mutuellement (mais comme tu dis « fallait pas s'attendre à mieux »), ton aide durant ce travail, nos soirées rhum qui révèlent que l'on est plus intelligente sous OH que sobre.... Mon amie pour la vie au moins !!!

A Julie : C'est toujours un grand plaisir de te revoir, tu m'as aidé à passer le cap de la P1 puis tu as décidé de prendre un autre chemin dans lequel tu t'épanouies j'en suis heureuse ! A nos nombreuses soirées papotages !

A Lilia : Depuis ce jour de Cesu en 2009, notre amitié est intacte. Nous avons traversé toutes ces années de Médecine ensemble et malgré la distance tu me sembles toujours proche. Merci pour tous ces excellents moments ensemble, j'espère que ce nouveau moment de vie me permettra de nous voir plus souvent et à Grenoble !! A notre amitié infailible ! XOXO

A M-P : Je suis bien contente de t'avoir retrouvée après toutes ces années Merci pour ton soutien depuis tant d'années, de m'avoir remotivé dans toutes les situations. Un grand merci pour tes relectures et pour ta traduction qui a permis de corriger google ! Que nos soirées resto-thé soient encore plus nombreuses. J'ai hâte de découvrir le marché de Noël de Strasbourg. Tu es mon amie depuis 25ans et malgré la distance, notre amitié est indéfectible et j'en suis très heureuse !

A Marie Po : On s'est parlé pour la 1<sup>ère</sup> fois dans ma voiture sur la route du congrès de Strasbourg, on s'est retrouvé peu de temps après à Saint Q, grâce à toi, j'ai passé un semestre génial. Un plaisir de travailler (ou pas ...) avec toi. Tu m'as transmis ta joie de vivre, ta gaiété dans les bons comme mauvais moments, ta passion pour la piscine, le bricolage ... Tu es devenue bien plus qu'une collègue tu es devenue une amie. Une nouvelle étape d'attend bientôt, j'espère t'accompagner du mieux que je peux !

A mes potes, mes co-internes : Bruno (merci pour tes pâtes aux saint jacques), Tiphany, Kevin, Mélanie, Benoit, Helene et Caroline, Perrine et tous les autres que j'ai oublié : Merci  
pour tous les bons moments passés ensemble !

A mes Copines Infirmières et Aides soins, Attachée Recherche et Secrétaires : Laetitia pour ta joie de vivre à tout instant, Pascale la brune pour ta bienveillance constante et Pascale la blonde pour ta douceur et tes petites attentions, Nancy et Ludivine pour nos bons moments de rire, les repas sont un plaisir avec vous, Estelle, Nathalie, Mathilde, Valérie merci de me supporter dans mon organisation désastreuse, Béné pour ta gaieté en Echographie, Lydie, Natacha et toute l'équipe des Urgences de Montdidier, de Médecine Polyvalente à Péronne, de Radiologie du CHU et bien sûr Médecine Vasculaire et Chirurgie vasculaire du CHU

A Mr Dupas : Vous êtes un modèle depuis tant d'années... Mon choix de la Médecine Vasculaire est en grande partie grâce à vous. Vos connaissances, votre rigueur et votre humanité avec les patients sont un exemple pour moi. Je suis comblée de travailler à vos cotés. Je vous remercie de votre apprentissage de très grande qualité et votre accompagnement pour m'intégrer dans le service et le CHU.

A Julien : Pour tout ce que tu m'as appris depuis le début, pour ton aide quand les situations obscures de l'écho-doppler que tu gères d'une facilité déconcertante, pour ton humour et ta gentillesse extrême ! Je t'en suis infiniment reconnaissante. Merci

A Santhi : Merci pour tout ce que tu m'as appris, pour ta gentillesse extrême et bonne humeur malgré des journées difficiles, pour les nombreuses vérifications que je t'ai demandé, pour la confiance que tu m'as accordé, pour nos petites balades en réa et pour tout le reste ... C'est un vrai plaisir de continuer à travailler avec toi. « Le plaisir se ramasse, la joie se cueille et le bonheur se cultive » alors continuons notre culture.

A Pierre-Alain : Tu m'as appris énormément, un savoir de grande qualité sur la médecine vasculaire mais aussi l'échographie générale que tu aimes transmettre et je t'en remercie énormément, une culture générale hors norme. Un réel bonheur de travailler et discuter avec toi.

A Sandra : le rayon de soleil du jeudi dans un jour plein de testostérones, pour ta joie, ta bonne humeur (on oublie le desct !) tout en grâce et beauté : un exemple.

A Me et Mr Vernon : Merci de m'avoir accueillie les bras ouverts dans votre service, pour votre bienveillance envers moi. J'ai hâte de commencer à travailler avec vous et j'espère que cette collaboration durera longtemps. Merci de m'avoir accordé votre confiance.

A Maryse : nos échanges sont toujours un moment agréable, j'espère qu'ils seront plus nombreux.

A Aurore : le vent frais du mardi aprem, une joie de travailler et parler avec toi.

A Gaelle : Nous n'avons pas encore beaucoup travaillé ensemble mais j'ai hâte !

A Me Gaillard, Claire, Nathalie : nous nous croisons peu mais c'est toujours un plaisir

A la team vasculaire : Olivier, Alice, Camille, Vanessa : Pour nos bons moments dans le service comme en dehors !!

Au Dr Plaquet, Elodie, Dr Personne, Dr Berlemont, Dr Robert, Dr Mancheron pour la transmission de votre passion de l'échographie et de votre savoir, j'espère continuer à apprendre à vos côtés

Au Dr Yzet je vous suis reconnaissante de m'avoir permis de continuer dans votre service, j'espère en être à la hauteur.

Au Dr Fontet : Merci pour votre talent et votre sympathie : la vie en est que plus belle !

Au Dr Yemmi, Dr Legrand, Dr Amirats, Dr El Achkar pour m'avoir communiqué leur savoir pendant cet excellent semestre à Péronne, j'espère que nos chemins se recroiseront un jour !

A l'équipe de l'URPS ML notamment Stéphanie pour qui Sphinx n'a pas de secret et qui m'a sauvé des *p* et *Chi2* et Me De Pauw pour son aide dans ce long travail.

Aux praticiens ayant répondu au questionnaire et qui nous ont permis d'élaborer ce travail.

Aux patients qui me motivent chaque jour à me dépasser et toujours faire mieux.



## **Glossaire**

AAA : Anévrisme Aorte Abdominale

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

AP : Antéro-Postérieur

ATCD : Antécédents

CH : Centre Hospitalier

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : HyperTension Artérielle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IPS : Index de Pression Systolique

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

LDL : Low Density Lipoproteins

MCV : Maladie Cardio-Vasculaire

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

NS : Non Significatif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

S : Significatif

SFMV : Société Française de Médecine Vasculaire

TS : Très significatif

TSA : Troncs Supra-Aortique

URPS ML : Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux

## Table des matières

### INTRODUCTION

p.11

### MATERIEL

ET

### METHODE

p.14

1. Description de l'étude  
p.14
2. Définition de la population  
p.14
3. Description du questionnaire p.14
4. Méthode de recueil et analyse des données p.15
5. Recherche Bibliographique p.16

### RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée p.17
  - a. Le profil des répondants p.17
  - b. L'information, l'Accès aux soins et la patientèle des Répondants p.18
    - i. L'information sur le dépistage et ses sources p.18
    - ii. Formation à l'échographie et possession d'échographe p.19
    - iii. Accès aux Examens Spécialisés en rapport avec l'AAA p.19
    - iv. Suivi des Patients avec un AAA depuis le début de leur carrière et suivi des patients ayant un AAA compliqué ou opéré depuis le début de la carrière p.19
  - c. Recueil des antécédents d'anévrisme familiaux p.20
2. Anévrisme et Patients p.21
  - a. Notion du patient sur les anévrismes p.21
  - b. Interrogation du patient sur l'AAA p.21
3. Réalisation du Dépistage et Type du Dépistage p.21
4. Groupe ne réalisant pas le dépistage p.22
  - a. Freins p.22
  - b. Motivations p.22
5. Groupe réalisant un Dépistage de Masse p.23
  - a. Arguments pour un dépistage de Masse p.23
  - b. Organisation du dépistage de Masse p.23
6. Groupe réalisant un Dépistage Ciblé p.24

a.	Arguments pour un dépistage ciblé	p.24
b.	Critères de dépistage ciblé	p.25
c.	Organisation du dépistage ciblé	p.26
7.	Croisement des données	p.27
a.	Age et la réalisation du dépistage	p.27
b.	Milieu d'exercice et la réalisation du dépistage	p.28
c.	Informations reçues par le médecin et la réalisation du dépistage	p.29
d.	Accès à l'échographie et la réalisation du dépistage	p.29
e.	Expérience (suivi, patients opérés et complications AAA) et la réalisation du dépistage	p.30
f.	Recherche des antécédents familiaux et réalisation du dépistage	p.32
g.	Interrogation du patient et réalisation du dépistage	p.33
	<b>DISCUSSION</b>	p.34
1.	Intérêt du sujet	p.34
2.	Forces et Limites de l'étude	p.35
a.	Forces	p.35
b.	Limites	p.35
3.	Analyse des résultats	p.37
a.	Réalisation ou non d'un dépistage	p.37
b.	Critères liés au médecin pouvant influencer le fait de dépister ou pas	p.37
i.	L'âge des médecins	p.37
ii.	La zone d'exercice rural – urbain - semi rural	p.38
iii.	L'information sur le dépistage de l'AAA	p.38
iv.	La formation à l'Echographie	p.39
v.	L'environnement écho-radiographique et spécialisé	p.39
vi.	L'expérience du médecin face à l'AAA	p.40
vii.	Recueil des antécédents d'anévrisme notamment familiaux en tant que facteur de risque	p.41
viii.	Le questionnement du patient au médecin sur l'AAA	p.41
c.	Les non dépisteurs	p.42
d.	Les dépisteurs de masse	p.44
e.	Les dépisteurs ciblés	p.45
4.	Perceptive	p.46

CONCLUSION	p.47
BIBLIOGRAPHIE	p.50
ANNEXE 1	p.54
ANNEXE 2	p.57
<b><u>INTRODUCTION</u></b>	

« Silent and instant killer » c'est comme cela qu'on l'appelle dans le métier. Le général De Gaulle prononcera « *j'ai mal dans le dos...* » avant de s'éteindre, tout comme Albert Einstein, victimes tous deux, d'une rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale.

Le terme « anévrisme », dérivé du verbe grec ancien **Aneurynen** signifie « dilater ».

L'Anévrisme de l'Aorte Abdominale est une dilatation permanente, localisée, segmentaire de l'aorte abdominale de plus de 50% par rapport à son diamètre normal (soit un diamètre antéropostérieur > 30mm pour un diamètre moyen de 20mm en sous rénal)(1).

L'INSERM a recensé 6358 décès par rupture d'anévrisme en 2008. C'est la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité cardiovasculaire (2). Les ruptures d'anévrisme sont 2 fois plus meurtrières que les accidents de la route (34).

Les anévrismes de l'aorte abdominale représentent 60% des anévrismes artériels. Il est estimé à 6000 à 7000 décès par an liés aux anévrismes de l'aorte abdominale alors que le nombre d'interventions par an a augmenté de 29% entre 2006 et 2010 (3). Il est estimé à 9000 opérations par an (4). Il existe une nette prédominance masculine avec un ratio de 13 hommes atteints pour 1 femme (3).

La complication majeure de l'AAA est la rupture, sa mortalité est estimée à 80% alors que le taux de décès lors d'une intervention programmée (AAA non rompus) est inférieur à 3% (5).

L'intérêt de son dépistage est justifié par :

- La prévalence qui est significative mais non connue précisément : les données sont très disparates. L'HAS a estimé une prévalence à 0,22% de l'AAA dans la population générale et 0,87% pour les plus de 60 ans (panel LDP-cegedim concernant la patientèle des médecins généralistes en 2006-2007) alors que chez les hommes ayant un risque cardiovasculaire élevé, la prévalence est plus élevée entre 3,7 et 5,9% (5) (6)
- Sa sous-estimation : Seuls 18 à 39% des AAA seraient diagnostiqués (7).

- L'incidence des cas diagnostiqués et opérés qui était comprise entre 6000-7000 AAA/an en 2009-2010 (3).
- La morbidimortalité : l'AAA a tendance à croître et son risque de rupture augmente en corrélation avec son diamètre. 15% des AAA se rompent avec dans ce cas une mortalité d'environ 80-90% dont 50% meurent avant d'atteindre l'hôpital (1).  
Le risque de rupture est estimé à 1 an à 0% si <4 cm, 0,5-5% si entre 4-5cm, 3-15% si entre 5-6cm, 10-20% si entre 6-7cm, 20-40% si entre 7-8cm, >40% si >8cm (8) .
- Un état longtemps asymptomatique et un délai de latence important.  
On estime le taux moyen de croissance annuelle de l'ordre de 0,7mm pour les ectasies de l'aorte abdominale de 25-29mm de diamètre antéro-postérieur (AP), 2mm pour les AAA de 30-34mm AP, de 3,2mm pour les AAA de 35 à 39mm AP, de 4,2mm pour les AAA de 40 à 44mm AP et de 5,3mm pour les AAA de 45 à 49mm AP (9).
- Un moyen de diagnostic rapide, non invasif, reproductible et peu onéreux avec une variabilité intra et inter individuelle faible et une sensibilité et une spécificité respectivement de 98 et 99% pour son dépistage : l'échographie –doppler (1)
- Des facteurs de risque connus permettant de cibler une population qui sont : le tabagisme actif ou ancien, l'âge > 60 ans, l'hérédité au 1<sup>er</sup> degré (10), le sexe masculin, les dyslipidémies (1) (11).
- Des moyens de traitement efficaces permettant d'améliorer le pronostic de la maladie avec un rapport coût-efficacité acceptable : le taux de décès est de 4-5% pour la chirurgie conventionnelle et 1-2% pour le traitement endovasculaire (12).
- Son dépistage réduit significativement la mortalité à moyen et long terme estimé à 45% de diminution de mortalité aortique (7). Des essais randomisés de dépistage concordent tous vers ce constat. 3 méta-analyses ont ensuite été publiées par Lindholt et al en 2008 (13) , le groupe Cochrane en 2007 puis 2011 (14) et Takagi et al. en 2007 (15).
- Son dépistage n'étant pas disproportionné en terme de coût-efficacité par rapport à une action simple sur les facteurs de risque modifiables.

Ainsi, l'AAA présente les critères de validité d'un dépistage selon les normes de l'OMS et de l'ANAES (16).

Depuis les années 1990, de nombreux articles discutent de l'opportunité de réaliser des campagnes de dépistages de l'AAA (35) justifiant par l'ensemble de ces critères qu'elle mérite une attention toute particulière.

En France, la SFMV recommande (grade A) en 2006 le dépistage par Echographie Doppler (1):

- Hommes et Femmes de 50 ans et plus ayant une histoire familiale d'AAA au 1<sup>er</sup> degré
- Hommes de 60 à 75 ans fumeurs ou anciens fumeurs

Elle conseille (grade B) :

- Hommes de 60 à 75 ans non fumeurs
- Femmes de 60 à 75 ans tabagiques ou hypertendues
- Hommes de plus de 75 ans sans comorbidité lourde ayant une espérance de vie sensiblement normale
- Femmes de plus de 75 ans, tabagiques sans comorbidité lourde ayant une espérance de vie sensiblement normale

L'HAS recommande un dépistage ciblé opportuniste unique notamment par le médecin généraliste chez (5) :

- Hommes de 65 à 75 ans avec un tabagisme actuel ou ancien (ayant arrêté depuis moins de 20 ans)
- Hommes de 50 à 75 ans ayant un antécédent familial au 1<sup>er</sup> degré d'AAA

De façon générale, le médecin généraliste a un rôle principal dans le dépistage. Le dépistage représente environ 5% des consultations des médecins généralistes (17).

Peu d'études ont recueilli le point de vue des médecins généralistes sur la mise en pratique de ces recommandations.

Nous nous sommes donc posé la question de savoir, sur le terrain, quelle est la pratique de ce dépistage de l'AAA par les médecins généralistes. Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une enquête auprès des médecins généralistes de Picardie.

L'objectif principal est d'évaluer la réalisation du dépistage de l'AAA par les médecins généralistes picards.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer :

- Les connaissances des médecins généralistes sur l'AAA

- Les motifs de l'abstention ou de réalisation du dépistage

## **POPULATION ET METHODE**

### 1. Description de l'étude :

Nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, transversale, descriptive, de pratiques professionnelles. Il s'agit d'une enquête déclarative visant à évaluer les pratiques d'une cohorte de médecins généralistes de Picardie par un questionnaire.

### 2. Définition de la population :

Notre étude a été réalisée sur un panel de 425 médecins généralistes de Picardie.

Grâce à notre association avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux (URPS-ML) des Hauts de France, nous avons pu envoyer le questionnaire à 411 médecins inscrits à l'URPS Haut de France, qui ont été sélectionnés par un tirage au sort informatique. Ce nombre a été fixé par l'URPS selon leur protocole interne d'aide à la réalisation des thèses. Ce groupe était représentatif de la population générale des médecins généralistes picards.

14 ont été distribués manuellement après tirage au sort dans l'annuaire pour augmenter le nombre de médecins inclus en précisant que les médecins ne devaient pas répondre 2 fois au questionnaire si par chance ils avaient été sélectionnés et avaient déjà répondu à l'envoi de l'URPS. Seulement un groupe de 14 personnes a été tiré au sort. Cette méthode n'a pas été renouvelée car il y a eu peu de réponses récupérés.

Ont été pris en compte les questionnaires reçus entre le 20 Mars et 30 Avril 2017.

Nous n'avons pas effectué de relance.

### 3. Description du questionnaire :

Le questionnaire a été élaboré en s'appuyant sur les recommandations actuelles de l'HAS.

Il s'agissait d'un questionnaire anonyme soit envoyé par courrier postal avec une enveloppe T réponse soit donné en main propre sous enveloppe et récupéré sous enveloppe. Le questionnaire était accompagné d'une note complémentaire permettant de me présenter et d'expliquer le sujet de ce travail ainsi que mes coordonnées afin que les praticiens puissent récupérer si ils le souhaitaient les résultats de l'étude.

Il était constitué de questions fermées à choix binaire ou multiples selon les questions. L'item « autre » était possible pour certaines questions dans l'hypothèse où les médecins ne trouvaient pas leurs réponses dans la liste proposée.

Le questionnaire comprenait 5 parties : les 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> parties devaient être répondues par tous.

- La 1<sup>ère</sup> partie concernait les caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés.
- La 2<sup>ème</sup> partie concernait l'information, la formation sur le dépistage de l'AAA, la pratique de l'échographie, l'accès des patients à l'échographie, à l'angio-scanner ou angio-IRM, à une consultation de chirurgie vasculaire. La dernière question de cette partie concernait l'estimation depuis le début de carrière du nombre de patients suivis pour un AAA, opérés d'un AAA, ayant eu une rupture d'AAA ou ayant eu une complication thromboembolique d'AAA.
- La 3<sup>ème</sup> partie concernait la recherche par le médecin généraliste d'antécédents d'anévrisme et leur perception de l'inquiétude et de la connaissance des patients vis à vis de l'AAA.
- Une question intermédiaire concernait la réalisation du dépistage et le type.
- La 4<sup>ème</sup> partie devait être répondue par les médecins généralistes ne réalisant pas de dépistage : elle explorait les freins et les motivations possibles au dépistage.
- La 5<sup>ème</sup> partie devait être répondue par les médecins généralistes réalisant un dépistage de masse : elle explorait les motivations des médecins à réaliser le dépistage, le moyen, le rythme, la date de début et de fin du dépistage.
- La 6<sup>ème</sup> partie devait être répondue par ceux réalisant un dépistage ciblé : elle explorait les motivations des médecins pour la réalisation du dépistage, le moyen, le rythme, la date de début et de fin du dépistage mais aussi les critères ciblés amenant au dépistage.



#### 4. Méthode de recueil et analyse des données :

Nous avons sollicité un soutien logistique auprès de l'URPS - Médecins Libéraux des Hauts de France qui dispose du logiciel Sphinx IQ2.

Après réception des questionnaires, la saisie des données a été effectuée de façon manuelle. Ils ont été enregistrés dans le logiciel SPHINX IQ2 et une relecture des données a été effectuée pour éviter les erreurs.

L'anonymat des questionnaires a été respecté.

Les questionnaires reçus hors délai ont été exclus. Pendant l'analyse des questionnaires, aucun questionnaire n'a été exclu.

L'analyse statistique des données a été effectuée à l'aide du logiciel SPHINX IQ2.

Une analyse descriptive de la population des répondeurs a été réalisée. Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et en pourcentage et les variables quantitatives en moyenne.

Les analyses comparatives ont été réalisées à l'aide du test du Chi 2. La différence est considérée comme significative pour des valeurs de  $p < 0,05$ .

Nous avons procédé dans un 1<sup>er</sup> temps à l'analyse descriptive des réponses.

Nous avons ensuite croisé plusieurs données pour essayer de mettre en évidence un éventuel lien entre la pratique ou non du dépistage, le type de dépistage et certaines caractéristiques du médecin.

Nous avons ainsi choisi de croiser :

- L'âge et la réalisation du dépistage
- Le milieu d'exercice et la réalisation du dépistage
- Les informations reçues par le médecin et la réalisation du dépistage
- L'accès à l'échographie et la réalisation du dépistage
- L'expérience (suivi, patients opérés et complications AAA) et la réalisation du dépistage
- Recherche des antécédents familiaux et la réalisation du dépistage
- L'interrogation du patient et la réalisation du dépistage

#### 5. Recherche Bibliographique :

La recherche bibliographique a été réalisée, par nous, sur Internet notamment sur PubMed, thèse.fr, HAS, SFMV...

## **RESULTATS**

### 1. Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons distribué 425 questionnaires. Nous avons reçu 117 réponses soit un taux de réponse de 27,5%. 2 questionnaires ont été exclus car ils sont arrivés après le délai d'inclusion.

Pendant l'analyse des questionnaires, tous ont été exploités. 2 présentaient la partie non dépistage remplie et rayée entièrement et la partie dépistage ciblé remplie sans rayure suite à des probables erreurs de remplissage. Les 2 ne présentaient pas de doute pour l'analyse, ils ont donc été inclus.

#### A. Le profil des répondants

Les caractéristiques des médecins généralistes répondants sont résumées dans le tableau 1.

	<b><u>Etude</u></b>	<b><u>Population de Référence</u></b>
<b><u>Sexe</u></b>		
● Homme	57 (48,7%)	1011 (69,7%)
● Femme	60 (51,3%)	440 (30,3%)
<b><u>Age</u></b>		
● Moyenne	49,2	55,6
● Moins de 45ans	44 (37,6%)	
● De 45 à 54	30 (25,6%)	
● De 55 à 64	29 (24,8%)	
● 65 et plus	14 (12%)	
<b><u>Département</u></b>		
● Somme	36 (30,8%)	529 (36,4%)
● Oise	47 (40,2%)	546 (37,6%)

● Aisne	34 (29,1%)	376 (26%)
<b><u>Exercice</u></b>		
● <10ans	33 (28,2%)	
● 10-25ans	40 (34,2%)	
● >25ans	44 (37,6%)	
<b><u>Lieu d'exercice</u></b>		
● Rural	30 (25,6%)	
● Semi-rural	57 (48,7%)	
● Urbain	30 (25,6%)	

Tableau 1 : Caractéristiques Socio-Démographique

Les données de référence sont issues du fichier de l'URPS-ML Hauts de France de 2017.

B. L'information, l'Accès aux soins et la patientèle des Répondants

i. L'information sur le dépistage et ses sources

Figure 1 : **Information**

	Nb	%
Non	<b>81</b>	<b>69,2%</b>
Oui	<b>36</b>	<b>30,8%</b>
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0%</b>

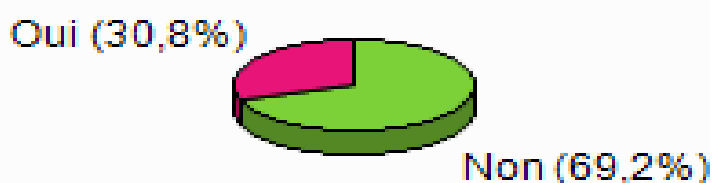
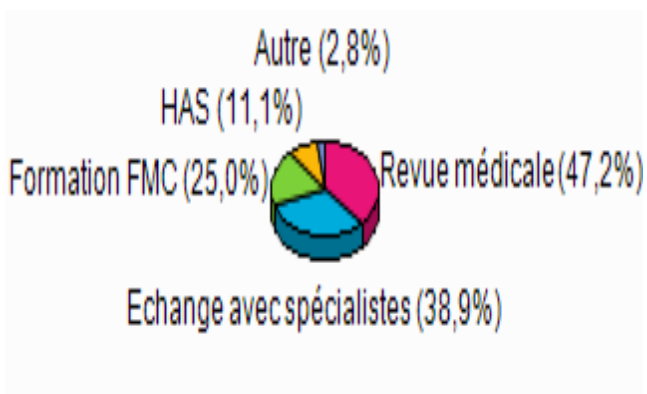


Figure 2 : **Les Sources d'Informations**

	Nb	%
Revue médicale	17	47,2%
Echange avec spécialistes	14	38,9%
Formation FMC	9	25,0%
HAS	4	11,1%
Autre	1	2,8%
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>



L'autre source est l'échange avec les autres confrères médecins généralistes.

ii. Formation à l'échographie et possession d'échographe

Figure 3 : Formation à l'Echographie

	Nb	%
Non	115	98,3%
Oui	2	1,7%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0%</b>

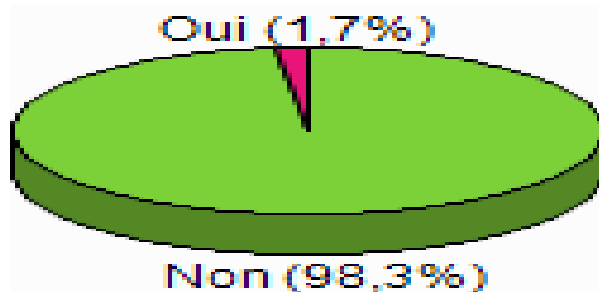
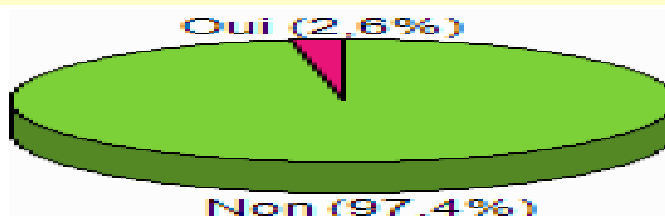


Figure 4 : Dispose d'un Echographe

	Nb	%.
Non	114	97,4%
Oui	3	2,6%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0%</b>



iii. Accès aux Examens Spécialisés en rapport avec l'AAA

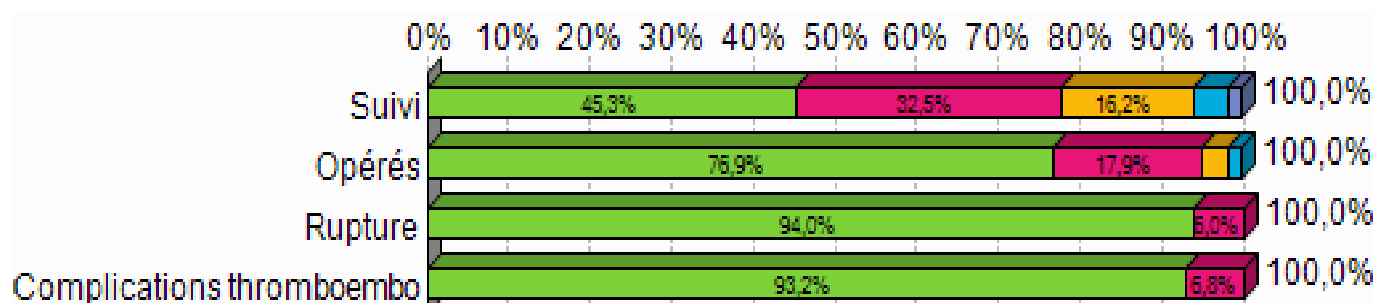
Figure 5 : L'accès aux Examens Spécialisés

	Difficile	Moyen	Facile
Echographie Doppler Abdominale	12 (10,2%)	45 (38,5%)	60 (51,3%)
Angio-scanner / Angio-IRM	25 (21,4%)	63 (53,8%)	29 (24,8%)
Chirurgie Vasculaire	34 (29,1%)	46 (39,3%)	37 (31,6%)

- iv. Suivi des Patients avec un AAA depuis le début de leur carrière et suivi des patients ayant un AAA compliqué ou opéré depuis le début de la carrière

Figure 6 : L'expérience vis-à-vis de l'AAA au cours de la Carrière du Médecin Généraliste

	<6	6-10	11-20	20-49	>49
Suivi	53	38	19	5	2
Opéré	90	21	4	2	0
Rupture	110	7	0	0	0
Complication thromboembolique	109	8	0	0	0

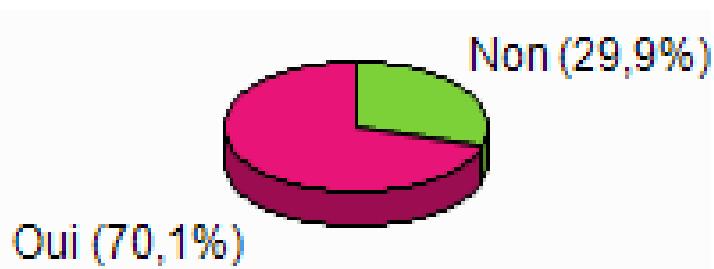


Les praticiens ayant suivis plus de 20 patients ayant un AAA au cours de leur carrière et ceux ayant eu plus de 20 AAA opérés sont les praticiens ayant une durée d'exercice supérieure à 25ans.

### C. Recueil des antécédents d'anévrisme familiaux

Figure 7 : Inscription des Antécédents Anévrisme dans le Dossier Médical

	Nb	%.
Oui	82	70,1%
Non	35	29,9%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0%</b>



Ainsi, parmi les 82 praticiens inscrivant les antécédents d'anévrisme dans leurs dossiers, 37 ne différencient pas la localisation.

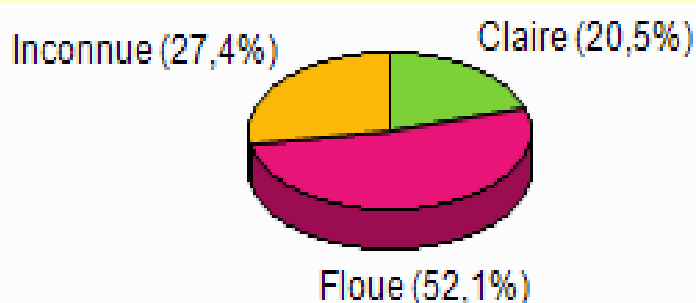
Pour les 45 autres restants, tous spécifient au moins les AAA, 34 spécifient en plus les anévrismes cérébraux et 31 les anévrismes thoraciques.

## 2. Anévrisme et patients

### A. Notion du patient sur les anévrismes

Figure 8 : **Notion du Patient sur l'AAA selon Médecin**

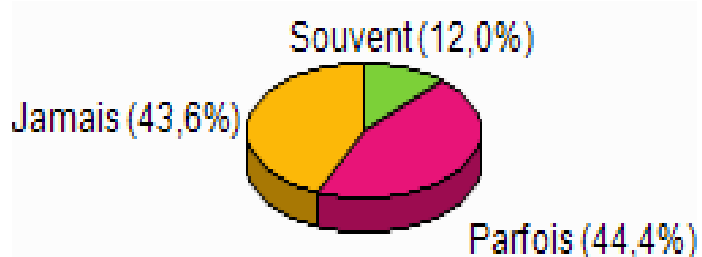
	Nb	%
Floue	61	52,1%
Inconnue	32	27,4%
Claire	24	20,5%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0%</b>



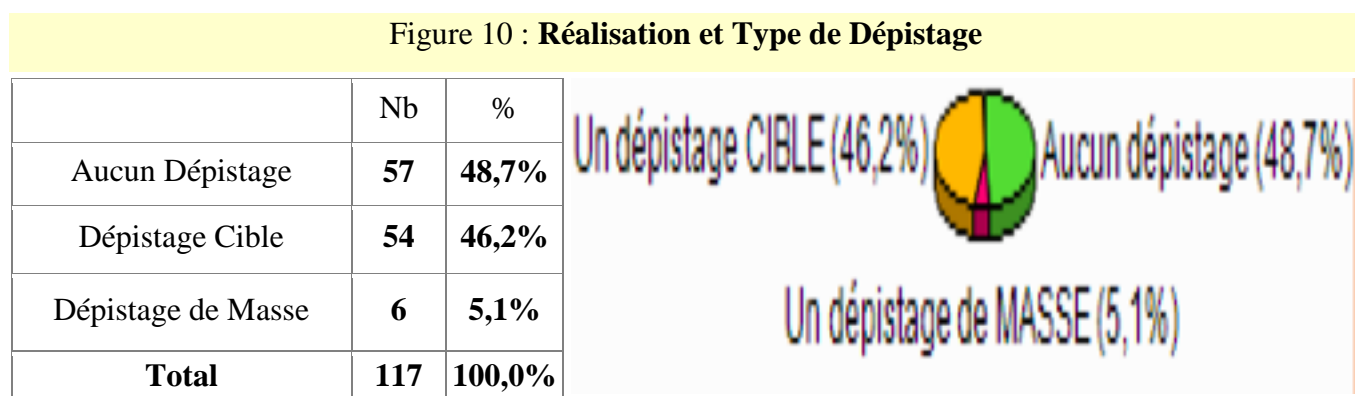
### B. Interrogation du patient sur l'AAA

Figure 9 : **Interrogation du Médecin par le Patient au sujet de l'AAA**

	Nb	%
Parfois	52	44,4%
Jamais	51	43,6%
Souvent	14	12%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0%</b>



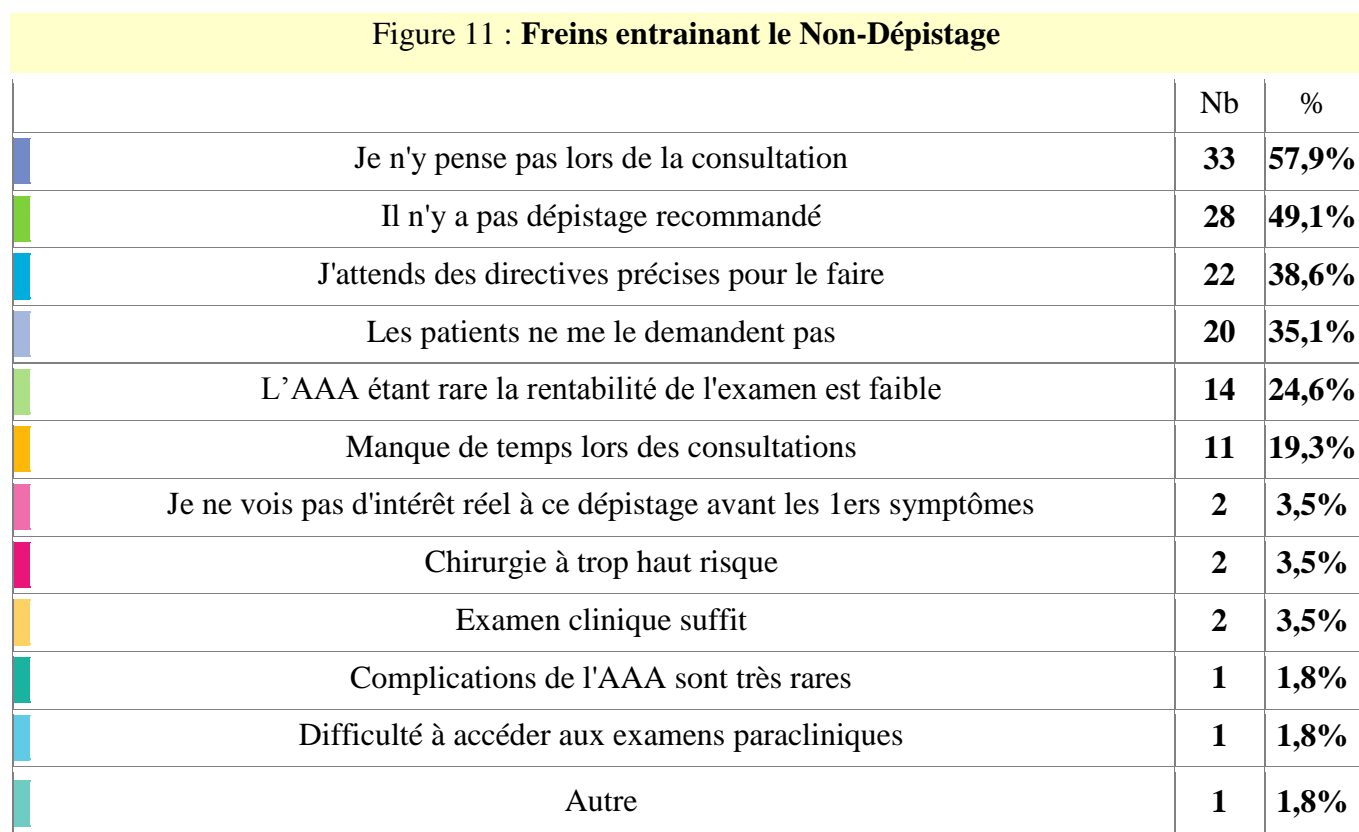
### 3. Réalisation du dépistage et type du dépistage



### 4. Groupe ne réalisant pas le dépistage

Ce groupe correspond à 57 médecins sur 117 soit 48,7% des répondeurs.

#### A. Freins



Une personne a soumis un autre frein non cité qui est que les campagnes d'information sont inexistantes.

## B. Actions qui pourraient motiver à dépister

Figure 12 : **Motivations**

	nb	%
Dépistage organisé (comme pour le cancer colorectal par exemple)	46	80,7%
Stimulation de la part du patient suite à des campagnes d'informations	33	57,9%
Consultation dédiée au dépistage	25	43,9%
Financière (à type de ROSP par exemple)	14	24,6%
Ordonnancier de bons d'examens pré-remplis	6	10,5%
Examens paracliniques plus accessibles	5	8,8%
Autre	4	7,0%

4 répondants ont proposé dans la partie autre des autres motivations non citée dans la liste proposée qui sont :

- Aucune
- FMC
- Validation de la technique de dépistage
- Recommandations de dépistage

## 5. Groupe réalisant un dépistage de masse

Dans notre panel de répondants, 6 personnes soit 5,1% des répondants ont affirmé qu'ils réalisaient un dépistage de masse de l'Anévrisme de l'Aorte Abdominale.

### A. Arguments pour un dépistage de Masse

Figure 13 : **Arguments justifiant le Dépistage de Masse**

	Nb	%
Facteurs de risques connus de l'AAA	6	100,0%
Risques de rupture ou thromboemboliques de l'AAA	6	100,0%
Rapidité, innocuité, fiabilité de l'échographie abdominale	6	100,0%
Efficacité de la chirurgie au stade de risque de rupture	4	66,7%
Faible risque chirurgical si besoin d'intervention programmée	4	66,7%
Insuffisance de la clinique pour le dépistage	3	50,0%
Si découverte d'AAA : un simple suivi sans chirurgie dans bien des cas	3	50,0%
Avis des sociétés savantes, de l'HAS	0	0,0%
Autre	0	0,0%



## B. Organisation du dépistage de Masse

### i. Les dépistés

La totalité des répondants dépistent à la fois les hommes et les femmes.

### ii. Début et Fin du dépistage

La moyenne d'âge de début de dépistage est de 46,7 ans pour les hommes et 48,3 chez les femmes.

La moyenne d'âge d'arrêt est de 81,8 ans pour les 2.

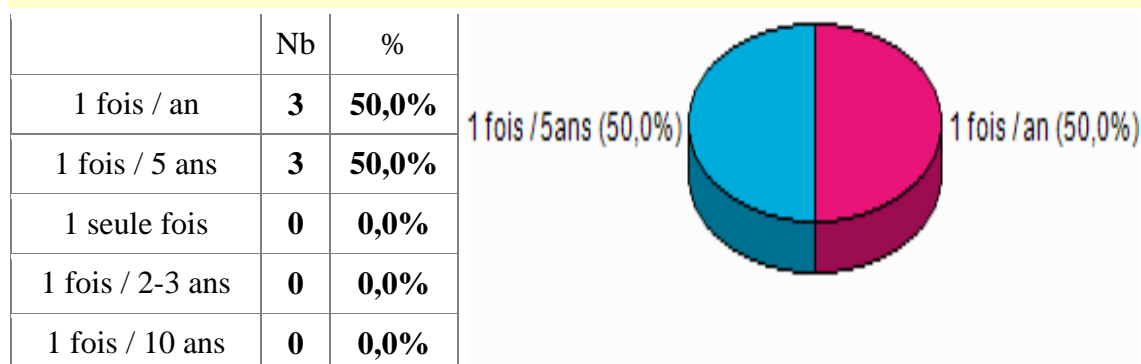
### iii. Moyen de Dépistage

Figure 14 : **Moyen de Réalisation du Dépistage**

	Nb	%
Echo Doppler Aorte Abdominale	<b>6</b>	<b>100,0%</b>
Examen Clinique	<b>4</b>	<b>66,7%</b>
Angio-scanner Aorte Abdominale	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
Angio-IRM Aorte Abdominale	<b>0</b>	<b>0,0%</b>

### iv. Rythme de dépistage

Figure 15 : **Rythme du Dépistage**



## 6. Groupe réalisant un dépistage cible

46,2% des praticiens répondeurs soit 54 personnes réalisent pour leurs patients un dépistage ciblé de l'Anévrisme de l'Aorte Abdominale.

A. Arguments pour un dépistage ciblé

Figure 16 : Arguments justifiant le Dépistage Ciblé

	Nb	%
Facteurs de risques connus de l'AAA	48	88,9%
Risques de rupture ou thromboemboliques de l'AAA	41	75,9%
Rapidité, innocuité, fiabilité de l'échographie abdominale	37	68,5%
Si découverte d'AAA : un simple suivi sans chirurgie dans bien des cas	28	51,9%
Insuffisance de la clinique pour le dépistage	24	44,4%
Efficacité de la chirurgie au stade de risque de rupture	17	31,5%
Faible risque chirurgical si besoin d'intervention programmée	12	22,2%
Avis des sociétés savantes, de l'HAS	2	3,7%
Autre	2	3,7%

2 répondants ont évoqué des autres arguments :

- les Antécédents familiaux
- Entre dans le cadre d'un bilan complet par échographie abdominale sans précision fait à partir de 60 ans.

B. Critères de dépistage ciblé

	Homme	Femme
ATCD personnel de MCV	48 (88,9%)	47 (87%)
Antécédent AAA du 1 <sup>er</sup> degré	48 (88,9%)	48 (88,9%)
HTA non équilibrée	48 (88,9%)	46 (85,2%)
Tabagisme actif	37 (68,5%)	33 (61%)

Tabagisme ancien	28 (51,8%)	26 (48,1%)
Diabète	28 (51,8%)	25 (46,3%)
Demande du patient	26 (48,1%)	26 (48,1%)
Tout ATCD Anévrisme	24 (44,4%)	23 (42,6%)
Hyper LDL	17 (31,5%)	16 (29,6%)
Antécédent AAA du 2 <sup>ème</sup> degré	16 (29,6%)	15 (27,8%)
HTA équilibrée	15 (27,8%)	14 (25,9%)
Sédentarité	3 (5,5%)	1 (1,8%)
Ménopause	-----	0 (0%)

Les 54 praticiens, réalisant un dépistage ciblé, ont donné les critères qui les amener à le faire.

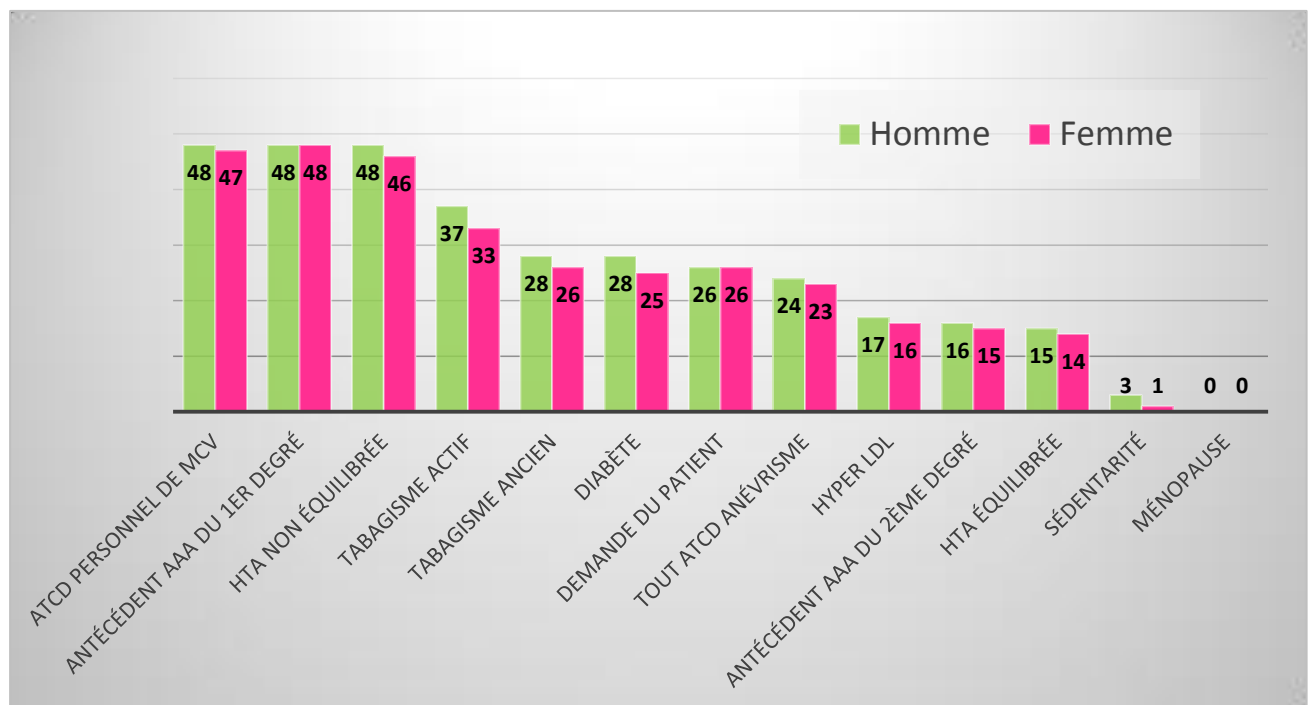


Figure 17 : Critères dépistage ciblé

Il n'y a pas eu d'autre antécédent cité que ceux dans la liste proposée malgré une case « autre » présente.

### C. Organisation du dépistage ciblé

#### i. Début et Fin du dépistage

L'âge moyen, pour le début du dépistage, est de 48,6 ans pour les hommes et 51,4 ans pour les femmes.

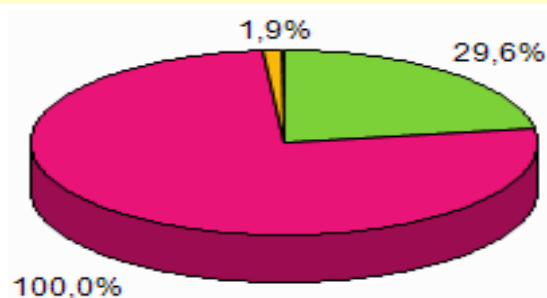
L'âge moyen, d'arrêt du dépistage, est en moyenne de 81,7 ans pour les hommes et 82,5 ans pour les femmes. Sachant que 5 répondants réalisent le dépistage jusqu'à la fin de vie, nous avons saturé à 101ans pour faciliter les statistiques. Cela nous semble représentatif de la durée réelle de l'âge de dépistage limite pour les médecins réalisant le dépistage jusqu'en fin de vie.

Si les facteurs de risques cardio-vasculaire ne sont pas équilibrés, les praticiens avancent le début de leur dépistage dans 66,7% des cas.

ii. Moyens de dépistage

Figure 18 : Moyens de Dépistage Ciblé

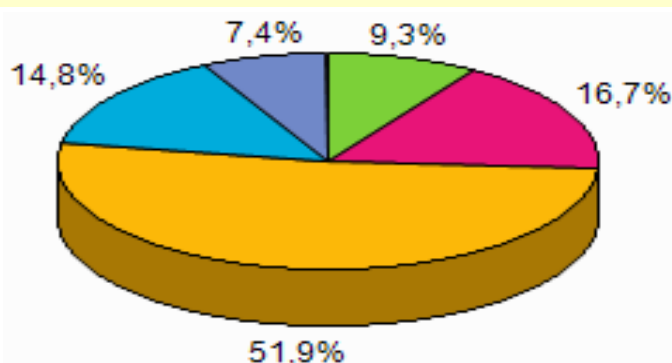
	Nb	%
Examen Clinique	16	29,6%
Echo Doppler Aorte Abdominale	54	100,0%
Angio-scanner Aorte Abdominale	1	1,9%
Angio IRM Aorte Abdominale	0	0,0%



iii. Rythme du dépistage

Figure 19 : Rythme de Réalisation du Dépistage Ciblé

	Nb	%
1 fois / 2-3ans	28	51,9%
1 fois / an	9	16,7%
1 fois / 5ans	8	14,8%
1 seule fois	5	9,3%
1 fois / 10ans	4	7,4%



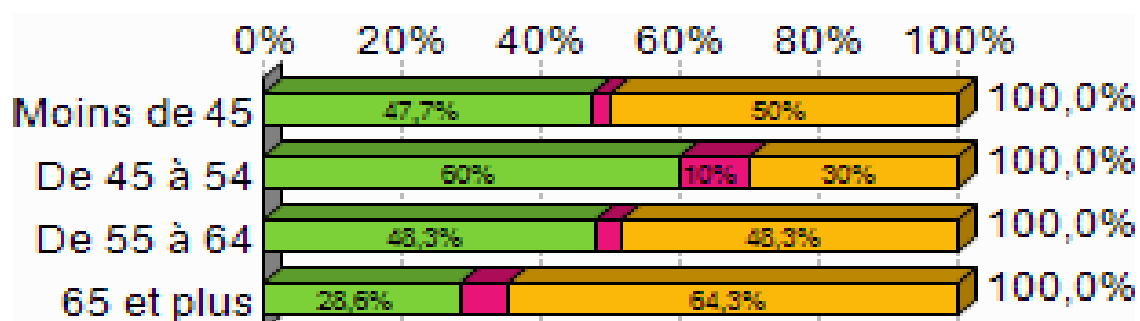
7. Croisement des données

Nous avons ensuite souhaité croiser différents résultats afin de rechercher une relation significative entre certaines caractéristiques du médecin et la réalisation du dépistage.

## A. Age et la réalisation du dépistage

Figure 20 : Croisement Age et Réalisation du Dépistage

Age du Médecin	Aucun Dépistage	Dépistage de Masse	Dépistage Ciblé
Moins de 45 ans	21	1	22
De 45 à 54 ans	18	3	9
De 55 à 64 ans	14	1	14
65 ans et plus	4	1	9



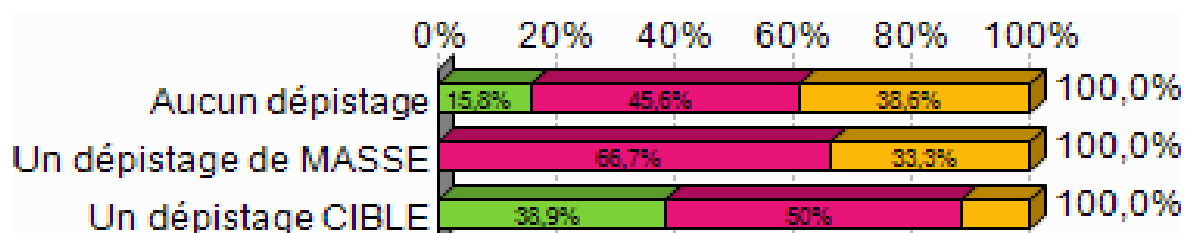
$p = 30,4\%$  ;  $\chi^2 = 7,2$  ;  $ddl = 6$  (ns)

Il n'y a pas de relation significative entre l'âge des praticiens et la réalisation du dépistage.

## B. Milieu d'exercice et la réalisation du dépistage

Figure 21 : Croisement Milieu d'Exercice et Réalisation du Dépistage

	Rural	Semi-Rural	Urbain
Aucun Dépistage	9	26	<u>22</u>
Dépistage de Masse	0	4	2
Dépistage Ciblé	<u>21</u>	27	<u>6</u>



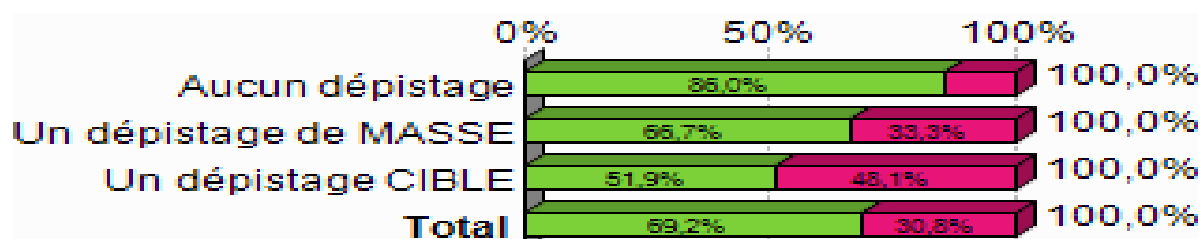
$$p = 0,3\% ; \chi^2 = 16,2 ; \text{ddl} = 4 \text{ (ts)}$$

Il y a une relation significative entre le milieu d'exercice et la réalisation du dépistage. En effet, les praticiens exerçant en milieu rural réalisent, de manière significative ( $p < 0,3\%$ ), plus de dépistage ciblé de l'AAA. Alors qu'au contraire, les praticiens exerçant en milieu urbain ne réalisent pas, de manière significative, de dépistage. En effet, les praticiens urbains réalisant un dépistage ciblé sont, de manière significative, moins nombreux.

### C. Informations reçues par le médecin et la réalisation du dépistage

Figure 22 : Croisement Information et Réalisation du Dépistage

	Non	Oui
Aucun Dépistage	49	8
Dépistage de Masse	4	2
Dépistage Cible	28	26



$$p = <0,1\% ; \chi^2 = 15,2 ; \text{ddl} = 2 \text{ (ts)}$$

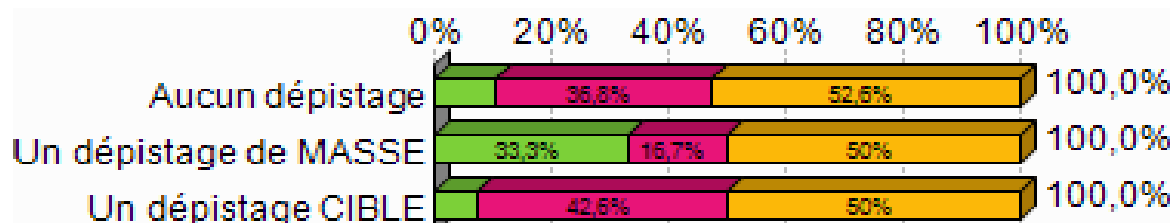
Il existe de manière significative une relation entre l'information reçue par le praticien et la réalisation du dépistage. En effet, les praticiens ayant reçu une information sur le dépistage de l'AAA réalisent de manière significative plus de dépistage ciblé.

Au contraire et de manière significative, les praticiens ayant reçu une information et ne réalisant pas de dépistage sont moins nombreux.

### D. Accès à l'échographie et la réalisation du dépistage

Figure 23 : Croisement Accès à l’Echographie et réalisation du Dépistage

	Difficile	Moyen	Facile
Aucun Dépistage	6	21	30
Dépistage de Masse	2	1	3
Dépistage Cible	4	23	27



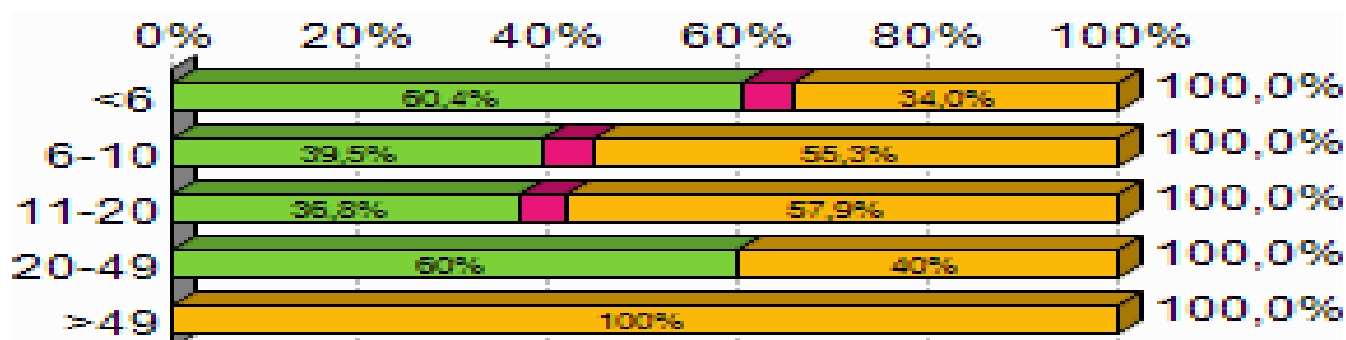
$p = 33,0\%$  ;  $\chi^2 = 4,6$  ;  $ddl = 4$  (ns)

Il n'existe aucune différence significative entre ceux qui ont un accès difficile, moyen ou facile à l'échographie et la réalisation du dépistage.

E. Expérience (suivi, patients opérés et complications AAA) et la réalisation du dépistage

Figure 24 : Croisement Nombre de Patients Suivis depuis Début Carrière pour AAA et Réalisation du Dépistage

	Aucun Dépistage	Dépistage de Masse	Dépistage Ciblé
<6	32	3	18
6-10	15	2	21
11-20	7	1	11
20-49	3	0	2
>49	0	0	2

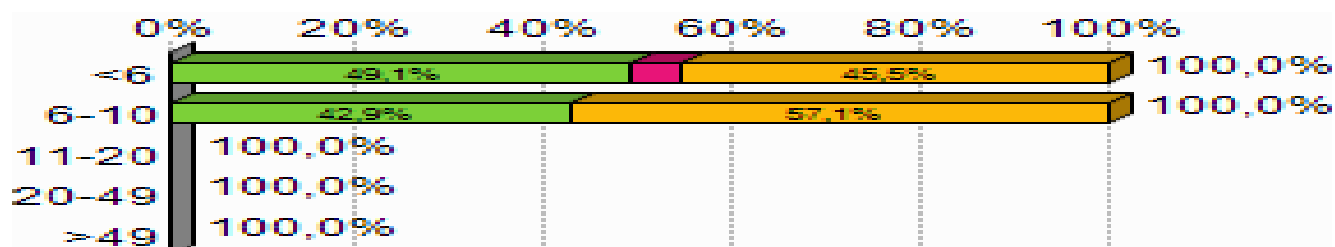


$p = 39,1\%$  ;  $\chi^2 = 8,4$  ;  $ddl = 8$  (ns)

Le croisement des données entre le suivi et la réalisation ou non du dépistage ne montre aucune relation significative.

Figure 25 : Croisement Nombre de Patients ayant eu une rupture AAA au cours de la carrière et Réalisation Dépistage

	Aucun Dépistage	Dépistage de Masse	Dépistage Ciblé
<6	54	6	50
6-10	3	0	4
11-20	0	0	0
20-49	0	0	0
>49	0	0	0



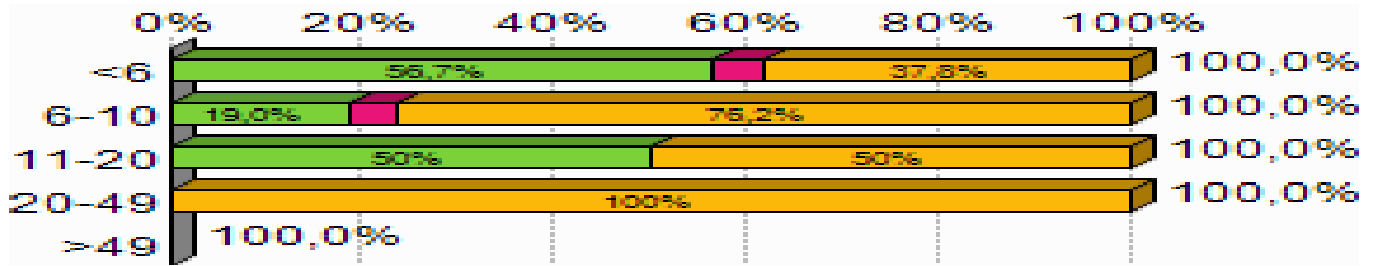
$p = 73,0\%$  ;  $\chi^2 = 0,6$  ;  $ddl = 2$  (ns)

Il n'existe pas de relation significative entre le nombre de patients ayant eu une rupture d'un AAA et la réalisation du dépistage ou non.

Figure 26 : Croisement Nombre de Patients ayant été opérés d'un AAA et Réalisation du Dépistage

	Aucun Dépistage	Dépistage de Masse	Dépistage Ciblé
<6	51	5	34
6-10	4	1	16
11-20	2	0	2
20-49	0	0	2
>49	0	0	0



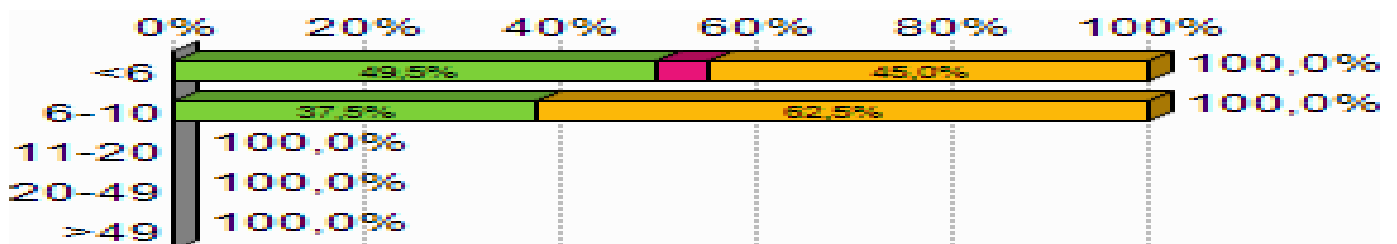


$p = 4,3\%$  ;  $\chi^2 = 13,0$  ;  $ddl = 6$  (s)

Il existe une significativité entre la réalisation du dépistage de manière ciblée et les praticiens ayant eu plus de 6 patients opérés d'un AAA : ils sont sur-représentés dans la population. Et inversement, les praticiens ayant eu plus de 6 patients opérés d'un AAA et ne réalisant pas de dépistage sont sous représentés dans la population.

Figure 27 : Croisement Nombre de Patients ayant eu Complications Thrombo-Embolique d'un AAA et Réalisation du Dépistage

	Aucun Dépistage	Dépistage de Masse	Dépistage Ciblé
<6	54	6	49
6-10	3	0	5
11-20	0	0	0
20-49	0	0	0
>49	0	0	0



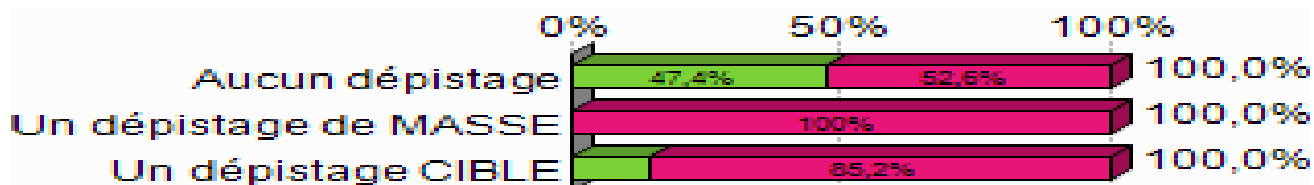
$p = 56,0\%$  ;  $\chi^2 = 1,2$  ;  $ddl = 2$  (ns)

Il n'existe pas de corrélation entre la réalisation du dépistage ou non et le fait que les praticiens aient suivis des patients ayant eu des complications thromboemboliques au cours de leur carrière.

F. Recherche des antécédents familiaux et réalisation du dépistage

Figure 28 : Croisement entre Recherche des ATCD Anévrismes et Réalisation du Dépistage

	Non	Oui
Aucun Dépistage	<u>27</u>	<u>30</u>
Dépistage de Masse	0	6
Dépistage Ciblé	<u>8</u>	46



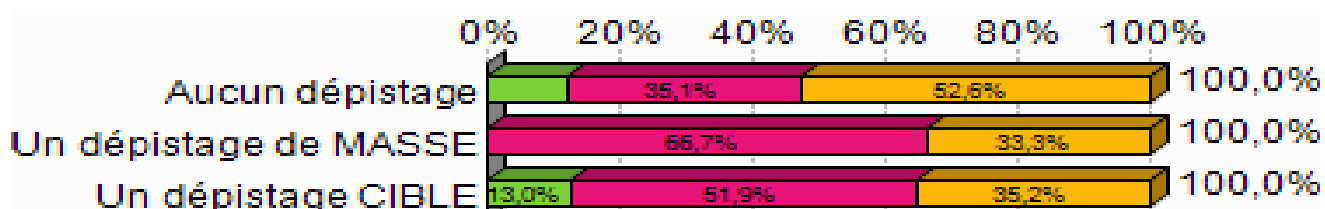
$$p = <0,1\% ; \text{chi}2 = 16,7 ; \text{ddl} = 2 \text{ (ts)}$$

Le croisement entre l'intérêt que porte le praticien aux antécédents d'anévrisme et la réalisation du dépistage révèle que, de manière significative ( $p < 0,1\%$ ), les praticiens ne relevant pas les ATCD d'anévrisme réalisent moins le dépistage de l'AAA. Alors que ceux relevant les ATCD d'anévrisme et ne réalisant pas de dépistage ou ceux ne relevant pas les ATCD d'anévrisme mais réalisant un dépistage de l'AAA sont significativement moins nombreux que les autres.

#### G. Interrogation du patient et réalisation du dépistage

Figure 29 : Croisement Interrogation des Patients et Réalisation du Dépistage

	Souvent	Parfois	Jamais
Aucun Dépistage	7	20	30
Dépistage de Masse	0	4	2
Dépistage Ciblé	7	28	19



$$p = 25,7\% ; \text{chi}2 = 5,3 ; \text{ddl} = 4 \text{ (ns)}$$

Le croisement des données sur l'interrogatoire des patients au sujet de l'AAA avec la réalisation du dépistage ne montre pas de différence significative.

## **Discussion**

### 1. **Intérêt du sujet**

Les données épidémiologiques sur l'AAA, notamment la prévalence, sont assez rares et très disparates. Cependant, l'HAS retient, pour la France, une prévalence de 0,87% chez les plus de 60 ans (5). Selon l'INSEE il y a 66.990.826 habitants en France dont 24,9% de plus de 60 ans soit 16.680.716 personnes (18). Rapporté à la prévalence de 0,87 %, l'AAA toucherait donc en France 145.122 personnes.

Rapportés au chiffre approximatif de 52000 médecins généralistes omnipraticiens, on peut estimer, qu'en moyenne, un généraliste a autour de lui 3 patients porteurs d'un AAA dans sa file active de patients. C'est à la fois peu, par rapport à d'autres pathologies, mais pas exceptionnel dans la pratique.

L'AAA est d'abord une pathologie asymptomatique qui ne nécessite dans bien des cas qu'une simple surveillance et un contrôle des facteurs de risque. Mais ses complications sont redoutables notamment la rupture avec une forte mortalité. Or, il est aujourd'hui possible de prévoir ces complications et d'intervenir avant qu'elles ne se posent à condition d'avoir repéré avant le porteur de l'AAA.

Ce repérage est aujourd'hui possible car l'AAA et l'échographie-doppler de dépistage répondent à tous les critères de validité d'un dépistage ciblé comme le recommande aujourd'hui l'HAS.

Des campagnes de dépistage gratuit ont été organisées par les praticiens de Médecine Vasculaire telle l'opération Vesale (4), confirmant la pertinence de ce dépistage. Par contre, en Médecine Générale, on ne trouve pas de structuration réelle de ce dépistage hormis une recommandation de l'HAS et de la SFMV mais qui reste du niveau opportuniste et non organisé.

C'est pourquoi, nous avons jugé intéressant de travailler sur la réalité de la pratique du dépistage de l'AAA par les médecins généralistes et d'en déduire des solutions optimisantes si nécessaire.

## 2. Forces et Limites de l'étude

### A. Forces

Cette étude est originale. Elle est une des seules, à notre connaissance, à évaluer la réalisation du dépistage de l'AAA par le médecin généraliste directement auprès d'eux et la seule à évaluer les motivations et freins et le déroulement de cette réalisation.

Nous avons réalisé une étude déclarative, de pratique professionnelle. Ce choix répondait à notre objectif principal qui était d'évaluer la pratique du dépistage.

Le questionnaire était rapide à remplir et simple ce qui a permis un bon taux de réponse.

Plusieurs études croisées ont permis de mettre en avant des rapports significatifs entre la réalisation du dépistage et certains critères liés au médecin. Ces relations qui pourront aider à la mise en place d'actions correctrices efficaces sur les points les plus précaires.

Concernant les médecins généralistes picards, tous pouvaient être tirés au sort. En effet, tous les médecins généralistes de Picardie sont inscrits à l'URPS Haut de France, de même que leurs présents dans l'annuaire, il n'y a donc, à ce niveau, pas de biais de sélection possible.

### B. Limites

#### i. La méthode

- Le choix d'envoi postal et de distribution manuelle a été fait pour maximiser les chances de réponses. Cependant, un biais d'auto-sélection par non réponse peut être envisagé devant cette méthode car elle nécessitait la réponse volontaire du médecin. On peut suspecter que les praticiens répondants ont un intérêt porté sur le dépistage et / ou l'anévrisme de l'aorte abdominale.
- L'enquête a les limites du déclaratif qui n'apprécie pas toujours exactement ce qui est réellement pratiqué, soit par superficialité des réponses, soit par sur ou sous - estimation de sa pratique et réalité, soit par des réponses plus basées sur les connaissances théoriques que par ce qui est réellement fait. On peut donc avoir un biais de prévarication.
- Il existe un manque de puissance corrélée aux faibles effectifs de l'étude. Le nombre de répondants nécessaires pour que l'étude soit représentative était de 901 personnes. Avec un taux de réponse estimé à 25% (comme dans notre étude), il aurait fallu envoyer 3604 questionnaires ce qui aurait été plus que le nombre de praticiens en Picardie. Nous ne pouvons donc pas étendre ces résultats à toute la Picardie.

## ii. Le questionnaire

- Certaines questions ont pu porter à confusion.
  - Dans la partie D, question 1 : l'item « l'AAA étant rare la rentabilité de l'examen est faible » a pu être compris soit comme examen clinique peu rentable soit comme échographie peu rentable alors que le mot « dépistage » aurait été plus adéquat que le mot « examen ».
  - Les questions sur les moyens de dépistage pouvaient être compris comme quel est le seul moyen de dépistage mais aussi comme quels moyens sont utilisables. Ceux qui ont noté l'examen clinique comme moyens n'ont pas forcément considéré que ce moyen remplaçait l'échographie. Cette question montre seulement que tous les dépisteurs citent l'échographie comme moyen de dépistage même si certains attribuent aussi une certaine valeur à l'examen clinique pour le dépistage.

- Les différences entre dépistage de masse et dépistage ciblé ont été précisées dans le questionnaire. Pour autant on ne peut exclure qu'il y ait eu des problèmes de compréhension et de rigueur sémantique chez certains praticiens concernant les classifications des différents types de dépistage.

### iii. La population

- La population des répondants n'est pas représentative des médecins généralistes picards. Elle en diffère notamment dans sa répartition homme - femme avec une sous-représentation des hommes et donc une sur-représentation des femmes. Elle diffère aussi sur les zones d'exercice avec une sous-représentation de la Somme et une sur-représentation de l'Aisne et de l'Oise. Concernant la moyenne d'âge, elle diffère de 6 ans. On ne peut donc extrapoler les résultats à l'ensemble des généralistes picards.

## 3. Analyse des résultats

### A. Réalisation ou non d'un dépistage

Dans notre étude, 48,7% des répondants ne réalisaient pas de dépistage. Ainsi 51,3% des personnes réalisaient un dépistage de l'AAA : 46,2% faisaient un dépistage ciblé et 5,1% un dépistage de masse.

Comparativement à d'autres études de thèse déjà réalisées, notre taux de dépistage est dans la moyenne : une étude au CH de Dunkerque (19) a retrouvé un taux de dépistage à 28% alors qu'une autre étude dans l'agglomération de Lorient (20) retrouve une proportion de dépistage dans 76,8%. De telles différences s'expliquent en partie par des populations étudiées différentes et des organisations différentes d'étude. Malheureusement, actuellement dans la littérature, nous n'avons pas de taux de dépistage médicale faute d'étude sur ce sujet.

Les études étrangères montrent un taux de dépistage de 77,6% en Suède (26) sur une période de 2 ans alors qu'une étude aux Etats Unis montre un taux de participation de 12,9% (31).

L'un des critères de l'argumentaire de l'HAS pour le dépistage de l'AAA précise qu'un taux élevé de participation est essentiel pour avoir un bénéfice réel du dépistage sans donner de taux précis. L'intérêt du dépistage de l'AAA est donc limité par le taux de participation.

## B. Critères liés au médecin pouvant influencer le fait de dépister ou pas

### i. L'âge des médecins

Il n'est pas un critère discriminant entre dépisteur et non dépisteur. En fait, le concept d'un dépistage validé de l'AAA est relativement récent en France, ce qui met à égalité d'information et de formation des praticiens qui n'ont que quelques années d'exercice et les plus anciens.

D'ailleurs aucun n'a évoqué dans « autre » sa formation universitaire comme source d'information sur ce dépistage. Pour autant, il faut constater que déjà en 1999 le collège des enseignants de cardiologie mettait dans ses objectifs pédagogique « savoir dépister » (21).

### ii. La zone d'exercice rural – urbain - semi rural

Il apparaît une relation significative entre le milieu d'exercice et la réalisation du dépistage. En effet, les praticiens exerçant en milieu rural réalisent, de manière significative ( $p < 0,3\%$ ), plus de dépistage ciblé de l'AAA. Alors qu'au contraire, les praticiens exerçant en milieu urbain ne réalisent pas, de manière significative, de dépistage.

Cette corrélation est difficile à expliquer : on peut évoquer que les praticiens urbains ont une population différente que les praticiens ruraux : plus jeune et plus passagère (étudiants par exemple) et donc une population non cible. Les praticiens urbains peuvent être moins stimulés devant cette population et plus stimulés par d'autres dépistages (MST par exemple). Cependant, un biais n'est pas à exclure.

### iii. L'information sur le dépistage de l'AAA

69.2% des répondants se déclaraient non informés. Or, l'information est l'une des premières étapes induisant chez un médecin un comportement de soins ici l'acte de dépister. Dans notre étude il existe une corrélation entre le fait d'être un praticien réalisant un dépistage ciblé et celui d'avoir eu une information. Il y a donc tout un travail de terrain à faire pour diffuser l'information si l'on veut optimiser ce dépistage.

Pourtant l'information est produite, accessible (HAS, Vesale, Sociétés Savantes, Internet...). Mais on constate ici que les sources, pour les généralistes, sont essentiellement les revues médicales et l'échange avec leurs confrères spécialisés locaux et non l'HAS ou les FMC. Ceci est proche des données retrouvées à Lorient (20). Il paraît ainsi raisonnable de s'appuyer peut-être encore plus sur les revues médicales et probablement aussi la presse médicale pour diffuser l'information. De même, le rôle informateur des courriers de spécialiste au médecin généraliste traitant est à renforcer. En effet, ceci corrèle les résultats d'une thèse réalisée à Amiens en 2012 sur l'information et la formation du courrier du spécialiste au médecin généraliste qui avait révélé que les courriers ont un rôle informatif pour le médecin traitant mais ceux-ci doivent être optimisés avec précision pour avoir un rôle formateur (22).

L'étude de Lorient (20) a été effectuée en 2016, elle évalue l'influence de l'information médicale sur les pratiques des médecins généralistes par une étude sur le dépistage des AAA à 1 an. Comparativement à nos résultats, un dépistage ciblé est beaucoup plus fréquemment proposé par les praticiens Lorientais (informés 2 ans avant de l'étude sur le dépistage de l'AAA) et même vannais qui n'avaient pas été informés que par les médecins picards (respectivement 83,3% vs 71,9% vs 51,3%) alors qu'ils paraissent autant ou moins informés que les praticiens picards (33,3% pour les Lorientais vs 9,4% pour les vannais vs 30,8% pour les picards). On peut supposer que les médecins bretons sont plus sensibilisés au dépistage sans être plus informés des recommandations (stimulation du patient, sensibilisation aux pathologies cardio vasculaires plus importante en générale ...)

#### iv. La formation à l'Echographie

La formation à l'échographie et la mise à disposition d'un échographe sur le lieu de consultation est rarissime. On ne peut donc pas envisager, en l'état actuel, un dépistage de l'AAA directement réalisé par le médecin généraliste. Pourtant, cette piste n'est pas à négliger. Selon une revue de la littérature réalisée dans une étude de thèse diffusée récemment, ce mode de dépistage semblerait performant autant en terme de participation que de sensibilité (23). De plus, des évolutions du métier de généraliste se dessinent notamment via l'introduction d'échographes dans certains cabinets et/ou des réflexions de délégation de tâches pour des actes techniques ciblés (infirmier par exemple) (24) même si l'interprétation reste du niveau médical.



#### v. L'environnement écho-radiographique et spécialisé

L'accès au principal moyen de dépistage qui est l'échographie est estimé facile pour 51,3%. Il reste cependant moyen pour 38,5 % et difficile pour 10,2%. C'est donc une accessibilité mitigée. Pour autant, le croisement des données ne montre aucune significativité entre ceux qui ont un accès difficile, moyen, ou facile et la réalisation du dépistage. C'est peut-être là une explication au fait que les médecins urbains ne sont pas plus dépisteurs que les ruraux dans notre étude bien qu'ayant plus de facilités.

En fait, l'impact de l'accessibilité se joue plutôt au niveau de l'adhésion du patient à la stratégie de dépistage. En effet, une étude à Malmö puis une autre s'étendant à la Suède sur les facteurs de non-participation des patients après recrutement ont mis en évidence que les patients éloignés d'un centre de dépistage et défavorisés participent moins au dépistage alors que cette population a une plus forte prévalence d'AAA (25) (26). Ceci suggère cependant qu'on a tout intérêt à augmenter l'accessibilité à l'échographie-doppler en Picardie.

En ce sens, l'avenir sera peut-être, comme pour le dépistage du cancer du sein, au développement d'échographes mobiles.

L'accessibilité au chirurgien vasculaire ou à l'imagerie scannographique ou IRM est moins bonne que pour l'échographie, mais il s'agit là plus des suites du dépistage que du dépistage en lui-même. On ne peut cependant oublier qu'un dépistage est un continuum et n'a de sens que si on en déduit et applique une stratégie ultérieure.

#### vi. L'expérience du médecin face à l'AAA

Pour un médecin avoir un comportement de soins, ici dépister, obéit en grande partie aux mêmes lois que celles qui règlent le comportement de santé des patients. Se sentir impliqué, concerné, vivre des évènements catalyseurs de la mise en action sont des éléments importants. En ce sens, l'expérience du médecin sur ce qu'il a vécu, vu, sur ce à quoi il est réellement confronté dans sa pratique peut influencer sa pratique.

77.8% des réponders suivent actuellement moins de 10 patients porteurs d'un AAA. Cela paraît cohérent avec ce à quoi on peut s'attendre théoriquement c'est à dire autour de 3 patients par généraliste. C'est peut-être un nombre un peu faible pour pousser le médecin à comprendre la pertinence de ce dépistage et à s'y investir. Mais, on ne trouve pas pour autant de corrélation entre le nombre de patients suivis porteurs d'un AAA et le fait d'être dépisteur.

D'ailleurs, cette prévalence de la pathologie dans une patientèle est au moins égale à celle des cancers du col avec un concept de dépistage par frottis non remis en cause.

Les complications thrombo-emboliques ou la rupture sont graves et marquantes y compris pour le médecin quand cela arrive à l'un de ses patients. Aussi, en avoir l'expérience pourrait stimuler une attitude plus active pour le dépistage. Pour autant nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre le vécu de ces événements et la réalisation du dépistage. Ceci peut expliquer en partie qu'il n'y ait pas de différence vis à vis du dépistage entre les jeunes médecins et les médecins plus anciens avec plus d'expérience.

Par contre, on retrouve une significativité entre la réalisation du dépistage de manière ciblée et les praticiens ayant eu plus de 6 patients opérés d'un AAA, ceux-ci réalisent plus de dépistage. Peut-être que l'expérience d'un dépistage qui a une conséquence pratique réalisable et bénéfique pour le patient est un élément sur lequel il faut s'appuyer pour optimiser le dépistage. Ceci serait en conformité avec le principe qui veut que pour un comportement de santé durable trouver des valeurs positives à l'action est toujours plus efficace que manier la peur des complications.

vii. Recueil des antécédents d'anévrisme familiaux en tant que facteur de risque

70.1 % des praticiens portent un intérêt aux antécédents d'anévrismes chez les patients. Ceci suggère que beaucoup de praticiens même s'ils n'en déduisent pas forcément l'utilité d'un dépistage, ont intégré l'idée que cet antécédent avait de l'importance dans le suivi de leurs patients. L'optimisation doit donc surtout porter sur l'après recueil des antécédents.

Le fait de rechercher, de noter cet antécédent reste cependant un premier pas important pour passer au dépistage. Ainsi, de manière significative ( $p < 0,1\%$ ), les praticiens ne relevant pas les ATCD d'Anévrisme et ne réalisant pas de dépistage sont majoritaires dans notre panel alors que ceux relevant les antécédents d'anévrisme mais ne réalisant pas de dépistage ainsi que ceux qui réalisent un dépistage ciblé sans relever les antécédents d'anévrismes sont minoritaires.

Par contre, 45.1% ne spécifient pas la localisation de l'anévrisme. Ceci peut s'expliquer par l'imprécision des patients mais aussi peut être par une non perception par les médecins de la spécificité de l'AAA par rapport aux autres anévrismes notamment cérébraux et donc de son dépistage spécifique. Effectivement, un dépistage des anévrismes cérébraux ou thoraciques n'aurait pas la même argumentation. Ils ont des terrains communs : Tabagisme, HTA, Terrain

Familial mais aussi des différences : pour les cérébraux : Traumatisme crânien, Cocaïne, Alcool, Anomalies congénitales (28) et pour les thoraciques : Malformation Cardiaque, Anomalies congénitales des tissus (27). Leur dépistage notamment de celui cérébral par une imagerie cérébrale (angio-TDM ou angio-IRM) est plus lourd que l'échographie pour l'AAA et le dépistage de l'anévrisme thoracique nécessite une consultation spécifique cardiologique.

#### viii. Le questionnement du patient au médecin sur l'AAA

La notion d'anévrisme et l'interrogation du médecin par le patient paraît relativement floue et occasionnelle voire absente pour la plupart des médecins. Le croisement des données sur l'interrogation des patients avec la réalisation du dépistage ne montre pas de différence significative. Or, en matière de dépistage, si le médecin conseille, c'est le patient qui fait. Dans bien des cas, la relation médecin – patient amène aujourd'hui à des dépistages opportunistes à la demande du patient, celui-ci étant informé par diverses sources et après dialogue avec le praticien. Ainsi, le patient devient un inducteur du comportement de dépistage chez le médecin. Ici, cela ne semble pas être le cas, ce qui peut s'expliquer à la fois par une non-vulgarisation de ce dépistage auprès du public, mais aussi par le fait qu'il s'agit d'un dépistage opportuniste ciblé.

#### C. Les non dépisteurs

57 médecins sur 117, soit 48.7% des répondants ne font pas de dépistage. Les seules spécificités de ces médecins statistiquement significatives que nous avons trouvées sont : la sur-représentation dans ce groupe des médecins n'ayant pas eu d'information ; exerçant en zone urbaine ; ne relevant pas les antécédents d'anévrisme.

Il n'apparaît pas chez les non dépisteurs une opposition forte et argumentée comme elle a été décrite chez les opposants au dépistage du cancer du sein ou de la prostate voire du colon. Les arguments du niveau de l'inutilité sont peu représentés (complication rare ; pas intérêt avant 1<sup>er</sup> symptôme ; examen clinique suffit ; chirurgie à trop haut risque). Seule la rareté de l'AAA comme justificatif de non utilité du dépistage est notée avec une fréquence notable (24.6%). Cet argument de la rareté qui a sa réalité dans le quotidien individuel des médecins, justifie à leur niveau, un travail pédagogique sur le concept de validité d'un dépistage. Il s'agit non de nier cet argument mais de le mettre dans un calcul de bénéfice - inconvénient face aux arguments pro-dépistage.

D'autres arguments du non dépistage sont cités avec une fréquence plus importante :

- Non demande des patients (35.1%) : La non demande du patient renvoie à la non information du patient via des campagnes d'information grand public notamment. Logiquement, 57.9% pensent ainsi que ces campagnes pourraient lever leur frein. Or, ces campagnes, existent comme les opérations Vesale, mais il est vrai qu'elles n'atteignent pas le niveau de celles du cancer. Cependant, derrière cette attente de la demande du patient pour agir, se pose une question de l'ordre du professionnalisme : le médecin doit-il être inducteur d'un comportement de santé d'un patient ou simple catalyseur à partir d'une demande ? Dans le cas de l'anévrisme, les médecins déclarent majoritairement que cela reste flou chez les patients et peu l'objet d'un questionnement. Sachant cela, il appartient au médecin dans l'intérêt de son patient d'être précurseur de la demande de son patient.
- Ne pas y penser lors des consultations (57.9%) : Cela touche, comme le manque de temps (19.3%) à l'organisation du travail du médecin généraliste notamment l'intégration de l'activité de dépistage à côté ou en même temps que l'activité curative. Une solution financière type ROSP n'est citée que par 24.6%.
- La consultation dédiée au dépistage (43.9%) est une piste souvent évoquée par les médecins de façon générale, pertinente mais en réalité peu réalisée (29). Une proposition de consultation spécialisée (Médecine Vasculaire ou Cardiologie) combinant le dépistage de l'AAA et la prise des facteurs de risque cardiovasculaire a déjà été avancée par la Société Française de Cardiologie (30). Une autre solution serait les aides mémoires - alertes des logiciels médicaux, système qui a montré sa pertinence pour modifier des comportements de soins chez les médecins. Ceci présuppose que les logiciels soient pertinents pour afficher automatiquement une alerte à partir de facteurs de risques issus d'autres parties du dossier médical, ce qui n'est pas le cas actuellement.
- L'absence de dépistage recommandé (49.1%) peut surprendre alors qu'il existe une recommandation de la SMFV depuis 2006 et de l'HAS depuis Novembre 2012. Cette non-connaissance peut être issue des problèmes de diffusion et appropriation des

référentiels en général. Dans le cas du dépistage de l'AAA, on peut aussi se demander si la variété des avis sur le sujet n'est pas délétère pour la prise en charge du patient. Effectivement, au-delà de la recommandation HAS, le praticien va rencontrer différents avis sur qui et quand et comment dépister selon les pays (Annexe 2), les sociétés savantes. Ces données sont concordantes avec l'étude de Lorient (20) qui retrouve comme principale contrainte à la réalisation du dépistage l'absence d'information ou de formation et de temps.

- Une hypothèse n'a pas été testée, ni spécifiée dans « autre » par les médecins : c'est celle que beaucoup de patients de plus de 60-65 ans ont eu une échographie abdominale, une échographie doppler des membres inférieurs, un scanner ou IRM abdominal ou lombaire pour divers motifs et qu'à ce titre ils subissent un dépistage. Cependant, le fait qu'il n'y ait pas de compte rendu minimum obligatoire dans ces examens peut donc entraîner une absence d'analyse de l'aorte si le but de l'examen est tout autre ou un examen « à l'œil » sans mesure négligeant une ectasie ou un anévrisme débutant. Ainsi, on peut supposer qu'un anévrisme de grande taille pourra être dépisté fortuitement mais peut être pas un de petite taille.
- La demande d'un dépistage organisé (80.7%), qui serait inducteur de leur adhésion à ce dépistage, est forte. En Suède, un dépistage pilote organisé en 2006 et 2009 a été mis en place. Le taux de participation a été estimé à 77,6%. D'autres pays ont mis en place des programmes de dépistage comme les Etats Unis en 2006 (31) et le Royaume Unis en 2008 (32). Aux Etats Unis, des outils de convocations ont été mis en place pour augmenter le taux de participation. L'HAS recommande un dépistage opportuniste ciblé c'est à dire non organisé et non de masse. Ses arguments sont que les travaux internationaux ne sont pas en faveur de la pertinence et de l'efficacité d'un dépistage de masse s'adressant à toute la population par rapport à un dépistage ciblé à partir de facteurs de risques bien identifiés. Or, un dépistage est pertinent lorsqu'il améliore la morbidité et/ou mortalité d'une population. L'évaluation de la pertinence du dépistage a concerné la population à plus haut risque d'AAA : masculine et les facteurs de risques majeurs : l'âge, le tabagisme, les antécédents familiaux (5). Cette stratégie permet une prise en charge optimisée du patient et globale avec prise en charge des comorbidités. L'HAS, par ailleurs, n'est pas favorable, pour l'instant, à un dépistage organisé bien que cela existe dans d'autres pays du fait de la non transposabilité des résultats notamment en termes d'efficacité entre les systèmes de santé différents.

#### D. Les dépisteurs de masse

Ils ne sont que 6 dans notre étude, représentant 5.1% des 117 médecins. Leur petit nombre ne permet pas de chercher des corrélations fiables.

Leurs principales motivations c'est la perception d'un « dépistage simple et qui vaut le coup » : gravité des complications (100%), pertinence de l'échographie (100%), efficacité et risque calculé de la chirurgie (66.7%), insuffisance de la clinique (50%), stratégie de suivi (50%). C'est peut-être cette impression de facilité et d'innocuité qui les pousse à un dépistage de masse alors qu'ils reconnaissent tous (100%) qu'il existe des facteurs de risques connus, ce qui logiquement devrait plutôt les pousser à un dépistage ciblé.

Très surprenant est le fait qu'aucun n'ait noté les recommandations d'HAS ou des sociétés savantes comme une motivation. Il s'agirait ainsi plus d'une stratégie intuitive et assez spontanée à partir de l'expérience personnelle, de diverses lectures ou rencontres parmi lesquelles les spécialistes (médecins vasculaires, chirurgiens vasculaires ...). Les recommandations de l'HAS seraient inconnues ou juste une information sans lien avec leur pratique. Ainsi, la connaissance de facteurs de risque n'induit pas ici la prise en compte de ceux-ci dans la stratégie du dépistage comme le montre la non différenciation liée au sexe. De même, alors que le dépistage recommandé se veut unique, ces médecins ne l'envisagent que répéter sur un rythme annuel (50%) ou quinquenal (50%). On touche là à une problématique plus globale de compréhension de la validité et de pertinence d'une action de dépistage où les critères de jugement d'un médecin « isolé » ne sont pas forcément ceux des évaluations sur les populations et des évaluations médico-économiques. Ainsi, au-delà de la diffusion du protocole de marche à suivre du dépistage, il paraît tout aussi important d'en diffuser les fondements et justifications. Comprendre ce qu'il fait et pourquoi il le fait reste fondamental pour le médecin.

#### E. Les dépisteurs ciblés

46,2% des praticiens répondants soit 54 réalisent pour leurs patients un dépistage ciblé de l'AAA.

Ce groupe de médecins se caractérise de façon significative par une plus grande information, un exercice plus rural, l'enregistrement des antécédents d'anévrisme, une plus grande expérience des anévrismes opérés.

Leurs motivations apparaissent plus nuancées que le groupe dépistage de masse mais il reste une forte reconnaissance de l'utilité du dépistage du fait de la gravité des complications, de l'existence de facteurs de risque connus et d'un test simple de dépistage (l'échographie).

La très faible référence à l'HAS et aux sociétés savantes interroge comme pour le groupe de dépistage en masse.

On retrouve d'ailleurs, que de façon faible (9.1%), le dépistage est réalisé de manière unique. La majeure partie des dépistages est réalisée avec une grande variété de périodicité de répétition de l'échographie et d'âge de fin. Ceci veut dire que même si 51.3% de nos médecins dépistent, très peu [5] le font selon le protocole HAS. Les médecins n'ont pas intégré le pourquoi de l'inutilité de répéter le dépistage en l'absence d'AAA constaté à 75 ans.

De même, le facteur sexe n'engendre pas fondamentalement de stratégie différente entre homme et femme. Les critères de sélection apparaissent approximatifs : on aurait pu s'attendre à des 100% de citations pour des facteurs basiques comme le tabac. En fait les médecins semblent avoir en grande partie résumé les facteurs de risques cardiovasculaires de façon générale.

C'est toute la problématique de gestion dans la pratique des dépistages ciblés de plus en plus nombreux en médecine générale mais dont il est impossible de mémoriser jusqu'au détail chaque protocole et ce d'autant plus que ces protocoles évoluent. L'outil informatique avec des logiciels médicaux ergonomiques, actualisés en matière de dépistage est devenu incontournable, mais aujourd'hui pas réellement existant. Ces facteurs de risques à prendre en compte posent aussi problème par des absences de consensus. Ainsi, par rapport au référentiel HAS, d'autres protocoles sont fournis au médecin tenant moins compte par exemple du sexe, par comparaison avec les différents facteurs selon les sociétés savantes, HAS ou pays étranger (annexe 2).

Cette absence de rigueur dans l'utilisation des facteurs de risque peut avoir des effets délétères du niveau de la prévention quaternaire. Par exemple, le diabète considéré plutôt

comme facteur protecteur est utilisé ici comme facteur de sélection des patients à dépister. Ceci étant, le dommage de faire une échographie non justifiée n'est ici qu'économique et source d'une désorganisation des ressources.

#### 4. Perspectives

Afin d'affiner ce travail, plusieurs points mériteraient d'être approfondis :

- Réaliser une autre étude avec un recrutement plus large afin d'améliorer la puissance de l'étude.
- Etudier l'efficacité de ce dépistage, en terme de morbi-mortalité, chez les patients dépistés porteurs d'un AAA
- Etudier le dépistage de l'AAA spontané par les spécialistes lors de consultations ou examens de « routine » : écho-doppler des TSA, échographie abdominale, échocardiographie ...

## CONCLUSION

A l'échelle d'une population, l'AAA n'est pas une pathologie exceptionnelle même si dans sa pratique quotidienne au cours de sa carrière chaque médecin généraliste y est relativement peu confronté. Cependant, sa progression silencieuse, la gravité des complications, l'existence d'un dépistage ciblé facile, validé, efficient, pertinent, les possibilités thérapeutiques efficaces font qu'elle mérite une attention particulière en Médecine générale.

Notre étude a permis d'évaluer le pourcentage de médecins qui réalisent ou pas le dépistage de l'AAA et d'évoquer les facteurs d'influence. Seulement 51.3% des médecins picards de notre enquête ont adopté une attitude de dépistage vis à vis de l'AAA. Cette attitude est de façon massive sans conformité avec la stratégie validée par HAS, les sociétés savantes ou les



travaux internationaux. Mais c'est plus par excès que par défaut tant sur la sélection des patients que sur la chronologie du dépistage.

Elle a aussi permis de mettre en évidence des freins notamment la méconnaissance ou non intégration des recommandations de l'HAS et de leurs argumentaires, la difficulté d'organisation du travail dont l'insuffisance d'aide par les outils informatiques, la gestion du temps, la non implication des patients. Mais, il a été mis en évidence des éléments motivants tels que l'absence d'hostilité sur la forme ou le fond au dépistage de l'AAA, la connaissance des risques graves et du moyen de dépistage, l'importance d'avoir eu des patients opérés avant rupture.

À partir de ce constat, des perceptives d'action optimisantes pourraient être envisageables afin d'améliorer ce dépistage :

- Au niveau de l'information
  - Faire des campagnes destinées grand public non anxiogène précisant bien qui est concerné et qui ne l'ai pas, l'inutilité de la répétition des échographies et le passage premier par le médecin généraliste.
  
- Au niveau de la formation
  - Mettre en place des formations spécifiques locales, idéalement courtes, idéalement indemnisées, idéalement avec pour les médecins généralistes, médecins vasculaires, cardiologues, échographistes, chirurgiens vasculaires, idéalement à la même période au moins sur l'ensemble d'une région pour créer une dynamique. Cette formation devrait rechercher ce que les participants savent déjà de l'AAA, de son dépistage, ce qui freine et/ou motive les praticiens puis exposer le protocole de l'HAS notamment en développant les raisons du dépistage ciblé, la sélections des facteurs de risque, l'intérêt d'un dépistage unique et jusqu'à 75ans etc...
  - Renforcer le rôle formateur des correspondances généralistes–autres spécialistes.
  - Campagnes d'informations sur les recommandations existantes auprès des médecins généralistes sous de multiples formes : diffusion dans les revues médicales, flyer diffusés par les autorités de santé : CPAM, HAS, URPS ...

- Au niveau de l'organisation du travail
  - Mettre en place un dépistage organisé comme certains autres pays en tenant compte du pourquoi d'autres dépistages organisés n'ont pas la performance escomptée.
  - Sensibiliser les spécialistes (radiologue, angiologue, cardiologues...) au dépistage de l'AAA lors d'examen annexes : scanner abdominal, lombaire, écho-doppler des TSA, IPS lors suspicion AOMI, échographie abdominale, échocardiographie... avec tarification spécifique si besoin.
  - S'interroger sur la façon la plus pertinente de favoriser l'intégration de l'activité de dépistage dans l'activité quotidienne de soins du généraliste : paiement à la performance sur des items ciblés et limités ou définition d'une consultation de synthèse annuelle intégrant notamment prévention-dépistage-plan de soins ou élévation du niveau de tarification de la consultation de base ...
  - Exiger via la labélisation et l'agrément, comme pour sesam vitale, que les logiciels médicaux soient ergonomiques et pertinents pour le dépistage en général et celui de l'AAA en particulier.
  - Réfléchir, expérimenter le développement la formation des médecins généralistes pour le dépistage par l'échographie (33) avec des appareils mobiles.

Notre travail montre qu'il ne faut peut-être pas beaucoup de modifications pour que les généralistes Picards deviennent des acteurs efficaces du dépistage de l'AAA. Il faut, aujourd'hui, créer une dynamique de dépistage avec les bons outils à partir d'une information du public cible, une formation locale des médecins et des modifications organisationnelles du travail portant notamment sur le logiciel métier, le contenu des actes, l'imagerie et peut être un dépistage organisé. On peut ainsi espérer diminuer le nombre de décès annuels dû à l'AAA mais aussi accroître le contrôle des facteurs de risques cardiovasculaire modifiables et ainsi de limiter le développement de l'AAA et des autres pathologies cardio-vasculaire.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Becker F., Baud J.M. Pour le groupe de travail ad hoc Dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale et surveillance des petits anévrismes de l'aorte abdominale : argumentaire et recommandations de la Société française de médecine vasculaire. Rapport final *J Mal Vasc* 2006 ; 31 : 260-276
2. INSERM | ICVOP [Site Internet]. [Consulté le 2 Septembre 2017] Disponible sur : <http://www.icvop.fr/anevrisme.html>

3. Haute Autorité de Santé, Anévrismes de l'aorte abdominale en France : proposer un dépistage ciblé opportuniste unique chez les hommes présentant des facteurs de risque [Document électronique], Saint Denis La Plaine, Communiquer de presse, 2013, disponible sur : <https://www.has-sante.fr/>
4. SFMV, Vesale [document électronique], Paris, Dossier de Presse, 2015, Disponible sur : <http://sfmvvesale.fr>
5. Haute Autorité de santé, Pertinence de la mise en place d'un programme de dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale en France [Internet] Saint-Denis La Plaine, [Consulté le 2 Septembre 2017] Disponible sur : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
6. Robert M, Juillièrè Y, Gabet A, Kownator S, Olié V. Anévrismes de l'aorte abdominale et dissections aortiques : patients hospitalisés et mortalité, France, 2000-2013. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(38-39):724-32.
7. Groupe Hospitalier Saint Joseph, Journée nationale de dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale [document électronique]. Paris, Dossier de Presse, 2013. Disponible sur : [www.hpsj.fr/wp-content/uploads/2015/02/dpAAA2013\\_vdef.pdf](http://www.hpsj.fr/wp-content/uploads/2015/02/dpAAA2013_vdef.pdf)
8. Rutherford's Vascular Surgery, 2-Volume Set - 9781455753048 | US Elsevier Health Bookshop [Ouvrage]. Disponible sur : <https://www.us.elsevierhealth.com/rutherfords-vascular-surgery-2-volume-set-9781455753048.html>
9. Lindholt JS, Vammen S, Juul S, Fasting H, Henneberg EW. Optimal interval screening and surveillance of abdominal aortic aneurysms. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2000 Oct;20(4):369-73. PubMed PMID: 11035969.
10. Salo JA, Soisalon-Soininen S, Bondestam S, Mattila PS. Familial occurrence of abdominal aortic aneurysm. Ann Intern Med. 20 avr 1999;130(8):637-42.
11. Cornuz J, Sidoti Pinto C, Tevaearai H, Egger M. Risk factors for asymptomatic abdominal aortic aneurysm: systematic review and meta-analysis of population-based screening studies. Eur J Public Health. déc 2004;14(4):343-9.

12. Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire de Langue Française [Internet]. 2017. [Consulté le 2 Septembre 2017]. Disponible sur : <http://www.vasculaire.com/fr/Maladies/Aneurisme-de-l-Aorte-Abdominale/Pour-en-savoir-plus>
13. Lindholt JS, Norman P. Screening for Abdominal Aortic Aneurysm Reduces Overall Mortality in Men. A Meta-analysis of the Mid- and Long-term Effects of Screening for Abdominal Aortic Aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1 août 2008;36(2):167-71.
14. Cosford PA, Leng GC. Screening for abdominal aortic aneurysm Cochrane. *Cochrane Database Syst Rev*. 18 avr 2007;(2):CD002945.
15. Takagi H, Goto S, Matsui M, Manabe H, Umemoto T. A further meta-analysis of population-based screening for abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg*. 1 oct 2010;52(4):1103-8.
16. ADECA. Critères de dépistage [Internet]. [Consulté le 2 Septembre 2017] Disponible sur : [http://www.adeca68.fr/prevention\\_et\\_depistage/criteres\\_de\\_depistage.112.html](http://www.adeca68.fr/prevention_et_depistage/criteres_de_depistage.112.html)
17. DRESS, Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie, «Etudes et résultats», n°315, 2004,
18. INSEE Population totale par sexe et âge au 1<sup>er</sup> janvier 2017, France—Bilan démographique 2016 | Insee [Internet]. [Consulté le 2 Septembre 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>
19. Beaez, Chloé, Les recommandations de dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale sont-elles respectées ? : étude prospective aux urgences de Dunkerque, Thèse de doctorat : Médecine, sous la direction du Dr Michaël Rochoy, Lille, Université Lille 2, 2016.
20. Quentin, Lucie. Influence de l'information médicale sur les pratiques des médecins généralistes : Exemple à un an d'une étude de dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale, chez les hommes de plus de 65 ans, de l'agglomération de Lorient. Thèse de doctorat : Médecine. Rennes 1, sous la direction du Dr François Gérard, 2016.

21. André-Fouët X. Collège des enseignants de Cardiologie, 1999. Presses Universitaires Lyon; 1999. 916 p.
22. Normand Yann. Le courrier du spécialiste au médecin traitant: En quoi est-il informatif et formateur pour le médecin généraliste ? Thèse de doctorat : Médecine. Amiens, sous la direction du Pr Georges Jung, 2012
23. Le Floch Pierre Yves. Performance du dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale par échographie en médecine générale. Thèse de doctorat en Médecine. Toulouse 3, sous la direction du Dr Julie Dupouy, 2016.
24. Chaumontet Aurélie, Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale : taux de dépistage dans une population de médecine générale et faisabilité par des infirmières. Thèse de doctorat : Médecine. Grenoble, sous la direction du Dr Berremili Toufek, 2013.
25. Zarrouk M, Holst J, Malina M, Lindblad B, Wann-Hansson C, Rosvall M, Gottsäter A. The importance of socioeconomic factors for compliance and outcome at screening for abdominal aortic aneurysm in 65-year-old men. *J Vasc Surg.* 2013 Jul;58(1):50-5. doi: 10.1016/j.jvs.2012.12.080. Epub 2013 Mar 29. PubMed PMID: 23541548.
26. Linne A, Leander K, Lindström D, Törnberg S, Hultgren R. Reasons for non-participation in population-based abdominal aortic aneurysm screening. *Br J Surg.* 2014 Apr;101(5):481-7. doi: 10.1002/bjs.9434. Epub 2014 Feb 26. PubMed PMID: 24615380.
27. Quelles sont les causes de l'anévrisme? Les Anévrisme de l'Aorte Thoracique, Maladies, Patients et Professionnels - SCVE [Internet]. [Consulté le 2 Septembre 2017]. Disponible sur : <http://www.vasculaire.com/fr/Maladies/Les-Anevrisme-de-l-Aorte-Thoracique>
28. Flahaut Adrien, Dépistage des anévrismes cérébraux dans la polykystose rénale autosomique dominante ; évaluation des pratiques des néphrologues en France et de l'impact, Thèse de doctorat : Médecine. Paris Descartes, sous la direction de Dominique Joly, 2015

29. Haut Conseil de la Santé Publique : Consultations de prévention : Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement [document électronique], Rapport, Mars 2009
30. Aboyans V, Bataille V, Bliscaux P, Ederhy S, Filliol D, Honton B, et al. Am J Cardiol. 1 oct 2014;114(7):1100-4.
31. Abdominal aortic aneurysm (AAA) screening [Internet]. Medicare Interactive. [Consulté le 2 Septembre 2017]. Disponible sur: <https://www.medicareinteractive.org/get-answers/medicare-covered-services/preventive-care-services/abdominal-aortic-aneurysm-aaa-screening>
32. Davis M, Harris M, Earnshaw JJ. Implementation of the National Health Service Abdominal Aortic Aneurysm Screening Program in England. J Vasc Surg. 1 mai 2013;57(5):1440-5.
33. Blois B. Office-based ultrasound screening for abdominal aortic aneurysm. Can Fam Physician Médecin Fam Can. mars 2012;58(3):e172-8.
34. Observatoire national Interministériel de la sécurité routière, Bilan de l'accidentalité de l'année 2016, [document électronique], Paris, 2017, [Consulté le 2 Septembre 2017]. Disponible sur : <http://www.securite-routiere.gouv.fr>.
35. Bergqvist D, Bengtsson H: Should screening for abdominal aortic aneurysms be advocated? Acta Chir Scand Suppl 1990;555: 89-97.

## **ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE**

# Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale

Madame, Monsieur les Docteurs,

Dans le cadre de ma thèse de Docteur en Médecine Générale, je réalise, sous la direction du Pr JUNG Georges, une étude sur les pratiques des médecins généralistes de Picardie concernant le dépistage de l'Anévrisme de l'Aorte Abdominale (AAA).

Le but de l'étude est de déterminer si le dépistage de l'AAA est réalisé et d'analyser les critères entraînant ce dépistage. Ce travail ne porte pas sur le diagnostic, suivi, traitement de l'AAA et ses complications.

Il porte uniquement sur le dépistage de l'AAA donc des sujets asymptomatiques et sans anévrisme connu.

**Merci de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire anonyme. Il est très rapide (<5mins) puisque, selon votre position face à ce dépistage, vous n'avez à remplir qu'une partie :**

- Vous ne faites pas le dépistage = partie A, B, C, D
- Vous faites un dépistage de masse (seuls critères de sélection = âge, sexe) = partie A, B, C, E
- Vous faites un dépistage ciblé (critères de sélection outre l'âge, sexe) = partie A, B, C, F

Les résultats seront disponibles sur demande via : maryetoile@bbox.fr

Merci d'avance de votre implication dans ce travail

Melle TOULEC Marie Interne de 3ème année de Médecine Générale à Amiens

## **A : Présentation**

1. Vous êtes	<input type="radio"/> Homme	<input type="radio"/> Femme	
2. Quel est votre âge ?	<input type="text"/>		
3. Où exercez vous ?	<input type="radio"/> Somme	<input type="radio"/> Oise	<input type="radio"/> Aisne
4. Vous exercez depuis :	<input type="radio"/> <10ans	<input type="radio"/> 10-25ans	<input type="radio"/> >25ans
5. Vous exercez dans un milieu :	<input type="radio"/> Rural	<input type="radio"/> Semi-rural	<input type="radio"/> Urbain

## **B : Information**

1. Avez vous eu des informations sur le dépistage de l'AAA ?	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui			
1.1. Si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/> Formation FMC	<input type="checkbox"/> Revue médicale	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Echange avec spécialistes	<input type="checkbox"/> Autre
2. Avez vous eu une formation sur le dépistage de l'AAA par échographie ?	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui			
3. Avez vous un appareil d'échographie à disposition ?	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui			
4. L'accès (financier, géographique, délai de rendez vous) de vos patients est :	difficile	moyen	facile		
à l'échographie-doppler abdominale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
à l'angio-scanner ou l'angio-IRM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
à une consultation de chirurgie vasculaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
5. Depuis le début de votre carrière, vous estimez :	<6	6-10	11-20	20-49	>49
- le nombre de patients suivis pour un AAA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- le nombre de patients opérés d'un AAA :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- le nombre de rupture d'AAA chez vos patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- le nombre de complications thromboemboliques du fait d'un AAA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## **C : Patients et AAA**

1. Inscrivez vous dans le dossier les antécédents familiaux d'anévrisme chez vos patients	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui		
1.1. Si oui de :	<input type="checkbox"/> Aorte abdominale	<input type="checkbox"/> Cérébral	<input type="checkbox"/> Aorte thoracique	<input type="checkbox"/> Indifférencié
2. Pour vos patients, la notion d'anévrisme et de ses risques est :	<input type="radio"/> Claire	<input type="radio"/> Floue	<input type="radio"/> Inconnue	
3. Vos patients vous questionnent - ils ou s'inquiètent-ils de cette pathologie ?	<input type="radio"/> Souvent	<input type="radio"/> Parfois	<input type="radio"/> Jamais	

Tournez la page SVP



# Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale

4. Réalisez vous :  Aucun dépistage  Un dépistage de MASSE  Un dépistage CIBLE

Rappel :

Un dépistage de masse = les seuls critères de sélection des patients sont l'âge et/ou le sexe

Un dépistage ciblé = critères spécifiques de sélection outre l'âge et le sexe

## D : Vous ne réalisez pas de dépistage

### 1. Quels sont vos freins à la réalisation ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Il n'y a pas de dépistage recommandé                   | <input type="checkbox"/> Chirurgie à trop haut risque  |
| <input type="checkbox"/> Manque de temps lors des consultations                 | <input type="checkbox"/> J'attends des directives précises pour le faire                       |
| <input type="checkbox"/> Je n'y pense pas lors de la consultation               | <input type="checkbox"/> Les complications de l'AAA sont très rares                            |
| <input type="checkbox"/> L'AAA étant rare la rentabilité de l'examen est faible | <input type="checkbox"/> Je ne vois pas d'intérêt réel à ce dépistage avant les 1ers symptômes |
| <input type="checkbox"/> L'examen clinique suffit                               | <input type="checkbox"/> Difficulté à accéder aux examens paracliniques                        |
| <input type="checkbox"/> Les patients ne me le demandent pas                    | <input type="checkbox"/> Autre   |

Si 'Autre', précisez :

### 2. Quelles pourraient être les motivations pour vous inciter à réaliser le dépistage de l'AAA

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dépistage organisé (comme pour le cancer colorectal par exemple) | <input type="checkbox"/> Financière (à type de ROSP par exemple)                                |
| <input type="checkbox"/> Consultation dédiée au dépistage                                 | <input type="checkbox"/> Ordonnancier de bons d'examens pré-remplis                             |
| <input type="checkbox"/> Examens paracliniques plus accessibles                           | <input type="checkbox"/> Stimulation de la part du patient suite à des campagnes d'informations |
| <input type="checkbox"/> Autre  |   |

Si 'Autre', précisez :

## E : Vous réalisez un dépistage de Masse

### 1. Quels sont les arguments que vous utilisez pour motiver vos patients ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Les facteurs de risques connus de l'AAA                                | <input type="checkbox"/> Les risques de rupture ou thromboemboliques de l'AAA       |
| <input type="checkbox"/> La rapidité, innocuité, fiabilité de l'échographie abdominale          | <input type="checkbox"/> L'efficacité de la chirurgie au stade de risque de rupture |
| <input type="checkbox"/> Le faible risque chirurgical si besoin d'intervention programmée       | <input type="checkbox"/> L'insuffisance de la clinique pour le dépistage            |
| <input type="checkbox"/> Si découverte d'AAA : un simple suivi sans chirurgie dans bien des cas | <input type="checkbox"/> L'avis des sociétés savantes, de l'HAS                     |
| <input type="checkbox"/> Autre  |   |

Si 'Autre', précisez :

2. Qui dépistez-vous ?  Uniquement les hommes  Uniquement les femmes  Hommes ET femmes

### 3. Par quel moyen réalisez vous le dépistage ?

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Examen clinique | <input type="checkbox"/> Echo Doppler Aorte Abdominale | <input type="checkbox"/> Angio-scanner Aorte Abdominale | <input type="checkbox"/> Angio IRM Aorte Abdominale |
|--|--|---|---|

### 4. A quel rythme, en l'absence d'anévrisme, répétez vous les examens ?

1 seule fois  1 fois / an  1 fois / 2-3ans  1 fois / 5ans  1 fois / 10ans

### 5. A partir de quel âge débutez vous le dépistage ?

Pour les hommes ?

Pour les femmes ?

### 6. Si vous répétez l'examen, jusqu'à quel âge le faites vous ?

Pour les hommes ?

Pour les femmes ?

# Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale

## F : Vous réalisez un dépistage ciblé

### 1. Quels sont les arguments que vous utilisez pour motiver vos patients ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Les facteurs de risques connus de l'AAA                                | <input type="checkbox"/> Les risques de rupture ou thromboemboliques de l'AAA       |
| <input type="checkbox"/> La rapidité, innocuité, fiabilité de l'échographie abdominale          | <input type="checkbox"/> L'efficacité de la chirurgie au stade de risque de rupture |
| <input type="checkbox"/> Le faible risque chirurgical si besoin d'intervention programmée       | <input type="checkbox"/> L'insuffisance de la clinique pour le dépistage            |
| <input type="checkbox"/> Si découverte d'AAA : un simple suivi sans chirurgie dans bien des cas | <input type="checkbox"/> L'avis des sociétés savantes, de l'HAS                     |
| <input type="checkbox"/> Autre  |   |

Si 'Autre', précisez :

### 2. Quels sont les critères qui vous amènent à réaliser le dépistage ?

	Homme	Femme
Tabagisme Actif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabagisme Ancien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HyperLDL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HTA non équilibrée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HTA équilibrée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sédentarité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédent AAA du 1er degré (père, mère, soeur, frère)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédent AAA du 2ème degré (oncle, tante, cousin, grand parent)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tout antécédent familial d'anévrisme quelle que soit sa localisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ATCD personnel de maladies cardio-vasculaires (AVC, IDM, AOMI, AIT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ménopause sans traitement hormonal substitutif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demande du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si 'Autre', précisez :

### 3. A partir de quel âge débutez vous le dépistage ?

Pour les hommes ?

Pour les femmes ?

4. Avancez vous l'âge du 1er dépistage si certains facteurs de risque cardio-vasculaire ne sont  Non  Oui pas contrôlés (tabagisme actif, diabète non équilibré, HTA non équilibré ...)

### 5. Par quel moyen réalisez vous le dépistage ?

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Examen clinique | <input type="checkbox"/> Echo Doppler Aorte Abdominale | <input type="checkbox"/> Angio-scanner Aorte Abdominale | <input type="checkbox"/> Angio IRM Aorte Abdominale |
|--|--|---|---|

### 6. A quel rythme, en l'absence d'anévrisme, répétez vous l'examen ?

- 1 seule fois     1 fois / an     1 fois / 2-3ans     1 fois / 5ans     1 fois / 10ans

### 7. Jusqu'à quel âge réalisez vous le dépistage ?

Pour les hommes ?

Pour les femmes ?

**ANNEXE 2 : TABLEAU DES RECOMMANDATIONS SELON LES PAYS**

<b><u>Sociétés Savantes, Pays</u></b>	<b><u>Type de Dépistage</u></b>	<b><u>Recommandations</u></b>	<b><u>Préconisations</u></b>
<b>HAS</b>	Dépistage Ciblé Unique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hommes de 65 à 75ans, tabagique chronique actuel ou passé</li> <li>- Hommes de 50 à 75ans ayant antécédents familiaux d'AAA</li> </ul>	
<b>SFMV</b>	Dépistage Ciblé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hommes âgés de 60 à 75ans fumeurs ou ayant fumés</li> <li>- Homme et/ou Femme de plus de 50ans ayant des antécédents familiaux d'AAA de 1<sup>er</sup> degré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hommes non fumeurs âgés de 60 à 75ans</li> <li>- Femmes de 60 à 75ans, fumeuses ou ayant HTA</li> <li>- Hommes âgés de plus de 75ans sans comorbidités et avec espérance de vie normale</li> <li>- Femmes âgés de plus de 75ans, fumeuses, sans comorbidités et avec espérance de vie normale</li> </ul>
<p><b>Etats Unis</b> (SAAAVE Act) (2007)</p> <p>Welcome to Medicare</p>	<p>Dépistage Ciblé</p> <p>Dépistage Unique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hommes de 65 à 75ans, fumeurs ou anciens fumeurs</li> <li>- Hommes et/ou Femmes de plus de 50ans, ayant des antécédents familiaux d'AAA               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hommes de 65 à 75ans fumeurs</li> <li>○ Hommes et Femmes de 65ans avec ATCD d'AAA</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Espagne</b> (AVALIA-t) (2009)	Dépistage Ciblé Unique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hommes de 65 à 75ans</li> <li>- Femmes fumeuses</li> <li>- Hommes et Femmes de plus de 50ans avec ATCD familiaux d'AAA</li> </ul>	

<p><b>Canada</b> (AETMIS) (2009) (Canadian Society for Vascular Surgery) (2008)</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Initiative du Médecin Généraliste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hommes de 65-75ans à faible risque opératoire</li> <li>- Hommes de moins de 65ans ayant ATCD familiaux d'AAA</li> <li>Femmes de plus de 65ans à risques élevés : ATCD tabagisme, maladies cérébro-vasculaire ou ATCD familiaux AAA</li> </ul>
<p><b>Royaume Unis</b> (NAAASP) (2010)</p>	<p>Dépistage Systématique Unique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hommes de 65ans</li> </ul>	
<p><b>Suède</b> (SBU) (2008)</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de programme de dépistage</li> </ul>	
<p><b>Allemagne</b> (Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie et USPSTF) (2009)</p>	<p>Dépistage Ciblé Unique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hommes de 65ans fumeurs ou anciens fumeurs</li> <li>- Hommes et Femmes quelque soit l'âge avec des ATCD familiaux d'AAA</li> <li>- Femmes de 65ans fumeuses, anciennes fumeuses ou ayant une pathologie cardiaque</li> </ul>	
<p><b>Australie et Nouvelle-Zélande</b> (National Screening Advisory Committee)(2009)</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de programme de dépistage</li> </ul>	
<p><b>Italie</b> (SICVE) (2010)</p>	<p>Dépistage Systématique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hommes de 65 à 80ans</li> </ul>	

## **RESUME EN FRANCAIS**

**INTRODUCTION :** l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) est une dilatation permanente, localisée et segmentaire de plus de 50% par rapport à son diamètre normal. La mortalité par rupture est estimée à 80%. Sa prévalence est estimée à 0,87% pour les plus de 60ans. Son dépistage ciblé et unique est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2012. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la réalisation du dépistage de l'AAA par les médecins généralistes picards.

**MATERIEL ET METHODE :** il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, de pratiques professionnelles, auprès de 425 médecins généralistes picards, sous la forme d'un questionnaire anonyme. Les réponses reçues du 20 mars au 30 avril 2017 ont été prises en compte.

**RESULTATS :** Nous avons obtenu 27,5% de réponses. 48,7% des répondants ne réalisaient pas de dépistage, 46,2% un dépistage ciblé et 5,1% un dépistage de masse. Les principales caractéristiques des réalisateurs d'un dépistage ciblé sont significativement une plus grande information ( $p<0,1\%$ ), un exercice plus rural ( $p=0,3\%$ ), un enregistrement des antécédents familiaux d'anévrisme ( $p<0,1\%$ ) et une plus grande expérience des anévrismes opérés ( $p=4,3\%$ ). Les dépisteurs, majoritairement, ne se conformaient pas aux recommandations de l'HAS tant sur la cible que sur la chronologie mais plus par excès que par défaut du dépistage.

**DISCUSSION – CONCLUSION :** Par sa fréquence et complications, l'AAA mérite une meilleure attention. Celle ci passe par une augmentation de son dépistage et une amélioration de la qualité de celui ci. C'est avant tout une dynamique qui manque aujourd'hui pour que ce dépistage soit bien fait. Cette dynamique relève de l'information du public, de la formation des médecins, des conditions d'exercice.

**MOTS-CLES :** dépistage, anévrisme, aorte abdominale, médecins généralistes, échographie, recommandations

## **RESUME EN ANGLAIS**

**INTRODUCTION :** The abdominal aortic aneurysm (AAA) is a permanent, localized and segmental abdominal aorta dilation of more than 50% in comparison with its normal diameter. Mortality in case of a rupture is estimated at 80%. Its prevalence has been estimated at 0.87% for the over 60 years. Its targeted and unique screening has been recommended by the High Authority of Health (HAD) since 2012. Our study main purpose was to evaluate the performance of AAA screening by general practitioners in Picardy.

**MATERIAL AND METHOD :** This is an epidemiological, observational study of professional practices among 425 general practitioners in Picardy, using an anonymous survey. Responses received between March 20<sup>th</sup> and April 30<sup>th</sup> 2017 have been taken into account.

**RESULTS :** We obtained 27.5% of answers. 48.7% of answering practitioners did not screen at all for AAA, 46.2% screened specifically and 5.1% screened unspecifically. The significant main characteristics for the targeting scanners are being more well informed ( $p < 0.1\%$ ), having a more rural practice ( $p = 0.3\%$ ), having a familial aneurysm history recording ( $p < 0.1\%$ ) and having a greater experience with operated aneurysms ( $p = 4.3\%$ ). Most of the screeners did not conform to the HAS guidance, regarding both target and chronology, but more with an excess rather than a lack of screening.

**DISCUSSION - CONCLUSION:** Because of its frequency and potentially mortal complications, the AAA deserves a better attention. This requires a screening increase and a screening quality improvement. It's above all a dynamic that is lacking today for this screening to be well done. This dynamic is a matter of public information, training of doctors and conditions of practice.

**KEYWORDS:** screening, aneurysm, abdominal aorta, general practitioners, ultrasound, recommendations

## **DEPISTAGE DE L'ANEVRISME DE L'AOORTE ABDOMINALE PAR LE MEDECIN GENERALISTE EN PICARDIE**

### **RESUME EN FRANÇAIS**

**INTRODUCTION :** l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) est une dilatation permanente, localisée et segmentaire de plus de 50% par rapport à son diamètre normal. La mortalité par rupture est estimée à 80%. Sa prévalence est estimée à 0,87% pour les plus de 60ans. Son dépistage ciblé et unique est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2012. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la réalisation du dépistage de l'AAA par les médecins généralistes picards.

**MATERIEL ET METHODE :** il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, de pratiques professionnelles, auprès de 425 médecins généralistes picards, sous la forme d'un questionnaire anonyme. Les réponses reçues du 20 mars au 30 avril 2017 ont été prises en compte.

**RESULTATS :** Nous avons obtenu 27,5% de réponses. 48,7% des répondants ne réalisaient pas de dépistage, 46,2% un dépistage ciblé et 5,1% un dépistage de masse. Les principales caractéristiques des réalisateurs d'un dépistage ciblé sont significativement une plus grande information ( $p < 0,1\%$ ), un exercice plus rural ( $p = 0,3\%$ ), un enregistrement des antécédents familiaux d'anévrisme ( $p < 0,1\%$ ) et une plus grande expérience des anévrismes opérés ( $p = 4,3\%$ ). Les dépisteurs, majoritairement, ne se conformaient pas aux recommandations de l'HAS tant sur la cible que sur la chronologie mais plus par excès que par défaut du dépistage.

**DISCUSSION – CONCLUSION :** Par sa fréquence et complications, l'AAA mérite une meilleure attention. Celle ci passe par une augmentation de son dépistage et une amélioration de la qualité de celui ci. C'est avant tout une dynamique qui manque aujourd'hui pour que ce dépistage soit bien fait. Cette dynamique relève de l'information du public, de la formation des médecins, des conditions d'exercice.

**MOTS-CLES :** dépistage, anévrisme, aorte abdominale, médecins généralistes, échographie, recommandations

## **SCREENING FOR THE ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM BY THE GENERAL PRACTITIONER IN PICARDIE**

### **RESUME EN ANGLAIS**

**INTRODUCTION :** The abdominal aortic aneurysm (AAA) is a permanent, localized and segmental abdominal aorta dilation of more than 50% in comparison with its normal diameter. Mortality in case of a rupture is estimated at 80%. Its prevalence has been estimated at 0.87% for the over 60 years. Its targeted and unique screening has been recommended by the High Authority of Health (HAD) since 2012. Our study main purpose was to evaluate the performance of AAA screening by general practitioners in Picardy.

**MATERIAL AND METHOD :** This is an epidemiological, observational study of professional practices among 425 general practitioners in Picardy, using an anonymous survey. Responses received between March 20<sup>th</sup> and April 30<sup>th</sup> 2017 have been taken into account.

**RESULTS :** We obtained 27.5% of answers. 48.7% of answering practitioners did not screen at all for AAA, 46.2% screened specifically and 5.1% screened unspecifically. The significant main characteristics for the targeting scanners are being more well informed ( $p < 0.1\%$ ), having a more rural practice ( $p = 0.3\%$ ), having a familial aneurysm history recording ( $p < 0.1\%$ ) and having a greater experience with operated aneurysms ( $p = 4.3\%$ ). Most of the screeners did not conform to the HAS guidance, regarding both target and chronology, but more with an excess rather than a lack of screening.

**DISCUSSION - CONCLUSION:** Because of its frequency and potentially mortal complications, the AAA deserves a better attention. This requires a screening increase and a screening quality improvement. It's above all a dynamic that is lacking today for this screening to be well done. This dynamic is a matter of public information, training of doctors and conditions of practice.

**KEYWORDS:** screening, aneurysm, abdominal aorta, general practitioners, ultrasound, recommendations

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE  
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2017

Thèse N° 2017 - 147

**DEPISTAGE DE L'ANEVRISME DE L'AORTE  
ABDOMINALE PAR LE MEDECIN GENERALISTE EN  
PICARDIE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE

Présentée et Soutenue publiquement le 19 Octobre 2017

TOULEC Marie

Née le 09/05/1989 à Amiens

Sous la direction de Monsieur le Professeur Georges JUNG

Président du Jury : Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Michel SLAMA

Monsieur le Professeur Marcel PELTIER

Monsieur le Professeur Emmanuel LORNE