

GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 19/11/2020

Secrétaire : Dr BONFILS

Modérateur : Dr FRECHILLA

1 - REPONSES A LA QUESTION POSEE LORS DE LA SEANCE

PRECEDENTE : Intérêt d'un bilan systématique ?



EXAMENS COMPLEMENTAIRES **EN MEDECINE GENERALE**

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Document établi avec le concours méthodologique de la HAS et conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles

Groupe de travail : Dr Claude Magnani coordinateur GQ Basse Normandie

Groupe de lecture : Dr Jean Pierre Mairesse coordinateur GQ Haute Normandie
Dr Jacques Blanquet animateur GQ Flers
Dr Thierry Lemoine animateur GQ Saint Lo

GQBN/APIMED 7 RUE DU 11 NOVEMBRE 14000 CAEN TEL 02.31.34.21.76
Dr Claude Magnani Coordinateur des groupes qualité de Basse-Normandie

Les consultations en soins primaires comportent une prescription d'examen complémentaire dans 17 à 22% des cas, dont 12 à 17% sont des tests biologiques, 5% des examens radiologiques, et 0,4 à 1,6% concernent d'autres explorations comme l'endoscopie.

Les médecins généralistes prescrivent 61% des actes de biologie (15), soit 56% du coût total des examens prescrits. Une consultation sur sept aboutit à la prescription d'examens biologiques. C'est une aide à la prise en charge diagnostique ou thérapeutique.

Les trois quarts des prescriptions concernent donc la biologie, et un quart les examens d'imagerie.

Seule la biologie sera traitée dans ce dossier

Les examens de biologie (comme les autres examens complémentaires) ont pour but de compléter les informations issues de l'examen clinique et de l'entretien avec le malade.

- *Ils servent à confirmer ou infirmer une hypothèse diagnostique.*
- *vérifier l'appartenance ou non du sujet à un groupe à risques*
- *dépister une maladie potentiellement dangereuse*
- *orienter les modalités thérapeutiques*
- *surveiller un traitement,*
- *programmer une consultation ultérieure.*

La prescription de ces examens n'est donc pas systématique, elle conclut parfois une étape de la démarche diagnostique ou thérapeutique.

Pour un sujet sain chez qui nous mesurons un seul paramètre biologique, la probabilité d'obtenir un résultat anormal est par définition de 5% ; pour 10 examens biologiques réalisés chez un sujet sain la probabilité d'obtenir un résultat anormal est de 40%.

Un mauvais usage de la biologie, souvent prescrite pour rassurer médecin et patient, augmente le nombre de résultats en dehors des valeurs de référence considérés à tort comme pathologiques. Il augmente le risque iatrogène par des examens complémentaires inutiles ou des pathologies traitées à tort, majore les anomalies diagnostiquées sans conséquence thérapeutique. Il augmente l'anxiété chez le patient qui attend ses résultats.

La probabilité de découvrir par un bilan biologique systématique un résultat non pathologique mais en dehors des valeurs normales, est plus élevée que celle de découvrir une maladie au stade infra clinique.

*L'interprétation des résultats dépend de la définition préalable d'une **norme et de ses limites**. C'est souvent une fourchette de valeurs.*

Il est important de distinguer :

- *L'intention de prescrire un bilan biologique, qui repose sur des critères épidémiologiques, en particulier sur la prévalence des maladies et sur la valeur prédictive du test dans la population soigné.*
- *La prescription effective de l'examen, qui résulte d'une négociation avec le patient. Elle prend en compte, outre les critères épidémiologiques déjà cités, l'appréciation du bénéfice pour le patient, bénéfice évalué en fonction de son histoire particulière, de son environnement et des possibilités thérapeutiques ultérieures.*

Enfin, l'interprétation d'un résultat se réfère à une norme, mais questionne aussi sur le lien de causalité, entre l'anomalie éventuellement trouvée et les troubles dont le malade se plaint.

Nous n'allons pas insister sur les notions de « vrais positifs et les faux positifs » de « vrais négatifs et les faux négatifs » de sensibilité du test (le pourcentage de malades qui répondent positivement au test) de spécificité du test (le pourcentage de non malades qui ne répondent pas au test) de rapport de vraisemblance (LR like hood ratio) est le rapport entre la probabilité d'observer un résultat chez un malade ou chez un sujet sain.

Les passionnés trouveront tous les éléments dans les 2 documents :

Stratégie des Examens de Laboratoire et de Radiologie et Imagerie.

http://medidacte.timone.univ-mrs.fr/webcours/Comite-etudes/ItemsENC/sitelocal/disciplines/niveaudiscipline/niveaumodule/Item4/leconimp_rim.pdf

Les examens complémentaires : Professeur Charles HONNORAT

<http://www.unaforme.ra.com/fichiers/aeu/aeu200607cd/DOCUMENTS/5BIBLIOGRAPHIE/BIBLIO%20Medecine%20Genenrale/Les%20bases%20de%20la%20medecine%20generale.pdf>

https://facmed.univ-rennes1.fr/wkf/stock/RENNES20081220102744chonnoraEx_complementaires_08-09a.pdf

QQBN/APIMED 7 RUE DU 11 NOVEMBRE 14000 CAEN TEL 02.31.34.21.76
Dr Claude Magnani Coordinateur des groupes qualité de Basse-Normandie

Dans un premier temps, à partir des documents « Les actes de biologie médicale, analyse des dépenses en 2008 et 2009 » de la CNAM nous allons lister les analyses les plus prescrites en pourcentage et en coûts.

Cette liste peut être la base de départ de notre réflexion sur « une bonne pratique de prescription des examens complémentaires en médecine générale »

Nous pourrions construire un référentiel à partir des données de la littérature et certaines indications.

Nous pourrions réaliser un audit prospectif à deux tours pour évaluer et améliorer la pertinence de prescription des médecins généralistes bas normands concernant les examens biologiques parmi les plus courants.

Dans un second temps je vous donne quelques exemples de cas cliniques qui peuvent vous servir de base de réflexion en l'absence d'observation dans votre groupe qualité.

Les 20 actes de biologie les plus prescrits représentent 50% des examens biologiques totaux.

En 2009, environ 4,3 milliards d'euros ont été dépensés pour des actes de biologie en médecine libérale (réalisés en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation en établissement de santé privé à but lucratif). Cette dépense ne cesse d'augmenter. La NFS reste le premier acte en volume et en dépense avec un montant qui représente plus de 10 % du total des dépenses en 2010 (16).

Le perfectionnement des pratiques, concernant la prescription d'examens biologiques, est un problème de santé publique, dans l'amélioration de la prise en charge de nos patients et la réduction des coûts.

Il n'existe pas de recommandations de prescription de ces examens biologiques.

Sélection des 20 actes de biologie les plus remboursés en 2009 en montant remboursable

Hémogramme y compris plaquettes (NFS, NFP)	10,5 %
Exploration d'une anomalie lipidique	5,4 %
Examen microbiologique urines (ECBU)	4,6 %
Thyréostimuline (TSH)	4,0 %
Transaminases (ALAT + ASAT) 91,5 96,8 92,9	3,1 %
C réactive protéine (CRP)	3,1 %
HbA1c	2,9 %
Ionogramme sanguin (Na + K + éventuellement Cl)	2,9 %
Ferritine	2,8 %
INR : temps de Quick en cas de traitement par antivitamines K (AVK)	2,5 %
Antigène prostatique spécifique (PSA) total	1,9 %
Gamma glutamyl transférase	1,6 %
Recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) : dépistage	1,6 %
TSH + thyroxine (T4) libre	1,6 %
Créatininémie	1,4 %

Vitesse de sédimentation (VS)	1,4 %
Sérodiagnostic de dépistage du VIH	1,4 %
25-hydroxycholécalférol (25-OHD3)	1,3 %
Phénotypes Rh (C, c, E, e) et Kell (K)	1,3 %
Examen microbiologique sécrétions, exsudats génitaux chez la femme (PV)	1,2 %

CAS CLINIQUES

Monsieur M, cadre dynamique de 40 ans dans une entreprise d'import-export. Il vous consulte pour fatigue.

Il voit rarement le médecin. L'examen clinique est normal, il veut passer un bilan sanguin.

Pas d'antécédents personnels ou familiaux particuliers ni voyage récent.

Taille : 1m80

Poids : 80 kgs

Tabac : 5 cigares / jour.

Que prescrivez-vous ?

Le praticien est confronté à un problème de médecine biologique prédictive dont l'intérêt est beaucoup moins médical que dans la relation médecin-malade (dans sa dimension psychologique).

La notion de "check-up" ne repose sur aucun consensus médical ! Il n'y a pas de validité scientifique à faire un bilan biologique chez un sujet ne présentant aucun signe d'appel.

Nous sommes dans ce cas clinique confronté à un problème d'inflation et de contraction des examens biologiques possibles.

1/ Il n'y a pas ici la moindre place pour la prescription d'un marqueur tumoral, quel qu'il soit (PSA compris) : il n'y a pas de nécessité de doser le PSA chez un sujet, quel que soit son âge, qui ne présente pas de symptôme urologique et chez lequel le toucher rectal ne montre rien.

On voit souvent le cas de résultats ambivalents (ex: PSA à 6) chez des sujets asymptomatiques : c'est là où la médecine devient iatrogène : on passe alors du PSA au Temesta !!!

2/ Il ne faut pas être obsédé par la sérologie VIH : c'est une pathologie qui ne survient pas par hasard (il faut se fier aux facteurs de risques). La demande de prescription par le patient de la sérologie VIH doit être évaluée après l'interrogatoire.

3/ La NFS, VS et la glycémie à jeun peuvent être justifiées dans ce cas.

4/ Le cholestérol, triglycérides peuvent être demandés dans un bilan de facteur de risque si le patient n'en a pas déjà eu.

5/ L'acide urique, la créatininémie, le ionogramme sanguin, la calcémie, la TSH sont inutiles.

6/ La bandelette urinaire est un geste simple et peut être envisagé (NDLR : il est souvent fait en médecine du travail lors de la visite annuelle !)

7/ Les autres examens peuvent rassurer le patient et font partie de l'aspect relationnel patient-médecin.

Mlle L. 18 ans va passer son bac. Elle a du mal à travailler et se sent fatiguée.

L'interrogatoire et l'examen clinique est par ailleurs normal. Sa mère qui l'accompagne vous demande un bilan.

Que prescrivez-vous ?

On ne prescrit pas de bilan.

On peut proposer à la mère de regagner la salle d'attente pour avoir une entrevue particulière avec la jeune fille.

Madame C., 40 ans, 3 enfants, n'a jamais eu de bilan. Elle n'a pas de contraception orale, et vient vous demander au décours d'une consultation pour une angine, si après guérison de l'épisode actuel, elle ne devrait pas faire un bilan, « comme ça, pour voir ? »

Que prescrivez-vous ?

On peut faire le même bilan que la question 1 : NFS, VS, glycémie, éventuellement bilan lipidique.

Monsieur G., retraité de 60 ans, vous consulte car il vient de recevoir son bilan de Sécurité Sociale (qu'il fait scrupuleusement tous les 5 ans, sans consulter de médecin traitant). Cette fois, il se dit obligé d'en voir un, car le compte rendu du bilan déclare qu'il doit le faire rapidement, car « vaccinations non à jour ».

1/Le PSA n'a pas de sens quand il n'est pas orienté. Demander d'emblée un PSA libre qui est assez cher est critiquable. La proportion de PSA libre est plus basse en cas de cancer de la prostate qu'en cas d'adénome, et le dosage simultané des différentes formes de PSA pourraient aider à distinguer entre adénome prostatique et

cancer.

2/ Il faut éduquer le patient à faire un suivi régulier par son médecin généraliste car ce suivi est un bien meilleur critère de surveillance que des examens non orientés !

Madame A. âgée de 70 ans, vous consulte pour fatigue L'examen clinique et l'interrogatoire ne sont pas très parlants, elle n'a pas eu de bilan depuis plus de 4 ans. Elle a arrêté son traitement substitutif de la ménopause il y a 5 ans.

Que prescrivez-vous ?

On peut prescrire :

- Une calcémie (l'hyperparathyroïdie n'est pas si rare à 70 ans).
- Une VS qui peut orienter vers une pathologie inflammatoire (puis en fonction de la VS, une électrophorèse des protéines).
- Une créatininémie
- Une NFS.
- Une bandelette.

L'hémocult n'est pas un examen de dépistage individuel mais collectif. Les transaminases n'ont pas d'intérêt. La ferritine n'a aucune indication. Il ne faut pas se mettre en position d'investigation (phosphaturie, calciurie, électrophorèse des protides etc...), mais dans une position de point de départ.

Madame F., âgée de 72 ans, 100 kg, 165 cm, revient vous voir après un séjour de 6 mois dans sa maison de campagne. Elle a présenté depuis son départ des gènes mictionnelles à répétition, avec à chaque fois un ECBU montrant des germes variables d'un examen à l'autre, allant de l'E.Coli, au proteus mirabilis, en passant au Klebsielle, en quantité variable de 60 à 80000 germes/ml, avec 2000 leucocytes non altérés et 1000 hématies. Depuis 6 mois, les urines n'ont jamais été stériles. Les ECBU montraient toujours la présence de germes après des traitements ou en l'absence de traitement. Les germes n'étaient jamais les mêmes.

L'examen clinique, l'échographie des voies urinaires, et même l'UIV, ainsi que la cystographie rétrograde, qui ont été fait en province, sont normaux. Le médecin de province a éliminé un diabète.

Qu'en pensez-vous ?

1/ On ne fait aucun examen en dehors de ceux en rapport avec son obésité ?

*2/ Le problème est plutôt celui de troubles locaux et de déficit ostrogénique.
Ce n'est pas une vraie infection urinaire et il ne faut pas lui provoquer une candidose
induite par les antibiotiques au long court!!!*

L'ECBU est un examen difficile chez les femmes obèses.

*Le médecin généraliste dans l'intimité de sa consultation ne peut plus ignorer l'impact
de l'alimentation sur la santé des individus.*

*Les manifestations traitant de l'obésité ou de la nutrition se multiplient traduisant
l'intérêt croissant des scientifiques pour l'alimentation ; de nouveaux médicaments
sont disponibles ; Devant le foisonnement de travaux nous avons du mal à faire la
part des choses : quelles sont les données véritablement démontrées ; en quoi ces
travaux influencent notre action éducative ou curative auprès de nos patients ?
La fréquence des obésités a considérablement augmenté pendant le 20ème siècle
dans certains pays sa prévalence avoisine 30 % de la population et 15 % de la
population pédiatrique ;*

*Quelle prévention mettre en place ? , faut-il faire maigrir les obèses ? , lesquels ? ,
comment ?*

- *Complications de l'obésité, en particulier respiratoires*
- *Hypertension artérielle*
- *Interrogatoire (somnolence, endormissement, céphalées, troubles de concentration, fatigue, ronflement et pauses respiratoires nocturnes, nycturie) ; dépistage en milieu spécialisé*
- *Retentissement psychologique et social de l'excès de poids*
- *Bilan biologique : glycémie, Cholestérol, Triglycérides, HDL et acide urique TSH si fatigue.*
- *Recherche d'endocrinopathie (Cushing) s'il existe des signes cliniques*

Madame S., âgée de 50 ans vous consulte pour une diarrhée évoluant depuis 2 mois, avec plus de 4 selles molles ou liquides par jour, répondant mal aux anti diarrhéiques, qui tout au plus atténuent l'intensité et la fréquence des selles molles ou liquides. Le bilan sanguin (NFS, VS, SGOT,SGPT en particulier) est normal.
Elle n'a jamais quitté la France depuis 10 ans, et n'a jamais fait de séjour ailleurs qu'en Europe.

Que lui prescrivez-vous comme bilan de laboratoire?

La rentabilité des examens des selles (coprocultures, examen parasitologique des

*selles) dans ce tableau est quasiment nulle : on retrouvera une flore qui n'aura pas le moindre caractère pathogène !
Le seul protozoaire qui pourrait donner ce tableau est la lambliaose que l'on retrouve rarement dans les selles mais plutôt par tubage !
La sérologie VIH n'a aucun intérêt : d'autres signes cliniques accompagneraient cette diarrhée.*

On peut prescrire :

- La TSH*
- L'électrophorèse des protéines pour l'albumine (car si l'albumine est < à 26 c'est une diarrhée importante avec dénutrition).*

BIBLIOGRAPHIE

1. http://www.sfmq.org/actualites/editorial/le_medecin_generaliste_le_pharmacien_et_le_photocopieur.html
2. http://spiral.univlyon1.fr/files_m/M5983/WEB/Education%20m%C3%A9dicale/PDF/Examens_complementaires.pdf
3. https://facmed.univrennes1.fr/wkf/stock/RENNES20090103084836chonnoraEx_Complementaires_08-09b.pdf
4. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/utilite_clinique_du_dosage_de_la_vitamine_d_-_texte_court.pdf
5. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/texte_court_bilan_martial_carence_2011-11-09_17-22-2_135.pdf
6. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Hemogram.pdf>
7. <http://medidacte.timone.univ-mrs.fr/webcours/Comite-etudes/ItemsENC/sitelocal/disciplines/niveaudiscipline/niveaumodule/Item4/leconimprim.pdf>
8. http://udsmed.univ-strasbourg.fr/emed/courses/MODULEMO21/document/DDI_DES.pdf?cidReq=MODULEMO21
9. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/texte_court_appendicectomie_vd_2012-12-17_16-14-13_679.pdf

10. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/texte_court_dfg_creatininemie.pdf
11. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/texte_court_marqueurs_cardiaques.pdf
12. <http://www.unaformec-ra.com/fichiers/aeu/aeu200607cd/DOCUMENTS/5BIBLIOGRAPHIE/BIBLIO%20Medecine%20Genenrale/Les%20bases%20de%20la%20medecine%20genereale.pdf>
13. https://facmed.univ-rennes1.fr/wkf/stock/RENNES20081220102744chonnoraEx_complementaires_08-09a.pdf
14. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_FORLAI_AMANDINE.pdf
15. Bilans sanguins en médecine générale [archive] disponible sur <http://www.uvp5.univ-paris5.fr>
16. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_3_3-1.pdf

Docteur, faites-moi un check-up

La demande d'un bilan de santé chez l'adulte en médecine générale

Cassian Minguet

Summary – Doctor, I need a check-up. Adults asking for a check-up in general practice

The check-up request, or health check, is common in adult patients seen in general practice. Although evidence of its usefulness in terms of morbidity and mortality is scarce or non-existent, it is much more a question of satisfying the patient's request. Some authors recommend repeating regularly health check-ups, which are referred to as "periodic health examination of adults". The health check-up procedure consists in a history-taking beginning with an open-ended question regarding the patient's family and personal history, immunization status, as well as environmental and occupational risk factors, along with a clinical examination. In case of positivity, para-clinical examinations may be indicated in accordance with evidence-based medicine (EBM) data. Preventive measures may be proposed, also based on EBM data. These are available in the literature and on the Internet. The Electronic Preventive Services Selector (ePSS) is an easy-to-use Internet tool designed to help frontline practitioners and offered by the U.S. Preventive Services Task Force. For example, the screening, counseling, and preventive medications recommended and not recommended by the ePSS are presented for a 50-year-old man who is asymptomatic, non-smoker and sexually active. In conclusion, there is no standard health check-up; health check-up is much more a general practice consultation where the physician's role is to be exhaustive in his anamnestic approach, his clinical examination and his knowledge of recommended preventive actions.

KEY WORDS

Check-up, general practice, evidence-based medicine

La demande de check-up, ou bilan de santé, est fréquente chez les patients adultes en médecine générale. Bien que son utilité en terme de morbi-mortalité ne soit pas ou très peu démontrée, il s'agit de répondre à la demande du patient. Certains auteurs préconisent de répéter le bilan de santé à intervalle, et l'appellent « examen périodique de l'adulte ». Les modalités du bilan de santé consistent en une anamnèse s'ouvrant par une question ouverte pour s'intéresser aux antécédents familiaux et personnels, à l'état d'immunisation, aux facteurs de risques environnementaux et professionnels et en un examen clinique. En cas de positivité, des examens para-cliniques peuvent être indiqués selon les données de l'*Evidence-Based-Medicine* (EBM). Des actions de prévention seront proposées, en suivant là aussi les données de l'EBM. Celles-ci sont accessibles dans la littérature et sur Internet. L'*Electronic Preventive Services Selector* (ePSS) est un outil Internet facile à utiliser, conçu pour aider les praticiens de première ligne, proposé par l'*U.S. Preventive Services Task Force*. À titre d'exemple, les services de dépistage, de conseils et de médicaments préventifs recommandés et non-recommandés par l'ePSS sont présentés pour le cas d'un homme de 50 ans, asymptomatique, non-fumeur et sexuellement actif. En conclusion, il n'existe pas de bilan de santé standard, il s'agit d'une consultation de médecine générale qui se distingue par le fait que le patient se présente sans symptôme et que le praticien doit être complet dans sa démarche anamnétique, dans son examen clinique et dans sa connaissance des actions préventives recommandées.

Louvain Med 2018; 137 (9): 569-575

MOTS-CLÉS ► Check-up, médecine générale, evidence-based medicine

569

INTRODUCTION

Le check-up, dit le dictionnaire Larousse, est « *un bilan complet concernant l'état de quelque chose* ». On préférerait utiliser le terme bilan de santé. En fait, la demande du patient est de vérifier son état de santé sans plainte particulière à un moment donné de son existence.

Avant d'aller chez le médecin, le patient aura souvent été voir sur Internet. Voici ce qu'il peut trouver comme information sur le check-up : « *Le bilan de santé (...) désigne un ensemble d'opérations et d'évaluations de la santé d'un individu. Il est important pour la médecine préventive car il permet un dépistage plus précoce des maladies et donc un meilleur traitement. Il est en effet logique d'avoir des doutes sur sa propre santé, certaines douleurs fugaces, sensation de fatigue, etc... sont des sujets d'inquiétude pour qui se pose la question : Suis-je en bonne santé, n'ai-je pas de maladie ? L'inquiétude est mauvaise conseillère et nuit à la santé.* » (1)

Le but de cet article est d'essayer d'apporter des réponses aux questions suivantes : qu'est ce qu'on entend par bilan de santé, quelles en sont les modalités et quelle est son utilité. Comme exemple, nous prendrons celui d'une demande d'un bilan de santé par un sujet adulte, de 50 ans, sans plainte particulière, et sans pathologie pour laquelle il serait suivi par ailleurs.

DÉFINITION

Le bilan de santé est défini par le grand dictionnaire terminologique comme « l'ensemble des examens médicaux pratiqués systématiquement, occasionnellement ou à intervalles réguliers sur une personne apparemment saine ou malade et dont le résultat permet d'évaluer l'état et le fonctionnement de ses organes ». Comme on le voit dans cette définition, le bilan de santé n'est pas réservé aux patients en bonne santé. Nous allons donc nous restreindre au bilan de santé chez un patient asymptomatique.

La littérature anglophone utilise le terme de « *health check* », qui peut être défini comme « une évaluation complète pour détecter et gérer les facteurs de risque et les maladies chroniques, dont la plupart sont liées aux maladies cardiovasculaires. » (2)

Suivant la classification internationale des soins primaires (CISP), il s'agit d'un épisode de soins qui peut être codé en 3 phases : le motif de rencontre, le problème de santé, l'intervention. (3) Le motif de rencontre, choisi au plus près de la formulation verbale du patient est : gestion de la santé/médecine préventive (A98), ou une demande de procédure : examen médical/bilan de santé détaillé (-30), ou éventuellement une demande directe d'analyse de sang : (-34). Il est à noter aussi que le bilan de santé peut avoir comme motif de consultation les codes -26 (peur du cancer) ou -27 (peur de maladie).

Le résultat d'un bilan de santé est une sorte de photographie de l'état de santé d'un patient à un moment donné. Sa valeur est donc limitée dans le temps. Pour l'augmenter, il peut être utile de le répéter à intervalle,

c'est pourquoi certains préfèrent l'appeler « examen médical périodique » (EMP). (4) L'objectif de celui-ci est de dépister une maladie ou un comportement à risque ; c'est également l'occasion de discuter de mesure de promotion de santé et de prévention de la maladie (4).

Le bilan de santé peut également mener à diagnostiquer une maladie à un état précoce de son développement, avant que le malade n'en ressente les premiers symptômes. Il est possible également que le patient soit déjà malade, bien qu'il ne fasse pas de lien entre les signes qu'il présente et son état de maladie.

Les bilans demandés par une société d'assurance -vie ou dans le cadre d'un certificat d'aptitude ont un objectif différent et ont leur propre méthode d'évaluation. Ils ne seront donc pas abordés ici.

UTILITÉ

L'efficacité de ce type d'examens n'a pas été démontrée en terme de morbidité et de mortalité dans une méta-analyse de 2012. (5). Une autre méta-analyse, plus récente, concluait toutefois que les bilans de santé basés sur la pratique de médecine générale sont associés à des améliorations statistiquement significatives, bien que cliniquement faibles, du contrôle des résultats intermédiaires, en particulier chez les patients à haut risque. (2). Les résultats de cette étude sur la mortalité ne montrent pas de différence entre les groupes intervention et les groupes contrôle mais constate aussi que la plupart des études n'avaient pas été conçues à l'origine pour évaluer la mortalité. (2)

Quoi qu'il en soit, le bilan de santé trouve sa justification dans la demande elle-même du patient en s'inscrivant dans le cadre d'une médecine centrée sur le patient. En effet, ceux-ci mentionnent que les qualités d'un « bon docteur » comportent entre autres des capacités d'accompagnement du patient dans sa vie. (6)

De plus, on peut se demander si les patients asymptomatiques qui se présentent pour un bilan de santé, sont vraiment asymptomatiques. Une étude a montré que beaucoup de patients, parmi ceux qui se disaient asymptomatiques, ont un « agenda caché », la plupart présentaient en fait plusieurs symptômes. (7)

INCIDENCE

L'étude ECOGEN, une étude française de 2003 qui analysait les motifs de consultation montre que le code A98 (gestion de la santé/médecine préventive), arrive comme premier motif de consultation avec 10,95% des consultations. (8)

L'incidence du code A98 dans la base de données en ligne belge INTEGRO des motifs de consultation donne une incidence de 2744 pour 1000 patients. (9)

MODALITÉS

Différentes études se sont intéressées à décrire les actions constituant la procédure à appliquer lors d'une demande de bilan de santé.

La monographie suisse déjà citée consacre un chapitre à l'examen médical périodique de l'adulte. (EMP) (4). Selon elle, lors de l'EMP, le médecin va déterminer si un patient est à risque de présenter une affection, en fonction de son sexe et de son âge. En général, il comprend une anamnèse qui recueille les plaintes de santé éventuelles, les antécédents médico-chirurgicaux ainsi que des informations sur les caractéristiques ethniques, familiales, socio-économiques, professionnelles et du mode de vie. Il inclut également un examen clinique simple et dirigé en fonction des plaintes et des caractéristiques anamnestiques du patient. Selon les cas, des examens para-cliniques ciblés seront proposés. Quatre grands groupes de pratiques préventives sont présentés : les conseils, le dépistage, l'immunisation et la chimioprophylaxie. (4)

• L'anamnèse

a. Question ouverte

Suivant le guide Calgary-Cambridge (10), l'anamnèse commence par une question ouverte, simple invitation faite au patient à parler. Elle va s'intéresser à ce qui a motivé la demande du patient. Pourquoi est-il venu précisément aujourd'hui ? S'agit-il d'un examen périodique qu'il effectue à intervalles réguliers dans le but de conserver sa santé ? S'agit-il d'une demande dans le cadre d'un certificat, d'un examen demandé par une institution bancaire ou d'assurance ? S'agit-il enfin d'une demande suscitée par un questionnaire particulier comme la crainte d'avoir une maladie ?

Cette première question permettra de connaître l'objectif du patient et de lever une plainte cachée, classique en médecine générale et qui pourrait expliquer la vraie raison de la consultation : une angoisse ou une anxiété par rapport à un événement personnel ou qui vient d'arriver dans l'entourage. La prise en compte de cet aspect psychologique est essentielle pour la fin de la consultation afin que le patient obtienne la réassurance qu'il est venu chercher, si le bilan de santé ne montre aucune anomalie.

b. Antécédents et problèmes actuels

On s'intéresse ensuite aux antécédents familiaux, personnels médico-chirurgicaux, ainsi qu'aux caractéristiques ethniques, familiales, socio-économiques, professionnelles et à celles qui concernent le mode de vie. Ici aussi une série de questions ouvertes est plus performante en terme de communication. Le praticien veille à laisser le temps au patient pour s'exprimer en parcourant avec lui, dans une écoute active, l'ensemble de ces facteurs. (11)

c. Les zones d'ombre

Il est intéressant de compléter l'anamnèse par un certain nombre de questions plus précises afin d'ôter les zones d'ombres sur les points qui n'ont pas été abordés par le patient. A ce titre les antécédents familiaux méritent une attention particulière. Les antécédents personnels méritent également d'être bien précisés, les patients ne conservant pas toujours un souvenir de leurs anciens épisodes de maladie. La consultation du dossier médical du patient, si elle est possible, est nécessaire. L'ensemble des questions doit avoir un haut degré d'exhaustivité pour être efficace. Pour s'y aider, le médecin peut par exemple parcourir l'anamnèse en interrogeant chaque système l'un après l'autre, ce qui a l'intérêt de ne pas négliger un antécédent ou un symptôme et évitera qu'il n'apparaisse en fin de consultation, ce qui aurait pour effet d'engendrer une consultation de type « circulaire » où toute ou partie de celle-ci doit être reprise depuis le début en tenant compte de cette nouvelle information.

d. L'état d'immunisation du patient est demandé, si possible objectivé sur base de documents écrits

e. Les facteurs de risques environnementaux et professionnels et ceux qui dépendent du mode de vie méritent qu'on s'y arrête. Ici le patient détient la plupart des informations et une anamnèse bien conduite permet de poser un certain nombre de questions que le patient lui-même ne s'est peut-être jamais posées, concernant son alimentation, son activité physique, son comportement face à des maladies sexuellement transmissibles, sa santé mentale. La recherche d'un risque de violence intrafamiliale est un point délicat à aborder.

La société scientifique de médecine générale propose un modèle de questionnaire concernant la prévention. (12) Les items parcourus concernent le risque de dépression, portent sur le tabac, la sédentarité, le mésusage de l'alcool, l'alimentation en fruits et légumes, l'obésité, les vaccins reçus et le dépistage des cancers (colon, du sein et du col de l'utérus).

Ainsi, l'anamnèse tient une place centrale dans le bilan de santé. Le patient est parfois dérouté par cette façon de faire, sa demande se résumant souvent à celle d'un examen para-clinique comme une biologie sanguine, pensant que le dépistage consiste en une analyse complète du sang. Il est utile de l'informer que la littérature apporte la preuve contraire. (13) Le point de vue du patient mérite néanmoins d'être abordé durant la consultation car il est un point important de discussion si l'on veut améliorer la vision du patient sur sa santé. Dans un monde où la technologie est la principale information médicale dans les media, une tâche importante du médecin est de rappeler qu'un examen médical de type technologique n'a de sens que s'il s'inscrit dans le cadre d'une interrogation suscitée par la positivité d'une question à l'anamnèse ou d'une découverte d'un signe clinique particulier.

• **L'examen clinique**

L'examen est « simple et dirigé, en fonction des plaintes et caractéristiques anamnestiques du patient » (4). En médecine générale, cet examen simple peut être décrit comme un examen permettant de recueillir les données d'ordre général (poids, taille, état général, température, coloration des phanères, des conjonctives), celles obtenues par l'inspection attentive du patient, de son comportement non-verbal et verbal et les signes cliniques obtenus par l'examen des différents systèmes. Les données d'ordre général et celles obtenues par l'examen clinique donneront lieu à une comparaison par rapport aux résultats antérieurs, s'ils sont disponibles. Les données recueillies à l'examen clinique s'ajouteront aux données obtenues à l'anamnèse pour déterminer si des examens para-cliniques sont justifiés.

a. Les examens para-cliniques, les conseils et les actions préventives

Ici, l'apport de l'*Evidence-Based-Medicine* (EBM) est prépondérant. C'est en fonction des données factuelles que les examens para-cliniques sont prescrits, que les conseils sont donnés et que les actions préventives sont proposées. Cette partie du bilan de santé est donc sujette à évolution permanente en fonction des nouvelles données de la science.

Pour ce faire, le praticien doit donc mettre ses connaissances constamment à jour. Heureusement, un certain nombre d'outils sont mis à sa disposition, parmi lesquels les recommandations de bonne pratique sont au premier plan.

L'*US prevention service task force* (USPSTF) propose un outil électronique, l'*Electronic preventive services selector* (ePSS), utilisable directement en ligne. (14). En répondant aux items proposés : âge, sexe (si féminin, grossesse), tabac actif, et sexuellement actif/inactif, le moteur de recherche donne les recommandations classées suivant les niveaux de preuve (tableau 1).

Exemple : un patient de 50 ans

Prenons le cas d'un patient de 50 ans consultant pour un bilan de santé. Il n'a pas de plainte particulière et son examen clinique est rassurant.

Si on entre les données suivantes dans ePSS : 50 ans, homme, ne fumant pas et sexuellement actif, on obtient 4 items de grade A, 11 de grade B, 3 de grade C, et 19 de grade I : ((tableau 2, 3, 4, 5, 6))

Tableau 1. Signification des grades et suggestions pour la pratique dans les recommandations de l'*US prevention service task force* (14)

GRADE	RECOMMANDATION	FORCE/CERTITUDE
A	oui	Forte/certitude que le bénéfice net est substantiel
B	oui	Forte/certitude que le bénéfice net est modéré ou certitude modérée que le bénéfice net est modéré ou substantiel
C	Selon le jugement du médecin et les préférences du patient	Il existe au moins une certitude modérée que le bénéfice net est petit
D	non	Certitude forte ou modérée que l'action n'offre pas de bénéfice ou que les risques l'emportent sur le bénéfice
I	Si l'action est menée, les patients doivent comprendre l'incertitude concernant la balance bénéfices/risques	Les connaissances sont actuellement insuffisantes pour évaluer la balance bénéfices/risques. Les preuves manquent, ou sont de mauvaises qualité ou contradictoires

Tableau 2. Services de dépistage, de conseils et de médications préventives recommandées (grade A), pour un patient de 50 ans, non-fumeur, sexuellement actif, selon ePSS, à la date du 2/9/18 (14)

Dépistage du cancer colo-rectal
Dépistage HIV
Dépistage de l'hypertension artérielle et monitoring tensionnel à la maison
Dépistage syphilis (s'il appartient à une population à risque)

Tableau 3. Services de dépistage, de conseils et de médications préventives recommandées (grade B) pour un patient de 50 ans, non-fumeur, sexuellement actif, selon ePPS, à la date du 2/9/18 (14)

Mésusage de l'alcool : dépistage et conseils
Prescription d'acide acétylsalicylique (AAS) en prévention des AVC (patients entre 50 et 59 ans avec un risque cardio-vasculaire supérieur à 10% à 10 ans)
Dépistage de la dépression
Dépistage du diabète type 2 et d'une glycémie anormale (si surpoids ou obésité)
Conseils sur un régime sain et une activité physique en prévention de maladies cardio-vasculaires (conseils chez patients avec facteurs de risques cardio-vasculaires)
Hépatite B : dépistage (si risque élevé)
Hépatite C : dépistage (si risque élevé et patients nés entre 1945 et 1965)
Tuberculose : dépistage (si risque d'infection)
Obésité : dépistage
MST : conseils concernant le comportement
Prescription de statines en prévention primaire des maladies cardio-vasculaires (MCV) : (40-75 ans sans antécédents de MCV, 1 facteur de risque ou plus, et risque calculé d'événement CV à 10 ans de 10% ou plus)

Tableau 4. Services de dépistage, de conseils et de médications préventives recommandées de façon sélective (grade C) selon le jugement du médecin et la préférence du patient, pour un patient de 50 ans, non-fumeur, sexuellement actif, selon ePPS, à la date du 2/9/18 (14)

Conseils sur un régime sain et une activité physique en prévention de maladies cardio-vasculaires (chez patients non-obèses et sans de risques cardio-vasculaires connus)
Cancer de la peau : conseils dur le comportement (patients à type blond de peau)
Prescription de statines en prévention primaire des maladies cardio-vasculaires (MCV) : (40-75 ans sans antécédents de MCV, 1 facteur de risque ou plus, et risque calculé d'événement CV à 10 ans de 7,5% à 10%)

Tableau 5. Services de dépistage, de conseils et de médications préventives non-recommandées (grade D), pour un patient de 50 ans, non-fumeur, sexuellement actif, selon ePPS, à la date du 2/9/18 (14)

Dépistage de bactériurie asymptomatique (homme et femmes non-enceintes)
Dépistage de risque de MCV par électrocardiogramme (adultes à risque faible de MCV)
Dépistage de sténose des artères carotidiennes
Dépistage de BPCO (adultes asymptomatiques)
Dépistage d'infections génitales par le virus Herpes (adultes asymptomatiques)
Dépistage de cancer pancréatique (adultes asymptomatiques)
Dépistage de cancer testiculaire
Dépistage de cancer thyroïdien
Apport de suppléments B-carotène ou vitamine E) pour la prévention de maladies cardio-vasculaires et de cancers

Tableau 6. Services de dépistage, de conseils et de médications préventives dont l'utilité est incertaine (grade I), pour un patient de 50 ans, non-fumeur, sexuellement actif, selon ePPS, à la date du 2/9/18 (14)

Dépistage de violence chez personnes âgées et adultes vulnérables
Prescription d'AAS en prévention de MCV chez moins de 50 ans
Dépistage du cancer de la vessie
Dépistage de risque de MCV par électrocardiogramme chez adultes avec risque intermédiaire ou fort d'événements cardio-vasculaires
Maladies cardio-vasculaires : évaluation des risques avec des facteurs de risques non-traditionnels
Dépistage de maladie coeliaque
Dépistage de chlamydia et gonorrhée
Dépistage d'usage de drogues illicites
Dépistage du glaucome
Dépistage de l'hypoacousie
Evaluation du risque de maladie des artères périphériques et des maladies cardio-vasculaires par l'index de pression systolique cheville-bras
Conseils pour le comportement préventif du cancer de la peau
Dépistage du cancer de la peau
Dépistage du risque de suicide
Dépistage de dysfonction thyroïdienne
Dépistage de déficience en vitamine D
Supplémentation en vitamine D et Calcium pour la prévention primaire de fractures en habitations communautaires
Suppléments en multivitamines pour la prévention de maladies cardio-vasculaires et de cancers
Suppléments en vitaminiques (nutriments simples ou appariés) pour la prévention de maladies cardio-vasculaires et de cancers

Pour les recommandations reprises dans les tableaux ci-dessus, l'ePSS donne des détails concernant les considérations cliniques, et pour certaines, des informations sur les risques et des outils comme des fiches destinées aux patients.

L'ouvrage déjà cité (4) a fait ce travail de traduire les recommandations et les données probantes dans des tableaux faciles d'utilisation.

Quels que soient les outils utilisés par le médecin pour implémenter les recommandations et les données probantes dans sa consultation, ces données doivent être exposées au patient si l'on recherche une consultation de qualité.

Le patient doit également être mis au courant des risques de chaque examen, de leur sensibilité et de leur spécificité. Il s'agit d'éviter les surdiagnostics et ainsi de faire de la prévention quaternaire. (15) Correctement informé et éclairé par le médecin, le patient prend *in fine* la décision de passer –ou non- les examens complémentaires proposés.

b. La fin de la consultation

La fin de la consultation de bilan de santé tire les conclusions et propose un suivi périodique.

Il arrive aussi qu'un diagnostic soit posé, une maladie dépistée, et soit ainsi le début d'une nouvelle consultation.

CONCLUSION

Il n'existe pas de bilan de santé standard. En effet, un bilan de santé tient compte de facteurs personnels comme l'âge, le genre, la profession. Finalement, il ne diffère pas tellement d'une consultation normale de médecine générale excepté le fait que le patient ne vient pas à la consultation en exposant un symptôme

particulier. L'anamnèse, l'examen clinique sont réalisés sur le même mode tout en étant plus complets. Ce sont des consultations où tout l'art du praticien est mis en jeu pour reconnaître un motif caché de consultation, un facteur de risque particulier ou un signe clinique évocateur d'une maladie. Les actions de prévention sont proposées sur base des données de la littérature EBM avec le souci constant d'éviter des surdiagnostics.

RÉFÉRENCES

1. Centre de médecine et d'études, Bruxelles. <https://www.cme-uccl.be/bilan-de-sante/> consulté le 2/9/2018
2. Si S, Moss JR, Sullivan TR, Newton SS, Stocks NP. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis, *Br J Gen Pract.* 2014 Jan;64 (618):e47-53.
3. Classification internationale des soins primaires, M.Jamouille et al, Care éditions, Bruxelles, 2000
4. COMPAS, Stratégies de prise en charge clinique Médecine interne générale ambulatoire, J.Cornuz et O.Pasche, Editions Médecine et Hygiène, 2014
5. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub2
6. Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? *Pédagogie Médicale.* 2010;11(3):151-65.
7. Hunziker S, Schläpfer M, Langewitz W, Kaufmann G, Nüesch R, Battegay E et al. Open and hidden agendas of «asymptomatic» patients who request check-up exams. *BMC Fam Pract.* 2011;12:22.
8. ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine GÉNérale, Exercer, 2014 ; 114 :148-157
9. <https://intego.be/nl/Welkom> consulté le 11 mai 2018
10. Kurtz SM, Silverman JD, and The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ.* 1996 Mar; 30 (2):83-9.
11. Thomas P, Thomas J-M, Spécificité de la communication en médecine générale, *Rev Med Brux.* 2017;38 (4):377-380.
12. https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/PDF/PSMG_Questionnaire-patient.pdf, consulté le 2/9/18
13. Allan GM, Young J. Complete blood count for screening? *Can Fam Physician.* 2017 Oct; 63(10):772.
14. <https://epss.ahrq.gov/PDA/widget.jsp> consulté le 2/9/18
15. Jamouille, M. La prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste. *Prescrire* 2012 (32)

CORRESPONDANCE

Pr. CASSIAN MINGUET

Centre Académique de Médecine Générale
Faculté de Médecine
Université catholique de Louvain
cassian.minguet@uclouvain.be