



# 19<sup>e</sup> CONGRÈS NATIONAL 2019

CNGE Collège Académique

Exercer et enseigner la médecine générale

27 - 29  
NOVEMBRE  
2019

La cité des congrès de

NANTES

## Congrès CNGE 2019

### Sommaire

---

I) Introduction	2
II) Première intervention : la rougeole	3
III) Deuxième intervention : accompagnement des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool	8
IV) Troisième intervention : relation entre la prise de tension artérielle au cabinet et la mesure ambulatoire en termes de pronostic.	11
V) Quatrième intervention : contraception orale	15
VI) Cinquième intervention : prothèses de hanche et de genou	17
VII) Cinquième intervention : les rendez-vous manqués	19
VIII) Sixième intervention : traitement hormonal de la ménopause	21

**Jeudi 28 novembre 2019, de 9H00 à 10H40**

**Modérateur :**

Xavier Gocko — CNGE Collège Académique

**Intervenants :**

Jean-Pierre Lebeau – Tours

Henri Partouche – Paris Descartes

Hélène Vaillant-Roussel – Clermont-Ferrand

Aline Ramond-Roquin – Angers

Aline Hurtaud – Reims

Yannick Ruelle – Paris Nord Bobigny

Xavier Gocko – Saint-Etienne

# Plénière – L'article de l'année de la revue Exercer

---

## I) Introduction

### **Xavier Gocko**

Bienvenue dans la plénière Exercer, avec l'article de l'année choisi par les lecteurs, et derrière, six communications vraiment brèves : 5 minutes de présentation, 5 minutes de questions.

Je vais laisser Jean-Pierre vous présenter l'équipe.

### **Jean-Pierre Lebeau**

Oui, traditionnellement, je vais vous présenter les gens avec qui j'ai la grande fierté de travailler à cette noble revue. Certains sont dans la salle, puisqu'ils dirigent la publication, comme Corinne Perdrix, notamment. C'est même d'ailleurs la seule à diriger la publication, d'où son titre de Directrice de la publication : Corinne Perdrix.

*Applaudissements.*

### **Jean-Pierre Lebeau**

Merci pour elle.

Alors, je vais vous présenter ceux-là, parce que je les reconnais, après Xavier vous présentera ceux qui ne sont pas là parce que je ne les reconnais pas.

Henri Partouche a l'insigne honneur d'avoir commis l'article de l'année, donc c'est lui que vous allez entendre ensuite, si j'ai bien compris.

Ensuite, on a deux des trois directeurs en chef adjoints, parce qu'il y en a un qui n'est pas là pour cause de paternité, Jean-Sébastien Cadwallader : Hélène Vaillant-Roussel et Yannick Ruelle, qui sont rédacteurs en chef adjoints.

*Applaudissements.*

### **Jean-Pierre Lebeau**

Aline Ramond qui s'occupe de la rubrique Soins.

*Applaudissements.*

### **Jean-Pierre Lebeau**

Elle était toute seule dans ce rôle jusqu'à ce qu'arrive Aline Hurtaud. Alors, il a fallu chercher une autre Aline, parce que sinon, pour moi, c'est trop compliqué deux prénoms

différents. Et on est ravi parce qu'on a trouvé la personne idéale et elle s'appelle Aline, donc, Aline Hurtaud.

Et puis tout au bout, elle n'a pas de nom. Donc, entre nous, on l'appelle Aurélie – elle a un nom imprononçable alors je ne le dis pas –, qui s'occupe de la rubrique Education.

*Applaudissements.*

### **Jean-Pierre Lebeau**

Et puis, il y a d'autres gens qui travaillent avec nous. Xavier, vas-y.

### **Xavier Gocko**

Alors, Aurélie Janczewski, Christophe Berkhout, responsable de la rubrique Phares. Le suivant dans la liste était moi-même, et au centre, on a mis Marilyn Peronnet, qui est probablement dans la salle, mais qui se refuse à monter sur l'estrade, et sans qui cette table-ronde et toute cette articulation ne se feraient pas. Donc, là, on peut vraiment l'applaudir, merci.

*Applaudissements.*

### **Xavier Gocko**

Et il y a les trois auteurs du test de lecture : Agnès Banâtre, Damien Gonthier et Anahita Ghobadi.

*Applaudissements.*

### **Xavier Gocko**

Alors, Jean-Pierre l'a dit, article de l'année choisi par les lecteurs, sous la couleur de la décision partagée, comme ce congrès, puis six brèves, dont les thématiques sont variées. Alors, l'idée, c'était de mettre en valeur la rubrique Brèves, qui est une rubrique qui en quelques lignes, 300 mots exactement, vous propose une synthèse d'un article international intéressant pour la pratique de la médecine générale. Donc, il y aura des thèmes comme l'alcool, l'automesure de la pression artérielle, la contraception orale, les prothèses de hanche et de genou, les rendez-vous manqués qui parfois en agacent certains, et le traitement hormonal de la ménopause.

Mais tout de suite, on va laisser la parole à Henri Partouche pour l'article de l'année.

## **II) Première intervention : la rougeole**

### **Henri Partouche**

Merci, Xavier. Ecoutez, je suis très surpris que mon papier ait été sélectionné, je vous remercie. C'est un article biomédical, mais qui est centré sur le patient.

Je voudrais remercier tout d'abord Juliette Pinot, qui est coauteure, qui est enceinte et qui va accoucher de deux petits jumeaux incessamment sous peu, et Aline Ramond, qui est

responsable de la rubrique Soins, et qui a été une relectrice attentive, et qui a fait un travail d'édition remarquable. Et puis, je voudrais remercier toute l'équipe d'Exercer : Xavier, Hélène, Jean-Pierre et les autres. Voilà.

Donc, il s'agissait plutôt d'une revue narrative de la littérature, incluant les recommandations françaises, avec une sélection des publications jugées pertinentes, actualisée régulièrement avec les mots-clés que vous avez là. Les revues narratives, c'est moins huppé que les revues systématiques de la littérature, mais on peut dire que le *New England* fonctionne comme ça également, donc on peut se dire aussi qu'Exercer se met au niveau du *New England*.

Alors, la première question, c'était : quelles données pour guider les pratiques vaccinales dans le colloque singulier médecin-patient, pour la décision partagée ? Apporter des données scientifiques qui permettent aux médecins de peser la balance bénéfices-risques avec son patient, et le mettre en confiance pour l'informer. C'est ça que j'ai voulu faire avec Juliette Pinot.

Alors, je voulais vous donner une série de messages. Le message 1, pour répondre à cette question, c'est : « La rougeole, une contagiosité élevée, un fardeau élevé », avec les petites notions. C'est contagieux 5 jours avant, 5 jours après le début du rash, les personnes exposées non immunisées ont 90 % de chance de contracter la maladie, avec un nombre de reproductions, c'est-à-dire un nombre de personnes infectées par un cas index variant de 15 à 20. Ça peut être de 12 à 18 dans d'autres publications. Toujours est-il qu'il faut une couverture vaccinale supérieure à 95 % pour éviter une épidémie, et ça, vous le savez tous.

Les risques de la maladie sont très élevés chez les nourrissons et chez les adultes non vaccinés, et le fardeau est principalement représenté par les pneumonies rougeoleuses, dont les pneumonies à cellules géantes que l'on retrouve chez les immunodéprimés, et qui sont responsables des décès, principalement. Environ 1 à 8 % des rougeoles sont des pneumonies.

Le message 2, c'est que la balance bénéfices-risques de la vaccination est très favorable, avec des études d'*effectiveness*. Effectivement, il n'y a pas d'essais contre les randomisés. Le vaccin rougeole est l'un des vaccins les plus efficaces. C'est un vaccin vivant, atténué. La réponse immune est optimale à 12 mois, et pas à 9 mois et pas à 16 mois, pour la première dose. C'est important de le savoir parce qu'il ne faut pas rater les moments importants du calendrier. Et on a une persistance des anticorps plus de 15 ans.

Le principal effet indésirable, c'est la fièvre, qui survient de façon différée, 7 à 12 jours après la vaccination dans 15 % des cas.

Le message 3, c'est : savoir identifier les patients éligibles et ne pas manquer les opportunités. Bien sûr, vous connaissez bien le schéma vaccinal pour les nourrissons, puisque la vaccination est obligatoire. Mais je répète que pour les adultes nés après 1980, deux doses, c'est le standard, et quels que soient les antécédents de rougeole, oreillons ou rubéole. Ça, c'est une notion qui n'est pas bien connue. Si on fait la rubéole, il faut refaire un ROR, si on a eu les oreillons, il faut refaire un ROR. Voilà.

Pour les adultes nés avant 1980, il y a deux situations où on peut vacciner : c'est les voyageurs en zone d'endémie, une dose ; et pour les professionnels de santé qui n'ont pas eu la rougeole ou qui ont des antécédents douteux de rougeole, une dose de ROR. Ce n'est pas dangereux, même si on l'a eue, la rougeole, ce n'est pas dangereux de refaire le vaccin, sans contrôle sérologique.

En pratique, il existe deux vaccins, qui sont gratuits jusqu'à l'âge de 17 ans si vous mettez sur l'ordonnance la mention « vaccin ROR gratuit ». Les contre-indications, bien sûr, ce sont les déficits immunitaires, puisque c'est un vaccin vivant, et la grossesse. Et il ne faut pas rater les opportunités parce que les épisodes fébriles courants ne sont pas une contre-indication.

Le message n° 4, c'est la couverture vaccinale : deux doses, c'est le *standard of care*. L'objectif, en Europe, c'est l'éradication. C'est l'une des zones OMS où on vise l'éradication,

qui était au départ prévue pour 2010, qui a été reculée à 2020, et il y a certains pays, comme aux USA et en Amérique du Sud, où la rougeole était éliminée et où l'on voit qu'actuellement cette maladie réapparaît par importation. Donc je répète que la couverture vaccinale à 95 % est nécessaire à l'éradication.

Alors, il y a eu un impact de l'obligation sur les taux de couverture vaccinale chez les nourrissons, mais il persiste quand même, chez les adultes jeunes, des susceptibles. Près de 1 million de personnes, dans une étude de séroprévalence en 2013.

Vous voyez sur le schéma, sur la carte à droite, que la France est l'un des pays où la couverture vaccinale est la plus faible, et surtout dans le sud de la France, où l'on a une couverture vaccinale chez le nourrisson à deux doses de moins de 60 %. On est loin des 95 %. C'est pour ça qu'on est dans une situation, aujourd'hui, préoccupante en Europe, avec plus de cas en France : 2 675 cas cette année, avec une série d'épidémies, la plus importante était en 2010-2011, et on a eu une en 2018 et à nouveau en 2019.

Alors que le vaccin a permis d'éviter plus de 21 millions de décès dans le monde entre 2000 et 2017, en France, entre 2008 et septembre 2019, on a eu près de 30 000 cas, avec 1 500 cas de pneumonies graves, 43 cas de complications neurologiques et 17 décès.

La deuxième question, c'était : quelles données pour la prise en charge d'éventuels cas groupés ou isolés ? Alors, le message n° 1 pour cette question, c'est que le diagnostic est avant tout clinique, avec une définition de cas qui est celle de Santé publique France, que vous avez là, qui diffère un petit peu de celle de l'OMS. Je répète que le signe de Köplik, c'est des petits grains de sel sur la muqueuse jugale, qui sont présents dans 70 % des cas, 2 jours avant et 2 jours après l'irruption. Le rash, le diagnostic différentiel, ce sont les autres viroses éruptives. Et cette définition de cas a une valeur prédictive positive qui est très faible hors épidémie, mais qui est très forte en pleine période d'épidémie.

Le message n° 2, c'est de ne pas confirmer systématiquement les rougeoles qu'on voit. Les bonnes indications, c'est les formes graves, les personnes à risque de rougeole grave et leur entourage, les personnes vaccinées – parce que les vaccinés peuvent faire la rougeole – et le retour de voyage. Comment documenter ? Par la sérologie, en sachant qu'une sérologie réalisée dans les trois premiers jours après l'apparition du rash et qui est négative n'exclut pas le diagnostic.

On dispose de kits de prélèvement salivaire qui permettent de faire une PCR sur le liquide salivaire et le dosage des anticorps. C'est envoyé par l'ARS sur demande, et on le fait en priorité pour les nourrissons et les personnes éloignées de laboratoires de biologie.

Bien sûr, je répète : la rougeole est une maladie à déclaration obligatoire. Si ce n'est pas fait en laboratoire, devant une suspicion de rougeole clinique, il faut déclarer et appeler l'ARS.

Alors, c'est le message, certains d'entre vous vont être amenés à avoir vu la période épidémique des cas de rougeole, donc, en présence d'un ou plusieurs cas, il faut isoler les patients, avec les mesures barrières. Et je répète que le virus peut rester deux heures sous forme de gouttelette dans une pièce, donc l'isolement gouttelette, c'est-à-dire lavage des mains, nettoyage des poignées de porte, est important. L'isolement aérosol aussi. Signaler à l'ARS le cas clinique par tout moyen approprié. Et puis ensuite on fera la déclaration. Identifiez les contacts, dont j'ai donné la définition, et puis, rapidement, vaccinez dans les 72 heures, dès l'âge de 6 mois, et puis ensuite on fera deux doses.

Pour les adultes sans antécédent de rougeole, une dose, et pour les professionnels de santé au contact, qui n'ont pas d'antécédent de rougeole, ou qui n'ont pas été vaccinés deux doses, cette fois-ci, une dose. Si on est un professionnel de santé, qu'on a été vacciné une dose, et qu'on voit un cas de rougeole, il faut refaire une dose.

Le message 4, c'est : en présence d'un ou plusieurs cas, adresser les contacts fragiles, c'est-à-dire les moins de 6 mois dont la mère n'a pas été vaccinée et sans antécédent de rougeole, ou les sujets ayant une contre-indication à la vaccination – grossesse,

immunodépression – avant le 6<sup>e</sup> jour, pour recevoir des immunoglobulines IV en courte hospitalisation.

Voilà, je vous ai donné les messages essentiels. Vous les retrouverez dans la revue *Exercer*. Si vous voulez aller plus loin, il y a eu une autre revue de la littérature qui a été publiée dans le *New England*, en juillet 2019.

Merci de votre attention.

*Applaudissements.*

### **Un intervenant**

C'est une question fermée, j'en suis désolé : est-ce que tu penses que Monsieur Wakefield, qui en 1988 si je me souviens bien a publié un article qui établissait d'après lui un lien entre la vaccination ROR et l'autisme, et qui a été ensuite rétracté, mais qui est donc responsable d'un certain nombre de décès par défaut de vaccination, devrait être jugé devant la justice civile ?

### **Henri Partouche**

Je ne suis pas compétent pour répondre à cette question-là. En tout cas, sur le plan scientifique, encore cette année, il y a eu plusieurs travaux qui ont montré qu'il n'y avait pas de lien entre le vaccin de la rougeole et l'autisme. Monsieur Wakefield fait partie d'une ligue très forte anti-vaccin. Il vit aux Etats-Unis et effectivement, je pense qu'il doit avoir des soucis sur le plan judiciaire.

Il faut souligner ça. Moi, j'ai fait partie, au Conseil de la santé publique, de l'équipe sur la recommandation. Je vous avoue franchement qu'on est très tatillon en France, on est très compliqué. Effectivement, l'introduction du vaccin, 1983, on a été un peu tardif. C'est pour ça qu'avant 1980 ou non, c'est lié à l'introduction du vaccin et au fait que ceux qui sont nés avant 1980 ont une probabilité d'avoir eu la rougeole plus importante que ceux qui sont nés après.

En fait, en France, les recommandations sont assez compliquées, les Américains ne se posent pas de question, c'est deux doses pour la rougeole, voire même trois doses, parce que je ne vous ai pas parlé des oreillons, mais dans le ROR, la valence oreillons ne marche pas très bien et pour être protégé contre les oreillons, il faut, en pleine épidémie, vacciner à trois doses. C'est un message important : deux doses, c'est le *standard of care*.

### **Une intervenante**

Moi, j'ai une question pour la question du Monsieur : est-ce qu'il ne serait pas plus sage du coup de se faire vacciner avant de voir un cas ?

### **Henri Partouche**

Ce n'est pas dangereux, ce serait plus sage. En période d'épidémie, c'est préférable, oui.

### **Un intervenant**

Ce sera remboursé ? Et promis après, on laisse la place aux questions du public.

### **Henri Partouche**

C'est gratuit jusqu'à 17 ans, mais après, je ne crois pas que ce soit remboursé.



### **Anne-Laure Navarette-Heintz**

Anne-Laure Navarette-Heintz, Poitiers. Je voudrais savoir s'il existe, à ta connaissance, des outils d'aide à la décision, pour une décision médicale partagée avec le patient, que le médecin généraliste pourrait utiliser en consultation, style *fact-box*, avec les petits pictogrammes, pour montrer « avec vaccination », « sans vaccination ».

### **Henri Partouche**

Tout à fait. J'interviens tout à l'heure à la session Vaccination, et comment améliorer la couverture vaccinale, et on présentera ces outils, tout à fait. Ils existent. Santé publique France a beaucoup travaillé là-dessus.

### **Une intervenante**

Bonjour à tous. Moi, j'avais une question : vous dites qu'il faut vacciner dans les 72 heures les gens qui ont été exposés, mais du coup, ce n'est pas toujours évident de faire le diagnostic parce que des fois, on a plein d'enfants avec des éruptions maculopapuleuses, on ne sait pas vraiment si c'est la rougeole ou pas. Et du coup, vous dites qu'il faut faire la prise de sang trois jours après l'éruption, du coup, c'est compliqué, je trouve.

### **Henri Partouche**

C'est compliqué. En dehors des nourrissons de 6 mois à 11 mois révolus, on peut dépasser les 72 heures. Pour les nourrissons de 6 mois à 11 mois révolus, il faut faire les immunoglobulines. S'ils ont été exposés à un cas, il faut faire des immunoglobulines, si on a dépassé les 72 heures.

Pour les autres, on peut dépasser les 72 heures.

### **Une intervenante**

J'avais une question également : vous disiez que les anticorps duraient 15 ans. On est quand même protégé à vie avec ces deux doses de vaccin à 18 mois, avec les anticorps qui durent 15 ans ?

### **Henri Partouche**

Voilà, ce sont les contradictions de la science. Je répète qu'il n'y pas de corrélat de protection avec les anticorps. Voilà, l'expérience est clinique.

Après, effectivement, c'est le problème de l'écologie en matière de vaccination, on vaccine toute une population, il n'y a plus de circulation de cas, il n'y a pas de réactivation du système immunitaire, et effectivement, peut-être qu'on peut voir réapparaître des rougeoles plus tard. Ça a été le problème pour la varicelle, qui fait qu'on n'a pas recommandé le vaccin varicelle, c'est à cause de la couverture vaccinale qui était prévisiblement insuffisante.

### **Anne Plessis**

Bonjour, Anne Plessis, d'Angers. On s'est posé la question, en fait, très bêtement : si on en voit un au cabinet, et l'histoire des deux heures, qu'est-ce qu'on fait après ? En fait, on ferme le cabinet deux heures, on évacue la salle d'attente... Je ne sais pas s'il y en a qui en pratique ont déjà vécu ça.

### **Henri Partouche**

Solution hydroalcoolique un peu partout. On nettoie, on isole le patient, on fait ce qu'on peut. C'est le système D. Je crois qu'il faut isoler le patient.

### **Anne Plessis**

Mais on ferme ? Je ne sais pas, avec l'histoire des gouttelettes qui persistent deux heures.

### **Henri Partouche**

Alors, c'est une très belle étude. Ça a été fait en milieu hospitalier dans les chambres de patients ayant une rougeole grave, donc qui a séjourné longtemps, qui a dormi, etc. En cabinet, c'est un patient qui arrive, qui a le temps d'attendre dans la salle d'attente... IL faut voir, il faut mesurer, mais c'est le système D.

Il faut avoir cette notion que c'est un virus qui reste vivant et contagieux deux heures sur une pailasse ou sur une table. Il faut avoir cette notion-là.

### **Une intervenante**

Nous, on a eu l'expérience au cabinet où j'exerce. On est 5 médecins. On a eu un cas de rougeole l'année dernière, donc on a appelé l'ARS, bien sûr, et donc on n'a pas fermé le cabinet, mais on a fermé la salle d'attente, par contre, et on a recontacté l'ensemble des patients qui étaient passés au cabinet dans la journée pour vérifier le statut vaccinal, etc. C'était un sacré « bin's ».

### **Henri Partouche**

Bravo, effectivement.

### **Une intervenante**

Bonjour, moi j'avais une question : si les patients sont vaccinés une première fois, et qu'on voit dans le carnet de santé marqué « allergie probable aux vaccins », est-ce qu'on peut faire des tests pour essayer de vérifier cette allergie pour faire la deuxième dose, parce qu'on ne sait jamais qui a écrit cette phrase dans le carnet de santé et quelle attitude on doit avoir ?

### **Henri Partouche**

Ce que j'ai dit, c'est le niveau de certitude, en fait. C'est une réaction anaphylactique grave à la première vaccination qui est une contre-indication absolue. Donc, il faut le documenter, ça. Si ce n'est pas documenté, effectivement, il vaut mieux faire la deuxième dose en milieu hospitalier, et adresser le patient.

## **III) Deuxième intervention : accompagnement des personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool**

### **Aline Ramond-Roquin**

Bonjour à tous, merci, Xavier, pour l'introduction tout à l'heure. Donc, je suis Aline Ramond-Roquin, je viens d'Angers, et donc je vais effectivement vous parler d'un article qui traite de l'accompagnement des personnes qui ont un trouble de l'usage de l'alcool, en médecine générale.

J'ai choisi de vous parler de cet article parce que, donc, je suis en charge de la rubrique Soins. C'est la rubrique dans laquelle avait aussi été publié le papier qui vient d'être présenté par Henri Partouche. C'est une rubrique qui est un peu plus récente que les autres dans la revue et qui s'est étoffée notamment depuis 2017, depuis le passage de la revue à 10 numéros. Et cette rubrique, elle a vraiment pour objectif de vous outiller dans votre activité clinique du quotidien, y compris dans vos fonctions de maîtres de stages, en vous donnant des données solides, récentes et pertinentes, spécifiquement en médecine générale.



Donc là, c'est un papier qui a été publié ce printemps, écrit par Christine Maynié-François et Julie Dupouy, ainsi que le conseil scientifique du CNGE. Je crois qu'au moins une des auteures est dans la salle ce matin. Donc j'ai choisi de vous parler de ce papier pour deux raisons principales : la première, c'est qu'on estime qu'à peu près 1 adulte sur 5 qu'on voit dans nos consultations a un trouble de l'usage de l'alcool, donc ça fait une prévalence très importante parmi nos patients. Et puis la deuxième raison, c'est que – je ne vous représenterai pas la marguerite des compétences – le médecin généraliste a un certain nombre de compétences qui sont particulièrement intéressantes pour l'accompagnement de ces personnes. Donc, des compétences relationnelles, de prise en charge globale, de suivi, etc.

Il n'y a pas que moi qui le dis, qu'on a des compétences potentiellement intéressantes par rapport à ces personnes, il y a aussi plusieurs travaux qui suggèrent qu'une prise en charge de bonne qualité en soins primaires peut se révéler aussi efficace, voire plus, qu'un suivi de ces patients dans des centres d'addictologie spécialisés.

Alors, je ne vais pas vous donner la réponse à toutes les questions, mais je voulais vous illustrer un petit peu les trois choses que vous pourrez retrouver si vous lisez cet article à l'issue de la présentation. La première chose, c'est que cet article, il va pouvoir vous apporter quelques éléments de concept et de définition des troubles de l'usage de l'alcool. L'article rappelle un petit peu les critères du DSM-5, qui vous permettent de caractériser le degré d'addiction d'une personne à l'alcool, sur un continuum qui va de l'addiction légère à l'addiction sévère, avec des questions qui portent plus sur le « comment » que sur le « combien ». Donc, quelles sont les stratégies développées par les personnes pour essayer de limiter leur consommation d'alcool, par exemple ? Ou encore, le fait qu'une personne continue à consommer, alors même qu'elle a le sentiment ou la notion que ça lui apporte des difficultés d'ordre physiologique ou psychologique, liées à l'alcool.

Une fois qu'on a ces éléments de repérage en tête, comment est-ce qu'on fonctionne pour repérer les personnes qui ont un trouble de l'usage de l'alcool, en pratique, dans nos cabinets ? Cet article va vous proposer un certain nombre d'outils, de questionnaires, courts, qui sont tout à fait utilisables en consultation de médecine générale, comme l'outil *Face*, que je présente, qui comporte 5 questions.

La difficulté, avec les données de la littérature, c'est que ces outils ne sont pas extrêmement validés en soins primaires. Donc, qu'est-ce que nous apporte de façon solide la littérature ? Deux éléments, principalement. Le premier, c'est que les patients qu'on voit en médecine générale considèrent qu'il est légitime que leur généraliste les questionne sur leur consommation d'alcool. Donc, ce n'est pas une crainte qu'on doit avoir quand on aborde ces questions-là. Et puis la deuxième chose que suggère la littérature, c'est que ce qui semble être plus efficace, ce sont les interventions brèves répétées auprès de nos patients, pour essayer de repérer ces troubles de l'usage, plutôt qu'une intervention unique, quelle qu'en soit la qualité.

Et puis, le troisième élément fondamental que va pouvoir vous apporter cet article, ce sont des données récentes sur qu'est-ce qui peut fonctionner quand on cherche à accompagner une personne qui a un trouble de l'usage de l'alcool. Il fait le point, un petit peu, sur l'efficacité et les effets, en tout cas, de certaines approches. D'abord, les approches non médicamenteuses. Donc, l'entretien motivationnel, par exemple, a montré une certaine efficacité, à court terme surtout, auprès des personnes qui ont un trouble de l'usage de l'alcool, versus l'absence d'intervention, mais n'a pas forcément montré une efficacité supérieure à d'autres types d'interventions.

Les thérapies cognitivo comportementales sont les plus recommandées, mais elles ont été peu évaluées en soins primaires, de même que les différentes approches de psychothérapie par le médecin généraliste.

En ce qui concerne les médicaments, il y a deux médicaments qui avaient été évalués il y a plusieurs années sur le critère d'efficacité qui était à l'époque l'abstinence, principalement. Donc, l'acamprosate et le naltrexone, qui montrent, à court ou moyen terme, c'est-à-dire sur des périodes de 3 à 12 mois, une efficacité, modeste malgré tout, mais une

efficacité, avec un nombre de personnes à traiter de 9 pour obtenir 1 résultat positif supplémentaire par rapport à l'absence de médicament. Donc vous en traitez 9 pour rendre service à 1, sur des critères d'abstinence.

Plus récemment, il y a eu un certain nombre de travaux sur le baclofène, dont vous avez certainement entendu parler. L'efficacité du baclofène est largement débattue. Très clairement, en tout cas en France, actuellement, c'est un traitement de deuxième intention, et puis il y a eu des limitations posologiques importantes sur ce médicament.

Le disulfiram, qui fonctionne avec l'effet antabuse, montre des résultats assez divergents, et notamment quand on fait des essais contre-Placebo en aveugle, on ne retrouve pas d'efficacité de ce traitement-là.

Donc, au total, sur les différentes approches disponibles, les données de la littérature nous donnent des éléments qui ne sont que partiels et qui ne nous éclairent pas forcément de manière très importante au niveau des choix. Ça, ça nous ramène un petit peu à ce que c'est que l'exercice de la médecine fondée sur les données probantes. Il faut bien se rappeler, et c'est ce sur quoi se conclut l'article, qu'il faut prendre en compte de façon très importante aussi les préférences du patient et votre expertise clinique, et qu'il faut que les choix se prennent en prise de décision partagée avec votre patient, à la fois sur l'établissement d'objectifs – donc, est-ce que vous allez aller vers un objectif d'abstinence ou de réduction de consommation des risques ? – et aussi d'échanger avec lui sur les différents moyens qu'on va pouvoir mettre en place pour l'accompagner dans ce trouble, dans le cadre d'une prise de décision partagée.

Voilà. Pour aller plus loin, je vous encourage à lire d'une part l'avis scientifique qui avait été publié par le conseil scientifique du CNGE à l'automne, et puis à redécouvrir – ou à découvrir – l'article complet qui avait été publié dans le numéro d'avril, cette année.

Je vous remercie de votre attention.

*Applaudissements.*

### **Adrienne Brocard**

Bonjour, Adrienne Brocard, de Lyon. Je voulais savoir, les interventions brèves sur les traitements, les résultats que ça a par rapport à l'entretien motivationnel et tout ça. Vous dites que c'est plus efficace.

### **Aline Ramond-Roquin**

Je vais répondre, et je pense que c'est Julie Dupouy qui est dans la salle, donc si elle veut compléter.

Je ne pense pas qu'il y ait de comparaison directe entre les interventions brèves et l'entretien motivationnel. Concernant les interventions brèves, c'est vrai qu'il y a une sorte d'approche protocolisée qui est promue par la HAS, qui n'est pas inintéressante, mais qui n'a pas forcément été validée dans notre contexte de soins primaires. Et dans la première utilisation de l'intervention brève, on est vraiment plus dans du repérage, alors que dans l'entretien motivationnel, on va aussi être plus dans la prise en charge d'un patient. Il y a deux temps différents d'utilisation.

### **Julie Dupouy**

Oui, tout à fait. Il y a surtout le fait que l'intervention brève est un peu plus protocolisée, un peu plus standardisée, notamment aux Etats-Unis, et donc il y a un peu plus d'études sur l'intervention brève que sur l'entretien motivationnel, d'où un niveau de preuve plus important. Mais il n'y a pas eu de comparaison directe, en effet, et dans tous les cas, les résultats sont toujours difficiles à interpréter, parce que ça reste des interventions complexes

qui sont difficiles à évaluer. C'est pour ça qu'il n'y a pas beaucoup de données pour évaluer leur efficacité. C'est aussi parce que l'évaluation de ces interventions complexes est difficile méthodologiquement.

#### **Xavier Guérin**

Bonjour, Xavier Guérin, moi, je suis à côté de Cholet. Par rapport aux groupes et aux associations de patients alcooliques anonymes, est-ce que ça a été évalué, l'impact qu'ils ont sur, justement, l'abstinence alcoolique et la réduction des risques ? Est-ce qu'il faut qu'on tisse et qu'on renforce des liens avec ces associations ? Parce que ce n'est pas facile d'adresser les personnes, et pour les adresser il vaut mieux les connaître. Est-ce que ça a un impact intéressant ?

#### **Aline Ramond-Roquin**

Je pense qu'à nouveau je vais renvoyer vers l'auteur du papier, parce qu'il y avait effectivement quelques éléments dans le papier qui a été publié.

#### **Julie Dupouy**

Oui, il y a eu quelques études là-dessus, sur les groupes de parole, et une méta-analyse, je crois, qui montre qu'il y a quand même un effet sur la consommation déclarée d'alcool. Donc, ça, c'est un niveau de preuve intermédiaire. Après, il y a toujours un biais de sélection important, voilà, c'est bien sûr évalué chez des patients qui adhèrent à ce dispositif, et le ressenti qu'on a du terrain et de l'expérience fait qu'il y a des patients qui vont vraiment adhérer et qui à qui ça va correspondre au niveau de leur personnalité et leur mode de communication, et d'autres pas du tout.

Mais je crois que c'est efficace pour des patients qui adhèrent à ça et qui sont confortables avec ce système-là. Alors, les adresser, c'est compliqué, parce que ce ne sont pas des spécialistes médicaux, ce sont des associations, donc après, c'est au patient de faire la démarche, notamment pour les Alcooliques Anonymes, et il y a plein de groupes ou associations en fonction des territoires locaux. Mais c'est au patient de faire la démarche et ils ont souvent des sessions ouvertes une fois par mois où les patients peuvent aller voir comment ça se passe.

### IV) Troisième intervention : relation entre la prise de tension artérielle au cabinet et la mesure ambulatoire en termes de pronostic.

#### **Jean-Pierre Lebeau**

Je ne vais pas commencer par vous dire pourquoi j'ai choisi cet article parce que ce n'est pas moi qui l'ai choisi. Pourquoi on m'a choisi pour cet article ? J'imagine que c'est le sujet, et aussi, peut-être, parce que je suis rédacteur en chef de la revue. Oui, d'ailleurs, je commencerai par ça, par vous dire que je venais de Tours, où j'ai l'honneur de diriger le département de médecine générale, et puis je dirige bien sûr la rédaction d'Exercer. Je n'ai pas de conflit d'intérêts, mais si vous voulez constater l'absence également de liens d'intérêt, je vous invite à vous rendre sur le site dédié, qui commence à être relativement complet. Ça a mis du temps, mais ça a fini par marcher.

Je vais vous parler de cet article. Alors, on attaque donc là, à proprement parler, les brèves, c'est-à-dire des articles qui ne sont pas parus dans Exercer, mais dans la littérature internationale, et qu'on a réduits sous un format de 300 mots. Ce n'est pas moi qui le fais, ce sont Yannick, Hélène et Jean-Sébastien, qui n'est pas là, qui font ça très bien. Et ils avaient entre autres choisi cet article, donc, qui explore la relation entre la prise de tension artérielle au cabinet et la mesure ambulatoire de la pression artérielle en termes de pronostic.

L'intérêt de cet article, alors d'abord, il y a un premier intérêt qui est éditorial, qui est assez étonnant, c'est que c'est un article de soins primaires, fait par une équipe espagnole, et qui est sorti dans le *New England*. Et quand vous êtes Européens, sortir dans le *New England* une étude de cohorte qui n'est pas un essai randomisé, qui n'est pas sponsorisé par un labo, c'est-à-dire que le *New England* ne va pas faire son beurre habituel sur des tirés à part, c'est un petit exploit.

Pourquoi ils ont réussi ça ? Probablement parce qu'on manque beaucoup de données. Alors, qu'est-ce qu'on sait pour l'instant ? On sait que, en termes de prédiction pronostique, la MAPA est sans doute supérieure à l'AMT, et en tout cas supérieure à la mesure au cabinet. En fait, on le sait à partir d'études qui sont soit des études en population, donc qui produisent un niveau de preuve finalement assez faible, soit des études cliniques, mais qui sont de petites tailles. Donc on n'a pas des grands niveaux d'études comme la méta-analyse de Stessen qui est faite à partir de mesures au cabinet, et sur 2 millions de personnes. On n'a pas ça pour les mesures ambulatoires.

Donc ce qu'on ne sait pas, c'est quelle est la quantité d'effets, c'est-à-dire à quel point c'est différent en termes de pronostic de faire une mesure ambulatoire plutôt qu'une mesure au cabinet, et puis on ne sait pas non plus ce qui se passe en fonction du phénotype des hypertendus, c'est-à-dire les hypertendus simples, les hypertendus blouse blanche, l'hypertension artérielle masquée, le DEAP – désolé Vincent, mais je ne connais pas de mot français pour remplacer ça. Le DEAP, c'est donc le fait que la pression artérielle diminue ou pas la nuit. Donc, le DEAP, c'est quand elle diminue. Donc, il y a des *deapper* et des *non-deapper*. C'est le seul mot que je connaisse.

Alors, c'est sans doute ça qui a valu à cet article le *New England*, c'est 63 910 patients adultes qui ont été suivis pendant 4,7 ans, avant qu'ils ne soient morts avant les 4,7 ans en question, ce qui a été le cas d'un certain nombre. Tout ça à partir d'un registre espagnol, un registre constitué en soins primaires. Donc à partir de soins primaires dans 17 régions, c'est-à-dire probablement dans toute l'Espagne – je ne crois pas qu'il y ait plus de 17 régions –, avec des critères d'inclusion extrêmement larges puisqu'il s'agissait que les patients aient une hypertension soit réfractaire, soit résistante, soit labile, soit limite, soit blouse blanche, ou suspectée blouse blanche, soit pour lesquels il fallait réévaluer le traitement, soit pour lesquels on s'interrogeait – je ne sais pas pourquoi – sur le rythme nyctéméral de leur tension, donc à peu près tout le monde. Et on va proposer à ces gens-là une procédure standard recommandée de mesures au cabinet. Or, la procédure recommandée en Espagne, comme vous le savez tous, c'est de prendre après 5 minutes de repos la tension artérielle, avec le patient assis, à deux reprises, et de faire la moyenne de ces deux mesures. C'est ce que les auteurs appellent la « procédure standard recommandée ». Combien parmi vous font une procédure standard recommandée ? Merci.

Et puis, on a considéré que ces gens étaient hypertendus, comme en France, au-dessus de 140,90 millimètres de mercure. On a comparé avec une MAPA, qui a donc été proposée à tous les patients, évidemment pendant 24 heures, avec des mesures toutes les 20 minutes la journée et toutes les 30 minutes la nuit. La nuit, c'est quand le patient dort. C'est comme ça que c'est défini, ce ne sont pas des heures. Et puis la mesure a été considérée comme valable à condition que 70 % au moins des mesures aient été validées par l'appareil.

Là, le standard, pour définir l'hypertension artérielle, ce n'est pas 135,85, comme on a l'habitude en France, c'est 130,80.

Cette diapo simplement pour vous montrer qu'évidemment, avec les critères d'inclusion qu'on avait et le mode de recrutement, et bien on se retrouve avec une clientèle d'hypertendus de médecine générale, c'est-à-dire des gens qui ont en moyenne 58 ans, qui ont IMC moyen de 29, avec quand même 40 % qui ont plus de 30, et puis dont un certain nombre fument, ont un diabète, une dyslipidémie, etc. Bref, une population tout venant des hypertendus de médecine générale. C'est ça qui rend les choses intéressantes pour nous.

Qu'est-ce qu'on constate d'abord ? Il y a 63 000 patients, et vous voyez les moyennes. Donc, « clinique » c'est la mesure au cabinet. Ensuite, je pense que c'est assez clair pour vous. Donc « 24 heures », c'est la moyenne sur 24 heures, évidemment. Et puis après il y a

la moyenne en journée et la moyenne en nuit. Donc vous voyez que ce qu'on appelle le DEAP, c'est à peu près 12 millimètres de mercure sur l'asystolique, et d'ailleurs à peu près la même chose sur la diastolique.

Les survivants, au bout de 4,7 ans, étaient quand même encore 60 000, et ils avaient des tensions artérielles qui étaient très peu différentes de la moyenne générale. En revanche, ceux qui sont décédés avant la fin des 4,7 ans d'observation, vous voyez que tous les chiffres de tension artérielle étaient significativement différents des chiffres à l'entrée.

Ce qui est amusant, et qui interpelle un petit peu, c'est qu'ils n'étaient pas toujours supérieurs. Vous voyez qu'il y a un certain nombre de chiffres, notamment la diastolique dans la journée, qui est significativement inférieure, probablement parce qu'ils étaient simplement plus traités.

Alors, qu'est-ce que donnent les chiffres de mortalité en fonction du phénotype de l'hypertension. Alors, il y a une petite astuce qui rend ce tableau particulièrement difficile à lire, et moi j'ai mis longtemps à le comprendre, c'est que « contrôlée », ça veut dire que l'hypertension est contrôlée, « non-contrôlée », ça veut dire qu'elle est traitée et pas contrôlée. Donc la différence, c'est que les premiers, ils ne sont pas traités. Donc ils sont dans une situation finalement plus grave, si vous voulez, que ceux qui sont traités, mais insuffisamment.

Voilà ce que ça donne en termes de mortalité par rapport aux normo-tendus qui font référence. Qu'est-ce qu'on voit d'intéressant sur cette diapo ? Alors, premièrement, que, contrairement à l'idée qui est un petit peu rentrée dans les mœurs, mais à partir de très peu de données, l'hypertension blouse blanche n'est pas une situation bénigne. Et quand elle n'est pas traitée, quand on n'intervient pas sur des gens qui ont une hypertension blouse blanche, soit en confirmant l'hypertension, soit en la traitant, la mortalité est significativement plus élevée. Et la deuxième chose, c'est que ce qui confère la mortalité la plus élevée, c'est l'hypertension artérielle masquée. D'autant plus qu'elle est le plus souvent pas diagnostiquée. Vous voyez que c'est le rapport de risque largement le plus élevé en termes de mortalité.

Ce que les auteurs voulaient montrer, c'était la supériorité de la MAPA, en termes de pronostic. Alors, là, le rapport de risque en termes de mortalité, il est pour une déviation standard par rapport à la moyenne, et une déviation standard par rapport à la moyenne, c'est 19,12 millimètres de mercure en mesure clinique, et 14,10 millimètres de mercure en mesure ambulatoire. Vous voyez que pour une déviation standard, d'abord, première chose, l'hypertension artérielle constatée au cabinet, clinique, n'est pas disqualifiée. C'est-à-dire que la mesure clinique, la mesure au cabinet de l'hypertension artérielle, et le traitement fait en fonction de cette seule mesure au cabinet, est susceptible de diminuer la mortalité. Alors que toutes les recommandations du monde, maintenant, recommandent systématiquement une mesure ambulatoire de la pression artérielle avant de débiter un traitement, et pour en contrôler l'efficacité.

La deuxième chose, c'est que, contrairement à ce que les moins jeunes d'entre nous avons appris, ce n'est pas forcément la diastolique qui fait la gravité d'une hypertension, même si ça signe l'hypertension métabolique, et pas l'hypertension liée à la rigidité artérielle. En revanche, curieusement, la diastolique dans la journée ne sort pas en termes de mortalité.

Donc qu'est-ce qu'on sait maintenant ? On sait, et ça confirme sur une grande cohorte de patients tout venant suivis en médecine générale, que la mesure ambulatoire de la pression artérielle est supérieure en termes de prévision pronostique que la mesure au cabinet. On découvre – où on redécouvre – que la blouse blanche n'est pas bénigne, que les gens qui ont une hypertension artérielle blouse blanche, qu'elle soit pure – c'est-à-dire qu'effectivement on ait constaté par mesure ambulatoire qu'il n'y avait pas d'hypertension artérielle à domicile – qu'elle ne soit pas explorée, ce n'est pas une situation bénigne et il faut certainement le prendre en compte.



Ce qu'on ne sait toujours pas, parce que ce n'était pas dans cette étude, c'est ce qu'il en est de l'automesure tensionnelle, qui n'a pas fait l'objet de cette étude du tout, et qu'on utilise certainement beaucoup plus que la MAPA. On ne sait toujours pas ce qu'il en est des *deapper* et des non-*deapper*. Est-ce qu'il y a un pronostic différent quand les gens ont une pression artérielle qui ne diminue pas la nuit ? Et on ne sait définitivement plus quoi faire du tout de la mesure au cabinet, d'autant plus que la mesure au cabinet, ce n'est pas seulement obtenir des chiffres, vous le savez tous, c'est aussi un rituel majeur dans la relation.

Mais ce qui doit nous interpeller, à mon avis, dans ce papier, c'est la prévalence importante, et surtout la gravité pronostique de l'hypertension artérielle masquée. Quand on cherche, on en trouve. Si vous avez, dans vos patients, des diabétiques de 50 ans, fumeurs, et qui ne sortent pas du canapé, et qui font du sport qu'à la télé, et qui ont une tension au cabinet à 120,75, faites leur une MAPA, vous allez découvrir une hypertension artérielle, c'est quasi sûr.

Voilà.

**Xavier GOCKO**

Merci, Jean-Pierre.

*Applaudissements.*

**Éric Leclerc**

Oui, Éric Leclerc, Ardenne. Je voudrais juste rebondir sur ce que vous avez dit tout à l'heure, concernant le fait de faire des MAPA. Mais le MAPA est un acte technique non remboursable, et ça coûte environ 50 euros. Je crois que ça peut être un frein important.

**Jean-Pierre Lebeau**

Alors, ça coûte 50 euros, c'est un point de vue. Ça ne coûte rien, il n'y a pas de cotation, pour la MAPA. C'est le drame des cardiologues, et ça va devenir le nôtre, maintenant, parce qu'on fait les MAPA, il n'y a pas de cotation.

Après, on peut dire que ça coûte 50 euros parce qu'on fait une consultation au début et une consultation à la fin, on peut dire que ça fait partie d'une prise en charge globale, c'est les infirmières Asalée qui le posent et qui s'en occupent.

Mais effectivement, ça correspond à un petit investissement. C'est un choix. Mais il n'y a pas de cotation.

**Éric Leclerc**

Quel est le coût d'investissement d'un appareil ?

**Jean-Pierre Lebeau**

Voilà, quand même, j'avais préparé la diapo. Alors, ça dépend. Ça, c'est celui qui a été utilisé pour l'étude. Alors, pour utiliser un appareil pour une étude, il faut qu'il soit validé pour la recherche. Valider pour la recherche pour le fabricant, c'est du boulot. Il y a eu 15 publications internationales pour valider cet appareil-là pour la recherche, donc ça, c'est répercuté sur le prix qui est affiché là.

Un appareil comme celui-ci qu'on a au cabinet, c'est celui-là. Ça coûte ce prix-là, mais en fait, on peut avoir une location. Nous, on l'a en location, ce qui permet de ne pas avoir de problème de garantie parce que ça a tendance à tomber en panne. C'est quand même un truc qu'on confie 24 heures au patient, et il peut y avoir des accidents.



Cela dit, hier soir, pour préparer cette plénière, je suis allé me promener sur Wish – alors je ne sais pas si vous connaissez Wish – et sur Wish, on trouve ça pour 83 euros. J'en ai commandé un, on va voir, je vous dirai.

### **Une intervenante**

Par rapport à l'hypertension blouse blanche, je voudrais savoir quels sont les traitements reconnus ? Et quels sont les risques de ces traitements ?

### **Jean-Pierre Lebeau**

Alors, il n'y a pas de traitement spécifique de l'hypertension artérielle blouse blanche, à part le Lexomil, peut-être, avant de consulter, je ne sais pas. Il n'y a pas de traitement spécifique, c'est le traitement de l'hypertension.

En fait, le problème de la blouse blanche, c'est que quand un patient pas connu comme hypertendu, vient au cabinet, qu'on lui prend la tension, et qu'elle est supérieure à 140/90, les chances pour qu'il soit normo-tendu à domicile sont de 42 %. Donc on a deux méthodes pour évaluer sa tension au cabinet : la première, c'est de la mesurer, et la deuxième, c'est de jeter une pièce, et puis si c'est pile, il est hypertendu, si c'est face, il est normo-tendu. On est quasiment à 50-50, 42 %.

Après, il est hypertendu ou pas, et on le traite comme une hypertension ou pas. Ce qui sort de cette étude et qui était très inattendu, c'est que les gens qui ont une hypertension blouse blanche, ce n'est pas comme les gens qui sont normo-tendus au cabinet. Ce n'est pas pareil. Ils ont un pronostic qui est moins bon.

## **V) Quatrième intervention : contraception orale**

### **Hélène Vaillant-Roussel**

Donc, je suis Hélène Vaillant-Roussel, je viens de Clermont-Ferrand, et j'ai l'honneur et le plaisir de travailler au sein de la revue Exercer depuis plusieurs années.

Je vais vous parler de contraception orale, et on a choisi cette brève notamment parce que ça apporte quelque chose pour la pratique. C'est l'idée des brèves, c'est de vous présenter des articles scientifiques qui apportent des éléments pour votre pratique.

Cette étude, elle nous a paru intéressante aussi parce que c'est une équipe française, et c'est également une étude de cohorte qu'on a retenue pour les brèves.

Ce qui était connu, pour la contraception oestroprogestative, c'est que ça augmentait le risque artériel, et qu'il y avait un effet dose des œstrogènes sur le risque veineux. OK, mais en pratique, quelle est la meilleure contraception oestroprogestative sur les 8 disponibles en France ? Il y a des chercheurs français, de l'Assurance maladie, qui ont croisé les données Sniiram, donc les données de remboursement de l'Assurance maladie, avec les données du PMSI.

Les éléments nouveaux de ce travail, c'est qu'après ajustement sur les progestatifs et sur les facteurs de risques, le fait de prendre 20 microgrammes par rapport aux 30 ou 40 dans certaines pilules, ça diminue le risque d'embolie pulmonaire, d'infarctus du myocarde ou d'AVC ischémique. Après ajustement sur les œstrogènes et sur les facteurs de risques, le lévonorgestrel, par rapport au désogestrel et au gestodène – donc c'est 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> génération –, ça diminue d'embolie pulmonaire. Par contre, ça ne diminue pas le risque artériel.

Donc, qu'est-ce qu'il faut retenir, en fait, pour la pratique, par rapport au risque thromboembolique ? C'est qu'il faut plutôt aller vers des pilules avec du lévonorgestrel, et qui contiennent 20 microgrammes d'œstrogènes.

Donc j'ai repris la fiche de bon usage du médicament de la HAS, et j'ai revérifié l'ensemble des pilules, et voilà les trois pilules qui ont cette composition.

Voilà, j'ai été très courte.

*Applaudissements.*

### **Un intervenant**

Donc, la référence qui était donnée au départ, c'était lévonorgestrel à 150, et l'éthinylestradiol à 30. C'est la base sur laquelle ont été posées les limites. Quand on passe à 20 et 100, comme c'est le cas dans ces trois pilules, quel est le niveau d'évaluation de l'efficacité contraceptive ?

C'est-à-dire qu'on connaît tous l'indice de Pearl, qui est parfait quand il n'y a aucun oubli, mais quelle est la fille qui n'a jamais oublié sa pilule ?

### **Hélène Vaillant-Roussel**

A ma connaissance, il n'y a pas de différence en termes d'efficacité contraceptive. Je ne me souviens pas si dans l'article, ils en parlaient, mais l'efficacité était la même au niveau de la contraception.

Ils ont ajusté, en fait, sur l'ensemble des types d'hormones et des doses. Il n'y avait pas une seule référence. Ils ont comparé, en fait, l'ensemble de ce qui existait, entre elles. Par contre, en termes d'efficacité, à ma connaissance, il n'y a pas de différence sur l'indice de Pearl entre les pilules.

### **Un intervenant**

Sur l'indice de Pearl, mais l'indice de Pearl suppose qu'il n'y a pas d'oubli.

### **Hélène Vaillant-Roussel**

Oui, comme avec toute pilule, on est d'accord.

### **Christophe Berkhout**

Bonjour, Christophe Berkhout, donc. La question va faire le lien entre la précédente présentation et la tienne, Hélène. Quid de l'hypertension lorsqu'il y a une contraception oestroprogestative ? Est-ce que c'était pris en compte dans la cohorte précédente ? Je n'ai pas mémoire de l'avoir vu ?

### **Jean-Pierre Lebeau**

Je crains que ce ne soit plutôt à moi que s'adresse la question, à moins que tu ne connaisses bien la cohorte de l'étude précédente. A ma connaissance, ce n'était pas un critère d'ajustement. Entre le risque cardiovasculaire à 10 ans et le risque de grossesse non désirée, je ne suis pas sûr qu'on s'adresse à la même population, globalement. Donc, je ne pense pas que ce soit une préoccupation. Les gens hypertendus, il faut traiter leur hypertension, les femmes qui désirent une contraception, il faut qu'elles aient accès à une contraception.

Il y a probablement une interaction entre les deux mais bon...

### **Christian Ruillard**

Bonjour, Christian Ruillard, en Franche-Comté. Est-ce qu'il y a des situations qui pourraient justifier de prescrire les autres contraceptions ? Si non, pourquoi la Sécu ne décide pas d'elle-même de retirer du commerce toutes les autres pilules ?

### Hélène Vaillant-Roussel

Merci pour cette question. Je ne peux pas répondre à leur place. Là, on a présenté uniquement le risque thromboembolique, mais il y a d'autres risques inhérents à la contraception, ou à la non-contraception. Là, on a regardé simplement ce paramètre-là, mais on pourrait discuter des cancers hormono-dépendants, etc. Donc je ne saurais pas vous répondre pourquoi elles sont toutes remboursées encore. Je ne saurais pas vous dire.

Mais là, l'équipe de recherche s'est intéressée uniquement à ce risque-là. Il faudrait prendre l'ensemble des paramètres de risque et de bénéfice des pilules.

## VI) Cinquième intervention : prothèses de hanche et de genou

### Yannick Ruelle

Je m'appelle Yannick Ruelle, je suis du département de Médecine générale de Paris-XIII, et rédacteur en chef adjoint de la revue *Exercer*. Outre ce lien d'intérêt, je n'ai pas d'autre conflit d'intérêts en lien avec ce sujet, et je n'existe pas sur le site [transparence.gouv.fr](http://transparence.gouv.fr), donc vous ne pourrez pas me trouver.

Pourquoi on a choisi de présenter cet article et puis d'en faire des brèves ? En fait, il s'agit de deux articles. Outre l'intérêt des données que je vais vous présenter, ce sont des articles qui ont été partiellement écrits par des médecins généralistes, à partir de données collectées en soins secondaires, c'est-à-dire par des chirurgiens prothétiques. Dans certains pays, ce sont les spécialistes d'organes qui recueillent des données pour que les médecins généralistes publient.

En fait, la question que se sont posée les auteurs de ces deux articles, c'était de savoir combien de temps duraient les prothèses totales de hanche, et puis les prothèses totales de genou et les prothèses unicompartmentales de genou. Donc ils ont fait des revues de littérature, auprès de plusieurs études, et puis également auprès de différents registres de recueil de données, australien et finlandais.

Dans le tableau qui est présenté, vous avez dans la partie du haut, en bleu un peu plus foncé, tout ce qui concerne les études issues des bases de données classiques, avec le nombre de sujets qui ont été inclus, et puis l'âge moyen à la pose, avec un âge qui est inférieur pour les prothèses de hanche par rapport aux prothèses de genou. Et puis, dans la partie du bas, vous avez les cohortes issues des registres, avec un nombre de sujets inclus beaucoup plus important, des âges de pose un petit peu différents. Et à partir de ça, les auteurs ont fait des méta-analyses.

Les résultats principaux qui ont été retrouvés, c'était des calculs de survie, à 15 ans, à 20 ans, à 25 ans pour les différents types de prothèses. Bien entendu, la survie diminue au fur et à mesure du temps. Les prothèses de genou, on a trouvé peu de taux de survie à 25 ans. Une seule étude, en fait, a été retrouvée.

Ce qu'on a retrouvé également, c'est que dans les registres, les taux de persistance des prothèses étaient supérieurs à 15 ans, puis ensuite diminuaient par rapport à celles des études. Et puis, dans les genoux, dans les cohortes incluses par l'intermédiaire des registres, les taux de persistance étaient inférieurs à ceux des études, quel que soit l'âge.

Et dernière diapo, puisqu'il fallait faire court, les auteurs ont ensuite estimé la durée de vie à 25 ans des différents types de prothèses. Donc, 58 % des prothèses de hanche persistent jusqu'à 25 ans, 82 % pour les prothèses totales de genou, et 70 % pour les prothèses unicompartmentales.

Au final, il y a beaucoup plus de données que ça, bien entendu, les articles sont extrêmement intéressants en termes de décision partagée. En revanche, ce qu'il manque, pour faire de la décision partagée, ce sont des éléments sur le profil des patients qui sont opérés. Il y avait très peu d'études où il y avait des éléments sur les profils. Et puis, des éléments sur les motifs opératoires. On savait qu'il y avait énormément de gens qui avaient

été opérés pour des problèmes arthrosiques, mais il y avait peu de données en dehors de ces données-là. Il y avait peu de données sur les raisons opératoires des patients.

Voilà.

*Applaudissements.*

### **Une intervenante**

Merci, Yannick, pour ta présentation. J'avais lu un article dans la revue Prescrire sur la faible efficacité en termes de douleur des prothèses totales de genou. Là, c'est intéressant, on voit qu'elles durent longtemps, mais qu'en fait, moi, ce que j'avais lu – et tu me contredis si je me trompe –, c'est qu'en termes cliniques, les patients n'étaient pas vraiment soulagés correctement avec une prothèse totale de genou.

### **Yannick Ruelle**

En fait, dans les articles que j'ai présentés, le critère de jugement n'était pas la douleur, donc ça a peu été étudié, ça a été discuté dans la discussion des articles. Après, ce sont effectivement des données que j'ai lues aussi, mais pas dans ces articles-là. En tout cas, ces articles que j'ai présentés ne donnent pas la réponse sur le problème de la douleur.

### **Nathalie Dumoitier**

Nathalie Dumoitier, à Limoges. Moi, je reviens sur les prothèses de hanche. Là, il a été exploré les durées des prothèses. Mais on ne connaît pas du tout la qualité de vie du patient. Il a vécu, mais on ne sait pas s'il a vécu en bonne santé.

### **Yannick Ruelle**

C'est ça.

### **Nathalie Dumoitier**

D'accord. En fait, c'est une étude qui est centrée sur les prothèses et pas trop centrée patients ?

### **Yannick Ruelle**

C'est un peu ça.

### **Xavier Gocko**

D'accord, Nathalie, mais c'est une question des patients, quand même. « Est-ce que je vais être obligé d'être réopéré ? Moi, on me la pose régulièrement, celle-là. "Combien de temps ça tient ?", voilà.

### **Nathalie Dumoitier**

Ma remarque était un peu provocatrice, mais c'est vrai que clairement, au niveau de la décision partagée, je pense quand même que dans ce travail-là, il manque pas mal d'éléments sur le pourquoi, le comment ils vivaient, et sur les données du patient, en l'occurrence.

Certes, on va leur dire que leurs prothèses, on ne les changera pas au bout de 5 ans, mais on n'a quand même pas mal d'éléments qui nous manquent, même si celui-là pourrait être intégré.

### Yannick Ruelle

C'est un des éléments de la décision partagée, l'intégralité de la décision partagée ne peut pas se résumer à deux articles.

### Une intervenante

Est-ce qu'on sait, dans cette étude, quelles sont les prothèses "foutues" qui n'ont pas été changées ? Parce que finalement, il y a des prothèses usées qu'on ne change pas pour d'autres motifs. Où est-ce qu'elles apparaissent, celles-là ?

### Yannick Ruelle

Il y a des données dans les annexes auxquelles je n'ai pas eu accès. Je n'ai eu accès qu'aux deux articles, mais je sais qu'il y a des données là-dessus, au niveau de la douleur, etc. Mais ça n'a pas été publié dans les deux articles publiés.

## VII) Cinquième intervention : les rendez-vous manqués

### Aline Hurtaud

Bonjour à tous. Donc, moi, j'ai choisi cette brève parce qu'elle m'a interpellée, et je pense qu'elle va aussi vous intéresser. C'est un papier de McQueenie, qui s'intitule "*Morbidity, mortality and missed appointments in healthcare: a national retrospective data linkage study*". Pour les moins anglophones parmi vous, j'ai voulu faire simple pour la présentation, donc on va parler des patients qui nous posent des lapins !

Les auteurs de cette étude se sont intéressés à deux questions distinctes : savoir quels sont les patients qui nous posent des lapins. Est-ce que ce sont en particulier les patients chroniques multimorbides ? Et leur deuxième question était : ces patients qui nous posent des lapins ont-ils un surrisque de mortalité ?

Ils ont étudié une cohorte en Ecosse, sur trois ans, à partir d'une base de données du *National Health Service*, en médecine générale, et j'ai mis des chiffres arrondis puisqu'ils ont à peu près analysé un peu plus de 11 millions de consultations chez un peu plus de 800 000 patients. Alors, je vous présenterai deux figures de résultats. La première pour répondre à la première question. C'est un peu écrit petit, mais on va travailler ensemble. Cette figure représente donc le risque relatif de poser un lapin en fonction du type de patient, et notamment des co-morbidités.

En première ligne, vous avez les patients qui ont au moins une pathologie chronique physique ou mentale. Donc on analyse les sous-groupes, ici en vert, avec les patients qui ont une à trois maladies chroniques identifiées. Ces patients ont déjà 30 % de risque supplémentaire de poser un lapin à leur médecin au cours de la période étudiée. Si les patients ont quatre ou plus maladies chroniques, le risque augmente cette fois-ci de 70 %.

Dans les lignes suivantes, on a séparé les patients, qu'ils soient atteints de pathologies chroniques physiques ou mentales, et les auteurs ont montré que les patients de maladies mentales, et notamment quatre ou plus, doublient leur risque de vous poser un lapin. Et parmi ces patients, ils ont repéré en particulier une augmentation, une part importante des patients qui présentaient un trouble de l'usage de l'alcool et des patients qui abusaient des médicaments psychotropes.

Dans la deuxième figure, qui est faite pour répondre à la deuxième question, on a cette fois étudié la mortalité, la mortalité toute cause. Cette mortalité a été étudiée jusqu'à un an au-delà de la fin de la cohorte. On retrouve nos groupes de patients, donc les patients atteints d'une maladie chronique, au moins une, et ceux qui sont atteints d'une maladie physique ou d'une maladie mentale. Les auteurs ont aussi précisé les résultats des patients atteints à la fois de maladies chroniques physiques et mentales.

Dans chaque groupe de patients, on a en sous-groupe le rythme de rendez-vous loupés, donc soit aucun, soit le taux *low*, c'est-à-dire moins d'un rendez-vous manqué par an en moyenne sur les trois ans, le taux *médium*, c'est un à deux rendez-vous manqués en moyenne par an sur les trois ans, et le taux haut, c'est plus de deux rendez-vous manqués.

Parmi les patients qui ont par exemple d'un à deux rendez-vous manqués par an, le risque de décès, donc de mourir de toute cause, était doublé pour les patients chroniques, qu'ils soient atteints d'une maladie physique ou mentale. Lorsque le patient vous posait plus de deux lapins par an en moyenne, son risque de mortalité était triplé. Les patients les plus à risque de mortalité étaient les patients atteints d'une maladie mentale, et ceux-ci avaient un risque de mortalité multiplié par 8, ce qui est considérable.

Ainsi, la présentation se voulait courte. Les auteurs ont démontré sur une cohorte très large qu'il existe une association forte entre le fait d'avoir des pathologies chroniques et le fait de manquer des rendez-vous en médecine générale. Ils ont également démontré que les patients qui manquent des rendez-vous sont des patients ayant une augmentation du risque de mortalité. Cela nous pose question, je pense, parce que là où on aurait tendance à black-lister un patient qui loupe un rendez-vous, en lui faisant un petit peu payer son offense, on devrait peut-être plutôt s'intéresser à qui sont ces patients, à repérer parmi eux les patients qui sont multimorbides, notamment ceux qui ont des pathologies mentales, et repérer, peut-être, les troubles de l'alcool et les abus de psychotropes.

En tout cas, il serait pertinent, peut-être de prendre des nouvelles de ces patients, et probablement – c'est ce que suggèrent les auteurs – de leur proposer un rendez-vous rapide pour ne pas manquer, nous, le rendez-vous qu'on leur doit.

Voilà.

*Applaudissements.*

### **Laure Rouget**

Laure Rouget, je suis médecin généraliste dans un cabinet médical pluriprofessionnel. Est-ce que dans cette étude il y avait des médecins qui consultaient sans créneaux de rendez-vous ? Parce que ça pourrait, peut-être, être une solution pour permettre à des gens de ne pas louper le rendez-vous, en fait.

### **Aline Hurtaud**

Alors là, je n'ai absolument aucune donnée sur les conditions d'exercice des cabinets qui ont donné les données puisqu'en fait, c'est à partir d'une base de données de santé, un peu comme la Sécu pour nous, donc on n'a pas d'information sur les conditions d'exercice du cabinet, mais ce sont des rendez-vous, donc ça veut dire que le patient devait venir, il était attendu et il n'est pas venu. Donc a priori, ça n'entre pas trop dans la définition des plages ouvertes du sans rendez-vous.

Mais je n'ai pas d'information dans l'article sur ce sujet.

### **Christelle Chamant**

Christelle Chamant, de Tours. J'ai trouvé, effectivement, que c'était très intéressant. J'ai été étonné, par contre, que les violences ne soient pas du tout abordées. Travaillant au planning familial et étant confronté aux violences conjugales notamment, on a beaucoup de patientes qui ne viennent pas et n'honorent pas leurs rendez-vous.

### **Aline Hurtaud**

En fait, l'article ne détaille pas quelles sont les pathologies qui ont été considérées comme maladies mentales, maladies physiques, etc. On peut peut-être présumer



qu'effectivement, si les violences ont été identifiées chez ces patientes comme des victimes, ça a été pris en compte. Après, c'était peut-être aussi via des symptômes ou des pathologies consécutives aux violences, on va dire. Mais en tout cas, on peut présumer quand même que ces patientes-là pourraient être prises en compte dans les pathologies mentales, on va dire, même si c'est un peu extrapolé quand même.

#### **Françoise Bruno-Stefanini**

Françoise Bruno-Stefanini, Poitiers. Est-ce que ce n'est pas parce que ce sont des patients qui justement se prennent mal en charge, qui ne prennent pas bien en compte leurs pathologies graves, et qui ne voient pas l'intérêt des traitements qu'on leur propose ?

#### **Aline Hurtaud**

L'article ne permet pas de répondre à cela. Et en même temps, ça nous ouvre ces possibilités, c'est-à-dire qu'en repérant les patients qui ne viennent pas aux rendez-vous, et surtout ceux qui louperaient plusieurs rendez-vous, ça peut nous permettre de nous questionner là-dessus, c'est-à-dire effectivement, la qualité de la relation, la qualité du suivi, l'adhésion au traitement proposé s'il y en a, les diagnostics, est-ce qu'on n'a pas mal identifié une pathologie sous-jacente ?

Effectivement, vraiment, l'intérêt de cet article, c'est d'identifier par ce biais de consultation du quotidien un signe, de repérer des patients, et après faire notre démarche de soins complexes comme on sait le faire. Effectivement, c'est une stratégie.

#### **Mathilde François**

Mathilde François, bonjour, Aline.

#### **Aline Hurtaud**

Bonjour, Mathilde.

#### **Mathilde François**

Versailles-Saint-Quentin, pardon. Merci pour ta présentation. Ma question, c'est surtout autour des rendez-vous manqués et la mortalité toute cause : est-ce que ça a été ajusté sur la multimorbidité ? Est-ce qu'à multimorbidité identique, du coup, ils sont plus à risque de mourir s'ils nous posent des lapins ?

#### **Aline Hurtaud**

Oui, ce sont des données ajustées dans les deux cas.

## **VIII) Sixième intervention : traitement hormonal de la ménopause**

#### **Xavier Gocko**

Pour conclure, on va parler de traitement hormonal de la ménopause. Donc, Xavier Gocko, de Saint-Etienne. Je n'ai pas de conflit d'intérêts, et je crois qu'Hélène n'en avait pas, son symbole voulait dire aussi : "Je n'en ai pas." C'est ça ? On s'est demandé avec Jean-Pierre.

Je vais vous parler d'une étude parue dans le Lancet. A la base, je voulais vous montrer une étude parue dans le JAMA de 2017, et puis l'activité va très vite et en 2019 est parue cette étude qui discute du type de traitement hormonal de la ménopause et aussi du moment d'introduction et de la durée du traitement.

C'est un sujet qui est controversé, comme le Lyme, et je ne voudrais pas devenir le spécialiste des sujets controversés, quoique. Dans cette méta-analyse, on a regroupé toutes les études observationnelles et prospectives, il y en avait 58, aux Etats-Unis et en Europe.

Vous voyez, entre 1992 et 2018, 108 647 femmes ménopausées avec un cancer du sein incluses, l'âge moyen à 65 ans. A peu près la moitié d'entre elles avaient utilisé un traitement hormonal de la ménopause à un âge de 50 ans, avec une ménopause à 50 ans. Et on a évalué le risque sur 20 ans.

Alors, les points clés. En France, la controverse, elle porte sur la causalité. Est-ce que le THM est un facteur causal du cancer du sein, ou est-ce que c'est un agent de promotion ? Et puis, la France a une particularité : elle dit que certains des traitements utilisés aux Etats-Unis ne sont pas les mêmes, et nous, on n'a pas de risque avec le traitement hormonal de la ménopause. Et puis elle dit aussi : si je l'introduis tôt, si je ne le fais pas durer trop longtemps, j'ai moins de risque.

Après cette méta-analyse, on retient comme clé que le risque augmente régulièrement avec la durée d'utilisation, élément de décision partagée avec les femmes. Le risque existe, quel que soit le type de THM. Donc, l'estradiol, ou le conjugué équin, et la progestérone micronisée qui était souvent considérée comme moins risquée ou pas risquée. Cette méta-analyse dit le contraire.

Et le risque est supérieur si j'associe un traitement œstrogène et progestatif, le combiné, face à un risque œstrogénique seul.

J'ai un risque quel que soit l'âge, donc si j'introduis le traitement tôt, j'ai quand même un risque. Il perdure 10 ans après l'arrêt, et l'obésité, qui est connue pour être un facteur de risque du cancer du sein après la ménopause, diminue, atténue, l'effet du risque du THM.

Autrement dit, une femme non traitée a un risque absolu à 6,3, une femme traitée par traitement combiné passe à 8,3, soit une femme avec un cancer du sein pour 50 femmes traitées, une femme avec un risque discontinu, 1,4 femme – alors, il aurait fallu refaire la statistique, mais elle est présentée comme ça – sur 100, et avec l'œstrogène seul, 6,8 de risque absolu, soit 1 femme sur 200.

Si vous faites plus d'utilisation, 10 ans, vous multipliez l'ensemble de ces risques par 2.

Tous ces éléments sont probablement très intéressants dans la décision partagée, et probablement plus – ça, c'est mon opinion – que la grande controverse sur la causalité ou la promotion du cancer du sein.

Je crois que j'ai tenu les 5 minutes.

*Applaudissements.*

### **Un intervenant**

Les femmes non-utilisatrices, est-ce que ça a été regardé, si effectivement leur risque absolu restait à 6,3 ou pas.

### **Xavier Gocko**

Non, il augmente. Le risque de cancer du sein augmente avec l'âge. L'âge reste le facteur de risque du cancer du sein le plus prégnant.

### **Un intervenant**

Quelle est l'augmentation ? Est-ce que c'est aussi multiplié par 2 ?

### **Xavier Gocko**

Non. Bien que ce soit le sujet de mon doctorat, je ne suis pas dans la capacité de répondre à cette question, Pierre, mais à la pause je regarderai mon doctorat de près et je te le dirai, promis.

### **Une intervenante**

J'ai juste une question : ces traitements, est-ce que ça évalue aussi les topics ? Vous parlez de la sexualité des femmes ménopausées. Par exemple, les crèmes pour l'utilisation vaginale.

### **Xavier Gocko**

Non, il n'y a aucun risque de retrouver avec l'utilisation d'œstrogènes vaginaux dans l'étude. Merci la question, c'est vrai qu'en 5 minutes on ne peut pas tout présenter, mais ça n'en fait pas partie. D'ailleurs, dans la définition, il ne le considère pas comme un traitement hormonal substitutif de la ménopause.

### **Xavier Guérin**

Xavier Guérin, sur Cholet. J'ai une dernière question : là, c'est à partir de la ménopause. Ça questionne sur avant la ménopause, parce que là il y a vraiment quelque chose, c'est le risque lié à la contraception hormonale. Le risque hormonal avant la ménopause, est-ce qu'on a plus de recul maintenant pour discuter aussi avec les patientes sur ce risque-là, parce que c'est une vraie question actuelle.

### **Xavier Gocko**

Le risque d'une contraception, tu veux dire ? Parce qu'on ne va pas donner un traitement de la ménopause à une femme non ménopausée.

### **Xavier Guérin**

Oui, mais avant la ménopause, on voit ce risque des traitements hormonaux, par rapport à la cancérogenèse. Est-ce que c'est quelque chose qui doit nous alerter aussi pour diminuer notre prescription de contraception ?

### **Xavier Guérin**

Ce sont des risques faibles. J'ai bien aimé la proposition de Jean-Pierre tout à l'heure, ce sont deux questions différentes : tu as une femme qui vient pour une contraception, bien sûr que dans la décision partagée tu vas lui expliquer les risques. Mais elle vient pour une contraception. Donc, je crois en effet que ce sont deux questions différentes, et ce sont des risques tellement faibles.

### **Un intervenant**

Entre le risque de grossesse non désirée et le risque de cancer du sein, ce n'est pas tout à fait la même chose quand même, heureusement.

### **Xavier Gocko**

Je crois qu'il n'y a pas trop de discussion, oui.

### **Une intervenante**

Mais il n'y a pas que la contraception orale pour la contraception, on est d'accord.

### **Xavier Gocko**

Voilà. Après, tu as des femmes qui ne veulent pas d'hormones, donc on a d'autres moyens, d'autres choses à leur proposer pour choisir sa contraception.

# Index

---

Nous vous indiquons que nous n'avons pu vérifier l'orthographe des noms ou termes suivants :

Ruillard..... 17

Stessen..... 12