

Hospices cantonaux
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires (DUMSC)
Lausanne

Unité de prévention
Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Lausanne
Policlinique médicale universitaire, Lausanne
Département de médecine interne, CHUV, Lausanne
En collaboration avec :
Association de médecins indépendants (AMI)

PREVENTION EN PRATIQUE MEDICALE AMBULATOIRE

Un guide de prévention et de promotion de la santé
chez les patients de 50 ans consultant un médecin
de premier recours

*Jacques Cornuz, Serge Etienne (DUMSC)
Bernard Giorgis, Hugues Burkhalter (AMI)*

PE 1534/74

Citation suggérée :

Cornuz J, Etienne S, Giorgis B, Burkhalter H. Prévention en pratique médicale ambulatoire. Un guide de prévention et de promotion de la santé chez les patients de 50 ans consultant un médecin de premier recours. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2002 (Raisons de santé, 74).

Collaboration

Jacques Cornuz, Serge Etienne (DUMSC)
Bernard Giorgis, Hugues Burkhalter (AMI)

Remerciements :

Les auteurs remercient l'Association de Médecins Indépendants, ainsi que Madame Simone Hubert pour son aide dans la réalisation de ce document.

Etude financée par :

Association de médecins indépendants.
Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Bulletin de commande en dernière page

Bibliothèque
de la Faculté
de Médecine
CHUV - BH08
CH-1011 LAUSANNE

TABLE DES MATIERES

•	Prévention dans la consultation des 50 ans : résumé	5
1	Préambule	7
1.1	Pourquoi un guide de prévention ? Le point de vue d'un médecin généraliste	7
1.2	Pourquoi les 50 ans ?	8
1.3	Comment avons-nous procédé ?	8
1.4	Comment utiliser le document ci-joint ?	8
2	Corpus scientifique	10
2.1	Introduction	10
2.2	Perspective historique	10
2.3	Pourquoi promouvoir la prévention clinique ?	11
2.4	Contexte de la médecine fondée sur les preuves	11
2.5	La prévention en pratique clinique et la médecine fondée sur les preuves	13
2.6	Objectifs ou genre de prévention	14
2.7	Méthodes	15
3	Illustration de quelques facteurs peu scientifiques qui influencent le choix des examens préventifs par le médecin traitant	16
4	Recommandations pour la prévention dans le bilan de santé à 50 ans	18
5	Bibliographie	25
Annexes :		
6	Fiches de prévention	26
	Consommation à risque et alcool-dépendance	27
	Dépistage du cancer du sein	29
	Désaccoutumance au tabac : algorithmes	31
	Vaccinations de routine de l'adulte	33

RESUME

Deux médecins de la région lausannoise (Dr Hugues Burkhalter et Dr Bernard Giorgis) ont sollicité en 1999 l'Unité de prévention (unité commune à la Polyclinique médicale universitaire et à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne) afin de réaliser une synthèse des recommandations pour la pratique clinique dans le domaine de la prévention chez les adultes d'environ 50 ans. Ce document est destiné aux membres de l'Association de médecins indépendants (AMI), ainsi qu'à l'ensemble des médecins intéressés à pratiquer la prévention en pratique clinique.

Les auteurs ont essayé de concilier les données de la littérature médicale avec les impératifs et les contraintes de la pratique quotidienne. Après une partie introductive et un rappel méthodologique, ce document présente une synthèse qui tient compte à la fois les exigences d'une médecine fondée sur les preuves (evidence-based medicine) et la réalité quotidienne du terrain médical, en particulier les attentes à la fois des patients et des médecins.

Anamnèse/Conseil

- **Activité physique / Promotion d'une activité physique régulière**
- **Tabagisme / Aide et conseils pour progresser dans les stades de désaccoutumance.**
- **Consommation d'alcool pour l'identification des consommateurs à risque, puis évaluation d'une éventuelle dépendance alcoolique avec le CAGE / Recommandation pour une consommation modérée ; prise en charge par un service spécialisé.**
- **Mammographie / Conseil de réaliser une mammographie**
- **Médicaments : Bénéfices et incertitudes à long terme de l'hormonothérapie substitutive**
- **Antécédents familiaux / Conseils de santé appropriés :**
 - a) diabète
 - b) maladies cardio-vasculaires
 - c) cancer, suicide
 - d) fracture de hanche (femmes)
- **Facteurs de risque de l'ostéoporose :** a) Anamnèse de fracture de hanche chez la mère ; b) maigreur (BMI < 20) ; c) consommation de tabac et consommation excessive d'alcool / *Promotion d'habitudes de vie favorables à la prévention de l'ostéoporose.*

Examen physique

- Poids et taille (BMI)
- Tension artérielle
- Auscultation cardio-pulmonaire

Examens paracliniques

Lipides sanguins

1. Cholestérol total
 2. HDL
 3. TG (calcul du LDL selon la formule de Friedwald :
LDL chol = chol HDL - chol - Tg/2.2 [uniquement si Tg < 4.5 mmol/l])
- Glycémie veineuse
 - Transaminases (GPT)
 - PSA (cf. commentaire)
 - Fécatétest
- ECG de repos (cf. tableau précédent)

1 PREAMBULE

Dr Hugues Burkhalter

La pratique médicale en cabinet privé s'accomplit dans l'isolement, sans supervision ni évaluation.

Le médecin généraliste, ou l'interniste-généraliste, dispose de peu d'outils d'aide à la décision qui soient spécifiquement conçus pour sa pratique.

L'association de médecins indépendants (AMI) se soucie de mettre à disposition de ses membres et d'autres collègues des ressources complémentaires en formation continue (interview, vidéo). Plusieurs de ses membres ont constaté qu'il manquait un guide simple, pratique et scientifiquement étayé pour les activités préventives au cabinet médical.

Un groupe de travail s'est dès lors constitué, formé de deux membres de l'AMI, les Dr B. Giorgis et H. Burkhalter, et du Dr J. Cornuz (PD MER), clinicien, épidémiologue et responsable de l'Unité de prévention de Lausanne (PMU, IUMSP, CHUV). Il nous semble avoir trouvé une complémentarité de qualité pour implanter une démarche de prévention qui allie la connaissance du terrain aux ressources scientifiques.

L'ensemble du document expose la démarche et les arguments qui entourent ce choix.

1.1 POURQUOI UN GUIDE DE PREVENTION ?

LE POINT DE VUE D'UN MEDECIN GENERALISTE

Le médecin généraliste en pratique privée est en droit de s'interroger : "ce nouveau guide de recommandations ne constituera-t-il pas une contrainte supplémentaire ? Je veux qu'il me simplifie la vie, qu'il libère du temps, qu'il me donne de l'espace pour penser."

Dans le contexte de notre pratique médicale, nous devons assurer notre formation continue dans des axes très différents : il y a bien sûr le corpus clinique, thérapeutique, qui pourrait déjà remplir tout le temps disponible pour la formation continue. Cela ne nous satisfait pas ! D'autres interrogations, d'autres besoins nous motivent.

Nous vous proposons les réflexions qui suivent :

1. Dans notre pratique, nous pouvons avoir le sentiment de bien nous entendre avec nos patients, de savoir nous adapter à leurs demandes, à leur fonctionnement... mais n'est-ce pas parfois utile de se disputer ? ...de progresser en psychologie médicale... ?
2. Dans notre métier, il nous est facile de nous convaincre de notre utilité : sauveur, guérisseur indispensable... mais la Nature n'a-t-elle pas guéri telle angine ? L'effet placebo n'a-t-il pas opéré dans tel trouble en définitive fonctionnel ? Et combien de dépendances établissons-nous entre nos concitoyens et le monde médical ? Et que dire de la « iatrogénicité », de la médicalisation... ne faudrait-il pas parfois prendre une distance anthroposociologique ?
3. En revanche, s'il est un domaine où nous doutons de notre *efficacité*, c'est bien celui de la prévention : check-up, dépistages, exhortations, il est impossible de tout rechercher (marqueurs, endoscopies). Au-delà de l'utile, du pertinent, nous risquons de nuire (faux

positifs, angoisses). Il est aussi inconcevable de submerger le patient de prescriptions hygiéniques ! Il n'est enfin peut-être pas approprié, scientifiquement, d'étendre le bilan dans les directions où nous pousse l'anxiété du patient : le fumeur et son cliché du thorax, le spasmophile et son taux de magnésium, le « colopathe » et son endoscopie itérative...

4. Faut-il nous efforcer d'appliquer toutes les doctes recommandations de chaque collègue de spécialistes ? La somme de leurs anxiétés et leur perfectionnisme ne nous tranquilliseront pas. Ils ne donneront d'ailleurs pas au patient la sécurité ! A notre tour d'être submergés, et de nous sentir incapables.
5. Nous avons besoin de données solides de l'épidémiologie pour assurer et simplifier notre démarche.
6. Nous cherchons également à générer de la santé, à long terme : une plus-value pour le patient et pour la Santé publique.

1.2 POURQUOI LES 50 ANS ?

Nous avons choisi de débiter notre travail par le groupe qui consulte fréquemment le médecin, à un tournant autant existentiel qu'épidémiologique : l'entrée dans l'âge mûr.

Nous prévoyons d'aborder par la suite d'autres tranches d'âge (jeune adulte, grand âge).

En consultation, nous recevons souvent un/une patient/e dans la cinquantaine avec, en filigrane les questions suivantes :

Quelles sont les démarches de prévention prioritaires ?

Quelles sont les procédures qui permettent la meilleure efficacité, dans notre contexte ?

1.3 COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDE ?

Pour réaliser ce guide, nous avons essayé de répondre à plusieurs interrogations :

1. Quelles sont les causes majeures de mortalité, de morbidité, de handicap, de *souffrance* aussi, dans **notre population**, à partir de **cet âge** ?
2. Quelles sont les pathologies pour lesquelles il existe une **intervention préventive efficace, ici et maintenant** ?
3. Quelles sont les procédures relevant de notre activité médicale, et **applicables** à notre consultation et pour nos patients ? C'est-à-dire adaptées à la population locale et à la culture médicale ambiante.
4. Lesquelles sont communément **acceptables** par le patient ?

1.4 COMMENT UTILISER LE DOCUMENT CI-JOINT ?

En suivant les recommandations, notre travail quotidien devrait être simplifié.

Nous croyons qu'un tel guide ne restreindra pas notre pratique, qu'il permettra au contraire plus de disponibilité pour un travail plus satisfaisant.

Nous nous efforcerons d'appliquer les recommandations à chaque patient concerné, non sans adapter le processus à chaque situation particulière.

Il devra être périodiquement révisé et tenir compte de l'évolution de la pratique médicale et des connaissances scientifiques.

2 CORPUS SCIENTIFIQUE

Dr Jacques Cornuz

2.1 INTRODUCTION

Un état de santé satisfaisant est une condition importante pour la qualité de vie. La promotion de la santé donne à l'individu et à la collectivité le moyen de mieux contrôler les facteurs déterminants de la santé (Charte d'Ottawa, 1986). La prévention primaire des maladies, en éliminant ou modifiant les facteurs de risque, est complémentaire à la promotion de la santé en empêchant la survenue de maladies.

Le médecin de premiers recours (médecin généraliste ou interniste) est particulièrement bien placé pour personnaliser la prévention selon le profil de risque de son patient et représente un acteur privilégié de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé. Les médecins praticiens sont favorables à la prévention et souhaitent une formation dans ce domaine¹. La rencontre médecin - patient est un moment privilégié pour proposer à son patient des conseils, des vaccinations et des prophylaxies médicamenteuses. Le clinicien est cependant parfois confronté à d'innombrables - et parfois incohérentes - informations sur la prévention de la part des autorités sanitaires, des associations médicales, des experts académiques et des autres partenaires de la santé (Ligues de prévention, etc.), ainsi que des patients eux-mêmes, parfois très revendicateurs pour obtenir un examen spécialisé. Ceci peut induire un sentiment de confusion quant aux mesures préventives à réaliser.

La période de vie proche de 50 ans représente un moment privilégié pour promouvoir la santé et prévenir les maladies. Chez la femme, cette période correspond à la période péri-ménopausique, moment reconnu comme important dans la vie d'une femme. Chez l'homme, il s'agit également d'une période reconnue importante.

2.2 PERSPECTIVE HISTORIQUE

Voici un choix subjectif de quelques dates importantes en prévention :

- 1922 : publication de recommandations pour un examen physique annuel chez les personnes bien portantes (« healthy ») par l' American Medical Association.
- Dès les années 40, généralisation de la pratique du « check-up » (examen physique et tests de laboratoire).
- Dès la fin des années 70, proposition de favoriser la visite/consultation périodique (« periodic visit ») en se basant sur le profil de risque individuel du patient et de la qualité des preuves quant à l'efficacité de la prévention en pratique clinique.
- 1976 : groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique :

- développement de critères explicites pour juger de la qualité des preuves dans la littérature
- recommandations basées sur la littérature
- 1982 : premier rapport canadien de recommandations en médecine préventive
- 1983 : retrait de la recommandation de réaliser un examen clinique annuel (USA)
- 1984 : US Preventive Services Task Force (collaboration avec le groupe canadien).

2.3 POURQUOI PROMOUVOIR LA PREVENTION CLINIQUE ?

Pour rappel, voici quelques points importants :

Deux grands succès de la prévention communautaire et individuelle

- Poliomyélite : 18'300 cas en 1854, 3 cas en 1993
- Mortalité liée aux accidents vasculaires cérébraux : diminution de 50% depuis 1972, en grande partie grâce à la détection et au traitement de l'hypertension.

Un grand succès de l'épidémiologie et un cuisant échec de la prévention du tabagisme

- Tabagisme : environ 8 à 10'000 décès par an en Suisse
- Peu de véritables recommandations en pratique clinique alors que le bénéfice de l'arrêt du tabac en terme de morbidité/mortalité est clairement établi
- La prévalence reste stable chez les adultes
- Elle augmente chez les adolescents et surtout les adolescentes.

Un nouveau cadre législatif : LAMal art 26 (prévention) et 32 (efficacité prouvée)

2.4 CONTEXTE DE LA MEDECINE FONDEE SUR LES PREUVES

Depuis quelques années, le mouvement de la médecine fondée sur les preuves (ou Evidence-based Medicine) montre l'importance de connaître les données de la littérature médicale pour orienter nos choix en pratique clinique. Aujourd'hui, face à la multiplication des recommandations et des tests de dépistage, ainsi que des traitements possibles, le médecin doit faire des choix, parfois difficiles, pour prévenir les maladies de manière efficace. L'accélération des connaissances médicales et la publication de plus en plus rapprochée de nouvelles informations utiles pour nos patients rendent nécessaire le développement d'un processus qui permet d'intégrer celles-ci en pratique clinique. Le tableau 1 résume par exemple les interventions de médecine préventive proposées par le *groupe d'experts canadiens* sur l'examen périodique. Celles-ci sont accompagnées du niveau d'efficacité selon les données de la littérature médicale.

Ce programme de prévention essaye de tenir compte des contraintes de la pratique médicale ambulatoire et de « transférer », de « traduire » dans la réalité quotidienne des recommandations académiques de médecine préventive.

Tableau 1 : Recommandations pour la consultation des 50 ans selon les experts canadiens (1994)²

	Effacité ¹	Durée
1. Anamnèse - habitudes de vie		15 min.
Alimentation	B	
Activité physique	B	
Tabagisme	A	
Anamnèse sexuelle, drogues	C	
Suicide (évaluation du risque)	C	
Alcool (CAGE)	B	
Anamnèse familiale (cancer, maladies cardio-vasculaires)	C	
2. Examen physique		15 min.
Poids et taille	C	
Pression artérielle	B	
Examen clinique des seins	C	
Instruction à l'auto-palpation (option)	C	
3. Examens paracliniques		
Cholestérol total (hommes)	C	
Mammographie (femmes)	A	
Glucose à jeun (risque accru, BMI>30 kg/m ²)	C	
4. Counseling		30 min.
Alimentation en général	B	
Activité physique régulière	B	
Cessation du tabagisme	A	
Alcool	B	
Cancer de la peau	C	
VIH	C	
Port de la ceinture de sécurité	B	
Port du casque (véhicules à 2 roues)	C	
Santé oro-buccale	A	
Visites gynécologiques (PAP-test)	B	
Prévention de l'ostéoporose: conseils relatifs à l'hormonothérapie substitutive	B	
Mammographie (tous les 2 ans)	A	
5. Vaccins		5 min.
Di-Te Rappel	A	

¹ Selon l'évaluation et les recommandations du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique :

A = efficacité très probable de l'intervention,

B = efficacité probable de l'intervention,

C = incertitude quant à l'efficacité (absence d'études ou résultats contradictoires),

D = inefficacité probable de l'intervention,

E = inefficacité très probable de l'intervention.

x = non examiné par le groupe

2.5 LA PREVENTION EN PRATIQUE CLINIQUE ET LA MEDECINE FONDEE SUR LES PREUVES

Un groupe *d'experts américains* propose également des interventions de médecine préventive pour le patient de 50 ans. Celles-ci sont abordées plus loin dans le document. Les groupes américains et canadiens ont réalisé une revue de la littérature médicale selon les recommandations d'Evidence-based medicine. Celle-ci a permis d'identifier les articles publiés sur l'efficacité des mesures et des attitudes de médecine préventive³. Les études ont été évaluées selon leur *design*^{4,5}. Par exemple, un essai clinique contrôlé et randomisé correspond à un niveau de preuve I. Les recommandations cliniques sont également accompagnées d'un niveau de recommandation, établi selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles se fondent. Par exemple, une recommandation est de type A lorsqu'elle est basée sur des données provenant d'études de niveau de preuve élevé (généralement de niveau I). En médecine préventive, beaucoup de recommandations sont de type C, c'est-à-dire que les preuves scientifiques ne sont pas suffisantes pour proposer ou rejeter une mesure de prévention. C'est alors que l'expérience du clinicien, la prise en compte des attentes de celui-ci et celles de son patient, ainsi que du contexte général interviennent et mettent ainsi la rencontre médecin - patient au centre du processus de décision. Il est également possible qu'interviennent alors des paramètres non-cliniques, tels que certaines caractéristiques du système de remboursement. La médecine fondée sur les preuves est une approche destinée à permettre la prise en charge optimale d'un patient donné dans une situation donnée. Elle est donc complémentaire à l'expérience du clinicien, elle ne la remplace pas, comme l'a d'ailleurs relevé un groupe leader dans le domaine la médecine fondée sur les preuves, dans un article paru en 1996 dans le British Medical Journal⁶ (<http://www.bmj.com/cgi>) :

EBM is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about care of individual patients. The practice of EBM means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. By individual clinical expertise we mean the proficiency and judgment that individual clinicians acquire through clinical experience and clinical practice. Plus loin, les auteurs précisent leur pensées : Good doctors use both individual clinical expertise and the best available external evidence, and neither alone is enough. Without clinical expertise, practice risks becoming tyrannised by evidence, for even excellent external evidence may be inapplicable to or inappropriate for an individual patient. Without current best evidence, practice risks becoming rapidly out of date, to the detriment of patients.

Cette précision est à nos yeux primordiale car elle montre bien que l'approche de la médecine fondée sur les preuves est complémentaire au sens clinique et que beaucoup d'éléments non scientifiques (empathie pour le patient, attente(s) de la part de ce dernier, de son entourage et du médecin lui-même, disponibilité du système de soins, etc.) jouent un rôle important dans la prise de décision clinique.

Nous proposons dans ce document un projet qui vise à promouvoir un type de consultation médicale propice à la promotion de la santé et à la prévention efficace des maladies. Il est le fruit d'un subtil mélange de la médecine fondée sur les preuves et de la nécessité de tenir compte des contingences générales liées à la pratique médicale quotidienne, telle que l'anxiété du patient. Cette consultation ne comprend que peu d'exams techniques et de laboratoire ; elle se base davantage sur l'anamnèse et est orientée sur des conseils et la promotion de la santé. En effet, plusieurs études sur l'efficacité des interventions préventives pouvant être pratiquées par un médecin auprès d'un

'patient' en bonne santé^{7,8,9,10} ont montré le manque d'efficacité de certaines mesures de laboratoire ou autres technologies utilisées comme tests de diagnostic précoce. Le tableau 2 montre un aperçu de tels examens.

Tableau 2 Exemples d'interventions de prévention non recommandées par plusieurs groupes de médecine préventive chez des individus *asymptomatiques* et sans risque particulier de maladies

-
- ◆ Cliché radiologique du thorax
 - ◆ Electrocardiogramme au repos et à l'effort
 - ◆ La plupart des tests hématochimiques (FSC,...)
 - ◆ Examen cytologique des expectorations
 - ◆ Prophylaxies multivitaminiques
-

Ce projet s'inscrit dans les buts de l'Association de Médecins Indépendants (AMI), qui visent notamment à promouvoir une médecine de qualité et la relation médecin - patient, afin de favoriser une meilleure gestion des problèmes de santé.

La consultation des 50 ans proposée dans ce projet ressemble donc peu à un *check-up* annuel traditionnel, comme il a été proposé dans le passé, puisqu'elle est principalement axée sur la prévention primaire individuelle et sur la promotion de la santé. L'objectif est de proposer une consultation médicale composée d'interventions préventives efficaces à une période de la vie où la survenue de plusieurs affections devient plus fréquente. Cette consultation est également le lieu où quelques messages simples de promotion de la santé, sous forme de conseils, peuvent contribuer à maintenir, voire à accroître, le capital santé des participants. Enfin, cette consultation propose de responsabiliser le patient dans la prise en charge de sa santé.

Les programmes de prévention et de promotion de la santé s'inscrivent dans un mouvement général de promotion de la santé, comme en témoignent l'Enquête suisse sur la santé 1992/1993 et le rapport sur l'état de santé de la population vaudoise. La promotion de la santé fait l'objet d'une volonté politique au niveau fédéral (LAMal) et cantonal (Loi sur la santé 1996).

Ce projet s'inscrit également dans le prolongement d'une récente action réalisée dans trois grandes entreprises du Chablais valaisan, intitulée « La consultation des 50 ans » réalisée par l'Unité de prévention de Lausanne.

2.6 OBJECTIFS OU GUIDE DE PREVENTION

Offrir aux médecins de premier recours en général, et en particulier à ceux du groupe AMI, un document sur la médecine préventive qui établit les modalités pratiques d'une approche individuelle au cabinet médical, selon une perspective de standard de qualité

Offrir aux patients de 50 ans un contrôle de santé et un conseil médical aptes à leur donner les moyens d'acquérir des aptitudes pour mieux contrôler leur santé.

2.7 METHODES

Les deux représentants de l'AMI (H. Burkhalter et B. Giorgis, médecins de premier recours) et le responsable de l'Unité de prévention de Lausanne (Dr J. Cornuz) se sont régulièrement réunis du printemps 1999 au printemps 2000. Ces réunions ont permis de recenser les attentes et les obstacles de la médecine préventive en pratique ambulatoire quotidienne. Chaque intervention de médecine préventive a été discutée selon les données de la littérature (essentiellement les recommandations des groupes américains et canadiens) et la réalité du terrain clinique. Un argumentaire a été développé pour chacune de ces interventions. Le Dr Serge Etienne, médecin-assistant de l'Unité de prévention, a collaboré à la réalisation de ce document.

3 ILLUSTRATION DE QUELQUES FACTEURS PEU SCIENTIFIQUES QUI INFLUENCENT LE CHOIX DES EXAMENS PREVENTIFS PAR LE MEDECIN TRAITANT

Dr Bernard Giorgis

Nous trouvons dans les recommandations canadiennes les conclusions des épidémiologistes, statisticiens et autres spécialistes de médecine préventive pour un examen de routine chez une personne de 50 ans (tableau 1). Les critères A à D définis se basent sur une efficacité en terme de morbidité et mortalité. Le nombre important d'examens classés sous lettre C pose un problème majeur au médecin traitant qui est bien tenu de faire un choix. Si l'on renonce à pratiquer des recommandations de type A ou B, cela mérite justification. De même, si l'on applique des recommandations D ou E, nous devrions pouvoir en expliquer les raisons. Pour la recommandation C (efficacité non prouvée), attribuée notamment à la détermination du BMI, de la glycémie chez les personnes asymptomatiques, la chose est beaucoup plus difficile. C'est là que l'interprétation personnelle et des critères très différents interviennent. Il s'agit en l'occurrence de conjuguer l'angoisse du praticien et son avis sur l'utilité de l'intervention médicale avec plusieurs facteurs : demande du patient, intérêt financier, difficultés techniques, etc.

Si les propositions officielles paraissent un point de départ indispensable pour élaborer une décision, il y a de nombreux facteurs qui influencent le choix définitif. Je souhaite illustrer la démarche qui permet de passer des propositions officielles aux propositions finales de cet opuscule. L'exemple de la décision de pratiquer ou pas un ECG met en évidence l'importance de la prise en compte de plusieurs facteurs : morbidité, qualité de vie, acceptabilité par le patient, expérience clinique, temps consacré, marketing, mode de rémunération, référence aux médecins spécialistes...

Pour l'ECG, les données actuelles sont les suivantes : l'ECG de repos n'est pas recommandé chez les individus asymptomatiques et sans risque cardio-vasculaire accru (recommandations américaines). La question que se pose dès lors le praticien est la suivante : dois-je faire un ECG chez un homme de 50 ans qui n'est pas obèse, pas hypertendu, pas tabagique, pas diabétique et qui ne souffre pas de dyslipidémie ?

Plus de 50% des suisses décèdent de maladie cardio-vasculaire. Chez les jeunes, l'étude des causes de morbidité et mortalité est essentielle pour la mise en place d'une stratégie de prévention. Par contre, pour les personnes âgées, les causes de mortalité apparaissent moins prioritaires, parce qu'il faut bien mourir un jour ! En tant que médecin traitant, c'est à la fois la qualité de vie et la prévention des maladies qui doivent être intégrées dans la réflexion pour la prévention. Le décès intervient souvent après une longue période de souffrance et de qualité de vie diminuée (ictus, insuffisance artérielle, insuffisance cardiaque,...). A ce jour, les données scientifiques sur l'impact des actes préventifs en terme de qualité de vie sont très éparses. Dans un pays parmi les plus riches du monde, et sans nier les problèmes que pose l'accroissement des coûts de la santé, il paraît donc légitime d'élargir les critères de choix à la **souffrance**, au **handicap** et à la **qualité de vie**.

Concernant l'ECG, les **découvertes fortuites** que je pourrais faire me permettraient de prescrire ne serait-ce que des anti-aggrégants qui, en prévention primaire, commencent à prouver leur efficacité. L'expérience personnelle du médecin interfère forcément avec les choix des examens

pratiqués, même si elle n'a pas de valeur statistique pour un patient isolé. Durant une consultation, le médecin fait des associations avec d'autres situations vécues et il est attentif à ses intuitions. Cela permet par exemple de tenir compte du langage non verbal dont l'importance est fondamentale dans la relation médecin-malade. Quant à la pratique de l'ECG, des découvertes fortuites nous ont tous permis une fois ou l'autre de démasquer une pathologie coronarienne silencieuse à traiter. Avons-nous alors amélioré la qualité de vie de ces patients ? Nous l'espérons...

Pour pouvoir le proposer, **un examen préventif doit être facilement acceptable** par le patient en terme de temps consacré, de facilité pratique et d'intimité. L'ECG est à nos yeux et selon les critères susmentionnés, bien acceptable. Par ailleurs, la conviction du message sur l'utilité du test, la clarté des explications et la bonne connaissance des implications pratiques par le médecin encouragent le patient à accepter un examen. D'autres examens comme l'examen gynécologique préventif, la mammographie, le toucher rectal ou les tests colo-rectaux sont moins facilement acceptables. Par exemple, quel médecin praticien a procédé à la récolte de ses propres selles ? Celui qui l'aura fait saura mieux présenter et rendre acceptable cet examen.

En contact permanent avec les médecins spécialistes, le médecin traitant reçoit de nombreuses informations sur les recommandations développées dans chacune des spécialités. Ces recommandations spécialisées sont souvent élaborées sur un collectif de cas référés ou malades. Concernant l'ECG, le nombre de patients asymptomatiques, sans angoisse et sans demande qui consultent un cardiologue est probablement faible. Ainsi, les médecins traitants se forment au contact des médecins spécialistes, mais les collectifs de patients concernés sont parfois différents. Cela rend plus difficile encore le choix des recommandations par le médecin traitant.

Un dernier aspect concerne le thème suivant : chaque acte mérite une juste **rétribution**. Cela vaut également pour une consultation de médecine préventive. Le médecin n'est pas seulement un prestataire de soins, il est également le patron d'un cabinet qui nécessite une attention de gestion et de **marketing**. La rémunération du médecin et l'image de marque de son cabinet jouent forcément un rôle dans ses choix :

- Pour que ses choix puissent être librement orientés selon l'éthique et la pratique, il est important que la rémunération du médecin dépende peu du nombre d'examens pratiqués.
- Pour l'image de marque du cabinet, une proposition minimaliste d'examens préventifs pourrait être interprétée comme un signe de négligence ou de superficialité par les patients. L'explication claire et motivée d'un refus peut par contre devenir un acte de crédibilité et de sérieux.

Accepterez-vous le choix que nous vous proposons dans les pages suivantes ? Faites-vous ou ferez-vous un ECG à un patient sain de cinquante ans sans risque cardio-vasculaire ? Cela n'est pas le plus important. Ce qui compte, c'est la façon dont chacun, dans sa consultation, se sent responsable de faire un choix clair et motivé des examens préventifs qu'il souhaite intégrer à sa pratique. Les données de la littérature sont une base incontournable de la réflexion. Oser tenir compte d'autres critères de choix participe à la qualité, à la diversité et à la richesse de notre médecine de premier recours.

4 RECOMMANDATIONS POUR LA PREVENTION DANS LE BILAN DE SANTE A 50 ANS

La grille ci-après met en évidence les thèmes retenus pour la consultation "Bilan de santé" (colonne "Pour"). Les thèmes retenus sont rassemblés dans le "Résumé" qui suit les tableaux.

Certains seront étonnés du faible poids donné à l'examen clinique. Il s'agit d'un programme « minimal ». En effet, beaucoup d'éléments de l'examen clinique n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation formelle dans le cadre d'une approche de dépistage. Ils conservent bien sûr leur pertinence et intérêt dans le bilan personnel de la prise en charge globale d'un patient individuel.

Ainsi, si le médecin décide de réaliser d'autres interventions que celles qui figurent dans ce document, il devrait être conscient que l'efficacité de cette démarche dans le cadre d'un bilan de santé n'a probablement pas été évaluée. C'est le cas par exemple de la palpation abdominale. Il ne faut cependant pas oublier le point suivant :

L'absence de preuve d'efficacité ne signifie pas la preuve d'absence d'efficacité

Plusieurs thèmes ont été retenus, non pour des **motifs** épidémiologiques, mais **relationnels** et tactiques : permettre d'amorcer le dialogue en direction d'un counseling individualisé (c'est le sens de la formule "**Cheval de Troie**" qui est utilisée à plusieurs reprises). C'est ainsi que nous avons estimé que certains éléments rituels d'une consultation étaient nécessaires (par exemple l'auscultation cardio-pulmonaire).

Les thèmes retenus doivent bien sûr être intégrés à une consultation habituelle. Par "habituelle" nous entendons une séquence de dialogues, de gestes médicaux, telle que nous la pratiquons dans notre contexte culturel.

Il s'agit enfin **d'établir un lien de confiance**, de collaboration, et ensuite de répondre à l'attente en portant ceci dans le cadre d'un contrat implicite : rassurer et assurer la santé. L'impact d'un "conseil de santé" dépend donc peut-être autant de la qualité relationnelle propre à chacune de nos personnalités, et de nos compétences, qu'au recours aux interventions démontrées comme efficaces.

Niveau d'efficacité d'une intervention médicale, selon les recommandations d'Evidence Based Medicine :

A = efficacité très probable de l'intervention

B = efficacité probable de l'intervention

C = incertitude quant à l'efficacité (absence d'études, ou résultats contradictoires)

D = inefficacité probable de l'intervention

E = inefficacité très probable de l'intervention

Sujet *	Recommen- dation US	Position et arguments du Groupe AMI	
		Pour	Contre
Anamnèse / Conseil			
Alimentation / Promotion d'une alimentation saine	B		<ul style="list-style-type: none"> • Formation pré et post-graduée insuffisante. • Difficulté de modifier les habitudes alimentaires à l'âge de 50 ans en l'absence de la survenue d'une maladie particulière liée à une mauvaise nutrition. • Ne figure pas dans les attentes du patient.
Activité physique / Promotion d'une activité physique régulière	B	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité prouvée. • Conseil relativement facile. • Utile pour la prévention de nombreuses maladies (mal. CV, ostéoporose,...) 	
Tabagisme / Aide et conseils pr progresser ds les stades de désaccoutumance.	A	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité prouvée. • Attente du patient. (voir annexes) 	
Comportement sexuel / Conseils pour un comportement sexuel sans risques	C		<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité incertaine à 50 ans. • Conseil peut être perçu comme trop difficile selon la formation du médecin. • Risque individuel faible. (par contre, important dès que le patient présente un comportement à risque)
F Mammographie / Conseil de réaliser une mammographie	B	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la participation de la patiente au programme cantonal de dépistage • Efficacité prouvée 	
F Hormonothérapie substitutive / Prescription d'une HS	C	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de position définitive, car les risques (risque de CA du sein ↑ de 30% et de maladie thrombo-embolique double), les bénéfices (↘ de la sécheresse des muqueuses et du risque d'ostéoporose) et surtout les incertitudes (Effet sur les maladies cardio-vasculaires et sur les fractures ostéoporotiques pas encore définitivement établi) doivent être partagées avec le patient. 	

* par commodité, "Anamnèse" et "Conseil" sont rassemblés dans ce tableau, quand bien même le "Conseil" trouve particulièrement sa place en synthèse, à la fin de la consultation.

Sujet	Recommandation US	Position du Groupe AMI (arguments)	
		Pour	Contre
Anamnèse / Conseil (suite)			
Risque suicidaire	C		<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité incertaine • En l'absence d'une situation évocatrice (approche « case-finding »), pas de dépistage, car risque très faible au niveau individuel et populationnel.
Consommation excessive d'alcool ou à risque / dépendance alcoolique Recommandation pour une consommation modérée	B	<ul style="list-style-type: none"> • Approche «relativement» facile, surtout si les questions du CAGE sont "noyées" dans l'anamnèse générale (cf. plus loin). • Les dégâts liés à la consommation excessive de l'alcool, sont importants au niveau individuel, familial et social. 	
Antécédents familiaux/ Conseils de santé appropriés : a) diabète b) maladie cardio-vasculaire c) cancer, suicides d) fracture de hanche (femmes)	C	a) Risque individuel ↗ de 20% si AF+ b) risque individuel élevé si parent 1er degré atteint < 50 ans (hommes), < 60 ans (femmes) c) permet une ouverture sur l'anxiété. d) permet d'apprécier le risque individuel d'ostéoporose (cf. ci-dessous).	
F Facteurs de risque de l'ostéoporose / Promotion d'habitudes de vie favorables à la prévention de l'ostéoporose : - AF de # de hanche - maigreur (BMI < 20) - cons. de tabac et cons. excessive d'alcool	?	<ul style="list-style-type: none"> • Important pour le bilan de ménopause et pour favoriser le counselling. • Problème de santé publique. 	

Sujet	Recommen- dation US	Position du Groupe AMI (arguments)	
		Pour	Contre
Examen physique			
Poids et taille (BMI)	C	<ul style="list-style-type: none"> • Attente du patient (crédibilité de la démarche clinique). • Paramètre utile pour plusieurs préventions • « Cheval de Troie » (pour faire passer des messages de prévention). 	
Tension artérielle	B	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité prouvée. • Attente du patient. • « Cheval de Troie » pour faire passer des messages. 	
Auscultation			
a) cardio-pulmonaire	?	<ul style="list-style-type: none"> • Attente du patient. • « Cheval de Troie » • Important pour la dynamique relationnelle et comme référence pour le suivi clinique. 	
b) carotide	C		<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité douteuse en l'absence d'AIT ou AVC antérieur. • Inefficacité probable.
c) artères périphériques	D		
Palpation des seins	C		<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un programme de dépistage au niveau cantonal / santé publique.
Peau	C		<ul style="list-style-type: none"> • Impossible en raison du temps nécessaire et de la mauvaise formation pré et post-graduée dans le domaine.
Toucher rectal			
a) pour néo prostate	D/C		<ul style="list-style-type: none"> • Pas de preuve de l'efficacité. • Remplacer par dosage du PSA.
b) pour néo du rectum	?		<ul style="list-style-type: none"> • Remplacer par le fécatest.
Thyroïde	D		<ul style="list-style-type: none"> • Inefficacité probable.

COMPLEMENTS AUX RECOMMANDATIONS DU GROUPE AMI

Une part importante de ces recommandations est réservée au counseling. Pour rappel, voici quelques points à ne pas oublier :

- **Adapter le conseil** aux attentes du patient et à son stade de motivation
- **"noyer" les questions du CAGE** dans l'anamnèse générale afin de rendre le dialogue plus facile
- **Informé le (la) patient(e)** (par exemple chez la femme de 50 ans, aborder les bénéfices et risque de l'hormonothérapie substitutive)
- **Proposer des changements/modifications importants mais d'envergure raisonnable** (par exemple inciter son patient jusqu'alors sédentaire à commencer une activité physique modérée - marche à vive allure)
- **Etre spécifique** (par exemple ne pas prescrire une aide pharmacologique à la désaccoutumance au tabac chez le patient qui ne sont pas prêts à arrêter de fumer)
- **Proposer de nouveaux comportements** plutôt que d'éliminer des anciens (par exemple promotion de l'activité physique)

Montrer l'importance du rôle du médecin, se montrer disponible pour aider aux changements de comportements (par exemple pour l'arrêt de la cigarette).

Alcool

Identifier les consommateurs d'alcool à risque

Homme < 65 ans

- > 14 verres/semaine ou
- > 4 verres/occasion

Femme, homme > 65 ans

- > 7 verres/semaine ou
- > 3 verres/occasion

1 verre = 10 g d'alcool pur, soit

- = un verre de vin de 1 dl
- = 2,5 dl de bière
- = 0,3 dl d'alcool fort

CAGE : questions

Coupable :

- Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?

Abaissé :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin d'abaisser votre consommation d'alcool ?

Gueule de bois :

- Avez-vous déjà eu besoin de boire de l'alcool en vous réveillant pour calmer vos nerfs ou faire passer une « gueule e bois » ?

Ennuyé :

- Avez-vous déjà été ennuyé(e) par des remarques d'autrui critiquant votre consommation d'alcool ?

= / questions positives \Rightarrow probable dépendance alcoolique

Intervention brève

Approche FRAMES

Feed-back : restitution au patient de l'information (pour l'alcool, par exemple : fréquence et quantité de sa consommation).

Responsibility : responsabilité du changement de comportement incombe au patient

Advice : un conseil de modération est clairement donné au patient

Menu : le médecin propose un choix ou un menu des différentes options (pour l'alcool : la quantité, le délai et le rythme de la réduction d'alcool)

Empathy : le médecin fait preuve d'empathie, évite les jugements de valeur et valorise les efforts du patient

Self-efficacy : le patient est le chef d'orchestre de sa prise en charge.

Frame pas spécifique/alcool mais pour tout changement de mode de vie à risque.

Risque cardiovasculaire

LDL cholestérol : calcul selon la formule de Friedwald :

$$\text{LDL - chol} = \text{Chol} - \text{HDL - chol} - \text{Tg} / 5 \quad (\text{uniquement si Tg} < 1.7 \text{ mmol/l})$$

Niveau d'efficacité, selon les recommandations d'Evidence Based Medicine

A = efficacité très probable de l'intervention

B = efficacité probable de l'intervention

C = incertitude quant à l'efficacité (absence d'études, ou résultats contradictoires)

D = inefficacité probable de l'intervention

E = inefficacité très probable de l'intervention

5 BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Cornuz J, Ghali WA, Di Carlantonio D, Pecoud A, Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Fam Pract* 2000;17:535-40.
- ² Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Guide canadien de médecine clinique préventive. Groupe Communication Canada, Ed. Ottawa, 1994.
- ³ Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine. How to practice and teach Evidence-Based Medicine. Churchill Livingstone, London 1997.
- ⁴ Diagnosis and treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura: recommendations of the American Society of Hematology. The American Society of Hematology ITP Guideline Panel. *Ann Intern Med* 1997;126:319-326.
- ⁵ ACC/AHA Guidelines for the clinical application of echocardiography. *Circulation* 1997;95:1686-1744.
- ⁶ Sackett D, Rosenberg WM, Muir Gray JM, Haynes RB, Richardson S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72.
- ⁷ Tape TG, Mushlin AI. The utility of routine chest radiographs. *Ann Intern Med* 1986;104:663-670.
- ⁸ Shapiro MF, Greenfield S. The complete blood count and leukocyte differential count. An approach to their rational application. *Ann Intern Med* 1987;106:65-74.
- ⁹ US Preventive Sackett D, Rosenberg WM, Muir Gray JM, Haynes RB, Richardson S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72.
- ¹⁰ Hayward RSA, Steinberg EP, Ford DE, Roizen MF, Roach KW. Preventive care guidelines 1991. *Ann Intern Med* 1991;114:758-783.

Annexes

6 FICHES DE PREVENTION

Ces fiches de prévention ont été développées pour la formation continue des médecins-assistants de la PMU. Elles abordent l'aide pharmacologique en cas d'aide à l'arrêt de la cigarette, le dépistage des buveurs à risque et l'alcoolodépendance, ainsi que la mammographie. Elles sont le fruit d'une collaboration entre les médecins de la PMU et ceux de l'Unité de prévention.

Consommation à risque et alcoolo-dépendance

En médecine de premier recours, un homme sur trois et une femme sur six met potentiellement sa santé en danger en raison de sa consommation d'alcool (consommateur à risque). Cela signifie pour un homme de moins de 65 ans une consommation moyenne supérieure à 14 verres par semaine ou à plus de 4 verres par occasion, pour un homme dépassant 65 ans ou une femme de tout âge, à une consommation moyenne supérieure à 1 verre par jour ou à plus de 3 verres par occasion. Un verre correspond à 12 grammes d'alcool pur contenu dans une bière de 3.3 dl, une verre de vin de 1.2 dl ou un verre d'alcool distillé de 0.3 dl. Une consommation de moindre importance lors de la grossesse peut être associée à des troubles du développement chez l'enfant. De même une alcoolémie de 0.2 ‰, atteinte après un verre déjà, peut altérer certains réflexes rendant la conduite automobile et l'usage de machines potentiellement dangereux.

Le dépistage de la consommation à risque comprend une histoire de la quantité et de la fréquence moyenne hebdomadaire d'ingestion de bière, de vins et d'alcool distillés. Pour les consommateurs à risque, l'enquête est complétée par l'utilisation d'un questionnaire standardisé tel que le CAGE qui permet d'identifier les patients souffrant d'une dépendance à l'alcool, présente chez approximativement un consommateur à risque sur trois. Un score CAGE ≥ 2 a une sensibilité de 90% et une spécificité de 80% pour l'identification de l'alcoolo-dépendance parmi les consommateurs à risque consultant en médecine de premier recours. Les marqueurs biologiques (GGT, MCV, CDT) n'ont pas d'utilité de routine pour le dépistage des problèmes d'alcool chez les patients asymptomatiques.

L'intervention brève est une méthode de traitement à disposition des médecins favorisant la prise de conscience des dangers liés à l'excès d'alcool et visant à l'élaboration, par le patient, d'objectifs de modération. Son efficacité a été clairement démontrée. Six à 12 mois après une ou deux sessions d'informations et de conseils personnalisés (intervention brève), les consommateurs à risque ayant bénéficié de l'intervention diminuent leur consommation d'alcool de 20% et reviennent à une consommation modérée deux fois plus souvent que les sujets contrôles. L'Unité d'Alcoologie est à disposition des médecins pour un soutien à la prise en charge des consommateurs à risque et des alcoolo-dépendants.

Recommandations

- ⇒ Le dépistage de la consommation à risque est effectué chez tous les adultes et les adolescents
- ⇒ Une intervention brève est pratiquée pour tous les consommateurs à risque
- ⇒ Les marqueurs biologiques tels que la GGT n'ont pas d'utilité pour le dépistage de la consommation à risque et l'alcool-dépendance chez les sujets asymptomatiques
- ⇒ Les femmes enceintes sont incitées à limiter ou à stopper leur consommation d'alcool pendant la grossesse
- ⇒ Toute personne consommant de l'alcool est informée des dangers liés à la conduite automobile ou à toute autre activité potentiellement dangereuse après avoir consommé de l'alcool

Bibliographie :

- US preventive services Task Force, 2nd edition, 1996.
- Wilk et al, J Gen Int Med, 1997.

Dépistage du cancer du sein

Introduction

En Suisse, le cancer du sein est la tumeur la plus fréquente chez la femme. En 1990, environ 22% de l'ensemble des décès par tumeur et 5% de la mortalité globale chez la femme étaient attribuables à ce cancer. Les cantons romands et Bâle ont les incidences parmi les plus élevées d'Europe. Une femme sur 13 risque de présenter un cancer du sein avant l'âge de 75 ans.

Prévention

Les facteurs hormonaux et reproductifs jouent certainement un rôle dans le développement de ce cancer. Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés: ménarches précoces, ménopause tardive, nulliparité, âge tardif de la première grossesse, antécédent de tumeur bénigne, anamnèse familiale positive. Cependant aucun de ces facteurs ne peut être efficacement modifié par une intervention de prévention primaire. La relation de causalité entre la prise de contraceptifs oraux et le cancer du sein reste débattue: une augmentation du risque est probable chez les utilisatrices de longue durée. Le traitement hormonal substitutif provoque une augmentation modeste (30%) du risque de cancer du sein.

Prévention secondaire (diagnostic précoce)

Mammographie

6 études randomisées évaluant la mammographie seule ou combinée à l'examen clinique chez des femmes âgées de 50 à 70 ans ont montré une réduction de la mortalité liée au cancer du sein de 20 à 30%.

La périodicité optimale (1x/an? 1x/2 ans?) et l'efficacité chez les femmes de moins de 50 ans et de plus de 70 ans ne sont pas clairement établies.

La sensibilité (proportion de tests positifs parmi les femmes ayant le cancer du sein) est d'environ 75% à 88% et la spécificité (proportion de tests négatifs parmi les femmes n'ayant pas le cancer du sein) est 85% à 95%.

Examen clinique et auto-palpation des seins

Il n'y a pas de données fiables sur l'efficacité (morbidité/mortalité) de ces deux techniques.

Recommandations

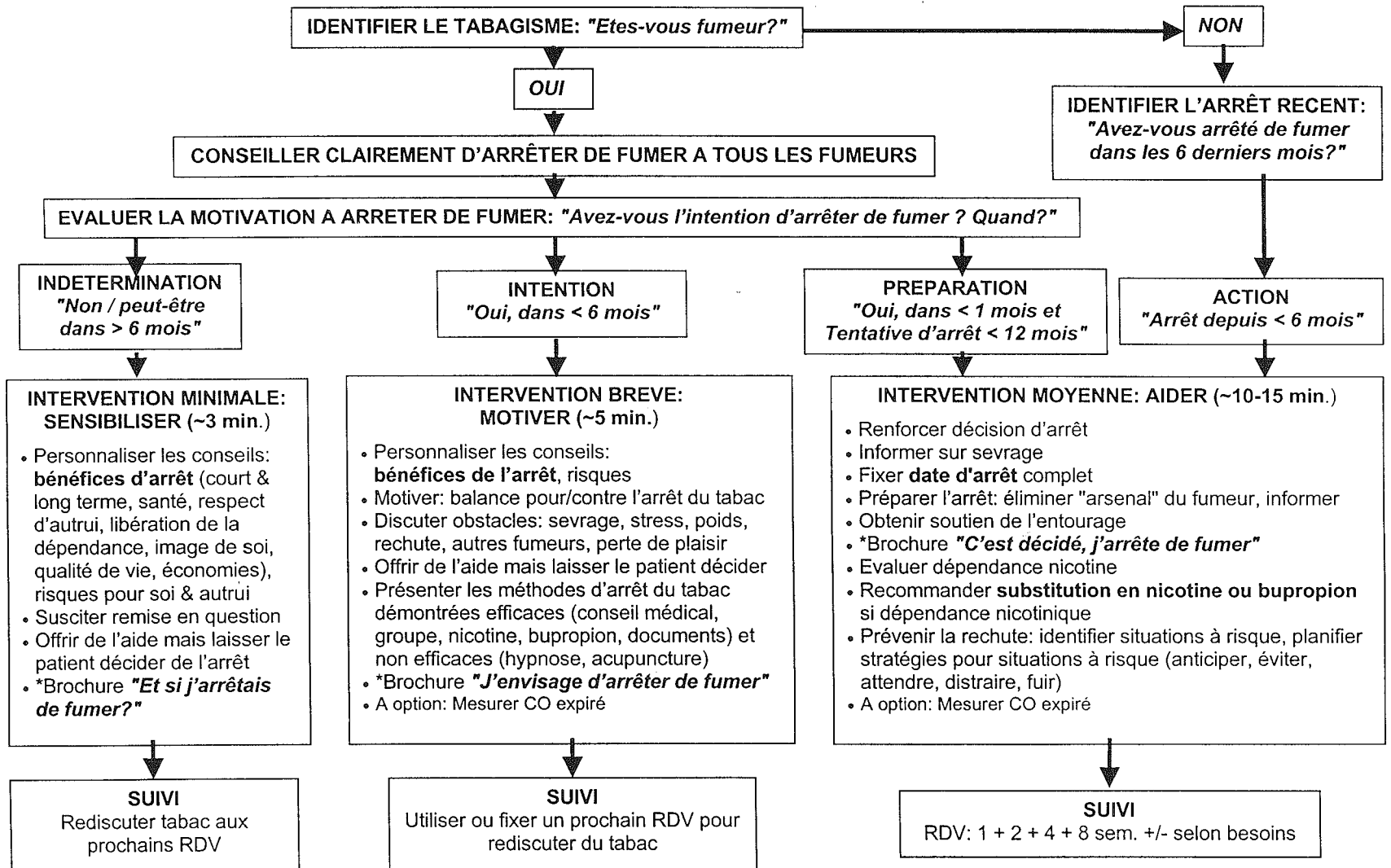
**Le dépistage du cancer de sein par mammographie
(seule ou associée à l'examen clinique)
est recommandé chez la femme âgée de 50 à 70 ans tous les 2 ans.
Dans certains cas particuliers (antécédents familiaux),
un dépistage avant 50 ans est envisageable.**

Remarque : l'angoisse générée par une mammographie positive doit être prise en compte.

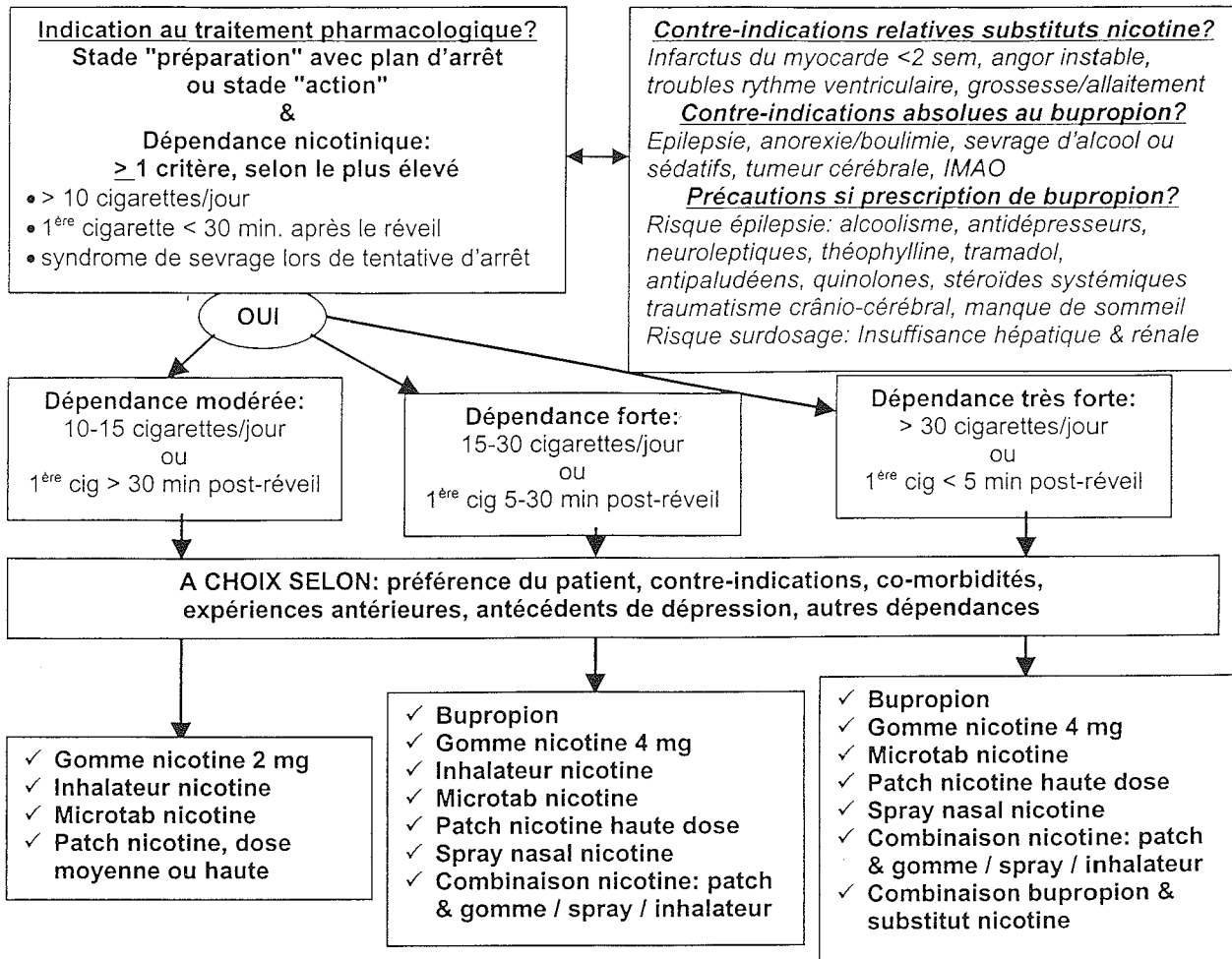
Bibliographie :

- US Preventive services Task Force, 2nd ed. 1996.
- Médecine sociale et préventive, ed. H. Huber, Berne, 1996.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Ottawa, 1994.

DESACCOUTUMANCE AU TABAC: EVALUATION ET CONSEILS



DESACCOUTUMANCE AU TABAC: TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE



<p>Patch nicotine dose moyenne (Nicotinell®, Nicorette®) <i>Patch de 24h (Nicotinell®):</i> 14 mg x 4 sem, puis 7 mg x 2 (4) sem Durée: 6-8 sem, max. 6 mois Peau glabre, changer localisation 1x/j</p>	<p>Patch nicotine haute dose (Nicotinell®, Nicorette®) <i>Patch de 24h (Nicotinell®):</i> 21 mg x 4 sem, puis 14 mg x 2 (4) sem, puis 7 mg x 2 (4) sem <i>ou Patch de 16h (Nicorette®):</i> 15 mg x 4 sem, puis 10 mg x 2 (4) sem, puis 5 mg x 2 (4) sem Durée: 2-3 mois, max. 6 mois Peau glabre, changer localisation 1x/j</p>
<p>Gomme de nicotine 2mg (Nicorette®, Nicotinell®) 8-15 x 2 mg/j x 4-8 sem (max 30/j) ~1 gomme/h à adapter Réduire sur 4-8 sem Durée : 2-3 mois, max. 6 mois Mâcher 20 sec puis plaquer contre la</p>	<p>Gomme de nicotine 4 mg (Nicorette®, Nicotinell®) 8-15 x 4 mg/j x 8-12 sem (max 20/j) ~1 gomme/h à adapter Réduire sur 4-8 sem Durée : 2-3 mois, max 6 mois gencive 1 min, en alternance pendant 30 min</p>
<p>Inhalateur de nicotine (Nicorette Inhaler®) 6-12 cartouches/j x 8-12 sem (max 16/j) 1 cartouche/1-2h à adapter Réduire sur 4-12 sem Durée: 2-3 mois, max 6 mois Inhalation comme une cigarette pendant 30 min</p>	<p>Spray nasal de nicotine (Nicorette®) 15-40 x 1 mg/j x 8-12 sem. (max 40/j) 1 mg = 1 applic = 1 nébulisation dans chaque narine ~1-2 applications/h (max 3/h) à adapter Réduire sur 4-12 sem Durée: 2-3 mois, max 6 mois</p>
<p>Microtab (comprimé) de nicotine (Nicorette Microtab®) Dépendance forte / très forte: 1-2 cpr 8-12x/j x 8 sem (max 30/j) Dépendance moyenne: 1cpr 8-12x/j pdt 8 sem ~1 cpr/1-2h à adapter. Réduire sur 4 sem Durée: 2-3 mois, max. 3 mois Laisser fondre sous la langue</p>	<p>Bupropion (Zyban®) 1 x 150 mg/j de J1 à J6 2 x 150 mg/j x 7-9 sem dès J7 150 mg/j x 7-9 sem dès J7 si situation sous "précautions" Arrêt du tabac programmé entre J8 & J14 Si effets secondaires majeurs, réduire à 1 x 150 mg/j</p>

Vaccinations de routine de l'adulte

Introduction

La vaccination de routine de l'adulte a pour but de prévenir la maladie chez l'individu vacciné, diminuer la circulation des microorganismes dans la communauté pour prévenir la morbidité et la mortalité dans les groupes à haut risque (très jeunes enfants, femmes enceintes, personnes âgées notamment) et/ou éviter la réintroduction de microorganismes éradiqués dans nos contrées. La vaccination de routine de l'adulte a pour objectifs principaux de rattraper les personnes qui n'ont jamais été vaccinées et celles qui n'ont pas répondu aux vaccinations précédentes et d'augmenter l'immunité chez les anciens vaccinés.

Le plan de vaccination de routine en Suisse est remis à jour régulièrement par le Groupe d'experts pour les questions liées à la vaccination en fonction du développement de nouveaux produits, de l'évolution des connaissances concernant leur efficacité et leur sécurité, des modifications de la situation épidémiologique et de la réflexion sur les coûts et les bénéfices engendrés (Bulletin de l'OFSP, Supplément VIII, état août 2001).

Plan de vaccination de routine recommandé en Suisse

Age	Vaccin	Temps
• Adolescents	hépatite B	primovaccination (2 ou 3 inj.)
• Adultes < 35 ans	ROR	rattrapage ¹
• Tout adulte	di-Te	tous les 10 ans
• Adulte ≥ 65 ans	influenza	toutes les années
+ groupes à risque ² et proches		
• <i>Conseillé mais pas formellement recommandé (pas d'obligation de prise en charge par les caisses-maladies):</i>		
Jeunes adultes	hépatite B	primovaccination
• <i>Recommandé mais incertitude quant à l'efficacité dans certains groupes de patients (pas d'obligation de prise en charge par les caisses-maladies):</i>		
Adultes ≥ 65 ans	pneumocoque	une fois au moins ³
+ groupes à risque ² et proches		

¹ si pas de maladie antérieure ou de 2^{ème} injection à l'adolescence

² adultes ou enfants avec maladie chronique (cardiopathie, pneumopathie, maladies métaboliques, néphropathies, hémoglobinopathies, immunodépression, HIV)

³ tous les 6 ans pour splénectomisés

Bibliographie :

- Plan de vaccination de routine. Bulletin de l'Office fédéral de la Santé Publique Suppl. VIII, Berne, OFSP ; état août 2001.
- Fine M.J, Smith M.A., Carson C.A., et al. : Efficacy of pneumococcal vaccination in adults. A meta-analysis of randomized controlled trials. Arch. Intern. Med. 1994 ; 154 : 2666-7.
- Prevention of Pneumococcal Disease: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) MMWR 1997 ; 46 :1-24.

Liste des parutions

- N° 1 *Burnand B, Paccaud F, eds.* Maîtrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires: satisfaction des patients. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 2 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A, Groupe Eden.* Naissances vaudoises 1993-1994 : caractéristiques et facteurs de risque pour une affection chronique. (Rapport EDEN, 1). Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 18.-
- N° 3 *Yalcin T, Seker E, Beroud C, Eggli Y.* Planification des lits du CHUV: projections 1994-2005. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 4 *Narring F, Michaud P-A, Wydler H, Davatz F, Villaret M.* Sexualité des adolescents et sida : processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 30.-
- N° 5 *Eggli Y, Yalcin T, Basterrechea L.* Le système d'information dirigeant des Hospices : conception générale. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 6 *Eggli Y, Basterrechea L, Beroud C, Halfon P, Nguyen N, Perret A, Seker E, Yalcin T.* Tableaux de bord et de suivi conception détaillée. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 7 *Nguyen N, Eggli Y, Ruchet T, Schenker L.* Préviation budgétaire . Instructions, méthode et manuel d'utilisation. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 20.-
- N° 8 Manuel du Programme « Qualité » des Hospices. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 15.-
- N° 9 *Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F, Paccaud F.* Dépistage du cancer du sein par mammographie : évolution des conséquences psychologiques négatives chez les participantes. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 12.-
- N° 10 *Ferron C, Cordonier D, Schalbetter P, Delbios Piot I, Michaud P-A.* Santé des jeunes en rupture d'apprentissage : une recherche-action sur les modalités de soutien, les déterminants de la santé et les facteurs favorisant une réinsertion socio-professionnelle. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 11 *Narring F, Berthoud A, Cauderay M, Favre M, Michaud P-A.* Condition physique et pratiques sportives des jeunes dans le canton de Vaud. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 12 *Berthoud A, Michaud PA.* Accompagnement et prévention des ruptures d'apprentissage : une recherche menée dans les cantons romands. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 13 *Moreau-Gruet F, Cochand P, Vannotti M, Dubois-Arber F.* L'adaptation au risque VIH/sida chez les couples homosexuels : version abrégée. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 12.-

- N° 14 *Ferron C, Michaud PA, Dubois-Arber F, Chollet-Bornand A, Scheder P-A.* Evaluation des unités de prévention et de traitements pour jeunes suicidants à Genève. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 15 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A.* EDEN : Incidence et prévalence des affections chroniques à l'âge de 18 mois dans une cohorte d'enfants vaudois. (Rapport EDEN, 2). Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 15.-
- N° 16 Les professions de la santé. Guide des formations. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 20.-
- N° 17 *Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B.* La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 18.-
- N° 18 *Dubois-Arber F, Haour-Knipe M.* Identification des discriminations institutionnelles à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en Suisse. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 19 *Vader JP, Porchet F, Larequi-Lauber T, Burnand B.* Indications à la laminectomie : adéquation et nécessité. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 20a *Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 20b *Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996 : version abrégée du rapport d'août 1998. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 21 *Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F.* Evaluation des effets induits de l'Opération Nez rouge. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 22 *Ernst M-L, Haour-Knipe M, Spencer B.* Evaluation des Aktionsprogrammes "Gesundheit von Frauen: Schwerpunkt HIV-Prävention 1994-1997". Evaluation of the "Women's Health: HIV Prevention Programme 1994-1997". Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 15.-
- N° 23 *Livio F, Buclin T, Yersin B, Maghraoui A, Burnand B, Biollaz J.* Hospitalisations pour effet indésirable médicamenteux : recensement prospectif dans un service d'urgences médicales. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 35.-
- N° 24 *Narring F, Michaud PA.* Etude sur les attentes des élèves par rapport au médiateur scolaire. IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 25 *Cassis I, Burnand B, Decrey H, Jacquet B, Bertona M, Pécoud A, Paccaud F.* La consultation des 50 ans : prévention et promotion de la santé en entreprise. IUMSP, 1998. CHF 18.-
- N° 26 *Peer L, Renard D, Santos-Eggimann B.* Evaluation de la mise en œuvre du programme Interface : Rapport final. IUMSP, 1999. CHF 15.-

- N° 27 *Bouzourène K, Burnand B, Gallant S, Ricciardi P, Richard JL, Sudre P, Iten A.* Evaluation de la qualité de vie chez les personnes infectées par le VIH. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 20.-
- N° 28 *Richard JL, Bouzourène K, Gallant S, Ricciardi P, Sudre P, Iten A, Burnand B.* Validation et normes du SF-36 dans la population du canton de Vaud. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 18.-
- N° 29 *Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F.* Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique : sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 20.-
- N° 30 *Beroud C, Eggli Y, Fossati M, Perret A.* Satisfaction du personnel des Hospices cantonaux en 1996. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 15.-
- N° 31 *Beroud C, Eggli Y, Perret A.* Satisfaction des patients du CHUV en 1996-1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 15.-
- N° 32 *Blanc JY, Chavaz N, Dubois A, Pegda JE, Renard D, Santos-Eggimann B.* Evaluation du programme vaudois d'hospitalisation à domicile (HAD) : Rapport sur la première année d'activité. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 33 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F.* EDEN : Incidence et prévalence des affections chroniques à l'âge de 4 ans dans une cohorte d'enfants vaudois. (Rapport EDEN, 3). Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 18.-
- N° 34 *Meystre-Agustoni G, Cornuz J.* Carrières de fumeurs : Facteurs entravant ou facilitant l'abandon de la cigarette. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 35 *Castillo V, Halfon P, Eggli Y, Genoud P, Bogousslavsky J.* Revue des hospitalisations du service de neurologie du CHUV en 1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1999. CHF 12.-
- N° 36 *Hascoet C, Halfon P, Eggli Y, Genoud P, Hauri S, Gillet M.* Revue des hospitalisations du service de chirurgie générale du CHUV en 1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1999. CHF 12.-
- N° 37a *Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B.* Gesundheitliche Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 12.-
- N° 37b *Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B.* Les aspects sanitaires du travail de la police auprès des consommateurs de drogues. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 12.-
- N° 38 *Geense R, Huissoud T, Gervasoni J-P.* Evaluation du bus de l'Association « Fleur de Pavé » : structure d'accueil pour femmes prostituées. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 12.-
- N° 39 *Santos-Eggimann B, Dubois A, Chavaz Cirilli N, Blanc J-Y, Peer L, Najda A.* Evaluation médicale du programme vaudois d'hospitalisation à domicile : rapport final. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 22.-

- N° 40 *Hausser D.* Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses : analyse secondaire sur la base de la littérature disponible. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 41 *Haour-Knipe M, Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Kessler D, avec la collaboration de Delbos Piot I.* 'Médiateurs' et prévention du VIH/sida. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 17.-
- N° 42 *Kellerhals C, Gervasoni J-P.* Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre du Programme de Mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de Drogue (ProMeDro). Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 43 *Zobel F, Gervasoni J-P, Jeannin A.* Enquête auprès des partenaires de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales) dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 44 *Marty-Tschumi E.* Etude sur le suicide en Valais. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 18.-
- N° 45 *Thomas R, Dubois-Arber F.* Evaluation du programme HSH de l'Aide Suisse contre le sida : 2ème phase : 1998-1999. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 18.-
- N° 46 *Geense R, Kellerhals C.* Evaluation de l'impact de l'Opération Nez rouge pendant la Fête des vigneron 1999. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 15.-
- N° 47 *Dubois-Arber F, Gervasoni J-P, Ackermann-Liebrich U, Quinto C, Seifert B, Vranesic T, Bachmann N, Cloetta B, Chamot E, Bauer G, Faisst K.* Evaluation de la stratégie de lutte contre le cancer en Suisse, phase I, 1999. Document de synthèse. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 12.-
- N° 48 *Dubois-Arber F, Gervasoni J-P, Meystre-Agustoni G.* Evaluation de la stratégie de lutte contre le cancer en Suisse, phase I, 1999. Etude 1 : évaluation de la conception et de la mise en œuvre de la stratégie au niveau national (évaluation globale). Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 15.-
- N° 49 *Ackermann-Liebrich U, Quinto C, Seifert B, Vranesic T.* Evaluation des Nationalen Krebsbekämpfungsprogrammes, Phase I, 1999. Studie 2: Inventar der vorhandenen Datenquellen und Indikatoren. Basel: ISPM der Universität Basel, 2000. CHF 18.-
- N° 50 *Bachmann N, Haerter A, Cloetta B.* Evaluation der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme, Phase I, 1999. Studie 3: Konzeptualisierung und Stand der Umsetzung der vier Krebsbekämpfungsprogramme. Bern : ISPM der Universität Bern, 2000. CHF 20.-
- N° 51 *Treina L, Burnand B, Paccaud F.* Analyse économique du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique par hormonothérapie substitutive chez la femme. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-

- N° 52 *Célis-Gennart M, Vannotti M.* L'expérience intersubjective de la maladie chronique. Ces maladies qui tiennent une famille en haleine
Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 25.-
- N° 53 *Jeannin A, Schmid M, Huynh Do P.* Mise en œuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2000. Etat des activités en 1999 dans les différents domaines sous les angles de la couverture et de la durabilité.
Lausanne : IUMSP, 2000, CHF 20.-
- N° 54 *Raynault MF, Paccaud F.* Allaitement maternel et promotion de la santé en Suisse. Travail préparatoire à une prise de position de la Fondation suisse pour la promotion de la santé. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 55 *Meystre-Agustoni G, Wietlisbach V, Paccaud F.* Renforcer la prévention des maladies et la promotion de la santé dans l'entreprise : évaluation des besoins et de l'intérêt des collaborateurs pour le renforcement de la politique sanitaire développée par l'entreprise Nestlé sur son site de Vevey-Bergère. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 56 *Peer L, Santos-Eggimann B.* En collaboration avec : *Cotting J, Droz R, Hutmacher A, Long N, Müller-Nix C, Vibert M.* Parents d'enfants hospitalisés dans une unité de soins intensifs : une étude exploratoire de leur vécu. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 57 *Moreau-Gruet F, Coda P, Gervasoni JP.* Intervenants en toxicomanie et prévention de la transmission sexuelle du VIH. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 58 *Polikowski M, Lauffer R, Renard D, Santos-Eggimann B.* Etendue des prestations de l'assurance-maladie sociale : le catalogue des prestations est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité ? Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 48.-
- N° 59 *Thomas R, Haour-Knipe M, Huynh Do P, Dubois-Arber F.* Les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 18.-
- N° 60 *Hofner M-C, Ammann Y, Bregnard D.* Recherche sur la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud. Résumé et recommandations. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 10.-
- N° 61 *Cathieni F, Di Florio V, Picard-Kossofsky M, Perneger T, Burnand B.* Projet qualité hôpitaux universitaires de Genève - Hospices cantonaux. Evaluation comparative de quatre questionnaires de satisfaction des patients hospitalisés. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 20.-
- N° 62 *Samitca S, Geense R, Huissoud T, Morency P, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Evaluation de deux structures à bas seuil de la ville de Lausanne : Le Passage et le Point d'eau. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 15.-
- N° 63 *Huissoud T, Morency P, Samitca S, Benninghoff F, Geense R, Dupertuis-dit-Neveu V, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud : deuxième phase d'évaluation 1998-2000. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 25.-

- N° 64 *Renard D, Chérif C, Santos-Eggimann B.* Organisation des soins palliatifs dans le canton de Vaud : rapport au Service de la santé publique du canton de Vaud et à la Direction du Service des hospices cantonaux. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 32.-
- N° 65 *Cornuz J, Seematter-Bagnoud L, Sidoti Pinto C.* Bilan de santé à 50 ans. Formation des médecins praticiens en prévention clinique. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 12.-
- N° 66 *Spencer B, So-Barazetti B, Glardon M-J, avec la collaboration de Scott S.* Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 35.-
- N° 67 *Marguerat I, Halfon P, Stoll B, Lambert H, von Overbeck J, Alberti M, Burnand B.* Qualité des soins ambulatoires : opinion des patients infectés par le VIH. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 35.-
- N° 68 *Cornuz J, Abelin Th, El Fehri V, Gafner C, Gutzwiller F, Hirsch A, Rielle J-Ch, Zellweger J-P.* Désaccoutumance au tabac : recommandations d'un panel d'experts. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 10.-
- N° 69 *Cornuz J, Auguste R, Wietlisbach V, Paccaud F.* Survey on tobacco use and attitudes towards a smoke-free policy in WHO, Geneva. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 10.-
- N° 70 *Faisst K, Ricka-Heidelberger R.* Mammographie-Screening in der Schweiz: Eine retrospektive Analyse zur Umsetzung. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 15.-
- N° 71 *Cochand P, Singy P.* Développement identitaire et risques de contamination par le VIH chez les jeunes homosexuels et bisexuels en Suisse romande. Lausanne : DUPA, 2001. CHF 10.-
- N° 72 *Meystre-Agostoni G, Dubois-Arber F, Morency P, Cochand P, Telenti A.* Les thérapies antirétrovirales hautement actives (HAART) du point de vue du patient. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 15.-
- N° 73 *Klaue K, Moreno C, Rua M.* Evaluation d'un Espace de Prévention dans le cadre du Festival de Jazz de Montreux 2001 : La Scène Bleue. Lausanne : IUMSP, 2002. CHF 15.-
- N° 74 *Cornuz J, Etienne S, Giorgis B, Burkhalter H.* Prévention en pratique médicale ambulatoire. Un guide de prévention et de promotion de la santé chez les patients de 50 ans consultant un médecin de premier recours. Lausanne : IUMSP, 2002. CHF 10.-



Bulletin de commande
à adresser à

Service d'édition et de diffusion - SED

Hospices cantonaux

Département universitaire de médecine et santé communautaires DUMSC
21, rue du Bugnon, CH - 1005 Lausanne

Téléphone ■ ■ 41 21 314 70 07

Téléfax ■ ■ 41 21 314 70 11

e-mail claude.muhlemann@hospvd.ch

Je désire recevoir

Auteur/s	n°	_____
Nombre d'exemplaires		_____
Auteur/s	n°	_____
Nombre d'exemplaires		_____
Auteur/s	n°	_____
Nombre d'exemplaires		_____
La liste complète de nos titres <input type="checkbox"/>		

A l'adresse suivante :

Nom et prénom

Institution

Rue

NPA/Ville

Téléphone/téléfax

