egora 1124

EGORA.FR

LE PANORAMA DU MÉDECIN

30 JANVIER-5 FÉVRIER 2017

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
UN DÉPISTAGE GÉNÉRALISÉ EN 2018

DOSSIER/ CARDIOLOGIE

- Angioplastie : l'ambulatoire freiné par la tarification
- Insuffisance mitrale : la chirurgie concurrencée
- Endocardite et soins dentaires : une simplification des pratiques

SÉCURITÉ AGRESSÉ PAR UN PATIENT TOXICOMANE DANS SON CABINET/GLUTEN HYPERSENSIBILITÉ EN HAUSSE/REPÈRES NUTRITIONNELS L'ACTUALISATION DE L'ANSES/TOUX TABAGISME ET POLLUTION

Sommaire
du numéro 124
Semaine du
30 janvier au
5 février 2017

4 PANORAMA SOCIOPROFESSIONNEL
Mélenchon veut inscrire le droit à l'euthanasie dans la Constitution

6 À LA UNE
Agressé par un patient toxico au cabinet : « j'ai cru que j'allais y passer »
Formation continue. DPC : l'an 1 de la réforme
Cancer du col utérin : un dépistage organisé généralisé en 2018
Pour les experts, la situation de la France est « très préoccupante »

14 DOSSIER
Cardiologie
Angioplastie coronarienne : l'essor de l'ambulatoire freiné par la tarification
Insuffisance mitrale : la chirurgie conventionnelle concurrencée
Endocardite infectieuse et soins dentaires : un assouplissement des pratiques
Anticoagulants oraux directs : le SMR du dabigatran rétabli à un niveau important

18 NUTRITION
Des carences alimentaires qui fatiguent
Une véritable augmentation des affections liées au gluten
L'Anses actualise les repères de consommations alimentaires

24 LE POINT SUR...
La e-santé

25 FMC LES 10 POINTS CLÉS
La toux chronique : une fréquence accrue liée au tabagisme et à la pollution

27 CARRIÈRES SANTÉ

CE NUMÉRO EST ACCOMPAGNÉ D'UN ENCART DIMETANE DIFFUSÉ SUR LA TOTALITÉ DU FICHIER.

ABONNEZ-VOUS À EGORA L'HEBDO SUR
EGORA.FR/ABO
Inclus dans votre abonnement :
egora l'hebdo chaque mardi en version papier + l'accès à egora.fr

Edito

CATHERINE LE BORGNE RÉDACTRICE EN CHEF

DR

Notables

Conjoint collaborateur. Un terme qui doit parler à nombre de médecins libéraux, parmi les plus anciens. Fut un temps, en effet, où ce statut gagné de haute lutte pouvait être proposé aux nombreuses épouses dévouées à la gestion de la comptabilité et à la réception des appels de leurs époux, alors que la permanence des soins n'existait pas, ou si peu. Pas si intéressant que cela d'un point de vue fiscal d'ailleurs, de salarier son épouse, si ce n'est pour lui permettre d'accumuler des droits à la retraite. Ce combat pour un statut du conjoint représente toute une époque.

Et alors que pour les parlementaires et pour le couple Fillon, ce statut fait la une des journaux (20 % de nos élus font travailler leurs épouse, enfants, proches, etc. dans la légalité si le travail fourni est réel), on peut se poser la question de l'obsolescence de cette fonction pour les médecins libéraux d'aujourd'hui.

20 % DE NOS ÉLUS FONT TRAVAILLER LEURS ÉPOUSE, ENFANTS, PROCHES...

Nouvelles technologies, PDS, statut social d'un cadre supérieur et non plus d'un notable, choix d'un cadre de vie garantissant la vie professionnelle du conjoint, revendications d'une autre qualité de vie et surtout féminisation de la médecine font que ces modèles paraissent antiques. Ou pour le moins obsolètes.

Manifestement, il perdure chez les élus-notables de nos provinces.

Jadis, les syndicats médicaux portaient dans leurs revendications des adresses concernant la bonification du statut du conjoint libéral. Et citaient, dans la foulée, celui de la maternité de la femme médecin, puisque son sort a longtemps été lié. Aujourd'hui, unanimement, ces mêmes syndicats exigent de l'assurance maladie la bonification du congé maternité (ou paternité) pour toutes les praticiennes, quel que soit leur secteur d'exercice. La première réunion conventionnelle s'est terminée en queue de poisson, un nouveau rendez-vous est fixé le 7 février. Il s'agit bien d'une bataille moderne, pour la médecine d'aujourd'hui.

egora 314, Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex
Tél. : 01 55 62 68 00 redaction@egora.fr
ABONNEMENTS tél. : 01 55 62 69 75 /
fax : 01 55 62 69 56 e-mail : abo@gmsante.fr
Abonnement 1 an : 73 euros.
Direction générale, direction des publications
Alain Trébucq (6903) atrebucq@gmsante.fr
Rédactrice en chef
Catherine Le Borgne (6801) cleborgne@gmsante.fr
Directeur médical
Dr Philippe Massol (6824) pmassol@gmsante.fr
Rédactrice en chef technique
Chantal Trévoux (6806) ctrevoux@gmsante.fr
Rédacteur-graphiste
Anne-Marie Crêteur (6841) acreteur@gmsante.fr
Rédacteur-réviseur
Virginie Laforest (6923) vlaforest@gmsante.fr

Conception graphique : A noir, www.anoir.fr
Photo de couverture : Phanie
Egora-LE PANORAMA DU MÉDECIN® est une publication de Global Média Santé SAS. Principal actionnaire : Atmed SAS www.globalmediasante.fr. Capital de 4 289 852 euros/Durée de 99 ans à compter du 30.03.99. ISSN : 0339-073X. Dépôt légal à parution. N° commission paritaire : 0419 T 82549.
Impression : SIEP, 77590 Bois-le-Roi.
L'organigramme complet de tous nos collaborateurs sur www.egora.fr/redaction

papiers Agissez pour le recyclage des papiers avec Global Media Sante et Ecofolio

Mélenchon veut inscrire le droit à l'euthanasie dans la Constitution

L'ÉVÉNEMENT Le candidat à la présidentielle Jean-Luc Mélenchon a affirmé ses positions en faveur de l'euthanasie et de la procréation médicalement assistée pour les couples de femmes. Mais il est opposé à la gestation pour autrui (GPA).

« Je veux introduire dans le débat le droit à être maître de soi-même. Il y a un lien direct entre le droit à l'avortement et le droit au suicide assisté », a déclaré Jean-Luc Mélenchon dans un entretien au *Journal du dimanche*, proposant *« que ces deux droits soient inscrits dans la Constitution »*.

Pour ce qui est de la procréation médicalement assistée, Jean-Luc Mélenchon est favorable à ce qu'elle devienne accessible aux couples de femmes. *« C'est encore une fois la libre disposition de ses aptitudes qui ne nuit ni aux principes ni aux personnes »*, fait-il valoir.

En revanche, le candidat se dit fermement opposé à la fois à la gestation pour autrui et à la prostitution, au nom du refus de faire du corps une marchandise. *« La GPA fait d'une femme un outil de production. Le jour où l'on me présentera une milliardaire qui par amour d'une femme pauvre d'un bidonville acceptera de porter son enfant, je réviserai mon point de vue »*, dit-il.

Pour lui, *« la GPA est fondée sur une illusion : que la filiation reposerait sur autre chose que de l'amour. Le lien biologique n'est pas fondateur de la relation humaine. L'amour prime sur la génétique »*, a-t-il déclaré.

28 601 euros

C'est ce que peut coûter par an la gestion du tiers payant pour une pharmacie.

Source : enquête réalisée en 2016 par l'Union syndicale des pharmaciens d'officine (Upso).

DÉCOUVREZ le tout nouveau egora.fr

EGORA.FR S'EST REFAIT UNE SANTÉ
- Nouveau design
- Nouveaux contenus
- Disponible sur tablette et mobile

NOUVELLE VERSION

SONDAGE Primaire de la gauche : quel est votre candidat préféré ?
(réalisé la semaine du 20 au 27 janvier).

BENOÎT HAMON	21 %
MANUEL VALLS	12 %
JE N'IRAI PAS VOTER	67 %

SONDAGE HEBDOMADAIRE SUR EGORA.FR

« L'obstination ne veut pas toujours dire popularité. Mais la popularité vient après, une fois que la mesure est appliquée » [...] Les Français « ont une volonté de réforme irrépressible » qui se heurte à une « volonté de fuite devant ce qui pourrait être un changement de nos habitudes » [...].

« Les résultats sont là : il a été possible de diminuer le déficit de la Sécurité sociale. Aujourd'hui, elle est à l'équilibre [...] Et il a été possible d'améliorer la couverture et l'accès aux soins » [...].

FRANÇOIS HOLLANDE, en référence à la politique menée par Marisol Touraine durant le quinquennat, dans un discours prononcé au CHU de Poitiers, jeudi dernier.

LE TWEET QUI FAIT LE BUZZ

Cymes Michel
@michelcymes

Comment peut-on encore manifester contre l'IVG plus de 40 ans après la loi Veil ?

PHOTOS : PHANIE/DR

LA FIGURE DONALD TRUMP

Durant toute sa campagne, le nouveau président des États-Unis a lourdement critiqué le système de santé mis en place par Barack Obama.
Son tout premier décret a été signé contre la loi emblématique du président sortant.
Vendredi 20 janvier, quelques heures après son investiture, Donald Trump a signé un premier décret contre la loi éponyme de son prédécesseur, engageant la politique de rupture présentée plus tôt au monde dans un discours aux accents populistes et nationalistes.
Après sa prestation de serment et son discours au Capitole, ce premier décret a été paraphé devant les photographes, dans le Bureau ovale (qu'il a commencé à redécorer, avec du doré), pour entamer le démantèlement de l'Obamacare de son prédécesseur.
Il a également signé un texte interdisant le financement d'ONG internationales qui soutiennent l'avortement.
Un sondage mené une semaine après l'investiture du nouveau président démontre que 85 % des médecins américains sont contre la suppression de l'Obamacare. La grande majorité sont, en outre, hostiles à la possibilité pour les compagnies d'assurances de refuser de couvrir des personnes souffrant d'une maladie chronique ou de leur facturer des tarifs exorbitants, ce qu'interdit l'Obamacare.

DR

Agressé par un patient toxico au cabinet : « j'ai cru que j'allais y passer »

Le coup de matraque lui a ouvert le crâne sur 10 cm. Puis il s'est battu avec son patient, jusqu'à passer à travers la fenêtre du cabinet. Le Dr Patrick Suenen est généraliste à Saint-Cyprien (Pyrénées-Orientales). Il y a un mois, il a subi une violente agression. C'était un patient toxico, qu'il suivait depuis des années.

SÉCURITÉ

« L'agression s'est passée il y a un mois, à mon cabinet. C'est un jeune homme de 40 ans. Je le connais pour deux raisons. C'est le fils de l'un de mes amis, un ancien voisin que je fréquente depuis très longtemps et avec qui j'ai de très bonnes relations. C'est aussi un toxicomane qui venait me voir de temps en temps, pour que je lui prescrive du Subutex. Chose que je faisais sans jamais me poser de questions. Je ne le faisais même pas payer, parce que c'est le fils d'un ami.

Ce vendredi-là, il est venu me voir sous prétexte qu'il avait mal à la jambe. Il vient vers 12h30. Il laisse passer les avant-derniers patients en disant qu'il sera un peu long. Je le reçois dans mon bureau. Il me dit "Bonjour Patrick", comme d'habitude. Il est souriant. Moi, je lui tourne le dos pour passer derrière mon bureau...

Dès que j'ai le dos tourné, il me met un coup de matraque en ferraille et m'ouvre le crâne sur 10 cm. Je ne suis pas K-O. J'ai encore le sursaut de survie de lui tenir la main et la matraque. Je me retrouve par terre, lui sur moi. En se battant, on passe à travers la vitre du bureau. Je me retrouve donc dehors. À ce moment-là, il sort une cordelette de sa poche. Je ne sais pas pour quoi faire : m'étrangler ? M'attacher ? Je ne sais pas. J'ai crié le plus fort possible.

Le lendemain, il était dehors...

Des patients, qui n'étaient pas très loin, ont entendu la vitre se briser et mes cris. Ils sont revenus le maîtriser. Ils ont appelé la police, les pompiers. Lui, il a été embarqué par la gendarmerie. Moi, j'ai été embarqué par les pompiers. J'ai eu dix points de suture et un scanner cérébral. Je n'ai pas de lésions cérébrales. J'ai eu un arrêt de travail de trois semaines. Je n'ai repris que le 2 janvier.

Après ça, les gendarmes m'ont dit de me reposer et de venir le lundi faire ma déposition. Le lundi matin, j'ai la surprise •••

••• de savoir qu'il est déjà dehors ! On n'a même pas attendu ma déposition pour le faire sortir. Le procureur de la République avait déjà donné son aval pour le libérer. Je n'ai pas eu de protection. Le type, il est quasiment venu m'assassiner. Le lendemain, il était dehors...

En plus, il sait où j'habite ! Il est déjà venu chez moi. Apparemment, il avait un casier vierge. J'ai déposé plainte. J'ai une convocation pour le mois d'avril.

« TOUS LES PATIENTS DE LA SALLE D'ATTENTE S'EN SERAIENT RAPPELÉS, SI J'ÉTAIS MORT »

J'étais choqué. J'ai eu l'impression que j'allais y passer. J'ai fait un peu d'hypnose chez un psychiatre. Ça m'a aidé à effacer mes angoisses et les images violentes que j'avais dans la tête. C'est quand même quelqu'un à qui je rends service, que je ne fais pas payer, à qui je prescris ce qu'il demande... et qui vient me massacrer en pensant que j'ai quelques billets dans ma poche ! Il voulait de l'argent. Ce n'est pas pour de la drogue, puisque je la prescris. Un type qui me demande du Subutex, c'est qu'il est en manque. Jamais je ne dis non.

J'ai revu les parents de mon agresseur. Je ne leur en veux pas, ils n'y peuvent pas grand-chose. Un fils de 40 ans, toxico... Il a pensé qu'il fallait qu'il m'assassine complètement ? Bien évidemment, j'y ai pensé. Ça me tarabuste encore. Comment voulez-vous qu'il s'en sorte, à moins de me tuer ? Et même. Dans la salle d'attente, il avait un comportement bizarre. Il masquait son visage dans une cagoule. Je pense que tous les patients de la salle d'attente s'en seraient rappelés, si j'étais mort.

Ça ne va pas changer grand-chose dans ma manière de travailler. Je vais juste être encore plus prudent. Le soir, si je reste faire de la paperasse à mon bureau, je ferme la porte...

Pour le reste, je ne veux pas de caméra, de pistolet, rien. Je ne veux pas sombrer dans la paranoïa. Je suis une dizaine de toxicos. J'en suis certains depuis vingt ans. Je n'ai jamais eu ce genre de problèmes.

J'ai signalé ça à l'Ordre. Ils m'ont dit que c'était triste, et qu'il fallait que j'envoie les papiers de l'hôpital. Je ne l'ai toujours pas fait. Je pense que ça ne changera pas grand-chose, c'est pour faire partie des statistiques.

Ma vie vaut moins qu'une grille ?

Pas un seul de mes confrères, sur les six ou sept de la ville, ne m'a appelé. Pas un seul. Peut-être qu'ils ne le savent pas. Une pharmacie m'a appelé. Ils ont vécu déjà une agression, donc ils ont été sensibilisés. Les patients, eux, m'ont soutenu. Surtout quand ils ont vu le bureau avec la vitre éclatée, le sang partout.

Il y aura un procès le 28 avril. Je n'y vais pas avec plaisir. Comme une femme violée, elle ne va pas avec plaisir au tribunal. C'est exactement la même chose. Dans la même semaine, il y a un type qui n'était pas content que son fils soit incarcéré. Il a pris un camion, et il est rentré dans la grille de la gendarmerie. Il a été en taule direct. Et il y est resté. Donc ma vie vaut moins qu'une grille de gendarmerie ? Lui, n'a agressé personne. »

FANNY NAPOLIER

SÉCURITÉ : L'ORDRE PROMET DES MESURES

Le président de l'Ordre des médecins, le Dr Patrick Bouet, a été reçu par le ministre de l'Intérieur, Bruno Le Roux, mi-décembre, pour demander des mesures améliorant la sécurité des professionnels de santé. Une mission va être menée pour recenser les mesures en vigueur dans les départements, et leurs résultats. *« La sécurité des professionnels de santé constitue un enjeu majeur tant pour les actions qu'ils conduisent en faveur de nos concitoyens* [...] *que pour le lien social auquel ils prennent une part essentielle »*, a assuré Bruno Le Roux.

L'Ordre des médecins rappelle aussi qu'il existe un numéro d'accès direct à la cellule de sécurité départementale réservée aux médecins, ainsi que la désignation d'un référent ordinal sécurité au sein des services de police et de gendarmerie.

LES GÉNÉRALISTES, LES PLUS NOMBREUX À DÉCLARER DES VIOLENCES

En octobre dernier, le Conseil national de l'Ordre des médecins a publié le bilan de l'Observatoire de la sécurité des médecins en 2015. 924 incidents ont été déclarés, ce qui reste supérieur à la moyenne de long terme ; à noter que 56 % des incidents n'entraînent pas de suites légales, *« un niveau jamais observé »*, relève le Cnom.

L'Observatoire de la sécurité s'est fondé en 2015 sur 924 fiches de déclarations d'incidents, un nombre qui reste nettement supérieur à la moyenne constatée depuis la création de l'Observatoire en 2003 (724 déclarations par an). Depuis 2010, une stabilité globale élevée est observée.

Les départements les plus touchés sont le Nord (64 déclarations) et les Bouches-du-Rhône (63 incidents), devant l'Isère et la Seine-Maritime (35 incidents).

Une diminution importante des déclarations est notée en Île-de-France (27 déclarations en Seine-Saint-Denis, 13 dans le Val-d'Oise et 8 à Paris, contre 35, 29 et 27 respectivement en 2014).

La surreprésentation des généralistes parmi les médecins déclarant s'accentue par ailleurs depuis 2012, et a atteint en 2015 son plus haut niveau depuis la création de l'Observatoire : les généralistes représentent 65 % des déclarants, alors qu'ils ne représentaient que 45 % des praticiens en 2014. Parmi les spécialités les plus touchées, on compte les ophtalmologues (52 déclarations ; 6 %), les médecins du travail (33 ; 4 %) et les psychiatres (25 ; 3 %).

45 % des déclarants sont des femmes, et 54 % des hommes (1 % de non-renseignés), quand 45 % des médecins sont des femmes et 55 % des hommes.

DPC : l'an 1 de la réforme

La nouvelle agence créée par la loi de santé est désormais dotée d'un dispositif collaboratif rénové, d'un nouveau modèle économique et d'un comité d'éthique contre les conflits d'intérêts, présidée par Édouard Couty, ex-directeur de la Dgos.

FORMATION CONTINUE

Appuyée par une loi et de nouveaux décrets permettant de faire le ménage dans le foisonnement des 3 000 organismes formateurs répertoriés, l'équipe de l'Agence nationale du DPC se donne la mission de proposer des sessions au plus grand nombre de professionnels de santé, par le biais d'un modèle économique rénové permettant de dépenser au mieux les 170 millions d'euros de budget global annuel (hors frais de gestion, et avant le budget rectificatif, traditionnellement dévoilé en mars).

Depuis la réforme, l'obligation de DPC se décline sur trois ans (contre une obligation annuelle préalablement), et, pour les neuf professions libérales (ou exerçant en centres de santé) concernées, les forfaits de prise en charge sont passés d'un schéma journalier (présentiel ou non) à une indemnisation horaire *« plus souple »*, de l'avis de la directrice de l'agence, Michèle Lenoir-Salfati. Pour les médecins et les organismes formateurs, l'heure est rémunérée 45 euros par l'agence, avec un plafond de prise en charge de vingt et une heures, présentielles et non présentielles (10 heures maximum), pour des programmes relatifs à la formation continue, l'évaluation des pratiques professionnelles.

Des textes réglementaires, un arrêté, un décret décrivent dorénavant les critères exigés des organismes formateurs et les conditions d'évaluation des formations dispensées. Une réforme qui a eu l'impact d'un bon coup de balai dans le landerneau : on comptait 3 000 organismes accrédités auprès de l'OG DPC en 2015, ils ne sont plus que 2 157 en cours d'enregistrement cette année, auprès de l'agence. *« Ils ont vu la marche à franchir, le niveau d'exigence,* relève Michèle Lenoir-Salfati, pour expliquer ces défections. *La qualité est pour nous un enjeu majeur »*, répète-t-elle.

Méditation, tai-chi ou Pilates

Sous la houlette du Haut Conseil du DPC, présidé par le Dr Jean-François Thébaut, un plan de contrôle est en cours de mise en place, visant les organismes et les formations dispensées. L'objectif fixé pour 2017 est d'évaluer 20 000 actions par échantillonnage. En avril, un document de traçabilité commun à toutes les professions et tous les statuts doit être diffusé, qui permettra à chacun de suivre l'avancée de son dossier personnel de DPC.

Côté finances, le modèle a su s'adapter à la montée en charge de l'e-learning, en proposant une formation souple, moins onéreuse et dédommagée par forfaits horaires. Un nouveau système informatique plus souple lui aussi générera une liste d'attente permettant à un candidat d'occuper une place annulée, ce qui n'était pas possible préalablement.

L'enveloppe spécifique (5 millions) pour les formations pluriprofessionnelles a elle aussi été victime du coup de balai. *« L'enveloppe sera répartie entre les sections, le bilan est mitigé, il y a eu un effet d'aubaine. C'est fou le nombre de professionnels qui se sont formés au qi kong... Désormais, ils seront indemnisés selon les règles de chaque profession, et non plus sur celles des médecins,* explique la directrice. *Nous sommes en train de définir quelles formations nous allons soutenir. »*

CATHERINE LE BORGNE

BULLETIN **D'ABONNEMENT** À envoyer avec votre règlement sans affranchir à :
Global Média Santé Service abonnements - Libre réponse N°63052 - 92219 Saint-Cloud Cedex

❑ **OUI,** je m'abonne pour un an
à **egora** - Le Panorama du médecin + ses archives sur **egora.fr**
au tarif de 59 € au lieu de ~~73~~ € soit 19% d'économie

L'hebdo du mardi

Pour tous renseignements :
abo@gmsante.fr
Tél. : 01 55 62 69 75
Fax : 01 55 62 69 56

Conformément à la loi Informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant, que vous pouvez exercer librement auprès de Global Média Santé-service abonnements 314, bureaux de la colline - 92213 Saint-Cloud cedex.

Offre valable jusqu'au 30/06/2017

Je complète mes coordonnées :
○ M. ○ Mme Spécialité
Nom Prénom
N° Rue
Code postal Ville
Tél. E-mail

Je m'abonne pour un an et je joins mon règlement :
○ par chèque à l'ordre de Global Média Santé
○ par carte bancaire (Sauf American Express)
N°
Expire fin
Merci d'inscrire les 3 derniers chiffres figurant au dos de votre carte bancaire
Date et signature obligatoires

Bull-egora-2017

Cancer du col utérin : un dépistage organisé généralisé en 2018

Une étude de l'Institut national du cancer confirme l'intérêt du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus tant sur le plan de la participation que sur celui de l'incidence et de la mortalité associées à ce cancer, responsable chaque année de plus d'un millier de décès.

3 000 nouveaux cas de cancer du col utérin comptabilisés chaque année en France.

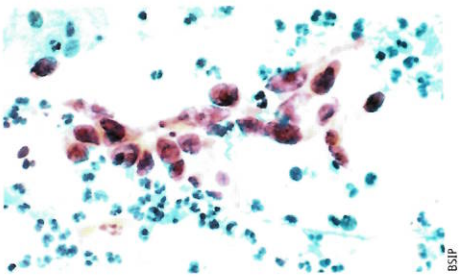
1 100 décès lui sont dus.

235 0000 frottis anormaux détectés.

31 000 lésions cancéreuses et précancéreuses dépistées.

Source : INCa.

GYNÉCOLOGIE



BSIP

Le dépistage organisé du cancer du col utérin permettrait de réduire de façon importante l'incidence et la mortalité associées à ce cancer. C'est ce que rapporte une évaluation médico-économique réalisée par l'Institut national du cancer (INCa), dont les résultats viennent d'être publiés dans le dernier *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH,* daté du 24 janvier 2017) consacré à ce thème, et paru à l'occasion de la 11e Semaine européenne de prévention du cancer du col de l'utérus, du 22 au 28 janvier 2017.

Cette étude (Barré S, *et al.)* est fondée sur l'élaboration d'un modèle de simulation reproduisant l'histoire naturelle de ce cancer et permettant de comparer, de façon systématique et quantitative, les différentes stratégies de dépistage. Ainsi, plusieurs tests (frottis cervico-utérin [FCU], test HPV, double marquage immunochimique p16/Ki67) et plusieurs intervalles de dépistage (trois, cinq et dix ans) ont été évalués. Le programme ciblait par invitation-relance les femmes non spontanément participantes au dépistage.

L'intérêt du test HPV en dépistage primaire

Il ressort de cette étude que toutes les stratégies testées de dépistage organisé permettent d'améliorer la couverture du dépistage du cancer du col utérin et de diminuer l'incidence et la mortalité. Les réductions d'incidence et de mortalité étaient comprises entre 13 et 26 %, et les gains d'espérance de vie pouvant atteindre trente-cinq à soixante ans pour 10 000 femmes. Pour les auteurs, ces données laissent espérer que l'on puisse atteindre l'objectif fixé par le Plan cancer 2014-2019, qui visait à réduire de 30 % à dix ans l'incidence et le nombre de décès par cancer du col. L'étude confirme aussi la place du test HPV : réalisé tous les dix ou cinq ans, il permettrait de diagnostiquer jusqu'à 26 % de lésions précancéreuses supplémentaires et de réduire de 8 à 19 % l'incidence de ce cancer, contre 14 à 15 % pour la stratégie fondée sur le frottis tous les trois ans.

Une participation en progression de 12 points avec le dépistage organisé

Force est de constater que le dépistage du cancer du col utérin est loin d'être suffisant. Les derniers résultats de l'expérimentation du dépistage organisé, qui a eu lieu dans

UNE MORTALITÉ PROBABLEMENT SOUS-ESTIMÉE

Le dépistage du cancer du col utérin apparaît d'autant plus important qu'une étude américaine vient de mettre en évidence que la mortalité liée à cette pathologie pourrait être plus élevée que ce qui était connu jusqu'à présent. Pour arriver à cette conclusion, les chercheurs ont considéré qu'il n'était pas logique d'inclure dans les études épidémiologiques sur le cancer du col les femmes ayant subi une hystérectomie pour une raison indépendante de cette pathologie. Ils ont donc calculé la mortalité liée au cancer du col chez les femmes de plus de 20 ans non hystérectomisées, en comparant les femmes blanches et noires. Les résultats montrent que, après cette correction, le taux de mortalité est de 10,1 pour 100 000 contre 5,7 avant correction parmi les femmes noires, et de 4,7 (contre 3,2) parmi les femmes blanches. La mortalité s'accroît avec l'âge. Ainsi, le taux maximal est observé chez les femmes noires de plus de 85 ans (37,2 pour 100 000). Selon les auteurs, ces chiffres seraient plus proches de la réalité. Les raisons expliquant le taux disproportionné de femmes noires touchées par le cancer du col utérin et qui en meurent ne sont pas très claires, notent les chercheurs. M. A.

Cancer, 23 janvier 2016.

treize départements français entre 2010 et 2012, confirment les bénéfices de ce programme, avec une augmentation de 12 points de participation dans ces départements. Les invitations ont ainsi permis de dépister près de 231 000 femmes et les relances 48 000 femmes supplémentaires. La couverture globale du dépistage était de 62 %, avec d'importantes disparités territoriales (de 41,6 à 72,5 %) et une diminution après l'âge de 50 ans. Les prélèvements étaient conformes aux standards européens attendus. Pour François Bourdillon, directeur générale de Santé publique France, et Norbert Ifrah, qui cosignent l'éditorial de ce *BEH*, *« ces résultats sont de bon augure et permettent d'envisager de généraliser le programme en 2018 »*.

Une autre étude de ce même *BEH* (Barré S, *et al.)* confirme le chiffre communément admis de 40 % de femmes qui n'ont pas réalisé de frottis durant les trois dernières années, et ne sont donc pas à jour de ce dépistage. Cette étude réalisée à partir d'échantillons généralistes des bénéficiaires de l'assurance maladie a aussi permis d'identifier des variables associées à une faible participation au dépistage. Il s'agit principalement de l'âge (plus on est âgée moins on se fait dépister), et du fait de vivre dans une zone identifiée comme défavorisée. D'ailleurs, cette année, une campagne de communication radio insiste sur l'intérêt du dépistage après 45 ans.

L'intérêt de l'autoprélèvement

L'autoprélèvement pourrait constituer une voie intéressante pour améliorer les taux de participation au dépistage. Des chercheurs français (Haguenoer K, *et al. BEH* 24 janvier 2015) ont évalué la performance, en termes de participation, et le rapport coût-efficacité de l'envoi, au domicile de femmes non dépistées, d'un kit pour autoprélèvement vaginal en vue de la recherche de papillomavirus. Cet essai, mené en Indre-et-Loire auprès de 6 000 femmes de 30 à 65 ans non dépistées, montre que, alors que les simples courriers de relance n'ont pas d'efficacité, l'envoi de ce kit permet de doubler la participation au dépistage (22,5 % *versus* 11,7 %).

EN SAVOIR PLUS
www.egora.fr

MARIELLE AMMOUCHE

Pour les experts, la situation de la France est « très préoccupante »

Des spécialistes dénoncent le paradoxe français, à savoir une insuffisance de prévention mais aussi trop de traitements chirurgicaux injustifiés.

Les experts de la Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale (Sfcpcv), réunis le 13 janvier à Paris, tirent la sonnette d'alarme concernant la situation paradoxale que connaît la France pour la prise en charge du cancer du col de l'utérus. En effet, si d'un côté la couverture vaccinale antipapillomavirus et le dépistage par frottis restent très insuffisants, de l'autre côté de nombreux actes chirurgicaux seraient pratiqués de façon injustifiés.

Ces experts considèrent que *« la situation en France reste très préoccupante »* et que *« nous sommes sur ce point en train d'accumuler un retard important par rapport aux autres pays développés »*. Ils estiment que seule une politique vaccinale de grande ampleur comme celles réalisées dans la plupart des pays européens, comme en Angleterre ou en Italie, combinée au dépistage est capable de faire évoluer la situation et de *« faire du cancer du col de l'utérus une maladie du passé »*.

Ainsi, pour le Dr Jean-Luc Mergui (hôpital La Pitié-Salpêtrière, Paris), président de la Sfcpcv, la prévention vaccinale en France est *« quasi inexistante »*. Et selon la Sfcpcv, le dépistage tel qu'il est pratiqué actuellement est *« insuffisant et imparfait »*, alors qu'il a pourtant *« fait la preuve de son efficacité »* en réduisant le risque de cancer du col utérin.

Le test HPV pourrait changer la donne

Le Dr Christine Bergeron (Cergy-Pontoise, 95) affirme que *« les cas de cancers qui persistent sont dus dans 75 % des cas à une absence de dépistage ou à un dépistage à des intervalles irréguliers »*. Et, en effet, si le dépistage est recommandé tous les trois ans de 25 à 65 ans, 40 % de la population féminine française n'effectue pas de frottis.

À l'opposé, 60 % des femmes réalisent des frottis à un intervalle trop rapproché. Par ailleurs, concernant la lecture de ces frottis, il existe des faux négatifs, pouvant être dus à un mauvais prélèvement ou à une erreur de lecture au microscope, *« qui pourraient être améliorés par l'éducation des préleveurs et le contrôle de qualité de la lecture des lames cytologiques »*, estime Christine Bergeron.

Le dépistage organisé pourrait bien changer la donne en utilisant à terme le test HPV en test primaire pour rechercher le facteur de risque et la cytologie pour identifier la lésion chez celles qui ont un test HPV positif. Seules les patientes ayant une cytologie anormale seront vues en colposcopie. Les patientes HPV-positives mais avec une cytologie négative seront suivies régulièrement pour surveiller l'apparition éventuelle d'une lésion.

Trop de conisations et d'hystérectomies

« Mais s'il est efficace, le dépistage a également des limites et des lacunes et expose à une morbidité réelle, en particulier au risque de surtraitement », ajoutent les spécialistes. Selon eux, sur les 25 000 conisations effectuées chaque année, un tiers ne seraient pas justifiées, et plus de 70 % ne seraient pas réalisées selon les standards de qualité actuels. Elles seraient, en effet, réalisées sans colposcopie (contrôle microscopique), entraînant un risque d'exérèse plus large et donc d'accouchements prématurés, chez ces femmes en âge de procréer.

De même, la Sfcpcv estime que près la moitié des 3 500 hystérectomies réalisées pour des lésions du col de l'utérus chaque année, la moitié ne seraient pas non plus justifiées.

Pour éviter ces excès, la Sfcpcv a mis en place une charte de qualité qui s'est fixé comme objectif d'homogénéiser la formation des gynécologues chargés de prendre en charge la prévention du cancer du col et de vérifier que leurs pratiques sont conformes aux recommandations nationales et européennes.

M. A.

CARDIOLOGIE

Le fil conducteur des 27es Journées européennes de la Société française de cardiologie, qui a eu lieu à Paris du 11 au 14 janvier 2017, portait sur la cardiologie ambulatoire. Avec les innovations techniques observées dans le traitement des coronaropathies et des valvulopathies, cardiologie interventionnelle et même chirurgie cardiaque devraient être réalisées demain de plus en plus souvent en ambulatoire. On n'a d'ailleurs pas manqué de détailler, lors de ce congrès, les avancées du Tavi et des traitements des valvulopathies mitrales.

ANGIOPLASTIE CORONARIENNE

L'essor de l'ambulatoire freiné par la tarification

Les services hospitaliers ne tirent pour l'instant aucun bénéfice financier à éviter l'hospitalisation.

Alors que plusieurs études et méta-analyses (1) ont montré qu'avec les progrès techniques, coronarographie et angioplastie coronariennes pouvaient être pratiquées de façon sûre en ambulatoire, chez des patients en état stable bien sélectionnés, ces gestes restent peu pratiqués en France. En dépit d'améliorations (accès par la voie radiale dans la majorité des cas, double antiagrégation plaquettaire durant six à douze mois...), contribuant à majorer le taux de succès initial de l'angioplastie (plus de 99 %) et à abaisser le taux de complications, *« le pourcentage d'angioplasties coronariennes réalisées sur une journée ne dépassait ainsi pas 12 % en 2012 »*, signale le Pr Pascal Guéret (université Paris-Est, Créteil, 94). Ce qui correspond certes à une augmentation de cette pratique en quelques années (seulement 7 % d'angioplasties coronariennes en ambulatoire en 2007), mais demeure très en deçà de ce que l'on observe pour certaines interventions chirurgicales : 28 % pour les appendicectomies, 40 % pour les hystérectomies, et 99 % pour la chirurgie de la cataracte en 2012 ! Pourtant, 65 à 75 % des angioplasties à faible risque pourraient être faites en ambulatoire au vu des études. *« Un essai comparatif randomisé de Kim M.* et al., *entrepris chez 298 patients, a aussi montré que 80 % des malades ayant eu une angioplastie coronarienne au cours d'une même journée et 68 % de ceux hospitalisés une nuit après une angioplastie préfèrent avoir ce geste interventionnel sans dormir à l'hôpital »*, indique le Pr Guéret (2).

Une réorganisation du mode de prise en charge

« Réaliser les angioplasties coronariennes en ambulatoire nécessite une réorganisation du mode de prise en charge, qui est lourde pour les services de cardiologie, et ceux-ci doivent avoir un volume d'activité important pour mettre en place cette nouvelle stratégie de soins », estime le Pr Pascal Lim, cardiologue au CHU Henri-Mondor (Créteil, 94). Les patients devront, par ailleurs, être bien informés et sélectionnés (absence de syndrome coronaire aigu, d'insuffisance rénale, fraction d'éjection ventriculaire suffisante, support social...) et seront surveillés à l'hôpital quatre à six heures, puis appelés au téléphone le lendemain. Un dosage de créatinine et de troponine devra également être pratiqué dans les suites de l'angioplastie.

Ce ne sont cependant pas ces difficultés organisationnelles et techniques qui semblent ralentir le développement de ce geste en ambulatoire, *« mais la tarification de l'angioplastie coronarienne, les services hospitaliers ne tirant pour l'instant aucun bénéfice financier à éviter l'hospitalisation »*, regrette le Pr Guéret. Les cardiologues espèrent donc que les pouvoirs publics vont prendre des mesures incitatives pour modifier cet état de fait. Le Pr Lim plaide pour la mise en place d'un groupe de travail rassemblant des cardiologues interventionnels de la Société française de cardiologie (SFC) pour agir en ce sens.

Si ce problème tarifaire était résolu, on peut penser qu'avec la poursuite des progrès techniques d'autres gestes comme le *transcatheter aortic valve implantation* (Tavi) pourraient d'ici quelques années être effectués en ambulatoire. Du reste, *« la durée d'hospitalisation pour Tavi a été divisée par 2 depuis 2009, et la moitié des patients sortent dans les trois jours, avec de bons résultats »*, rapporte le Pr Lim.

CORINNE TUTIN

D'après les communications de P. Guéret (Créteil, 94) et de P. Lim (Créteil, 94).

1. Brayton KM, *et al. J Am Coll Cardiol* 2013;62:275-85.
2. Kim M, *et al. Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2013;6:186-92.

INSUFFISANCE MITRALE

La chirurgie conventionnelle concurrencée

Chirurgie mini-invasive et nouvelles techniques interventionnelles sont en cours d'évaluation.

La chirurgie avec sternotomie a longtemps été le *gold standard* pour la correction ou le remplacement de la valve mitrale en cas d'insuffisance mitrale, seconde valvulopathie par ordre de fréquence. Aujourd'hui, un nombre croissant d'équipes pratiquent une chirurgie mini-invasive vidéo-assistée, grâce à une minithoracotomie droite. Ce qui assure un retour plus rapide à la reprise d'activité et atténue les douleurs. *« Cette chirurgie mini-invasive permet de réaliser des réparations valvulaires simples, des remplacements valvulaires »*, explique le Dr Marco Vola (Saint-Priest-en-Jarez, 42). Mais, insiste ce chirurgien, *« elle est très opérateur-dépendante, et nécessite une longue courbe d'apprentissage, par exemple, pas moins de 75 à 100 interventions pour le traitement du prolapsus mitral. Elle devra être utilisée avec précaution dans les lésions valvulaires mitrales sévères et étendues, notamment en cas de calcification de l'anneau mitral. »*

Un clip par voie percutanée

« Dans les insuffisances mitrales modérées à sévères secondaires à une insuffisance cardiaque, les recommandations de la Société européenne de cardiologie acceptent la possibilité d'utiliser une chirurgie par voie percutanée avec implantation d'un clip mitral chez les patients inopérables ou à haut risque », rappelle le Pr Patrice Guérin (CHU de Nantes). Le clip est mis en place par voie transseptale interauriculaire et positionné au niveau de la fuite entre les feuillets de la valve mitrale. Trois études internationales sont en cours, Coapt aux États-Unis, Reshape-HF en Europe, Mitra-FR en France (où les derniers patients viennent d'être inclus), pour apprécier l'impact de ce traitement percutané sur la survie et/ou les hospitalisations pour insuffisance cardiaque par rapport au traitement médical seul. L'intérêt de cette technique interventionnelle dans les insuffisances mitrales secondaires à faible risque ou les insuffisances mitrales primitives n'est pas actuellement connu.

Après le Tavi, le Tmvi

Au vu du succès du Tavi, des techniques de *transcatheter mitral valve implantation* (Tmvi) sont également expérimentées pour traiter des patients atteints d'insuffisance mitrale sévère inopérables. *« Plus de trente prothèses sont développées par les industriels »*, précise le Dr Éric Brochet (hôpital Bichat, Paris). *« Les résultats hémodynamiques obtenus sont satisfaisants, mais le taux de complications demeure élevé (ce notamment en raison d'un risque d'obstruction du ventricule gauche par la prothèse). »*

Dernière technique employée : le néocordage. *« Cette méthode, qui a déjà été utilisée chez 500 patients dans le monde, consiste à tirer grâce à un petit crochet sur les cordages de la valve mitrale pour corriger un prolapsus mitral après mini-ouverture de la paroi thoracique en position apicale »*, explique le Pr Jean-François Obadia (hôpital Louis-Pradel, Lyon). Après analyse de la littérature et l'avoir utilisée chez une dizaine de patients relativement jeunes et non à haut risque, ce spécialiste lyonnais admet que cette technique pourrait donner des résultats intéressants. Mais il insiste *« sur la nécessité de l'évaluer rigoureusement contre chirurgie et traitement médical, comme d'ailleurs toutes les autres techniques interventionnelles ou mini-invasives actuellement proposées »*.

CORINNE TUTIN

D'après les communications de M. Vola (Saint-Priest-en-Jarez, 42), P. Guérin (Nantes), E. Brochet (Paris), J.-F. Obadia (Lyon).

RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE : L'ENVOLÉE DU TAVI

***« Le nombre de patients traités par Tavi* pourrait être multiplié par 4 en dix ans, et ce traitement devrait devenir le premier dans le rétrécissement aortique calcifié »*, estime le Pr Hélène Eltchaninoff (CHU de Rouen). Réservé jusqu'ici aux patients à haut risque chirurgical, ce traitement percutané s'est, en effet, montré non inférieur en 2016 au traitement chirurgical en termes de décès et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) invalidants dans l'étude Partner 2 conduite chez 2 032 malades à risque intermédiaire (19,3 % de décès et d'AVC sous Tavi contre 21,1 % pour la chirurgie à deux ans ; p = 0,25) [1]. D'autres études observationnelles ont même décrit, chez ces patients à risque intermédiaire, des résultats supérieurs avec Tavi *versus* la chirurgie en termes de taux cumulé de décès, d'AVC et de régurgitations aortiques modérées ou sévères à un an (autour de 11 % d'événements contre 19 % ; p < 0,0001) [2]. La procédure de réalisation du Tavi est par ailleurs de plus en plus codifiée et *« se pratique à Rouen constamment sous anesthésie locale, après abord fémoral dans 90 % des cas, et au cours d'une hospitalisation de moins de trois jours chez 65 % des patients »*.**

Des essais en cours tentent de préciser la place du Tavi chez les patients de plus de 65 ans à faible risque chirurgical (essais Partner 3, Evolut R, Notion 3). Il reste des points à préciser, comme la possibilité de pratiquer le Tavi dans des centres non chirurgicaux, le traitement médical à proposer au décours du geste interventionnel, la durabilité d'action du Tavi. Toutefois, une étude conduite au CHU de Rouen chez 977 patients, âgés en moyenne de 83,7 ans, n'a pas mis en évidence de signe de détérioration valvulaire après un suivi qui pouvait aller jusqu'à neuf ans.

D'après la communication de H. Eltchaninoff (Rouen).

* *Transcatheter aortic valve replacement.*

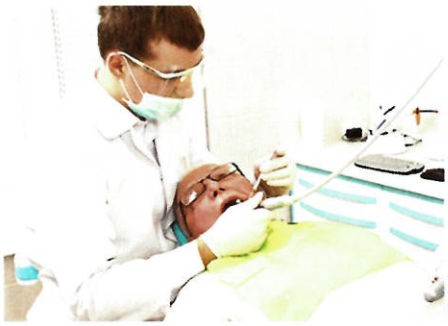
1. Leon MB, *et al. N Engl J Med* 2016;374:1609-20.
2. Thourani VH, *et al. Lancet* 2016;387:2218-25.

ENDOCARDITE INFECTIEUSE ET SOINS DENTAIRES

Un assouplissement des pratiques

Seuls les patients à risque élevé doivent bénéficier d'une antibioprophylaxie.

Les spécialistes britanniques du *Nice* (1) ont estimé, en 2008, qu'aucune antibioprophylaxie préventive n'est nécessaire en cas de soins dentaires à haut risque infectieux chez les patients à risque d'endocardite infectieuse (EI), ce traitement n'ayant pas démontré son efficacité. *« Depuis lors, une hausse du nombre d'EI a été constatée en Grande-Bretagne. Mais il est difficile de prouver qu'elle est en rapport avec la modification des recommandations, car ces infections avaient déjà tendance à augmenter de fréquence »*, explique le Pr François Delahaye (CHU de Lyon).



FOTOLIA

Cette antibioprophylaxie demeure conseillée en France, par la Société européenne de cardiologie, chez les patients à haut risque d'EI (IIaC), soit chez les malades porteurs de valve prothétique, ou avec des antécédents d'EI ou de cardiopathie congénitale cyanogène (2). *« En revanche, la contre-indication de réaliser des implants dentaires a été levée, et on peut actuellement les proposer sous antibioprophylaxie chez des ptients à risque intermédiaire ou élevé d'EI, à la condition de ne pas avoir à pratiquer de greffe osseuse. Ce qui correspond au cas le plus courant pour les implants »*, explique le Dr Sarah Millot, chirurgien-dentiste à Montpellier.

Une antibioprophylaxie sera mise en route chez les patients à risque élevé d'EI dans les actes dentaires hémorragiques sanglants (détartrage, extraction, dévitalisation), mais non dans les soins non hémorragiques (caries...). *« L'hygiène bucco-dentaire est fondamentale, et des soins réguliers s'imposent (détartrages, traitement des poches parondontales...) chez les patients valvulaires avec une parondontite »*, souligne le Dr Marie-Laure Colombier (département de périodontologie, hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine).

CORINNE TUTIN

D'après les communications de F. Delahaye (Lyon), S. Millot (Montpellier), M.-L. Colombier (Paris).

1. *National Institute for Health and Care Excellence.*
2. Habib G, *et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. Eur Heart J* 2015;36:3036-7.

ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS

Le SMR du dabigatran rétabli à un niveau important

La mise à disposition d'un agent de neutralisation spécifique a joué un rôle majeur.

La commission de la Transparence, dans son avis du 14 décembre 2016, a rétabli le SMR de Pradaxa, un inhibiteur direct de la thrombine, à un niveau important dans ses deux indications remboursables. Il retrouve ainsi le niveau de recommandations des autres anticoagulants oraux directs (AOD). Cette réévaluation repose sur deux points essentiels abordés lors d'un symposium du laboratoire Boehringer Ingelheim. Il s'agit d'abord de la mise à disposition d'un agent de neutralisation spécifique du dabigatran : Praxbind (idarucizumab). *« Les inquiétudes à propos de l'absence d'agents de réversion ont limité jusqu'à présent l'utilisation des AOD,* a expliqué le Pr John Eikelboom (Canada). *Mais maintenant un agent de réversion spécifique du dabigatran, d'action rapide et hautement efficace, est disponible. »* De fait, c'est le seul AOD disposant d'un agent de réversion spécifique autorisé. La réversion est rapide, complète et maintenue durant vingt-quatre heures. Il n'antagonise pas l'héparine, n'interagit pas avec les inhibiteurs du facteur Xa, et le dabigatran peut être repris après vingt-quatre heures si l'état du patient le permet. Des agents de réversion pour les AOD anti-Xa sont en cours de développement: andexanet alpha, en fin de phase III, et ciraparantag, en cours de phase II.

La réévaluation du SMR se fonde aussi sur les résultats récents de plusieurs cohortes de patients traités par AOD en vie réelle. *« Ces données confirment les résultats des études contrôlées, avec un rapport bénéfice/risque favorable par rapport aux AVK, et de façon notable un plus faible risque de saignements majeurs, en particulier intracrâniens »*, a indiqué le Pr Patrick Mabo (Nantes).

La validité des résultats de l'étude RE-LY est ainsi renforcée par les résultats de ces études en vie réelle, avec en particulier un risque d'infarctus du myocarde lié au dabigatran qui n'a pas été confirmé. *« Au vu de ces données, on s'étonne encore que ces produits soient sous-prescrits dans notre pays par rapport aux autres pays européens »*, a conclu le Dr Patrick Goldstein (Lille).

THIERRY BILLOIR

D'après un symposium du laboratoire Boehringer Ingelheim présidé par le Dr Patrick Goldstein (Chru de Lille) et le Pr Jean-Yves Le Heuzey (Hegp, Paris).

Des carences alimentaires qui fatiguent

Le manque de magnésium, de fer, une carence en vitamines du groupe B ou en vitamine C ou D peuvent être à l'origine d'une asthénie persistante.

Devant une fatigue récente, une cause organique est à rechercher en première intention. Si les examens se révèlent rassurants, il faut alors envisager une fatigue fonctionnelle : sommeil de mauvaise qualité et/ou carences alimentaires. Un bon interrogatoire, éventuellement un bilan biologique de confirmation et des conseils adaptés permettront de corriger le problème. En elle-même, toute carence fatigue, car chaque vitamine, minéral ou oligoélément est utile. Mais il en est dont la carence fatigue plus vite et davantage que d'autres. C'est le cas des vitamines du groupe B et de la vitamine C, car elles sont impliquées dans les métabolismes énergétiques. Il en est de même de la carence en vitamine D dont la fatigue est plus lente à s'installer mais toute aussi réelle et avec un faisceau de signes cliniques évocateurs. Bien évidemment, il faut également penser au manque de fer (surtout chez les femmes) et au manque de magnésium. Le manque de calcium est peu asthéniant, car il provoque surtout une déminéralisation silencieuse.

À l'interrogatoire du patient, les manques vous seront évidents : très peu de fruits et légumes et consommés toujours cuits : le manque de vitamine C et de vitamine B9 est probable ; des repas insuffisants, des régimes à répétition, une alimentation avec très peu de féculents, de produits laitiers et de pain : le manque de vitamines du groupe B et de magnésium est probable (B1, B2, B3, B5, B6, B8). Si le sujet est végétalien ou végétarien, le risque de manque de fer et de vitamine B12 est élevé.

25 % des femmes manquent de magnésium

Le déficit en magnésium est difficile à diagnostiquer biologiquement, car la magnésémie est longtemps normale. La notion de tension et de crispations musculaires, ainsi que de crampes nocturnes peut aider à évoquer ce diagnostic. Vous pouvez faire un test thérapeutique en prescrivant un sel de magnésium (Mag 2 ou Magne B6). Un relais sera pris avec une eau minérale magnésienne (Contrex, Hépar) contenant environ 100 mg de magnésium par litre (ANC de 320 mg/j chez la femme et 420 mg/j chez l'homme). Les légumes secs en sont également riches (environ 100 mg par assiette). On incitera à leur consommation régulière (1 à 3 fois par semaine).

Un manque de fer chez au moins une femme sur deux

Quant à la fatigue s'ajoutent pâleur, tachycardie et essoufflement au moindre effort, vos doutes seront vite confirmés par un taux bas de ferritinémie, voire l'existence d'une anémie microcytaire hypochrome et arégénérative. Après avoir éliminé l'éventualité d'un saignement (estomac, grêle, côlon, utérus), la recherche de la cause s'oriente vers une carence d'apport alimentaire en cas de consommation insuffisante de viande rouge, voire de tout produit d'origine animale. Outre les viandes rouges ou le boudin, des alternatives sont possibles, en relais du sel de fer, à prescrire pendant deux ou trois mois. Les moules sont très riches en fer (6 à 8 mg/100 g, soit autant que le foie), les œufs en contiennent autant que le poisson et les viandes blanches également (environ 1 mg/100 g). La vitamine C apportée par un agrume ou un kiwi en fin de repas augmente l'absorption du fer. En revanche, les tanins du thé diminuent l'absorption du fer. Le thé doit donc être consommé en dehors des repas et non pas à la fin du repas. L'apport nutritionnel conseillé est de 16 mg de fer/j chez la femme et de 9 mg/j chez l'homme.

Pas de fruits, pas de vitamine C

La vitamine C est surtout apportée par les fruits dont les agrumes (30 à 40 mg/100 g), le kiwi (80 mg/100 g), les fraises (60 mg/100 g), les litchis frais (60 mg/100 g), la mangue (45 mg/100 g). Sachant que l'ANC en vitamine C d'un adulte est d'environ 80 mg/j, il peut sembler facile de le couvrir avec un ou deux fruits bien choisis. Un verre de jus d'orange pressée (frais ou en bouteille) apporte à lui seul 80 % du besoin quotidien en vitamine C.

60 à 80 % de la population en hiver manque de vitamine D

Un syndrome grippal (sans fièvre), des douleurs musculaires et osseuses (crêtes iliaques) chez un sujet qui sort peu et qui profite peu du soleil doivent faire penser à un manque de vitamine D. Le dosage sérique confirme le doute et légitimera une prescription adaptée au niveau de carence. À défaut de soleil, il faudra apporter la vitamine D nécessaire (5 µg/j) via les poissons gras (saumon, sardine, maquereau, hareng, 10 à 15 µg/100 g une ou deux fois par semaine) et les laitages enrichis en vitamine D (certains fromages blancs à raison de 1 µg/100 g).

Déficit en folates : trop fréquent chez la femme

Le manque en vitamine B9 (folates) concerne quasiment une femme sur deux. Les symptômes ne sont pas évocateurs, mais la mesure du taux sérique fera le diagnostic. Les conséquences sont gravissimes en cas de grossesse. Raison pour laquelle il est important de supplémenter en folates toute femme en désir de grossesse et dès le diagnostic de grossesse pendant au moins trois mois (400 à 800 µg/j, voire 5 mg/j en cas d'antécédents de malformations fœtales, de fausses couches répétées). Il faut insister sur la consommation suffisante de légumes et de fruits (les légumes les plus riches en folates sont les légumes très verts de type épinards, oseille, cresson, mâche ; crus ils sont plus riches en folates que cuits). Quant à la carence en vitamine B12, elle se voit surtout chez les végétaliens et les gastrectomisés ou opérés par bypass, non supplémentés. Concernant les autres vitamines du groupe B, les déficiences se voient surtout en cas de régimes restrictifs à répétition et en cas de faible consommation de féculents et de légumes secs.

DR LAURENCE PLUMEY
Médecin nutritionniste, EPM Nutrition, formation continue en nutrition.

REFERENCES
Données des études SU.VI.MAX, Enns et INCa 2.

Une véritable augmentation des affections liées au gluten

En dehors de la maladie cœliaque, une partie de la population pourrait être atteinte d'une hypersensibilité au gluten.

DR

Le gluten fait l'objet d'une controverse relative à son implication dans plusieurs problèmes de santé. Si des effets délétères sont avérés chez les individus génétiquement prédisposés à la maladie cœliaque ou allergiques aux protéines de blé, les caractéristiques d'une hypersensibilité au gluten non cœliaque (Hsgnc) sont encore discutées. Un colloque organisé par le Fonds français pour l'alimentation et la santé (Ffas) sous la direction scientifique de Jean-Michel Chardigny (directeur de recherches Inra, département alimentation humaine) et du Pr Bernard Guy-Grand (Paris) a permis de dresser un état des lieux dans un contexte de forte médiatisation où de plus en plus de personnes s'autodéclarent *« intolérantes »* ou *« hypersensibles »*, d'autant plus que les chercheurs invitent à considérer les données de prévalence avec beaucoup de précautions, compte tenu du probable sous-diagnostic de la maladie cœliaque et de l'existence de formes silencieuses ou peu symptomatiques.

Les ventes d'aliments sans gluten s'envolent aux États-Unis et en Europe et devraient atteindre 6,6 milliards de dollars en 2017. En France, en 2015, se sont vendus plus de 16 millions de produits sans gluten. Le total des ventes a augmenté de 44,5 % en un an. Et les chercheurs semblent s'accorder sur une véritable augmentation des prévalences des affections liées au gluten, en dépit des difficultés actuellement rencontrées pour estimer de façon fiable les prévalences des différentes formes de sensibilité au gluten.

Des anomalies de la muqueuse duodénale

Pour les experts, une partie de la population non allergique et non cœliaque pourrait être atteinte d'Hsgnc, définie depuis peu comme une entité clinique au cours de laquelle l'ingestion de gluten entraîne des symptômes digestifs et/ou extradigestifs qui régressent sous régime sans gluten après élimination d'une allergie au blé et d'une maladie cœliaque. Plusieurs auteurs suggèrent que l'Hsgnc a une pathogénie distincte de celle de la maladie cœliaque et de l'allergie au blé avec l'implication non pas d'une réponse immune adaptative mais d'une réponse immune innée. Il a été décrit des anomalies du nombre de lymphocytes intra-épithéliaux de la muqueuse duodénale, une augmentation de la perméabilité de la muqueuse exposée à la gliadine avec une réponse proche de celle observée dans une maladie cœliaque active, et supérieure à celle de sujets témoins.

Mais l'existence de cette affection ne fait pas l'objet d'un consensus au sein de la communauté scientifique ; certains y voient plutôt une sous-catégorie des présentations du syndrome de l'intestin irritable, quand d'autres mettent en doute l'implication du gluten et pointent du doigt d'autres substances : Fodmap *(Fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols)*. Ils regroupent des polyols (sorbitol, mannitol, xylitol...) et différents sucres à chaîne courte : oligosaccharides (fructo-oligosaccharides, galacto-oligosaccharides), disaccharides (ex : lactose), monosaccharides (ex : fructose) et ATI (inhibiteurs amylase-trypsine du blé).

Pour expliquer la plus grande sensibilité actuelle au gluten, plusieurs facteurs sont envisagés, dont une consommation accrue de gluten (malgré la diminution de la consommation de pain), une évolution des variétés de blé et des pratiques agricoles (fertilisation azotée, sélection génétique) et surtout une évolution des procédés agroalimentaires (ajout de gluten aux farines pour améliorer leur valeur boulangère, ajout de fibres sous forme de son, barèmes de cuisson, etc.). Des hypothèses plausibles qui sont à étayer par des études approfondies. ■ **EVELYNE DELICOURT**

D'après la présentation du Pr Bernard Guy-Grand lors d'une conférence de presse organisée par le Fond français pour l'alimentation à la santé (Ffas).

VERS UNE DÉFINITION CONSENSUELLE

La définition de l'hypersensibilité non cœliaque au gluten (Hsgnc) a fait l'objet de trois conférences de consensus depuis 2010 (1). La définition retenue par les experts est la suivante : *« Entité clinique au cours de laquelle l'ingestion de gluten entraîne des symptômes digestifs et/ou extradigestifs et qui régressent sous régime sans gluten, après élimination d'une allergie au blé et d'une maladie cœliaque »*. Cette définition constitue un premier jalon indispensable pour une meilleure compréhension de l'Hsgnc.
Le diagnostic d'Hsgnc au sein de la population générale est actuellement difficile à déterminer car beaucoup de personnes concernées procèdent à un autodiagnostic et débutent un régime sans gluten sans avis médical. Et il n'existe pas de biomarqueurs reconnus. Récemment, un groupe d'experts internationaux (2) a établi un consensus concernant la meilleure démarche diagnostique. Cette dernière comporte deux étapes chez les patients ayant un régime alimentaire normal, après élimination d'une maladie cœliaque et d'une allergie au blé : la première étape évalue l'effet d'un régime sans gluten (contrôlé et d'une durée d'au moins 6 semaines) sur les symptômes, et la deuxième évalue l'effet de la réintroduction du gluten.

1. Catassi C, Bai JC, Bonaz B, *et al. Nonceliac gluten sensitivity : the new frontier of gluten related disorders. Nutrients* 2013;5:3839-53.
2. Catassi C, Elli L, Bonaz B, *et al. Diagnosis of Non-Celiac Gluten Sensitivity (Ncgs) : The Salerno Experts' Criteria. Nutrients* 2015;7(6):4966-77.

DR

L'Anses actualise les repères de consommations alimentaires

Les Français devraient manger plus de légumineuses et de céréales complètes, et réduire fortement leur consommation de charcuterie et de boissons sucrées.

L'évolution des données scientifiques au cours des dix dernières années a rendu nécessaire une révision des repères de consommations alimentaires et plus généralement celle du socle scientifique permettant d'asseoir les objectifs de santé publique en nutrition. L'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses) a rendu publique le 24 janvier cette actualisation des repères du Programme national nutrition santé (Pnns).

Pour cette mise à jour, l'Anses a déterminé, par un algorithme, quel régime alimentaire couvrirait les besoins nutritionnels de 97,5 % de la population adulte, tout en prévenant les maladies chroniques (diabète, certains cancers, obésité, maladies cardiovasculaires, etc.) et en limitant l'exposition à 89 substances chimiques et 9 polluants organiques persistants. Elle a ensuite comparé cette alimentation « idéale » avec l'assiette des Français pour formuler ses recommandations. Et ces travaux conduisent à des évolutions importantes au regard des recommandations antérieures.

Réduire la consommation de viande et de charcuterie

Le comité d'experts spécialisé (CES) constate que la consommation moyenne actuelle (CMA) du groupe « fruits et légumes » est insuffisante et devrait être considérablement augmentée, celle de féculents raffinés est trop élevée et devrait être diminuée. Les produits céréaliers complets (pain, pâtes et riz complets) devraient être privilégiés, en raison de l'apport en fibres. La CMA de légumineuses (notamment lentilles, fèves ou pois chiches) est insuffisante et devrait être considérablement augmentée. Elle devrait être plurihebdomadaire. *« Cela permet d'apporter des fibres, des protéines et des vitamines et minéraux d'intérêt »*, indique l'agence.

La consommation de viande hors volaille (bœuf, porc, agneau, etc.) doit rester inférieure à 500 g par semaine. La consommation moyenne actuelle de charcuterie (jambon, saucisson, saucisse, pâté, etc.) est trop élevée et devrait être considérablement diminuée. Elle doit rester en deçà de 25 g/j. La consommation moyenne actuelle de poisson gras (par exemple sardine, maquereau) est insuffisante et devrait être augmentée. Le CES considère qu'il convient de suivre les recommandations définies en 2010, soit *« consommer deux portions de poisson par semaine, dont une à forte teneur en EPA et DHA, en variant les espèces »*. L'Anses souligne également que la consommation de boissons sucrées (de type soda, auquel l'Anses ajoute maintenant les jus de fruits) doit être inférieure à un verre par jour.

La CMA d'huiles végétales et margarine pauvres en acide alphalinolénique (ALA), un acide gras polyinsaturé oméga 3, est trop élevée. Elle devrait être diminuée. Au contraire, la consommation d'huiles végétales riches en ALA (telle que les huiles de noix ou de colza) devrait être considérablement augmentée, ce qui entraînerait une augmentation de la consommation totale d'huiles végétales. La consommation d'huiles végétales riches en ALA devrait être quotidienne.

Trop de sel et de sucres ajoutés

Les tendances observées correspondent à des modifications substantielles de consommation de sous-groupes d'aliments par rapport à la situation actuelle, par exemple par des augmentations allant d'un facteur 2 pour les légumes à 70 pour les féculents complets.

À l'inverse, aucune préconisation n'émerge sur les produits laitiers. Le message actuel de trois produits par jour pourrait ne pas changer.

Concernant le sodium, la plupart des Français consomment toujours trop de sel, de 9 à 12 g/j en moyenne, soit deux fois l'apport maximal recommandé, selon l'OMS. L'Institut national de la consommation (INC) a montré que la baisse des teneurs en sel de certains produits alimentaires reste insuffisante pour atteindre les objectifs fixés par les Pnns successifs. Selon l'Anses, *« ces résultats montrent qu'au-delà des chartes volontaires il apparaît nécessaire d'engager des actions complémentaires, le cas échéant réglementaires »*.

Il en est de même pour les sucres dont la consommation ne devrait pas dépasser 100 g/j. *« Les chartes mises en place pour diminuer la teneur en sucres ajoutés ont montré une efficacité discutable,* précise l'Anses. *Une approche réglementaire, ciblée sur les principaux vecteurs de sucres ajoutés pourrait également être envisagée en France métropolitaine. »* Elle est déjà engagée en outre-mer.

Enfin, concernant l'exposition aux contaminants, l'Anses note que *« pour un nombre limité de contaminants, les niveaux d'exposition restent préoccupants. C'est le cas notamment de l'arsenic inorganique, de l'acrylamide et du plomb. Il convient donc de poursuivre les efforts afin de diminuer le niveau de contamination des aliments »*.

PHILIPPE MASSOL

Anses. Rapport d'expertise collective : Actualisation des repères du Pnns : révision des repères de consommations alimentaires (décembre 2016).

LA E-SANTÉ

La révolution du numérique va impacter profondément la gestion de la santé, les pratiques médicales et les systèmes d'information et de formation des professionnels de la santé.

CE QUI ÉTAIT CONNU

Santé connectée, télésanté, télésurveillance, télémédecine... derrière la notion d'e-santé, c'est-à-dire l'application des technologies de l'information et de la communication (TIC) au domaine de la santé et du bien-être, se cache un nombre croissant de concepts et d'outils. Si la télémédecine permet de répondre à une désertification médicale croissante, la santé mobile, ou m-santé, apparaît comme un outil de prévention primaire et secondaire. La conjugaison de ces différents dispositifs constitue une formidable solution d'efficience.

L'évolution du web a joué un rôle majeur. Après le « web 1.0 » (1990-2000) qui a permis d'échanger entre ordinateurs des informations véhiculées par des documents, après le « web 2.0 », dit web social (2000-2010), qui a fait communiquer les personnes entre elles (*connect people*), le « web 3.0 » (2010-2020) des objets connectés et des savoirs connectés a émergé en 2008, et s'est installé, en particulier dans le domaine de la santé. C'est l'explosion des applications mobiles : en octobre 2016, Research2Guidance évalue leur nombre à 295 000 dédiées à la santé sur plus de 2,5 millions d'« apps » sur Apple et sur Android, dont plus de 20 000 en français.

Au-delà de l'automesure de la santé (*quantified self* ou QS), avec une quantification des activités quotidiennes, au-delà des applis de santé et de la panoplie des accessoires connectés toujours plus large pouvant transmettre des données physiologiques aux praticiens, la santé connectée permet d'une part la production de données numériques de tous les types (big data), et d'autre part l'émergence de communautés de patients en ligne au travers des réseaux sociaux.

CE QUI EST NOUVEAU

En matière de télémédecine, les choses avancent, mais lentement. La télésurveillance a amélioré le suivi quotidien de certaines maladies chroniques comme le diabète ou l'HTA. Si elle fait encore l'objet de débat, téléconsultations et télé-expertises offrent des résultats probants et répondent à un besoin incompressible : faciliter l'accès aux soins des patients et lutter contre les déserts médicaux. Ainsi, la Consult-station, conçue par la société H4D ; il s'agit d'une cabine de visite médicale virtuelle dans laquelle le patient bénéficie d'une consultation en visioconférence et dispose d'un ensemble d'équipements pour effectuer différents tests médicaux de routine.

Le « web 4.0 » arrive. *« Il sera le web de l'ADN ou généticiel, le web des robots et celui des agents personnels intelligents »*, expliquait récemment Albert-Claude Benhamou (membre associé de l'Académie de chirurgie) à l'Académie de médecine lors d'une session consacrée aux avantages et aux risques du développement de la santé connectée. On en voit déjà des applications dans les domaines de la médecine prédictive en cancérologie et pour les maladies chroniques, dans les domaines de la domotique, des services aux personnes âgées.

Des études en cours évaluent l'intérêt des objets connectés pour concevoir un système de soin multipathologies centré sur le patient. C'est le cas du projet pionnier PiCADo (Projet innovant pour le changement d'ampleur de la domomédecine), qui déploie ces objets connectés et les services associés. L'idée est d'équiper les patients de divers objets connectés afin de suivre leurs paramètres physiologiques. Une première étude clinique porte sur les patients atteints de cancer digestif ou pulmonaire. Une seconde concerne les patients atteints de troubles cognitifs. L'objectif de ce projet est d'anticiper les altérations de l'état de santé pour agir de manière optimale avant l'aggravation du patient.

Le développement des « big data » de santé liés à l'usage massif des applis et des objets de santé connectés est rapide. Les algorithmes, les systèmes de gestion de ces données permettent de les convertir en source d'informations.

Pour le Dr Jacques Lucas, vice-président du Conseil de l'Ordre des médecins, *« les technologies de l'information et de la communication en santé doivent impérativement contribuer à décloisonner le système de santé, favoriser la coordination des prises en charge et la continuité des soins entre la ville, les établissements de soins et les établissements médico-sociaux. Il est temps de sortir des expérimentations et d'avoir une réflexion claire sur les régimes juridiques de responsabilités partagées entre tous les acteurs de tous les secteurs ainsi que sur des modes de financement stables, car ce sont des points de blocage ».*

PHILIPPE MASSOL

REFERENCES

- Inserm : E-santé, la médecine à l'ère du numérique. *Science et santé* n° 29, février 2016.
- Benhamou AC. Avantages et risques du développement de la santé connectée. Académie de médecine : session du 17 janvier 2017.

La toux chronique : une fréquence accrue liée au tabagisme et à la pollution

Un cancer bronchopulmonaire ou ORL doit être systématiquement éliminé en cas de tabagisme.

DR MARIELLE AMMOUCHE*, SAINT-CLOUD (92)

1. Une toux chronique est définie par la persistance des symptômes au-delà de huit semaines sans tendance à l'amélioration.

2. Il s'agit d'un symptôme assez fréquent. Sa prévalence est en augmentation, probablement en raison de l'amélioration du dépistage des complications du tabagisme et de l'impact de la pollution.

3. La toux chronique peut être liée à une pathologie infectieuse, inflammatoire, allergique ou tumorale. La toux d'origine psychogène doit rester un diagnostic d'élimination.

4. L'interrogatoire doit être complet, à la recherche d'antécédents personnels ou familiaux de pathologies respiratoires ou ORL, d'un tabagisme, d'une exposition professionnelle ou dans la vie quotidienne à des produits irritants ou allergisants, ainsi que d'une prise médicamenteuse (IEC, bêtabloquants). On vérifiera aussi les vaccinations.

5. Concernant la toux en elle-même, on précisera les horaires et les circonstances de survenue : décubitus (infection banale), début de nuit (pyrosis par reflux gastro-œsophagien [RGO]), deuxième partie de nuit (asthme), le matin avec expectorations, ou diurne disparaissant la nuit (psychogène).
Des facteurs déclenchants (pneumallergènes, infection, effort, changements de position, repas...) peuvent être retrouvés.

6. Le type de toux est généralement évocateur. Une toux de laryngite est caractérisée par son timbre « aboyant », et est parfois très invalidante. Une toux quinteuse persistante doit faire penser à une coqueluche, en l'absence de vaccination. Une toux productive évoque une bronchite chronique si elle est matinale, ou des bronchectasies.

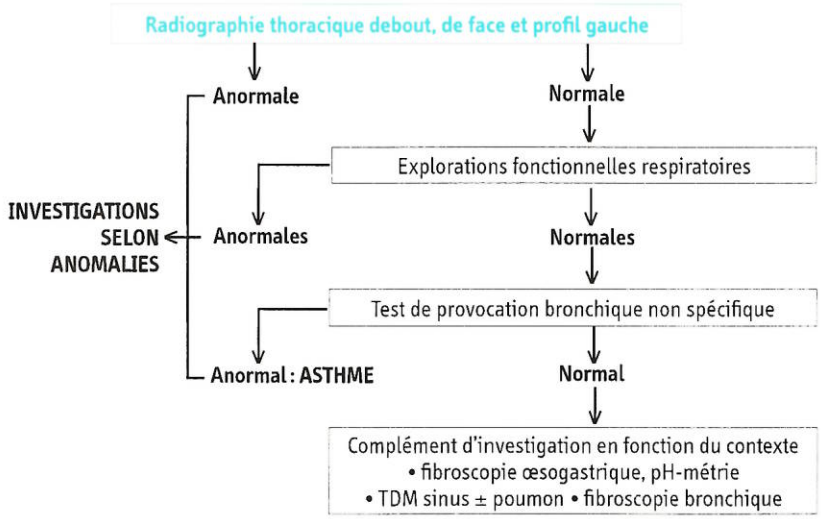
7. On recherchera des signes associés à l'examen clinique : fièvre (pneumopathie), un *wheezing* (pathologie néoplasique, fausses routes), des sibilants (asthme), des râles crépitants (fibrose pulmonaire ou bronchectasies), une dysphonie aphonie ou stridor (cause ORL ou néoplasique), un pyrosis (RGO), ou encore un hypocratisme digital (un cancer bronchopulmonaire, une fibrose pulmonaire).

8. Les examens complémentaires sont réalisés en fonction des signes cliniques. Un cancer doit toujours être éliminé en cas de tabagisme.

9. La prise en charge est principalement celle de l'étiologie. Des antitussifs ou fluidifiants bronchiques peuvent être utiles en fonction du type de toux. Ils seront utilisés en cure courte. Des produits de phytothérapie ont aussi démontré un intérêt. La codéine est parfois nécessaire en cas de toux sèches et irritatives. La gabapentine et l'amitriptyline pourra.ent avoir une place en cas de toux chronique inexpliquée, de même que les corticoïdes inhalées à fortes doses en dernier recours.

10. On pourra essayer aussi la *cough suppression therapy* : traitement non pharmacologique encourageant l'autogestion avec des techniques de contrôle de la toux (si l'étiologie n'est pas retrouvée).

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE FACE À UNE TOUX CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE



SOURCE : REV PRAT MED GEN JANVIER 2016

RÉFÉRENCE
Flament T. *et al. Rev Prat Med Gen* 2016;953(30):9-10.

**Le Dr Marielle Ammouche déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données présentées dans cet article.*