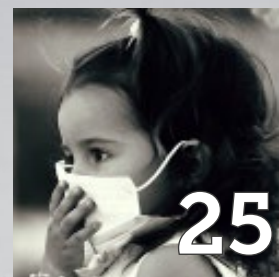




et pour nos enfants...

SOMMAIRE

05 / octobre 2013



Édito 3

Article invité 5

L'Ordre des Médecins a un nouveau Président. Rencontre.

Actualités médicales 7

Actualités universitaires 11

Pediadoc : un outil d'aide au suivi de l'enfant de 0 à 2 ans en soins primaires.

Qu'est-ce qu'un TCS ?

Actualités professionnelles 15

Rencontre avec Monique CAVALIER, Directrice Générale de l'ARS,
autour du Pacte Territoire Santé

Les recommandations de bonne pratique

Tranche de vie d'interne 23

Soins Primaires 25

Perception des jeunes parents sur les effets de l'environnement sur la santé

Cas cliniques 32

Prise en charge des oreillons chez le jeune adulte

Prise en charge d'un cas de coqueluche

Phimosi ou adhérence balano-préputiale ?

Article en Anglais 40

Round 3: France challenges Australia in rural medical training

Les Associations 44

Implication de l'ACEMT dans la compréhension de la culture sourde

DIRECTEURS DE LA PUBLICATION

Ingrid BASTIDE
Stéphane OUSTRIC

RÉDACTEURS EN CHEF

Philippe ARLET
Thierry BRILLAC
Lucie GASC
président ACEMT

Responsables de la Communication

Brigitte ESCOURROU
David OUTH GAUER

Responsable administratif et financier

Serge BISMUTH

Responsable numérique, internet et coordination multimédia

Pierre BOYER

Responsables de la section actualités

Stéphane MUNCK
Bruno CHICOULLAA
Emile ESCOURROU
Lucie BIDOUE
Vincent GUION
Mathieu CHANUT

Responsables de la section soins primaires

Julie DUPOUY
Marie Eve ROUGE BUGAT
Julie SUBRA
Damien DRIOT
Emile ESCOURROU

Responsables de la section cas cliniques

Anne FREYENS
Anne Lise YVERNES
Pierre BISMUTH
Mathieu CARADINE
Inès LAKBAR
Julie GOUTAY

Responsables de la section lecture critique d'article

Inès LAKBAR
Gérard LEROUX
Damien DRIOT

Responsables de la section article en anglais

Jennifer PHILIPS
Vincent GUION
Sirine LAKBAR

Responsables de la section associations

président AIMG
président ACEMT

Conseillers éditoriaux

Hervé MAISONNEUVE
Vincent RENARD

Création graphique

g-design.net

contact@e-respect.fr
www.e-respect.fr

ÉDITO



Pourquoi s'impliquer dans la rédaction et la publication scientifiques ?

L'activité scientifique ne se limite pas à la réalisation de travaux de recherche. Pour que les résultats obtenus s'ajoutent à l'ensemble des connaissances, il est nécessaire qu'ils soient publiés et lus. Au delà de cette évidence, la publication scientifique est le critère le plus utilisé d'évaluation des chercheurs et de financement des activités de recherche des institutions. Ces aspects utilitaires ne doivent pas masquer le fait que c'est surtout un exercice scientifique à part entière, hautement formateur qui doit faire partie intégrante de la formation des étudiants en médecine.

Il existe une grande variété de textes scientifiques. Chacun obéit à des objectifs spécifiques. Les principales catégories d'écrits sont :

- l'article original qui rapporte les résultats d'un travail de recherche suivant le plan stéréotypé IMRD (Introduction, Matériel et méthodes, Discussion)
- le cas clinique qui relate une observation ou un groupe d'observations permettant de jeter un regard nouveau sur une maladie : nouvelle forme clinique, réponse à un nouveau traitement...
- la lettre à la rédaction en réponse à un article ou pour présenter les résultats d'une étude pilote
- l'éditorial qui attire l'attention sur une question d'actualité, souvent en relation avec un article original publié dans la même revue
- l'analyse commentée, véritable lecture critique d'un article
- la revue générale qui résume l'ensemble des connaissances sur un sujet d'actualité
- la mise au point, plus brève, qui souligne les faits marquants, sans viser l'exhaustivité
- l'article pédagogique, généralement publié dans des revues consacrées à l'enseignement

La thèse est un exercice particulier qui associe le plus souvent revue générale et article original.

Chacune de ces formes d'écrit a des règles spécifiques, mais toutes ont en commun d'avoir pour objectif premier de transmettre un message et d'être lues, ce qui dépend à la fois du contenu scientifique, de la qualité de la rédaction et de la revue retenue. Il s'agit d'une activité scientifique et non d'un exercice littéraire ou poétique. Le texte doit être simple, concis, clair, et précis.



L'activité des scientifiques et des instituts de recherche est évaluée principalement par la quantification des publications. Les revues sont classées selon leur « facteur d'impact » (plus souvent appelé « impact factor ») qui prend en compte le nombre de citations des articles publiés, mesure de leur diffusion dans la communauté scientifique. Cette publimétrie présente des biais qui font régulièrement l'objet de débats passionnés, mais elle a le mérite d'être simple et reproductible. Elle est prise en compte pour les nominations à des emplois de chercheurs ou d'enseignants. Elle est également utilisée pour le calcul du financement des activités de recherche et d'innovation (MERRI) des hôpitaux. Publier est pour ces raisons une activité essentielle pour tout scientifique, ce que résume l'aphorisme « publish or perish ».

Mais soumettre un article à une revue, c'est aussi être évalué par des pairs, les « reviewers », qui font l'analyse critique du travail et proposent l'acceptation ou le refus de sa publication. C'est à ce titre le moyen de repérer la qualité de ses travaux et de situer le niveau de sa recherche au plan national et international.

La rédaction scientifique doit faire partie de la formation de tout étudiant qu'il souhaite ou non mener une carrière de chercheur, à quelque titre que ce soit. Si « ce qui se conçoit bien s'énonce clairement et les mots pour le dire arrivent aisément », l'effort à faire pour rédiger de façon simple et claire des données complexes structure la pensée, développe la précision dans l'analyse des faits, et leur description. La rédaction scientifique est à ce titre un école de rigueur de grande valeur pédagogique. La plupart des étudiants auront une carrière d'auteur scientifique limitée à la rédaction de leur thèse. Mais la formation reçue leur permettra de développer l'appareil critique qu'ils utiliseront de façon quotidienne pour leur Développement Professionnel Continu, et l'acquisition de toute connaissance dans leur domaine d'exercice.

Pr Jean-Pierre Vinel,

Doyen de la faculté de Médecine – Toulouse Purpan



www.e-respect.fr

Article invité

L'Ordre des Médecins a un nouveau Président. Rencontre.

Ingrid Bastide, *externe*

Interview du Dr Patrick BOUET, président du CNOM

Bonjour Monsieur le Président, pouvez vous présenter simplement les missions et rôles de l'Ordre des Médecins ?

L'Ordre des Médecins est un organisme de droit privé chargé d'une mission de service public. C'est la seule institution française qui rassemble et fédère l'ensemble des médecins, quel que soit leur statut, leur âge, leur mode d'exercice, leur spécialité... L'Ordre défend l'honneur et l'indépendance de la profession médicale qu'il représente auprès de l'ensemble de la société française. Sa mission est donc d'être **au service des médecins dans l'intérêt des patients.**

Cette mission doit se regarder sous deux axes :

- le premier, c'est de **veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement** indispensables à l'exercice de la médecine et au respect, par tous les médecins, des principes du code de déontologie médicale...c'est donc ce que l'on appelle communément la mission disciplinaire.
- Le second, c'est la mission d'accompagnement du professionnel et de protection du patient qui l'amène à être le **garant de la qualité des soins** offerts à la population. Il s'agit donc de garantir la compétence et la qualification des médecins, permettre l'inscription des médecins au tableau, préserver la relation de confiance médecin-patient, et enfin agir sur l'environnement du médecin et du patient.



Quels sont les objectifs que vous souhaitez poursuivre à l'occasion de votre mandat qui débute ?

Assurément plusieurs mais le principal, c'est faire comprendre que l'Ordre est le garant, pour l'ensemble des acteurs du système de santé, d'un bon fonctionnement du système de soins, d'une sécurité des pratiques, de la compétence des professionnels, d'une action cohérente vers l'ensemble des acteurs de la société.

Il s'agit donc à la fois, pour nous médecins, de pouvoir exercer notre profession dans des conditions satisfaisantes et sécurisantes notamment pour les plus jeune d'entre nous qui débutent, et de redonner du sens au pacte de confiance entre le patient et la médecin mais surtout entre les patients et la Santé et l'organisation de l'offre des soins sur notre territoire.

Quelle est la place du CNOM dans l'accompagnement des jeunes médecins lors de leur entrée dans la profession ?

La place de l'Ordre doit se situer beaucoup plus en amont que l'entrée dans la profession.

Il faut que l'Ordre soit présent dès les premiers actes réalisés lors de la formation initiale des étudiants, pour les aider à s'intégrer dans la vision de leur futur métier, à comprendre les arcanes qui vont les amener à exercer un jour une profession dans un contexte où la dimension économique et organisationnelle, le régulateur vont être des éléments dominants.

Il faut aussi faire comprendre que la Déontologie n'est pas seulement un élément régulateur de leur activité mais bien un acte fondateur de leur exercice qu'ils auront, de la sécurité qu'ils peuvent

connaître dans cet exercice, des règles qui les protègent et protègent le patient, et qui globalement vont leur permettre de s'intégrer dans un tissu complexe mais avec des règles communes à l'ensemble des professionnels. Tout cela bien évidemment au-delà de la nature de la spécialité, de la nature de l'exercice ou du compartiment professionnel dans lequel ils exerceront.

C'est donc une action très précoce qu'il faut ensuite conforter par une action tout au long des études par un investissement majeur de l'institution ordinaire. Nous avons donc la nécessité d'établir une collaboration pérenne avec les doyens des facultés de médecine et la représentation étudiante, tout ceci pour construire un modèle de formation compatible avec ses exigences.

Ensuite, lorsque sortant de l'université, jeunes diplômés, ils puissent trouver les informations, les aides qui vont leur permettre de s'intégrer simplement, facilement mais avec toutes les connaissances nécessaires pour ne pas être « ballotés » par un système professionnel qui est complexe et dans lequel il leur faut pouvoir assurer l'ensemble de leur mission et de leur bien être.

C'est le sens concret que nous voulons donner à notre action.

C'est pourquoi nous avons au sein même de l'Institution ordinaire dédié un espace de réflexion et de concertation sous l'égide de la commission Jeunes Médecins.

Cette commission, je l'ai fondé en 2002 afin que les représentations des jeunes professionnels en formation ou récemment diplômés puissent échanger avec l'institution pour l'aider à mettre en place sa réflexion générale sur l'aide à apporter à nos jeunes collègues et sur la qualité de leur formation.

Que pensez vous de l'état actuel de la démographie médicale ?

Nous pouvons et nous devons regarder la démographie médicale sous deux prismes :

Un prisme purement quantitatif si nous faisons une analyse au travers du nombre de praticiens exerçant actuellement en France, force est de constater que nous sommes aujourd'hui plus nombreux que nous ne l'avons jamais été (271.970 dont 215 865 actifs) et pourtant nous sommes interpellé sur la dimension de déserts médicaux et des difficultés d'accès aux soins.

Un prisme de la répartition des professionnels dans les divers modes d'exercice, de la répartition des professionnels sur le territoire

et les bassins de vie, et enfin du rôle et du contenu de chacun des métiers exercés par ces médecins, notamment dans le cadre du premier recours.

C'est donc aujourd'hui un regard plus affiné plutôt que le simple regard quantitatif. Il s'agit donc d'une réponse beaucoup plus précise que nous devons apporter à cette problématique. Augmenter les nombres ne pourra pas permettre de résoudre la difficulté dans certains territoires ni de garantir l'accès aux soins pour tous les patients. C'est donc la dimension de la médecine de premier recours qui apparaît fondamentale de renforcer autant que l'organisation (coordination, coopération, lien ville – hôpital, réseau,...) de l'ensemble de l'offre de soins de proximité sur le territoire. A ce sens là, les jeunes professionnels qui aujourd'hui sont ceux qui assureront la distribution des soins de demain, ont un rôle fondamental à jouer pour faire connaître et nous faire connaître leurs ambitions, leur volonté organisatrice.

La régulation par la contrainte n'est pas la solution car ce n'est pas une réponse moderne à la problématique de la démographie médicale.

C'est donc l'organisation souhaitée par les professionnels qui pourra apporter une réponse ou une solution à cette problématique démographique qualitative plus que quantitative.

Lien vers le site du Cnom : www.conseil-national.medecin.fr



Actualités médicales

Lucie Bidouze, externe - Mathieu Chanut, interne
Bruno Chicoulaa, Médecin généraliste, DUMG Toulouse

Vaccin antitétanique et plaie

ITEM 67, ITEM 201

A la suite des modifications du calendrier vaccinal (voir E respect précédent), le haut conseil de la santé publique a publié un avis concernant le vaccin antitétanique et la prise en charge des plaies.

Les choses pouvant être résumées ainsi :

Chez une personne à jour (selon le nouveau calendrier vaccinal), que la plaie soit mineure ou majeure (étendue, pénétrante, avec corps étranger, traitée tardivement, ou susceptible d'être contaminée par des germes telluriques) : PAS d'injection et préciser le prochain rappel.

Chez une personne non à jour, pour une plaie mineure, une vaccination sera proposée (au mieux vaccin tri ou tétravalent), si nécessaire un programme de mise à jour sera entrepris et on précisera le prochain rappel.

S'il s'agit d'une plaie majeure, on réalisera dans un bras une injection d'immunoglobuline humaine 250 UI (quelque soit l'âge ou le poids), dans l'autre bras vaccination antitétanique selon les mêmes modalités que décrites précédemment.

De nouvelles recommandations de la HAS concernant la place des tests rapides de détection des anticorps antitétaniques sont attendues d'ici fin 2013.

Références

1. <http://bit.ly/GliqPQ>

Comment concilier le diabète et le ramadan ?

ITEM 233

On estime que plus de 50 millions de diabétiques jeûneraient chaque année à l'occasion du ramadan. Cette question est donc centrale pour les patients et les médecins. L'ADA (American Diabetes Association) vient d'émettre des recommandations à ce sujet.

La loi islamique ne requiert pas le jeûne, lorsqu'il peut créer un danger. Le ramadan est médicalement contre indiqué non seulement chez les enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes, mais également en cas de diabète déséquilibré, d'existence de

complications dégénératives du diabète non contrôlées ou en cas de maladie ou infection associée.

Le médecin doit avertir son patient des risques.

Pour les patients utilisant des antidiabétiques oraux, il est conseillé de prendre la dose habituelle au repas du soir et la moitié de la dose au repas avant l'aube.

Pour la gestion de l'insuline, il faut baisser la dose d'insuline basale de 30 % environ et de n'administrer qu'une demi dose d'insuline à action rapide au repas de l'aube.

Il convient de renforcer le suivi médical durant le ramadan, de surveiller fréquemment les glycémies et d'arrêter le jeûne si cela s'avérait nécessaire. Les patients doivent être informés du risque de déshydratation et des mesures à mettre en œuvre afin de l'éviter autant que possible.

Références

1. <http://bit.ly/15RL2qu>
2. <http://bit.ly/GljXp5>
3. <http://bit.ly/GIk5F1> (en anglais)

Oreillons

ITEM 97

Sans être en situation d'épidémie, la France a connu en 2013, une recrudescence des cas d'oreillons.

Au total, l'Institut de veille sanitaire a identifié, au premier semestre 2013, sept foyers d'épidémies localisées survenues chez des 18-25 ans (13 300 cas), soit trois fois plus qu'en 2012 à la même période. Les principales causes avancées sont une couverture actuelle de ce vaccin insuffisante pour permettre de protéger la population française et les oublis de rappel (l'activité du vaccin s'estomperait avec le temps).



Dans le nouveau calendrier vaccinal de 2013, il est recommandé d'effectuer la première dose de vaccin à l'âge de 12 mois pour tous les enfants, quel que soit le mode de garde (en dehors de la période épidémique) ; la deuxième dose est recommandée à l'âge de 16-18 mois.

La France a adopté les objectifs de l'OMS pour la maîtrise des maladies évitables par la vaccination et vise idéalement à une réduction de l'incidence des oreillons à moins de 1 cas pour 100 000 habitants d'ici 2015.

Références

1. <http://bit.ly/GIKRSy>
2. <http://bit.ly/15RIFk1>

Un mot du DSM5

ITEM 48

La dernière version du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) par l'American Psychiatric Association datant de 1994, une mise à jour semblait nécessaire. Ainsi en mai 2013 est sortie le DSM-5, très critiqué par une grande partie de la presse spécialisée ou non et par certains psychiatres. On y retrouve certaines évolutions majeures qui tendent à la disparition de certains concepts (certains types de schizophrénie), à l'apparition de nouveaux (hypersexualité) et à la modification d'autres en terme de critères diagnostic (trouble bipolaire, trouble hyperactivité et déficit de l'attention, trouble de la personnalité ...)

Références

1. <http://bit.ly/GilOdt>
2. <http://bit.ly/15RmlWG>
3. <http://bit.ly/15RmrO1>

Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

ITEM 60

L'HAS vient de publier en septembre 2013 une recommandation sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Il s'agit de la première cause, dans les pays industrialisés de malvoyance chez les personnes âgées. La DMLA peut apparaître dès l'âge de 50 ans et est d'origine multifactorielle. Il en existe deux formes : exsudative et atrophique.

La DMLA de forme exsudative est caractérisée par la prolifération de néo-vaisseaux choroïdiens. Dans sa forme atrophique, la DMLA

est caractérisée par des plages d'atrophies de l'épithélium pigmentaire et de la membrane chorio-capillaire.

Les symptômes, parfois absents au stade précoce de la maladie, sont une baisse de la vision centrale, une déformation des lignes droites, une gêne de la vision nocturne ou à la lecture. Lors de l'apparition de ces symptômes, un avis ophtalmologique rapide (idéalement en moins d'une semaine) est nécessaire.

Dans les deux formes la prise en charge repose sur la rééducation basse-vision et les systèmes optiques. Pour les patients atteints de DMLA exsudative de type rétrofovéolaire, un traitement par antiVEGF par voie intravitréenne doit être débuté dès le diagnostic établi.

Le médecin généraliste a un rôle dans le diagnostic, le suivi des répercussions de la DMLA (évaluation du handicap, repli sur soi, syndrome dépressif, etc.) et la surveillance de l'œil contro-latéral.

Références

1. <http://bit.ly/15RmMjz>

Un point sur la contraception d'urgence

ITEM 27

Après avoir abordé, dans le numéro précédent, la polémique concernant les pilules oestroprogestatives, nous revenons ici sur la contraception d'urgences. La contraception d'urgence est un moyen de contraception de « rattrapage ». Elle existe sous deux formes :

- Hormonale : les pilules de contraception d'urgences (« pilules du lendemain » ou PCU) avec le Levonogestrel (Norlevo[®]) ou l'Ulipristal (EllaOne[®]). Le levonogestrel est un traitement sans prescription médicale, non remboursé, coûtant entre 4 et 9 € et à prendre au plus tôt et au maximum dans les 3 jours. L'ulipristal (EllaOne[®]) est un traitement nécessitant une prescription médicale, non remboursée, 23.59€, à prendre au maximum dans les 5 jours
- Mécanique : le Dispositif intra utérin au cuivre. Il coûte en moyenne 27 € et est remboursé à 65%. Il est à poser dans les 5 jours qui suivent le rapport à risque.

Une grossesse sur trois est non prévue. En mai 2013, la HAS s'est intéressée plus particulièrement aux PCU et à leur prescription à l'avance. Les ventes de PCU ont doublé en 10 ans et stagne depuis 2009. Les raisons de recours à la PCU sont représentées par : les échecs de la contraception régulière (oubli de pilule 30%, rupture de préservatif 27%) et l'absence de contraception (seulement 17%).

Se basant sur 4 méta-analyses et 14 recommandations, la HAS préconise d'informer les femmes et les hommes, d'évaluer au cas par cas la prescription par avance de la PCU et identifie plusieurs populations cibles : les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence (comme la difficulté d'accès à une pharmacie ou les difficultés financières), les femmes voyageant à l'étranger, les femmes utilisant le préservatif ou d'autres méthodes contraceptives moins efficaces. La HAS insiste également sur la nécessité d'information sur la contraception en général et la prévention des IST.

Références

1. <http://bit.ly/Glnunq>
2. <http://bit.ly/GlnAeK>

Codéine et pédiatrie

ITEM 66

Depuis mai 2013, la prescription des spécialités à base de codéine est limitée en Pédiatrie suite à une publication simultanée d'une recommandation par la FDA (Food and Drug Administration) et d'une alerte de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament).⁽¹⁾ En effet, quelques très rares cas de dépressions respiratoires auraient été associés à la prise de ce traitement notamment chez des enfants en post opératoire d'une amygdalectomie ou d'une adénoïdectomie. Cet effet n'est pas toujours lié à la dose mais le plus souvent au métabolisme de la codéine (transformation de la codéine en son métabolite actif : la morphine), on parle alors de « métaboliseurs ultrarapides ».⁽²⁾

Ainsi, en attente d'une enquête menée par l'AME, l'ANSM recommande de ne plus utiliser la codéine chez l'enfant de moins de 12 ans, chez tout patient de moins de 18 ans ayant des problèmes respiratoires, et chez tout patient en post opératoire d'amygdalectomie et d'adénoïdectomie (effet majorée par le syndrome d'apnées du sommeil). L'ANSM recommande de n'utiliser la codéine que chez l'enfant de plus de 12 ans sans problème respiratoire et uniquement après échec du paracétamol et/ou des AINS.

Les alternatives restantes sont le tramadol ou le passage direct à un pallier 3 oral en association aux paliers 1.

Références

1. N Engl J Med 2013 ; avril 24
2. N Engl J Med 2004 ; 351 : 2827-31
3. <http://bit.ly/Glo18W>

Eviter les ré hospitalisations évitables des personnes âgées

ITEM 54, ITEM 59, ITEM 64

En association avec le CNPG (Collège National Professionnels de Gériatrie), la SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie) et la FFMPs (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé), la HAS a édité une fiche afin de sensibiliser les professionnels à certains critères permettant d'éviter une ré hospitalisation. Une ré-hospitalisation est définie comme une hospitalisation non programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent et survenant dans les 30 jours suivant la sortie. Son caractère évitable suppose que la situation aurait pu être contrôlée grâce aux moyens disponibles en soins primaires et aux recommandations inscrites dans le courrier de sortie de l'hospitalisation précédente. Le suivi d'une cohorte de patients français âgés de plus de 75 ans observe un taux de ré-hospitalisations non programmées à 30 jours de 14 % (2008). Ainsi, il convient tout d'abord de repérer les patients à risque : le score TRST (Triage Risk Screening Tool) est validé dans les services d'urgences pour prédire le risque élevé de ré hospitalisation et d'événements défavorables s'il est supérieur ou égal à 2.

Une fois repéré, les patients à risque doivent être évalués sur le plan médical et social. On devra optimiser les traitements et l'éducation et enfin essayer d'impliquer au mieux le patient, son entourage et ses acteurs de santé habituels.

A la suite de l'hospitalisation, un plan personnalisé de sortie devra être effectué mettant en jeu une collaboration entre médecine hospitalière et médecine ambulatoire. La période de suivi post-hospitalisation débute dès la sortie et s'étend au minimum jusqu'à 30 jours après la sortie (au mieux 90 jours).



Références

1. <http://bit.ly/GlowzL>
2. <http://bit.ly/GloyaO>

A une période où le marché de l'e-cigarette explose, il n'y a actuellement pas de consensus quant à son utilisation

Un rapport très complet de l'office français de prévention du tabagisme a été rendu public. Les dangers de l'e-cigarette (présence variable de nicotine, d'agent cancérogènes, persistance de la gestuelle), bien que présents, semblent être moindre que ceux liés à la cigarette (un fumeur sur deux meurt d'une maladie directement liée à son tabagisme).

L'OMS, quant à elle, met en garde contre son utilisation en l'absence d'étude rigoureuse sur son innocuité.

A ce jour, rien ne prouve qu'elle permette d'arrêter de fumer. Seule l'étude effectuée par le Pr Chris Bullen et col. publiée dans le numéro du 8 septembre de la revue « The Lancet » semble montrer un léger avantage à l'e-cigarette. (Cette étude a porté sur 657 fumeurs désireux de s'arrêter sur 6 mois. 292 ont « fumé » pendant treize semaines des cigarettes électroniques contenant chacune 16 mg de nicotine. 292 ont utilisé des patches à la nicotine. 73, enfin, ont bénéficié d'un placebo /e-cigarettes sans nicotine). D'autres études doivent venir infirmer ou confirmer cette première tendance.

Références

1. Bullen C, Howe C, Laugesen M et coll. Electronic cigarettes for smoking cessation : a randomised controlled trial. The Lancet publié le 8 septembre 2013. <http://bit.ly/15Rp3vg>

Baclofène

ITEM 45

Le livre du Dr Olivier Ameisen « *Le dernier Verre* » en octobre 2008 est à l'origine de la prescription initialement hors AMM du baclofène dans le traitement de la dépendance à l'alcool.

L'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) vient de publier le rapport du comité technique de pharmacovigilance concernant cette molécule.

« Comparativement à l'augmentation des chiffres de vente (x 1,5), une nette progression des effets attendus a été observée, en particulier pour les effets indésirables neurologiques et psychiatriques ». Il s'agit d'apparition de troubles sensitifs ou sensoriels, de troubles mnésiques, de baisse du seuil épileptogène et de décompensation maniaque.

Malgré tout, le rapporteur préconise la poursuite de ce suivi national de pharmacovigilance et l'accès à une RTU (recommandation d'utilisation temporaire) en attendant les résultats d'essais cliniques actuellement en cours. Ces essais devraient permettre à terme de statuer sur la balance bénéfice/risque de cette utilisation. Car à ce jour, le bénéfice du baclofène dans l'alcoolodépendance n'est pas démontré et les données de sécurité d'emploi dans l'alcoolodépendance sont limitées.

Références

1. <http://bit.ly/Glq5h3>
2. <http://bit.ly/Glq8cE>
3. <http://bit.ly/15RpFB4>



Actualités universitaires

Pediadoc : un outil d'aide au suivi de l'enfant de 0 à 2 ans en soins primaires

Pierre Bismuth, médecin (l'auteur participe à l'administration du site internet Pediadoc)

Interview de L'équipe Pediadoc.

(P. Boyer, M. Delahaye, L. Latrous, PA Attard, S. Oustric)

e-respect : pouvez-vous décrire l'outil Pediadoc ?

Pediadoc est un outil d'aide au suivi médical de l'enfant de 0 à 2 ans en soins primaires. Il est disponible via internet en accès libre. La structure de l'outil s'organise en 7 catégories : environnement bio-psycho-social, examen clinique, développement psychomoteur, troubles neurosensoriels, développement staturo-pondéral, prévention et dépistage, alimentation. Chaque catégorie est déclinée en fonctions des 12 consultations de suivi recommandées et prises en charge en maternité par la CPAM (de 8 jours à 24 mois). Le contenu est élaboré à partir du carnet de santé version 2006 et des recommandations des sociétés savantes françaises, articles et livres de pédiatrie. Il est actualisé régulièrement.



e-respect : pour quelle raison a-t-il été créé ?

En France, la prise en charge de la santé de l'enfant en médecine générale devient de plus en plus prégnante ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾. Le taux de na-

talité est un des plus forts en Europe ⁽⁴⁾ et l'on constate une diminution de l'activité pédiatrique libérale du fait d'une attractivité hospitalière et d'une sur spécialisation ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁵⁾. Dans ce contexte, des internes et des médecins spécialistes en médecine générale ont fait la demande d'un outil d'aide au suivi et à la prévention, simple, structuré, transversal et accessible.

Afin de répondre à cette demande, le Département Universitaire de Médecine Générale des facultés de Toulouse a élaboré Pediadoc.fr.

e-respect : à qui est-il destiné ?

Cet outil est destiné aux étudiants en médecine, aux internes en médecine générale, aux médecins spécialistes en médecine générale, aux médecins de Protection Maternelle Infantile et aux professionnels de santé pédiatres hospitaliers ou libéraux. En fait, nous espérons qu'il pourra être utile à tous les acteurs de santé responsables de la prise en charge de l'enfant de 0 à 2 ans !

e-respect : concrètement, comment ça fonctionne ?

En pratique, l'utilisateur peut se connecter à partir d'un ordinateur, smartphone ou tablette. Pediadoc.fr permet de naviguer à partir d'un âge de consultation choisi ou d'une catégorie, dans l'ordre souhaité, en dehors ou pendant la consultation. On accède à une fiche résumée ainsi qu'à des fiches scindées en 3 niveaux d'information concernant le suivi et la prévention de l'enfant de 0 à 2 ans : l'essentiel, les éléments détaillés, et enfin les références bibliographiques « pour en savoir plus ». Un tableau synthétique est également accessible en lien direct. Il reprend la globalité des informations.

Le choix de l'accès direct via internet supprime les contraintes d'inscription et les coûts d'accessibilité. L'hébergement professionnel du site assure un stockage de données sécurisé et un volume adaptable.

e-respect : les utilisateurs ont-ils réagi ?

Pédiadoc bénéficie d'une analyse d'audience (google analytics) qui permet effectivement d'évaluer la fréquentation du site et son évolution. L'accueil a été favorable ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Les réactions qui nous sont parvenues concernaient l'ergonomie du site mais aussi des questions médicales bien précises. Nous sommes vigilants concernant les réactions qui rappellent les divergences et les avis qui ne font pas consensus dans la littérature. Pour cette raison, Pедиadoc.fr cite des références avec des liens vers les documents officiels et recommandations des sociétés savantes.

e-respect : quid de la mise à jour ?

Un comité de lecture composé de médecins généralistes enseignants et pédiatres libéraux et hospitaliers est en charge de l'actualisation du contenu du site, en collaboration avec plusieurs administrateurs ainsi qu'un web-designer professionnel.

Malgré les contraintes administratives et financières, les perspectives d'évolution sont nombreuses : chargement d'outils interactifs, photographies, vidéos...

www.pediadoc.fr

Références

1. Ministère de la santé et des sports. Compte-rendu de l'audition des Pédiatres. ONDPS. Novembre 2009.
<http://bit.ly/18RGSly>
2. Centre d'expertise collective. Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi. INSERM, Paris. 2009, 252p.
3. SFMG, Raineri F. Au sujet du généraliste et du suivi médical des enfants, 2005.
<http://bit.ly/GP8jtF>
4. Pla A, Beaumel C. Bilan démographique 2011, la fécondité reste élevée. Division enquêtes et études démographiques, INSEE. 2011.
5. Legmann M, Romestaing P, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'ordre des médecins. janvier 2011.
<http://bit.ly/18RHZ4I>
6. Actualités. A noter : 3 intéressants sites de pédiatrie. Société Française de Médecine Générale.
<http://bit.ly/GP8N2J>
7. Bibliothèque universitaire. Paris Descartes. Guides, accès thématiques, pédiatrie.
<http://bit.ly/18RHGNx>
8. Eveillard P. Pедиadoc, dans la cour des



Actualités universitaires

Qu'est-ce qu'un TCS ?

Jean-Baptiste Bossard, externe - Emile Escourrou, interne

Le TCS ou Test par Concordance de Script est un outil d'évaluation du raisonnement clinique. Peu utilisé en premier et deuxième cycles des études médicales, il a récemment été adopté parmi les épreuves des futures iECN (ou ECN informatisées). L'occasion de s'y intéresser de plus près.

1. Les TCS et la théorie des scripts⁽¹⁾

La théorie des scripts appliquée à la médecine explique le processus de raisonnement clinique. Face à une situation réelle, le médecin génère un ensemble d'hypothèses précoces en fonction d'un réseau de connaissances préétablies qu'on appelle des scripts. Pour confirmer ou infirmer ces hypothèses, il va chercher par son interrogatoire, son examen et la prescription d'examen complémentaires, des arguments pour progresser dans le diagnostic. En confrontant ces éléments aux hypothèses, il arrive ainsi à dégager des pistes plus probables que les autres.

2. Fonctionnement d'un TCS⁽²⁾

2.1. Un TCS en trois parties

La première partie présente rapidement la situation clinique. Les données de l'énoncé sont volontairement insuffisamment complètes, ambiguës ou donnant lieu à un conflit de valeurs (par exemple entre la poursuite d'un traitement pourvoyeur d'effets indésirables et une décision d'arrêt des soins). Nous verrons qu'il n'y a donc pas une seule réponse exacte possible mais plusieurs réponses acceptables.

La deuxième et troisième partie du TCS se présente sous forme de tableau.

La deuxième partie est constituée d'une hypothèse diagnostique. Plusieurs peuvent être proposées successivement dans un même TCS et sont alors évaluées séparément.

La troisième partie est une donnée clinique ou paraclinique supplémentaire.

Il s'agit alors d'évaluer l'effet que cette donnée a sur l'hypothèse initiale, au moyen d'une échelle de Likert à 5 valeurs : -2, -1, 0, +1, +2. Respectivement, l'hypothèse est rendue beaucoup moins probable, moins probable, inchangée, plus probable ou beaucoup plus probable, par la donnée de la troisième partie.

Exemple : Une femme de 28 ans consulte aux urgences pour une douleur thoracique persistante, apparue brutalement il y a 3h.

A noter que le TCS peut porter également sur d'autres champs de la pratique médicale : intérêt d'un examen complémentaire, indication d'un traitement, éthique ; avec une échelle de Likert adaptée (examen plus ou moins adapté, traitement plus ou moins indiqué etc.).

Si vous pensez à :	Et qu'alors vous trouvez :	L'hypothèse devient :
Un pneumothorax	Auscultation pulmonaire normale	-2 -1 0 +1 +2
Une embolie pulmonaire	ECG normal	-2 -1 0 +1 +2
- 2 : beaucoup moins probable - 1 : moins probable 0 : inchangée +1 : plus probable +2 : beaucoup plus probable		

2.2. Une particularité fondamentale du TCS : l'évaluation en contexte d'incertitude ⁽²⁾

Il n'existe pas une seule réponse juste sur l'échelle de Likert, mais plusieurs réponses acceptables.

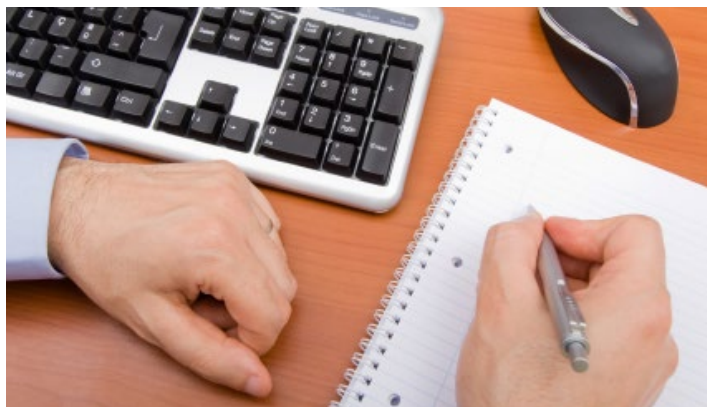
Pour déterminer la note, la réponse de l'étudiant est comparée à la distribution des réponses d'un panel d'experts, ayant passé l'épreuve dans les mêmes conditions. Ainsi, s'il répond comme la majorité d'experts, son score sera de 1 point. S'il ne répond comme aucun expert, il n'aura pas de points. S'il répond comme une minorité d'experts, il aura un nombre de points égal au nombre d'experts ayant la même réponse, divisé par le nombre d'experts ayant choisi la valeur modale.

Par exemple si les experts ont répondu -2 : 1 -1 : 10 0 : 4 +1 : 0 +2 : 0

L'étudiant aura :

- 0 points s'il a répondu +1 ou +2
- 10/10 soit 1 point s'il a répondu -1
- 1/10 soit 0,1 s'il a répondu -2
- 4/10 soit 0,4 s'il a répondu 0

L'équipe du Dr Gagnon a montré qu'un panel de 10 médecins était acceptable pour obtenir une reproductibilité suffisante du TCS. Un panel de 20 médecins étant préférable pour les examens à fort enjeu. Il n'y a pas d'intérêt à établir un panel de référence plus important.⁽³⁾



3. Qu'évalue un TCS ?

Le TCS évalue la capacité de l'étudiant à interpréter des données cliniques et paracliniques.⁽⁴⁾

Il n'évalue donc pas le raisonnement clinique dans sa globalité. Si l'on en revient à la théorie des scripts, il n'évalue ni la capacité à générer des hypothèses face à une situation clinique, ni à collecter des données qui lui permettront de confirmer ou informer ces hypothèses. Il n'évalue pas non plus l'aboutissement de la démarche clinique, c'est à dire le diagnostic, la décision d'investigation ou de traitement.

Enfin, il n'évalue pas les connaissances factuelles de l'étudiant ou les pratiques au lit du malade (qualité de l'examen, de la relation avec le patient...).

Il ne remplace donc pas les autres modes d'évaluation existants, mais en est complémentaire.⁽⁴⁾

Une étude réalisée par les docteurs Gibot et Bollaert⁽⁵⁾ a été menée en France sur des externes, des internes et des réanimateurs. Elle a montré que la note obtenue à un TCS augmentait avec l'expérience clinique. Les médecins expérimentés ont une note plus élevée que les internes, qui ont eux-même des notes plus élevées que les externes. La note des externes et internes était augmentée en fin de stage, par rapport à celle obtenue en début de stage. Il semblerait donc que l'expérience acquise permette une meilleure évaluation en contexte d'incertitude.

Conclusion

Le TCS explore une partie du raisonnement clinique jusqu'alors délaissée par les outils d'évaluation traditionnellement utilisés en France. Introduit tout récemment dans le deuxième cycle, il fera partie des futures ECN informatisées avec d'autres types d'épreuves comme des dossiers cliniques progressifs, avec des réponses sous forme de QCM ou de QROC. Il favorisera peut être l'apprentissage au lit du malade, au détriment du bachotage et de l'apprentissage de mots-clés.

Références

1. Charlin B, Boshuizen HP, Custers EJ, Feltovich PJ. Scripts and clinical reasoning. *Med Educ* 2007 Dec;41(12):1178-84.
Consulté le 12 septembre : <http://bit.ly/1ffwbVb>
2. Charlin B, Gagnon R, Kazi-Tani D, Thivierge R. Le test de concordance comme outil d'évaluation en ligne du raisonnement des professionnels en situation d'incertitude. *Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire* 2005;2(2):22-7.
Consulté le 12 septembre : <http://bit.ly/15XZkvW>
3. Gagnon R, Charlin B, Coletti B, Sauvé E, Van der Vleuten C. Assessment in the context of uncertainty. How many members are needed on the panel of reference of a script concordance test? *Med Educ* 2005 Mar;39(3):284-91.
Consulté le 12 septembre : <http://bit.ly/1ffwiQJ>
4. Giet D, Massart V, Gagnon R, Charlin B. Le test de concordance de script en 20 questions. *Pédagogie médicale* 2013 Fév 4;14(1):39-48.
Consulté le 12 septembre : <http://bit.ly/1ffwmQw>
5. Gibot S, Bollaert PE. Le test de concordance de script comme outil d'évaluation formative en réanimation médicale. *Pédagogie médicale* 2008 Août 8;9(1):7-18.
Consulté le 12 septembre : <http://bit.ly/1ffwtvh>

Actualités professionnelles

Rencontre avec Madame Monique CAVALIER, Directrice Générale de l'ARS, autour du Pacte Territoire Santé

Vincent Guion, interne

Dans notre numéro 4, nous présentions le Pacte Territoire Santé sous l'angle des soins primaires et illustré par des applications en Midi Pyrénées ⁽¹⁾. En réponse à cet article, nous avons rencontré Madame Monique Cavalier, Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Midi Pyrénées, qui nous a accordé un entretien, accompagnée du Dr Elleboode, conseiller médical de l'ARS.

En premier lieu, nous avons souhaité revenir sur les origines et missions des ARS.

E-respect : Pouvez-vous rappeler comment les ARS sont nées ?

Monique Cavalier : Les agences sont créées en 2010 avec l'idée de leur donner la vision globale de la santé dans une région. Elles ont pris la suite des structures antérieures qui étaient l'assurance maladie pour les soins ambulatoires médicaux et paramédicaux, les agences régionales de l'hospitalisation pour le reste du champ sanitaire, les DDASS pour le champ médico-social, et les DRASS, entre autres, pour la santé environnementale (qualité de l'eau du robinet, nuisances sonores, etc.). Les structures ont fusionné en 2010 après une période de préfiguration, et sont officiellement créées le 1er avril 2010. Leur objectif est de décloisonner le système et de l'intégrer dans son ensemble, y compris l'ambulatoire, partant de l'idée que dans un territoire il faut de la perméabilité entre le sanitaire et le médico-social, et qu'il faut pouvoir disposer d'enveloppes financières et de manœuvrabilité sur ces enveloppes.

E-respect : Quelles sont les missions des ARS ?

M.C. : Surtout le décloisonnement. On voit aujourd'hui que sur nos sujets de terrain et sur des sujets d'ambition très vastes comme la stratégie nationale de santé, on parle de parcours de santé. La problématique c'est d'avoir un dispositif où on a suffisamment de décloisonnement et de coordination pour qu'avec des efforts coordonnés on fasse en sorte que 1 + 1 ça fasse plus que 2.

On sait par exemple que dans les ambitions affichées au moment de la création des ARS, il y avait une ambition extrêmement forte

qui est de lutter contre les inégalités de santé, sur lesquelles on a besoin d'avoir une réflexion et des leviers.

E-respect : Donc les maîtres mots seront décloisonnement et coordination ?

M.C. : Oui. Ce qu'on essaye aussi de travailler c'est l'intégralité du champ dans une logique de parcours, pour aller selon un continuum de la prévention jusqu'au médico-social, en intégrant les sujets sanitaires, l'éducation thérapeutique mais aussi l'éducation et la promotion de la santé. Ce sont également des mesures à longue inertie.

E-respect : Quelle est la place de l'ARS au milieu d'instances comme les ordres professionnels, l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé), l'assurance maladie, ou les Universités ?

Dr Elleboode : « Vous, vous soignez, nous on s'occupe du reste ». Les instances citées sont des représentants élus, qui font partie de la CRSA (Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie), mais ne sont pas des administrations opérationnelles, l'assurance maladie étant à part. Ce sont des partenaires qui représentent les acteurs de terrain, tout comme les représentants des usagers, les syndicats d'internes, etc.

M.C. : Ce sont des interlocuteurs de l'ARS qui nous aident et que l'on consulte pour construire cette politique. Pour illustrer ce propos, un exemple à travers la permanence des soins ambulatoires. C'est l'ARS qui arrête la délimitation des secteurs de garde, après concertation des professionnels des différents bassins, de la conférence de territoire, des URPS, et souvent des ordres départ-

tements. Ensuite ce sont les ordres qui font leur tour de garde et qui nous le communiquent, c'est leur responsabilité. Les URPS sont des instances élues, il y en a huit (une pour les médecins et sept autres). Par exemple avec l'URPS médecins et les ordres nous discutons régulièrement de l'évolution de ce dispositif de permanence des soins. Petit à petit les choses se mettent en place dans un partenariat régulier.

S'agissant de l'assurance maladie, c'est une structure avec laquelle nous avons un partenariat extrêmement régulier, notamment autour des sujets de la gestion du risque. Nous intervenons sur onze programmes, de la chirurgie ambulatoire à l'insuffisance rénale chronique, par exemple pour accentuer le caractère ambulatoire de certaines chirurgies. Dans l'agence nous avons un certain nombre de personnels qui sont des personnels de l'assurance maladie, à la faveur de l'intégration décrite plus tôt.

S'agissant des relations avec l'Université elles sont très régulières et on y attache beaucoup d'importance, pour que nous puissions de concert réfléchir sur toutes les mesures autour des soins de premier recours, par exemple la facilitation des stages. Sur ce sujet, on travaille évidemment beaucoup avec le département universitaire de médecine générale (DUMG), mais aussi avec les Doyens. Sur un plan plus général c'est important qu'on ait des relations sur tous les sujets qui concernent la formation, dans le respect des attributions des uns et des autres bien sûr, mais on sait la place que les facultés de médecine peuvent tenir dans la santé d'une région. Il est très important qu'on ait des relations régulières et de confiance, un exemple étant les relations régulières autour de l'institut universitaire du cancer et de l'oncologie. Ce dossier est placé sous le double parrainage du ministère de la santé et du ministère de la recherche et de l'enseignement supérieur.

E-respect : Comment est fixée la stratégie de l'ARS ?

M.C. : En 2010 il y a d'abord eu un temps de rodage, puis passés ces quelques mois, le gros projet a été d'élaborer les projets régionaux de santé (PRS). Les PRS étaient les premiers du genre puisqu'ils englobaient tous les champs cités, avec des dispositifs différents : certains étaient opposables, ils servent de base aux autorisations. Ce sont les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), par exemple. D'autres ne sont pas opposables mais restent des documents stratégiques. Ils ont été élaborés en général par les équipes des agences en forte concertation avec des groupes de travail et des dispositifs qui associaient des professionnels et des usagers, puis soumis à la concertation dans le cadre d'instances de démocratie sanitaire que l'agence a la responsabilité d'organiser. Cer-



taines de ces instances de démocratie sanitaire agissent au niveau régional, comme les CRSA, conférences régionales de la santé et de l'autonomie, avec des sous commissions spécialisées (usagers, prévention, médico-social et sanitaire). D'autres agissent au niveau territorial, comme les conférences de territoire, présidées par un président élu au sein de chaque commission. Ces conférences de territoire ont été consultées dans le cadre du PRS, et l'ensemble de ces structures continue à être pour nous des partenaires très actifs.

Les agences ont élaboré leur PRS assorti d'un certain nombre de programmes. Dans la région, le PRS a été arrêté en décembre 2012 avec les programmes réglementaires destinés à être opérationnels, par exemple les programmes de télémédecine, d'accès aux soins des plus démunis, de prévention. Les programmes sont très opérationnels, définis d'une manière plus pratique et sont plus précis que les schémas.

Les ARS ont en général des services régionaux et des délégations territoriales. C'est pourquoi beaucoup de régions ont fait le choix de découper les territoires sanitaires à l'échelle des départements. En Midi-Pyrénées, on a fait le choix d'avoir un découpage un peu plus fin, par bassins de santé infra départementaux qui permettent d'avoir un périmètre de travail et d'analyse un peu plus fin. Ce sont notamment ces territoires qui servent de périmètre à nos réflexions sur le premier recours et les soins primaires parce qu'ils ont été construits dans cet esprit. Donc ça nous donne une échelle qui est un peu inférieure au département et nous permet d'avoir des territoires relativement homogènes.

Nous avons huit délégations territoriales en Midi-Pyrénées, nous avons fait le choix d'en conserver une en Haute Garonne compte tenu du volume que représente le département. Elles ont vocation à travailler en interfaçage très fort avec les services du siège dans le cadre de la déclinaison locale d'une politique régionale.

Dans un second temps, nous avons abordé la place des soins primaires dans le projet régional de santé.

E-respect : Quelle place devraient occuper les soins primaires dans notre système de santé ? Quelles sont les missions des acteurs de soins primaires et comment est-ce traduit dans la politique de l'ARS ?

M.C. : Nous avons fait le choix d'afficher une priorité autour des soins primaires, que j'appelle encore le premier recours. Je souhaitais qu'on affiche un département en charge de ce sujet qui soit un interlocuteur pour les professionnels et qui soit en charge de tous les volets du premier recours, qu'il s'agisse aussi bien de l'ambulance que du sujet des urgences, de la permanence des soins, et de coordination du premier recours. Le terme donne bien l'idée de l'entrée dans le système.

On a essayé de regrouper dans ce département le champ de la responsabilité qui recouvre tous ces sujets pour les mettre en relation les uns avec les autres et les mettre dans une logique territoriale. On a aussi organisé nos délégations territoriales pour qu'elles s'emparent de ces sujets.

Je suis persuadée, et c'est partagé, que tout part du premier recours. C'est en fonction du maillage territorial qu'on est capable de réussir - ou au contraire des difficultés qu'on y rencontre, que le reste pourra procéder. C'est intéressant de voir que l'ensemble des acteurs de santé ont aujourd'hui conscience de l'importance d'assurer ce premier recours. On voit bien que les hospitaliers dans les départements et les endroits où les choses sont difficiles, savent que de temps en temps ils ont un rôle dans ce domaine-là. D'une manière ou d'une autre, tout le monde est bien conscient que la question de la couverture du premier recours est désormais première. Il faut la structurer, la coordonner, et avoir un dispositif qui permette de la monitorer, d'avoir la connaissance de ce qui s'y passe, de quelle façon on couvre les territoires de manière continue avec toutes les difficultés de permanence des soins, etc.

Les mesures qu'on peut prendre demandent que tout le monde soit bien coordonné avec des objectifs partagés, et demandent de qu'on soit un peu patient et un peu opiniâtre dans la politique qu'on porte. Les mesures en santé ne sont jamais immédiates, il faut de la continuité dans l'action et qu'on ait le temps que les mesures se mettent en place et produisent des effets.

On essaye, en liaison avec les préfetures, d'accompagner les projets d'exercice regroupés pour que les maisons de santé soient vrai-

ment des structures avec un projet médical, parce que finalement la santé c'est d'abord et toujours un projet médical.

Dernière illustration, il y a eu au moment de l'élaboration du PRS la constitution d'un comité technique régional (COTER) premier recours qui a produit des travaux très intéressants. Il faut maintenant trouver un dispositif partenarial pour pouvoir discuter avec le DUMG, les élus professionnels, les structures de territoire, et continuer de construire. Il y a des équipes de bassin qu'on a mises en place, ça commence à donner des résultats et on ne voudrait pas laisser retomber les choses.

Les soins primaires sont, de mon point de vue le principal levier sur lequel nous devons agir pour mailler le territoire.

E-respect : Quelle est la place des soins primaires dans le SROS ? Quelles faiblesses trouve-t-on dans l'organisation actuelle, et comment le SROS y répondra ?

M.C. : Deux éléments de réponse : d'abord s'il y a une partie dans le PRS qui est un peu en avance et un peu originale c'est probablement celle qui est consacrée aux soins primaires, sans doute parce que le groupe a vraiment porté et su défendre une belle vision. L'expression de la stratégie de l'agence est relativement claire avec ces expérimentations de bassins de santé, dont on commence à voir les fruits en terme de coordination et de facilitation de la prise en charge. L'expression de la stratégie de l'agence est bien résumée là-dedans. A quelques mois de distance on n'a pas d'éléments qui nous fasse dire qu'on a fait fausse route là dessus.

Dr E : la stratégie sert aussi à définir les choses pour faire changer les états d'esprit de tous les autres acteurs de santé, et notamment les établissements de santé qui de plus en plus s'impliquent dans le lien ville-hôpital. Dans le premier recours c'est la question du décloisonnement. Aujourd'hui, ce PRS et l'agence défendent le décloisonnement pour changer les états d'esprit sur le terrain. Ce sont les acteurs de terrain eux-mêmes qui doivent le faire, par contre il faut leur donner une ligne conductrice. Ce décloisonnement peut être entre les acteurs du premier recours - c'est dans les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) - entre hôpitaux et médecine de ville, entre ceux qui font de la prévention et les acteurs du soin. C'est les états d'esprit qui sont les plus longs et difficiles à changer, en donnant un sens à cet objectif de décloisonnement, et pour que les acteurs de terrain eux-mêmes prennent des initiatives qui les valorisent. Les conditions de ce qu'on a mis en place, notamment les animations de bassins de santé, montrent que les états d'esprit commencent à changer. Ça devient un ré-

flexe aujourd'hui de parler du premier recours et de le positionner comme coordination des soins. Ça devient un réflexe dans chaque projet. Il y a 5 ans on n'était pas dans cette perspective.

M.C. : Il y a 3 ans même ! La façon dont on s'exprime est révélatrice de notre état d'esprit. On parlait de liaison ville - hôpital, maintenant on dit ville - hôpital - ville. On situe bien le parcours dans cette logique que l'hôpital est une séquence, nécessaire et on le sait, mais en réalité le parcours qu'on souhaite que les malades fassent, y compris quand ils sont âgés, c'est ville - hôpital - ville. On a besoin d'organiser les soins dans cet esprit-là avec les outils adaptés.

Pour terminer, nous avons évoqué plus en détails l'actualité (au 31 juillet 2013) de certains éléments du pacte territoire santé plus relatifs aux soins primaires.

M.C. : Le PTS a été signé en fin d'année [2012, NDLR], on a commencé à y travailler au début de l'année [2013, NDLR], avec une réunion par département à partir de février. A 12 mois j'aimerais qu'on refasse un tour pour revoir les partenaires, c'est intéressant de réunir dans une même salle tous les gens qui concourent à la santé dans un même territoire, pour savoir où on en est.

E-respect : On arrive donc à mi période ?

M.C. : Tout juste. Le pacte arrive en début d'année, un certain nombre de mesures réglementaires sont seulement en train de sortir, par exemple celles concernant les médecins correspondants SAMU et les praticiens territoriaux. On avait besoin de ces textes pour être très concrets et très précis, et il y a des domaines pour lesquels on attend encore des textes ou des tarifications.

Pour d'autres mesures, on est restés sur des actions qu'on avait pu lancer il y a quelques mois, comme le CESP. On en est maintenant dans une phase où on voit bien comment le dispositif peut s'accompagner, avec notamment deux fois par an à l'agence une réunion avec les signataires et les Doyens pour répondre à leurs questions et les accompagner dans leur projet d'installation et leur cheminement. Il est intéressant de voir comment on peut mettre en synergie tous les acteurs d'un territoire. C'est important pour un jeune qui s'installe de connaître l'hôpital à côté de son lieu d'installation, et on travaille beaucoup sur ce décloisonnement.

E-respect : Quelle est l'actualité en Midi Pyrénées pour l'engagement 7, « développer la télémédecine » ?

M.C. : On a un sujet qui est celui d'avoir une tarification qui permette d'y intégrer les libéraux. C'est un sujet qui nous manque, qui pourrait être une vraie facilitation. Pour l'instant on essaie de construire en attendant que ces aspects tarifaires puissent progresser, et probablement vont ils le faire. La télémédecine, dans une région comme celle-ci, est vraiment un sujet auquel je souhaite qu'on donne une ampleur particulière, pour plusieurs raisons.

La première est historique, la télémédecine en France a commencé là, avec le Pr Lareng, et donc ça me paraît impensable qu'on n'ait pas le souci de conserver notre avance.

La deuxième c'est que nous sommes une région qui a toutes les particularités qui font que la télémédecine est une bonne indication. La région est grande, on a des hôpitaux dans un maillage réparti sur le territoire mais laissant des zones assez moyennement couvertes. On a une couverture en spécialistes qui est assez inégale dans les départements et dans le territoire. On a un relief et des voies de circulation qui font que la circulation est parfois difficile. On a des structures de recours bien équipées en spécialistes. Ensuite on a un maillage d'EHPAD très important, avec une très importante densité dans le territoire régional, là aussi assez inégalement répartis. Les EHPAD sont fortement consommateurs de recours aux Urgences dans des conditions qui ne sont pas un optimum de soins.

Et dernier point on a dans cette région de la capacité d'innovation technique de première force.

Si on ajoute tous ces facteurs, ça fait de belles conditions. J'aimerais beaucoup que nous puissions porter une forte ambition autour de la télémédecine avec l'idée que finalement ça permettrait d'irriguer notamment les établissements médico-sociaux, les territoires privés de spécialistes d'un certain nombre d'avis spécialisés dans le cadre de la télé-expertise. J'aimerais beaucoup qu'on puisse avancer aussi sur de la télé-imagerie. Il est évident qu'on doit pouvoir continuer de porter des projets de télémédecine en liaison avec le GCS télésanté, qui permettent de résoudre un certain nombre de problèmes dans l'intérêt mutuel bien compris des patients, des professionnels et des établissements de santé.

E-respect : *Récemment le conseil de l'institut européen de télémédecine a intégré officiellement l'Université Paul Sabatier. Est-il prévu une promotion de la recherche en télémédecine par l'ARS ?*

M.C. : En tout cas c'est un sujet qui nous intéresse beaucoup. En télémédecine l'innovation dans l'idée que je m'en fais est d'abord une innovation organisationnelle. Je pense que la télésanté c'est d'abord de l'organisation médicale. Si on avance sur des sujets d'innovation il faut qu'on avance sur de l'analyse et sur de l'évaluation. En santé publique et dans tous les autres domaines on en a l'obligation, c'est de la recherche pour faire progresser la connaissance.

E-respect : *Quelle est l'actualité pour les engagements 5 et 8, à propos des maisons de santé pluri-professionnelles et des transferts de compétences ?*

M.C. : Il existe une équipe d'interlocuteurs identifiés, pour guider les professionnels. L'accompagnement est presque individuel, chaque projet de MSP étant porté un par un, en collaboration avec les référents installation.

E-respect : *ne pourrait-on pas imaginer un système inverse dans lequel un médecin intéressé par un exercice en MSP soit orienté vers un projet déjà existant dans un bassin ?*

M.C. : On est en train d'essayer de le regarder. Dans des zones identifiées fragiles, on essaye de faciliter des projets d'exercice regroupé et de travailler sur les protocoles de coopération entre professionnels. C'est un dispositif très encadré dans lequel il faut élaborer un protocole que l'agence aide à créer. Sur des protocoles à vocation de déploiement régional ou national il faut un accord de la DGOS et de la HAS. Un d'entre eux, originaire de Midi-Pyrénées, vient d'être accepté récemment. Il s'agit de procédures longues et complexes, on essaye que ça se simplifie du point de vue des formalités mais pas de la sécurité.

E-respect : *auriez-vous un message à adresser à nos lecteurs ?*

M.C. : Je trouve important que vous puissiez faire connaître ce qu'est l'agence. C'est important aussi de faire passer le message que l'ARS est un partenaire et une maison commune.

Cette rencontre aura permis de revenir sur les origines de l'ARS pour mieux comprendre pourquoi les soins primaires y sont une problématique prépondérante. Nous avons également pu faire un point d'étape sur la mise en application du Pacte Territoire Santé, qui souffre encore d'un manque de textes réglementaires mais présente des perspectives d'avenir prometteuses. Nous souhaitons remercier chaleureusement Madame Cavalier et le Dr Elleboode pour l'accueil qui nous a été réservé et la richesse des échanges lors de notre entretien.

Références

1. Le Pacte Territoire Santé, E-respect n°4, p 13-14, Juillet 2013



Les recommandations de bonne pratique

Interview du Dr Cédric Grouchka, collègue de la HAS, président de la Commission des Recommandations de Bonne Pratique

Ingrid Bastide, externe

Cela fait quelques années que vous étudiez, que vous lisez les dernières recommandations de bonne pratique sur des sujets bien définis. Mais, au fond, que sont-elles ? Comment sont-elles rédigées ? Par qui ? Tant de questions auxquelles le Dr Cédric Grouchka a eu l'amabilité de nous répondre.

Une recommandation de bonne pratique : kézako ?

Une recommandation de bonne pratique est une synthèse rigoureuse de l'état de l'art médical à un moment donné sur un sujet donné. C'est par définition un guide, un cadre, une orientation ; ce n'est pas et ça ne doit pas être une norme. C'est une aide de la pratique donnant l'état des connaissances. Outre l'aide au professionnel de santé, ces recommandations lui permettent de s'adapter et d'adapter sa pratique, car les connaissances médicales ne sont par définition jamais gravées dans le marbre.

Le maître mot de la rédaction d'une recommandation est la rigueur. En effet, il s'agit d'une synthèse qui obéit à une méthode scientifiquement validée, qui permet de s'assurer que l'ensemble des connaissances existantes a été pris en compte à leur juste valeur en fonction de la fiabilité qu'elles peuvent avoir. La méthode utilisée par la Haute Autorité de Santé est la substance qui la distingue des autres recommandations. Chaque recommandation répond de façon très simple à un processus bien défini. Le but est d'éviter tous les biais d'observation liés à la personne qui l'effectue ou à l'école de pensée à laquelle appartient la personne qui effectue la recherche...

Dans un premier temps, une revue de la littérature exhaustive est effectuée. Il s'agit d'une analyse des publications en fonction de grilles internationales afin d'évaluer la fiabilité des informations. Celles-ci sont gradées en fonction d'un certain nombre de critères pour aller de l'état de la connaissance la plus sûre, la plus solide à la plus fragile.

Dans un deuxième temps, un groupe de travail commence à élaborer, à rédiger le brouillon, la base de la recommandation. Ce groupe de travail est constitué de professionnels de façon très éclectique. Différents modes d'exercice et différentes professions (pas uniquement des médecins) sont représentés ; parmi les médecins, un équilibre est établi en fonction des spécialités.

Enfin, une vision extérieure est apportée par d'autres professionnels. Ce groupe de lecture, avec un nombre plus important de participants, a pour objet non pas de rédiger, mais de porter un jugement sur le brouillon et donc de permettre un premier test grandeur nature de ce qui a été élaboré.

La rédaction finale revient au premier groupe de travail, qui prend en compte les remarques du groupe de lecture. Cette dernière étape suit également des méthodes validées et des niveaux de cotation qui permettent d'affiner le jugement sur des points précis de la recommandation.

Comment apprécier l'application concrète de ces recommandations ?

Les recommandations de bonne pratique, aussi correctement et scientifiquement élaborées soient-elles, n'ont aucun intérêt si elles ne sont pas utiles. Et elles ne seront utiles que si elles sont utilisées. Cela est notre préoccupation majeure même s'il est très complexe d'analyser réellement l'impact de celles-ci.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Nous avons deux points cruciaux dans cette évaluation : le processus global d'amélioration des pratiques, intégré dans le Développement Professionnel Continu et cette possibilité d'avoir une appréciation subjective d'utilisation par les médecins afin de comprendre pourquoi ils suivent ou non cette recommandation.

Comment communiquez-vous et quel est l'intérêt de la communication autour des recommandations ?

Nous avons décidé, il y a un peu plus d'un an, de renouveler de façon très profonde notre politique et nos méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique. Notre objectif principal dans cette véritable révolution est de se tourner d'abord vers les problèmes cliniques quotidiens rencontrés par les médecins notamment vers le premier recours pour lesquelles les recommandations n'ont pas pour le moment été toujours très adaptées.

Vous parliez de véritable révolution concernant les recommandations de bonne pratique, y a-t-il d'autres aspects que celui de la communication ?

Il y a effectivement plusieurs aspects dans cette véritable révolution.

Le premier axe est celui de la subsidiarité.

Ce qu'il faut voir c'est que la HAS souhaite maintenant appliquer un principe de subsidiarité dans les recommandations. À chaque fois qu'une recommandation peut être faite par une (ou plusieurs) société (s) savante (s), il n'y a aucune raison que la HAS fasse à la place ou en parallèle la même chose. En revanche, la HAS est là pour aider les sociétés savantes. En effet, nous avons un système de labellisation qui permet de fournir dès le début une aide méthodologique à leur élaboration.

Le deuxième axe est l'aspect concret, opérationnel, pratique de la recommandation. Tous ces termes doivent être du quotidien et faire en sorte que les outils, que les recommandations elles-mêmes

soient en réalité des outils pratiques. C'est très utile d'avoir des argumentaires scientifiques de bonne tenue et de volume important, mais un arbre décisionnel c'est une recommandation. Nous commençons, par exemple, à mettre à disposition sur le site internet les recommandations « 2 clics » facilitant leur lecture.

Enfin, les recommandations n'ont pas pour vocation de couvrir de façon académique la totalité de la science médicale. Et ce par choix. Même si nous savons que nos recommandations sont parfois très utilisées soit par les enseignants, soit par les étudiants dans leur cursus; ce n'est pas notre objectif premier. Notre objectif est d'abord dans l'amélioration des pratiques sans toutefois négliger l'utilité et l'utilisation que peut en avoir l'enseignement.

N'importe quel médecin peut-il demander de participer à un groupe de travail qui l'intéresse pour une recommandation ?

Sur le principe oui. Mais quand il s'agit d'une recommandation de la HAS, l'utilisation de nos méthodes obéit à un certain cadre afin notamment d'assurer un juste équilibre entre tous les, les modes d'exercice, les spécialités, les professions, les écoles de pensée,... Il ne s'agit pas d'anesthésier les uns par les autres, mais d'avoir au contraire une possibilité d'expression d'expériences ou de points de vue différents. Si une recommandation a pour objet d'être très utile pour les médecins de premier recours; il faut avoir des spécialistes du sujet s'il y en a, mais aussi un nombre important de médecins de premier recours pour que le groupe se pose les bonnes questions en pratique. Nous sommes plutôt proactifs; c'est-à-dire que nous demandons aux représentants des professionnels, aux Conseils Nationaux Professionnels de Spécialité (CNPS), au Collège de la Médecine Générale (CMG) ou aux sociétés savantes de nous fournir des professionnels sur le sujet. Mais n'oublions pas que la base de toute recommandation est d'abord et avant tout la recherche de niveaux de preuves scientifiques dans la littérature, et ne saurait se résumer à l'expression d'experts.

Événements médiatiques et impact sur le calendrier des recommandations?

La HAS est un organisme totalement indépendant au plan scientifique, totalement autonome au plan juridique. Nous ne dépendons pas du politique au sens gouvernemental du terme, nous ne sommes ni sous tutelle de l'état, ni un opérateur de l'état, ni une agence sanitaire. Toutefois, nous avons un devoir de réactivité. Ainsi avons-nous un devoir d'aide à la décision du politique, que ce soit le Ministère de Santé ou l'assurance maladie. Face à l'actualité, ce devoir « *d'intranquilité* » doit orienter en partie nos thèmes de travail. La HAS fonctionne principalement par saisine de la part des décideurs politiques. C'est le plus souvent en dehors de tout évènement médical ou médiatique. Mais nous avons également la capacité d'autosaisine.

En termes de prévention, y'a-t-il des urgences sur lesquelles l'HAS va agir?

La politique de prévention primaire est assurée avant tout par l'INPES –Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé-. En revanche, la HAS peut effectivement aider les médecins, notamment de premier recours, au sein de certaines recommandations. Il n'y a donc pas de travaux spécifiques en cours ciblé sur la prévention. Mais cela fait partie de ce que l'on attend des médecins généralistes dans le relevé des problèmes qu'ils rencontrent. Sur le principe bien évidemment cela pourrait être un sujet de travail utile, sous réserve qu'il soit mis en exergue par les professionnels eux-mêmes.

Et les conflits d'intérêts dans tout cela?

C'est un sujet qui nous préoccupe depuis très longtemps. L'élaboration des recommandations est le cœur historique de la HAS. En mars 2010, cette dernière s'est dotée d'un guide de gestion des conflits d'intérêts qui est l'un des plus drastiques en la matière. Et ce dans le but d'assurer la mise en lumière ou la production des connaissances dans une parfaite neutralité. En contrepartie, la difficulté à laquelle nous sommes confrontés, depuis que nous nous sommes volontairement dotés de règles très strictes dans la gestion des conflits d'intérêts, est une raréfaction des professionnels auxquels nous pouvons faire appel en tant qu'experts surtout sur des sujets très pointus. Mais c'est un prix légitime à payer pour que l'expertise scientifique de la HAS ne puisse donner prise à la moindre suspicion.

Par conséquent, toute personne qui participe à un groupe de travail X sur un sujet donné est exempte de conflits d'intérêts sur ce sujet-là?

Exactement, nos experts doivent être totalement exempts de conflits d'intérêts. En l'occurrence, il faut bien différencier ce qui est un « lien » d'intérêt et un « conflit » d'intérêt. C'est une appréciation très importante, car le lien d'intérêt est factuel, alors que le conflit s'analyse à un moment donné en fonction du sujet de l'expertise. Par exemple, si un expert a été un jour rémunéré par une entreprise pharmaceutique pour faire une présentation d'un produit dans un congrès, il s'agit d'un lien d'intérêt. Ce lien deviendrait un conflit si on demandait à cet expert de travailler sur un sujet en relation avec des produits commercialisés par cette firme ou des produits concurrents. Si ce n'est pas le cas le lien ne sera pas considéré comme un conflit. Par ailleurs, la HAS attache un grand prix à l'équilibre des écoles de pensée au sein des groupes de travail. C'est une vraie plus value de la HAS, de pouvoir travailler sans idéologie, sans dogme, elle essaye vraiment d'être pragmatique au sens philosophique du terme.

Les recommandations de bonne pratique et les contraintes juridiques.

Il y a toujours une crainte légitime de la part des professionnels d'encadrements très contraignants, voire coercitifs, de leur pratique. Ce qu'on peut dire aujourd'hui clairement, c'est qu'une recommandation n'est pas une norme. Elle ne s'impose donc pas. Mais depuis que le Conseil d'État a invalidé la recommandation sur le diabète, pour absence de déclaration publique de conflits d'intérêts de certains membres, en avril 2011, on peut considérer que toute recommandation est « opposable ». « Opposable » ne veut pas dire qu'elle s'impose, mais tout professionnel a le devoir d'expliquer au juge pourquoi il n'a pas suivi une recommandation. Il n'y a aucune automaticité de coercition si on ne suit pas une recommandation, mais désormais tout professionnel de santé a le devoir d'expliquer pourquoi.

Lien vers le site de la HAS : www.has-sante.fr

Tranche de vie d'interne

Claire Grezy Chabardès, interne - Arnaud Chabardès, interne



Couple d'Interne en Médecine Générale en fin de cursus, nous réalisons actuellement notre sixième semestre en SASPAS dans le Comminges (31), dans le cadre d'une dérogation pour projet professionnel.

Nous souhaitons expliquer le chemin qui nous a amenés à demander cette dérogation et l'intérêt de ce type de démarche.

I. L'idée de la dérogation pour projet professionnel :

A. Il n'est jamais trop tard !

Comme beaucoup, au début de notre internat, nous n'avions pas de projet professionnel précis. Nous avons simplement évoqué la possibilité de nous installer en zone rurale, et pourquoi pas dans le Sud-Ouest Toulousain.

Nous avons entendu parler du CESP (dont les modalités et l'intérêt vous ont été expliqués dans e-respect n°4), mais le faible nombre de lieux ciblés (à l'époque) par département, et les conditions de

choix un peu floues pour un couple d'internes ne nous ont pas encouragés.

Les deux premières années de notre internat se sont déroulées paisiblement, avec ses changements tous les 6 mois à des endroits plus ou moins proches les uns des autres, sans que nous n'ayons plus précisé notre potentielle zone d'installation. Cependant, nos stages de 5ème semestre nous ont amenés, tous deux, dans le Comminges, et nous avons sauté sur l'occasion pour quitter Toulouse et ses embouteillages. A mi-chemin entre nos deux stages, 'google map' nous a indiqué un charmant petit village de 1 300 habitants : Aurignac, où nous avons emménagé en novembre 2012.

La localité et la vie rurale nous ont rapidement séduits. Par ailleurs, nous avons appris que les trois médecins locaux seraient en âge de prendre la retraite d'ici un à deux ans et que le canton aurait donc besoin de nouveaux médecins. C'est donc en janvier 2013 que nous avons émis l'idée de monter un projet de SASPAS en dérogation professionnelle basé autour de ce petit village pour le semestre mai-novembre 2013.

B. Monter son projet de dérogation :

Première étape, la rencontre avec les médecins locaux. Ils ont été charmés de trouver des jeunes intéressés par la vie et la médecine en campagne, quand plusieurs localités environnantes n'ont pas trouvé de solutions répondant de manière adaptée aux problèmes de démographie médicale. Après explication du principe d'un stage de niveau 2, dit SASPAS, ils ont adhéré au projet et accepté de nous recevoir dans leurs cabinets.

La deuxième étape consiste à trouver l'appui de quelques médecins alentours impliqués dans la formation des internes (et notamment, pour nous, deux potentiels coordinateurs de SASPAS).

La demande (composée d'une lettre de motivation de l'interne, d'une lettre d'accord du médecin intégré en dérogation et d'une du potentiel médecin coordinateur) a été faite pour chacun de nous deux et envoyée à la scolarité de troisième cycle des études médicales avant la date limite de fin février 2013.

Parallèlement, nous avons informé de notre démarche nos tuteurs respectifs, l'AIMG-MP et le coordonnateur du DUMG, Pr Stéphane Oustric. Ce dernier a encouragé notre projet, comme la plupart des projets de dérogation en vue d'installation qui lui ont été présentés, et est même venu sur place discuter avec les praticiens du village. Un seul médecin n'ayant pas passé le DU de Maîtrise de stage peut être accepté par dérogation, ainsi nos projets ont été modifiés pour respecter les règles et obtenir l'accord final de l'ARS lors de la commission de dérogation de mars.

II. L'intérêt des stages en dérogation pour projet professionnel :

Les intérêts sont multiples : pour l'interne et pour les médecins de la zone d'installation :

- présentation d'un futur médecin à la population cantonale (qui est parfois très attachée à ses médecins car ne voit jamais d'interne et peu de remplaçants)
- discussion avec les médecins en place (échange de pratique, adaptation au fonctionnement local...)
- enrichissement mutuel tout au long du stage (renouvellement des connaissances d'un côté et échange d'expérience de l'autre)
- rencontre et travail avec le personnel paramédical local (infirmier, kiné...) et les structures locales (EHPAD, ADAPEI...)

- constitution d'un réseau de soins avec les différents intervenants hospitaliers et libéraux de la région

De plus, d'un point de vue personnel, cela nous a permis :

- de vivre dans le cadre où nous souhaiterions nous installer,
- et surtout d'être présents sur place pour participer à l'élaboration d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP). Ce projet est rendu nécessaire devant l'absence de locaux médicaux aux normes et le désir du cabinet infirmier de mieux collaborer avec les médecins. Ce stage nous permet de commencer à travailler avec les infirmiers et autres intervenants potentiels de la MSP et de participer à toutes les réunions pour élaborer le projet ... mais l'approfondissement de ce projet est un autre sujet.

Conclusion

L'idée de dérogation pour projet professionnel peut se présenter à n'importe quel moment de notre cursus et s'il nous tient à cœur, n'hésitons pas à en parler pour nous faire aider (AIMG-MP, professeurs du DUMG), et pouvoir en profiter. C'est une chance qui permet de découvrir la médecine générale là où nous aimerions l'exercer et surtout de créer des liens avec les personnes déjà en place et la population, pour faciliter notre installation.

Références

1. Cartosanté : <http://bit.ly/19wQjQu>
2. <http://bit.ly/1hzexsz>
3. e-respect juin 2013 : Le CESP



Perception des jeunes parents sur les effets de l'environnement sur la santé

Céline Auffret, interne
Gladys Ibanez, médecin
Anne Marie Magnier, médecin

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, les progrès techniques ont contribué à une amélioration globale des conditions de vie. Pour autant, ces avancées se sont accompagnées d'une émission importante de produits potentiellement toxiques pour la santé⁽¹⁾⁽²⁾. En 2004, le premier plan national santé environnement (PNSE 1) a souligné l'inquiétante progression de l'asthme et des maladies allergiques (2 fois plus en 20 ans), des cancers, liés en partie seulement au vieillissement de la population (2 fois plus en 25 ans), de l'obésité, du diabète et de l'infertilité⁽³⁾. D'après l'expertise de l'OMS de 2006, les facteurs de risques environnementaux jouent un rôle dans plus de 80% des maladies régulièrement notifiées, 24 % de la charge

mondiale de morbidité (années de vie en bonne santé perdues) et 23 % de mortalité prématurée⁽⁴⁾.

Des catastrophes sanitaires telles que celle du thalidomide ou du diéthylstilbestrol ont permis de documenter les effets potentiels des composés chimiques pouvant traverser la barrière placentaire⁽⁵⁾. Des études récentes ont révélé la présence de substances toxiques de l'environnement dans le cordon fœtal, le lait maternel et le liquide amniotique. Une exposition gestationnelle à des polluants de l'air extérieur ou intérieur peut-être associée à la naissance d'enfants prématurés, ou ayant un petit poids de naissance ou un retard intra-utérin⁽⁶⁾. Après la naissance, ces polluants sont également associés à une augmentation de la prévalence de

l'asthme et des allergies⁽⁷⁾. Les effets des perturbateurs endocriniens comme les phtalates, bisphenol A, parabens, retardateurs de flamme, composés perfluorés, ont été récemment documentés dans un rapport d'expertise collectif de l'INSERM⁽⁸⁾. Les principaux effets rapportés concernent des malformations des voies génitales, des troubles de la fertilité et de la reproduction.

Les enquêtes d'opinion menées par la Commission Européenne ou en France par l'IFEN (institut français de l'environnement) ou par l'IRSN (Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire) depuis les années 70, ont révélé que l'environnement n'a cessé de prendre de l'importance dans l'esprit des Européens et des Français⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾.

A notre connaissance, peu d'études ont évalué la perception par les parents du risque environnemental sur la santé de leurs enfants. D'autres travaux ont montré que par manque de connaissances des sources de polluants, les enfants pouvaient être exposés à des toxiques de l'environnement. Les facteurs sociaux culturels et psychologiques peuvent influencer la perception du risque et son interprétation⁽¹¹⁾. L'objectif de notre travail a été d'évaluer la perception des jeunes parents sur les effets sanitaires de l'environnement en périnatalité. Les objectifs secondaires étaient de savoir quel rôle ils attribuaient au médecin généraliste et de déterminer quels étaient les moyens pouvant être mis en place pour mieux les informer.

METHODES

Choix de la méthode

Pour atteindre l'objectif énoncé, une étude de type qualitatif a été choisie. Cette méthode explicite les motivations et étudie ce qui peut amener à modifier les comportements. En plaçant l'interviewé au premier plan, elle fait appel à son point de vue, à son expérience vécue et sa logique dans une démarche participative. Les deux principales méthodes utilisées sont les entretiens collectifs dits « focus group » et les entretiens individuels. Au vu des contraintes personnelles et familiales des jeunes parents, le recueil des données le plus adapté a été celui des entretiens individuels. L'entretien individuel se déroule dans une relation de face-à-face entre l'interviewer et l'interviewé. On distingue l'entretien structuré, semi-structuré et compréhensif. La technique choisie dans cette étude a été l'entretien semi-structuré, permettant d'obtenir des descriptions détaillées des expériences individuelles.

Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé à partir d'une revue de la littérature. La recherche bibliographique s'est intéressée aux risques sanitaires liés à l'environnement.

Nous avons utilisé des moteurs de recherche médicaux et des sciences sociales : SUDOC, la Banque de Données en Santé Publique, MEDLINE, PASCAL et le Portail documentaire de l'Université de Paris X et de l'Université de Montréal et du Québec (UQAM). Les mots clés utilisés ont été les suivants : « environnement », « pollution », « santé », « recherche qualitative », « représentation », « perception », « opinion », « population », « enfants », « grossesse », « public ». Pour les références anglo-saxonnes : « environment », « pollution », « health », « qualitative research », « representation », « perception », « opinion », « population », « children », « pregnancy », « public »

Au terme de la revue de la littérature, un guide d'entretien a été élaboré puis discuté au cours de réunions de travail composées par deux médecins du département de médecine générale de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie (Paris 6). Ce guide a ensuite été testé au cours de trois entretiens individuels pilote avant d'en proposer une version consensuelle. La version finale du guide d'entretien a été présentée dans la figure 1.

Recrutement

La population ciblée était des parents attendant un enfant ou ayant des enfants en bas âges. Nous avons choisi les participants avec des caractéristiques socio-démographiques différentes pour réunir un panel diversifié d'opinions. L'objectif était de constituer un échantillon permettant la compréhension des processus sociaux liés aux problématiques de santé environnement en périnatalité. Les participants ont été recrutés dans des cabinets médicaux de Paris et sa banlieue. Les entretiens se sont déroulés soit au cabinet médical, soit au domicile du participant, selon sa disponibilité et son souhait. Avant l'entretien, chaque participant devait remplir une fiche de renseignements personnels et liés à son activité. Il était rappelé que les règles de l'anonymat étaient respectées lors de l'exploitation des données. La totalité de l'entretien était enregistré à l'aide d'un magnétophone. Chaque participant a donné son accord écrit pour l'enregistrement. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à l'obtention d'une saturation des données.

Méthode d'analyse

Une analyse thématique a été réalisée. Le verbatim de chaque entretien a été retranscrit intégralement à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word 2010. Les verbatims ont ensuite été découpés en mots, phrases, expressions ou extraits de texte qui présentaient une seule et même idée dans un premier temps : les UMS (Unités Minimales de Signification). Celles-ci ont été classées, regroupées en sous-catégories, puis en catégories et thèmes dans un second temps. Plusieurs relectures du verbatim ont été néces-

saïres pour obtenir un codage pertinent et homogène selon une approche inductive. Deux médecins ont participé à l'analyse des données pour permettre de réaliser une triangulation (élément de validité interne de l'étude). Toutes les idées des entretiens ont été exploitées pour construire une grille d'analyse contrôlée et la plus reproductible possible.

RESULTATS

Quinze entretiens individuels d'une durée de 30 à 60 minutes ont été nécessaires pour atteindre une saturation des données. Les caractéristiques des participants ont été décrites dans le Tableau n°1. Quatre vingt six pour cent des participants étaient des femmes, l'âge moyen des parents était de 31 ans. La moitié des participants étaient fumeurs ou d'anciens fumeurs.

Dans l'analyse, trois thèmes d'études se sont dégagés : La période de périnatalité : besoin d'un environnement serein, accueillant et sain ; L'environnement : expériences et connaissances des parents ; Le rôle du médecin généraliste en santé environnementale.

I. La période de périnatalité : besoin d'un environnement serein, accueillant et sain

A la recherche d'un environnement serein

Pendant la grossesse, les parents ont évoqué le besoin de sérénité, de bien-être et de douceur pour la femme enceinte et pour l'enfant. Ils ont évoqué l'importance de la transmission mère-enfant. En devenant parent, les parents ont également reconnu se poser plus de questions.

« Ce qui passe par la femme peut retentir sur l'enfant qu'elle porte ».
« Envie de faire au mieux pour que l'enfant se développe dans de bonnes conditions »

Certains facteurs ont été décrits comme favorisant un bon vécu de la grossesse. D'autres ont été décrits comme pouvant le fragiliser. Parmi les facteurs favorisant un bon vécu de la grossesse, l'entourage a été cité en premier pour la majorité des patients.

« C'est vrai que pour la 2ème grossesse ça a été plus zen (...), parce que j'avais ma famille autour »

La première grossesse a été décrite comme particulière, avec ses parts d'inconnues et d'inquiétudes, pour la femme enceinte il était important de pouvoir interagir avec des amies ou parents afin de partager leurs expériences. La femme s'est également sentie plus fragile en fin de grossesse.

Parmi les facteurs perturbant le bon déroulement de la grossesse, les participants ont cité un travail pénible ou stressant, des enfants en bas âge à s'occuper, un régime alimentaire contraignant en rapport avec un diabète gestationnel ou la prévention de la toxoplasmose, des rendez-vous médicaux nombreux, un entourage pas assez présent, les longs trajets en transports, l'arrêt du tabac, un déménagement.

« Les deux grossesses ont été difficiles. Pour la 1ère, le papa n'était pas forcément là, pour la 2ème, j'ai perdu ma belle-mère quand j'étais enceinte »

Tableau 1

Caractéristiques	moyenne ou % (n)
SEXE	
Masculin	13,3% (2)
Féminin	86,6% (13)
AGE (ans)	31,6 [26-35]
ACHATS « Bio »	60% (9)
TABAGISME	
Actif	26,6% (4)
Sevré	20% (3)
Non	53,3%(8)
ZONE D'HABITAT	
Urbain	100% (15)
Ville <10000 hab.	13,3%(2)
10000 < ville <30000	46,6%(7)
100000 < ville < 120000	6,6%(1)
Paris (2 millions d'hab.)	33,3%(5)
APPARTEMENT	86,6%(13)
PAVILLON	13,3%(2)
NIVEAU D'ETUDE	
Sans diplôme	6,6%(1)
Bac à bac+2	46,6% (7)
Bac +3 et plus	46,6% (7)
NOMBRE D'ENFANT	
1 enfant	53,3% (8)
2 enfants	46,6% (7)
Age	5 mois à 8 ans
ABONNEMENT REVUE	20% (3)
Parents / écologie	13,3% (2)/ 6,6%(1)

Modification de l'environnement

On constate qu'au cours de la grossesse, les parents se sont occupés de préparer le lieu qui sera la future chambre du bébé. Il y a eu pour tous une préparation des lieux, avec un besoin ressenti de propreté et de nouveauté. Les adjectifs cités et répétés par les participants ont été : « chaleureux », « sécurisant », « paisible », « calme », « propre » et « sain ». Le mot « cocon », a également été cité par plusieurs participants. Les parents ont évoqué l'envie de nouveauté, de tout changer dans la maison. Ils ont parlé de déménagement, de travaux dans la maison, ou de déplacement de mobilier.

« On a envie de tout changer dans la maison, d'aérer, de faire les poussières, de changer les meubles, parfois même de repeindre, de retapisser, on a envie que tout soit propre, comme dans un petit cocon pour que l'enfant arrive »

Le matériel faisait également partie des choses à préparer avant la naissance et amenait les parents à se poser des questions comme les biberons, les jouets, les vêtements par exemple, qui seraient en contact avec le nouveau-né.

Les parents ont accordé une grande importance à l'environnement affectif de l'enfant. L'enfant pouvait également connaître un autre environnement que celui du foyer familial: la nourrice ou la crèche. Certains parents ont alors décrit une frustration liée à l'impossibilité de contrôler les choix de l'alimentation par exemple. Mais le lien affectif avec l'enfant primait.

« La nounou faisait les repas, je pense que c'était très bon, mais par exemple, moi j'aurais voulu que ce soit bio ça l'était évidemment pas, et la crèche pareil, mais bon faut s'adapter, faut faire des concessions. »



II. L'environnement, connaissances et expériences des parents

Plusieurs profils de parents ont été identifiés : les parents « non concernés »[1], ils étaient peu inquiets et ne mettaient pas beaucoup de risques en évidence dans leur environnement; les parents « sereins »[2], ils étaient attentifs par rapport aux risques, avaient certaines connaissances mais ne voulaient pas s'inquiéter et s'informaient peu; les parents « inquiets »[3], ils étaient à la recherche d'information et cherchaient à ne pas courir de risque ; et les parents « pro-actifs »[4], ils étaient très sensibilisés sur les problèmes environnementaux, avaient une attitude éco-citoyenne et cherchaient à diminuer les risques aux quotidiens.

[1] « La pollution, je ne cherche pas spécialement, je ne sais pas trop »

[2] « Je ne m'imagine pas m'installer à la campagne pour bénéficier de tout ça...je fais ce que je peux tout en restant en ville » contraste?

[3] « La pollution, les gens qui fument...quand on est enceinte il faut faire attention à tout ce qui peut être nocif pour la santé, au produit que l'on consomme »

[4] « On est abonné à la biocoop (...), on achète des choses dont on a une traçabilité (...). On a des produits qui ne sont pas trafiqués, manufacturés, transformés, emballés »

Mise en évidence et perception des risques pour la santé dans l'environnement

Les participants ont identifié plusieurs dangers liés à l'environnement qui peuvent être classés en plusieurs catégories : ceux que l'on respire, ceux qui sont en contact direct par le toucher et ceux que l'on ingère.

Les pollutions les plus citées ont été le tabac, l'alimentation et la pollution extérieure. Les parents ont moins parlé de la pollution de l'air intérieur, des ondes, des toxiques par voie transcutanée, voire pas du tout de l'intoxication au plomb ou des allergènes potentiels (animaux domestiques).

L'identification des produits dangereux se faisaient surtout à travers la perception sensorielle, si le produit était irritant ou avait une odeur désagréable, il était reconnu « mauvais », les produits sans odeur comme la peinture ou la colle à papier peint ne paraissaient pas néfastes pour eux.

« Mon fils était bébé quand on a commencé à faire la peinture, je l'emmenais avec moi, je le mettais dans le lit parapluie et je faisais de la peinture, c'était de la peinture à l'eau. On met de la peinture à l'eau pour les odeurs, les odeurs chimiques pour les enfants on ne voulait pas de ça dans leur chambre et puis dans la maison elle-même. »

Sans être réellement « inquiets » face à tous les risques cités, la majorité des parents développaient quelques stratégies d'évitement ou de diminution des expositions. Ils cherchaient surtout des moyens de protection vis-à-vis d'une agression perceptible : odeur, réactions cutanées, réaction d'intoxication directe à un produit ménager.

- Pour le tabac : « Mon mari ne fume plus jamais dedans, on fait pareil avec les amis en fait, s'il y a des amis à la maison, on leur dit maintenant vous allez dehors. »
- Pour la pollution de l'air extérieur : « Ma précaution c'est de l'emmener en écharpe, parce que je pense qu'elle est plus protégée contre moi et qu'elle a moins l'air pollué en l'air que dans la poussette »
- Pour l'alimentation : « J'ai mangé beaucoup de trucs bio lorsque j'étais enceinte, beaucoup plus que maintenant ou avant (...) s'il y avait la forme bio, je prenais le bio préférentiellement. »
- Pour la pollution intérieure : « On essaye de limiter les produits autour de lui, on essaye d'éviter par exemple de laver les carreaux quand le bébé est dans la pièce parce que c'est toxique »

Le recueil des informations

Les participants ont trouvé que l'environnement était un sujet d'actualité, ils entendaient des informations dans les médias, souvent au journal télévisé. Ces sujets étaient plus débattus qu'à l'époque où ils étaient enfants, pour leurs parents. Pour l'un des participants, il était difficile de ne pas être au courant des questionnements et des hypothèses sur les effets néfastes de certains produits de l'environnement, notamment la nourriture et certains produits ménagers. Ils existaient de nombreux moyens d'information dont la télévision, internet, les revues et magazines, les journaux, les discussions avec l'entourage. Certains essayaient de confirmer ce qu'ils avaient entendu en cherchant par différents moyens à s'informer davantage, alors que d'autres ne s'intéressaient pas. Certains ne préféraient pas trop chercher car ça pouvait les inquiéter et trouvaient que les médias avaient toujours tendance à dramatiser. Tous ne faisaient pas totalement confiance à ce qui était

dit, l'information devait être « analysée », en suivant leur intuition et en allant chercher d'autres sources, ils tenaient compte aussi de la fiabilité de la source (preuves scientifiques, recherches). Ils trouvaient que plusieurs avis divergents ne donnaient pas de crédibilité à l'information.

III. Le rôle du médecin en santé environnementale

Les expériences médicales

Les thèmes environnementaux étaient peu abordés en consultation médicale. Les informations les plus abordées étaient celles relatives aux maladies infectieuses au cours de la grossesse, au tabac et indirectement à la peinture via les allergies.

Les parents ont parfois pris connaissance de certaines informations dans la salle d'attente du médecin, par des affiches, des fascicules ou des revues. Ils n'ont cependant pas exprimé le besoin ou la nécessité dans parler après avec le médecin.

Plusieurs parents ont vécu la prévention contre les maladies infectieuses comme une contrainte avec beaucoup d'interdits. Ils n'étaient pas toujours satisfaits de l'information délivrée lors des consultations.

« Il y avait tout sur ce que j'ai le droit de manger ou de ne pas manger et puis le nettoyage et le rangement du réfrigérateur, ça m'a traumatisé »

« Aux urgences, j'ai demandé: 'le tabac, est ce que c'est nocif pour le bébé?' (...) Il m'a dit 'Ecoutez, arrêtez pour vous car pour le bébé, ça ne fera hormis une différence de poids à la naissance, il naîtra moins gros' »

La prévention

L'opinion des participants sur la prévention était plutôt contrastée. Ils ont cité plusieurs intervenants dans le domaine de la prévention, qui pourraient les avertir sur les dangers de l'environnement. Que ce soit le médecin généraliste, le médecin de PMI ou bien le pédiatre, les participants ont trouvé que le médecin qui suivait leur enfant était une personne de confiance, qui devait faire de la prévention.

Certains participants préféraient que le message soit donné sous forme de conseils, ils voulaient avoir un libre arbitre et pouvoir décider après y avoir réfléchi. Ils ne voulaient pas qu'on les oblige ou qu'on leur interdise quelque chose. Il ne fallait pas « faire d'énumé-

ration, » il ne fallait pas dire trop d'information en une fois, ne pas « embrouiller l'esprit » du patient.

Certains étaient plutôt contre : Tous les messages de prévention étaient source d'inquiétude et ils trouvaient qu'ils y avaient beaucoup de choses à aborder. Ils préféraient avoir des réponses uniquement s'ils avaient des questions.

DISCUSSION

Synthèse des résultats

Les parents se sentaient plutôt concernés et étaient de plus en plus sensibilisés par les effets de l'environnement sur la santé, notamment en période de périnatalité. Leurs comportements changeaient à l'approche de la naissance et incluaient par exemple de refaire la peinture de la chambre de l'enfant, acheter du mobilier neuf etc. Quatre profils de patients ont pu être identifiés des moins sensibilisés aux pro-actifs face aux risques environnementaux. Le médecin généraliste avait une place complémentaire parmi ces moyens d'information, les patients avaient confiance en lui et étaient prêts à se tourner vers lui s'ils se posaient des questions. Il était important que le médecin ait un discours clair, non alarmant et non culpabilisant, pour pouvoir faire la part des choses entre tout ce qu'ils entendaient.

Forces et limites de l'étude

A notre connaissance, il existe très peu d'études qualitatives sur la perception de l'environnement et ses effets sur la santé du point de vue de patients. Cette méthode permet d'analyser et d'expliquer des concepts non quantifiables comme des croyances et des idées. Par cette manière nous avons pu recueillir les connaissances et les attentes des patients dans ce domaine. La diversité des participants a permis de recueillir des informations et des points de vue de personnes différentes dans leur mode de vie, leur culture, leur profession et leur niveau social. Cependant, ce travail présente également des limites. Au début de l'étude, nous avons choisi la méthode qualitative par focus group, qui favorise l'émergence d'opinions et d'expériences sur un sujet donné par la dynamique de groupe, mais nous avons été confrontés à des difficultés de recrutement et à réunir un groupe de personnes suffisamment nombreux, pour pouvoir aller au bout de notre étude nous avons donc choisi l'entretien individuel semi dirigé. Ainsi nous avons pu réaliser un nombre suffisant d'entretiens jusqu'à saturation des données.

Dans le déroulement des entretiens, un effet limitant a été observé : parfois la personne ne trouvait rien à répondre à la question, ou répondait déjà à une autre question, il était donc difficile de suivre rigoureusement le guide d'entretien. En guidant la discus-

sion et en expliquant certaines questions nous avons pu parfois avoir une influence sur les réponses contre notre volonté. Un autre effet limitant était celui du « bien paraître » ou de répondre à de prétendues attentes. Nous avons pu le percevoir avec certaines contradictions sur des idées, il se peut que les participants aient répondu parfois à ce qui était attendu et pas à leurs croyances ou convictions personnelles. Enfin, la majorité des personnes interrogées étaient des femmes habitant pour la plupart en zone urbaine de la région parisienne. Il aurait été intéressant de compléter nos résultats avec l'opinion de parents habitant en zone rurale.

Comparaison avec les données de la littérature

La plupart des études sur la perception de l'environnement dans le domaine de la santé se sont intéressées aux médecins. Aux Etats Unis, Adams et al.⁽¹²⁾, ont réalisé une étude qualitative auprès de deux communautés particulièrement exposées à la pollution extérieure de classes sociales différentes, ils interrogeaient les habitants après leur avoir remis les résultats d'une enquête sur la mesure de différents polluants présents à l'intérieur et à l'extérieur de leur habitation. Les résultats ont montré que la classe sociale défavorisée était particulièrement plus exposée, en raison de sa localisation (région industrielle). Les participants étaient sensibilisés à la pollution de l'air extérieur. Cependant, ils ne s'attendaient pas au fait qu'un grand nombre de toxiques (dont ils étaient la source par des usages personnels comme les produits ménagers) se trouvaient dans leur environnement intérieur. Dans notre étude, les parents n'ont également pas beaucoup cité les sources de polluants de l'air intérieur (provenant notamment d'usages personnels).

Avant cela, une autre étude qualitative, par Altman et al.⁽¹³⁾, avait recueilli les réponses de femmes, après leur avoir remis des résultats révélant différents polluants dans leur environnement intérieur (mesures au niveau de l'air intérieur, dans la poussière et dans les urines). Il était difficile pour ces femmes de savoir quel était le degré d'inquiétude à avoir face à ces résultats, elles ne paraissaient pas alarmées, bien que les résultats révélaient la présence de différents toxiques. Elles pensaient pouvoir contrôler ces expositions en diminuant l'utilisation de certains produits. Cette étude révélait aussi que pour délivrer une information, il était important de tenir compte de la personne dans sa communauté et par rapport à ses pairs, ainsi que de tenir compte de son expérience personnelle aux expositions environnementales, cela pouvait influencer son interprétation pour les expositions nouvelles. Dans notre étude, les parents ont donné une grande place à l'entourage, aux conseils des amis et de la famille. Leurs expériences personnelles avaient parfois permis de les sensibiliser sur certains problèmes, avaient fait naître certaines croyances et modifier leur comportement.



Une étude en France ⁽¹⁴⁾ a montré que la majorité des accueillantes d'enfant en bas âge n'avaient pas entendu parler de la pollution intérieure, la perception de sources potentielles restait limitée. Elles se sentaient également mal informées, les moyens d'information les plus efficaces étaient les brochures, la télévision et internet. Les brochures ont également été citées comme moyen d'information efficace, associées à l'explication du médecin, dans une étude sur la perception des parents par rapport au tabagisme passif ⁽¹⁵⁾. Dans notre étude les parents faisaient plus confiance aux informations délivrées par un médecin ou affichées en salle d'attente qu'à celles des médias en général. Ils ont aussi cité les brochures et les articles médicaux dans les revues, mais ce n'était pas leur principale source d'information, ils ont plus cité la télévision et internet.

Conclusion

Le gouvernement a placé la santé environnementale comme une des missions du XXI^{ème} siècle, avec le plan national santé environnement 1 (2004-2008) puis le plan national santé environnement 2 (2009-2013), dont l'un des buts est de réduire les inégalités environnementales et de protéger les personnes vulnérables (femmes enceintes, nouveau-né et enfant) ⁽¹⁶⁾. Les agences françaises telles que l'AFSSET ou l'INPES sont impliquées dans cette démarche de prévention en faisant des publications des différentes recherches actuelles et en lançant des campagnes de prévention. L'étude des représentations et des facteurs psychosociaux qui déterminent les comportements est essentielle à la définition du contenu des programmes éducatifs pour la santé. En particulier, dans notre étude, les parents connaissaient des sources de pollution importantes telles que le tabac. Pour autant, ils semblaient avoir des comportements à risque d'augmenter le niveau de pollution de l'air intérieur à l'approche de la naissance de leur enfant (refaire les peintures, achats de meubles neufs, tapisseries etc). L'ensemble de ces éléments pourraient contribuer à l'élaboration de stratégies de recherche et de campagne d'éducation sanitaire.

Références

1. Legendre M., Environnement et santé, Santé Publique, 2003/3 Vol. 15, p. 291-302. DOI : 10.3917/spub.033.0291
2. Squinazi Fabien, Les polluants physico-chimiques de l'air intérieur : sources et impacts sanitaires , Environnement, Risques & Santé – Vol. 7, n° 6, novembre-décembre 2008 p. 425-430
3. Santé Environnement PNSE 1 (2004-2008) <http://bit.ly/GMI1Z3>
4. OMS. Estimation de la charge de morbidité imputable aux facteurs environnementaux. 2006.
5. Latini G, De Felice C, Presta G, Del Vecchio A, Paris I et al. In utero exposure to di-(2-ethylhexyl) phthalate and duration of human pregnancy. Environ Health Perspect. 2003 Nov;111(14):1783-5.
6. Bell ML, Ebisu K, Belanger K et al. Ambient Air Pollution and Low Birth Weight in Connecticut and Massachusetts. Environ Health Perspect 115:1118-1125 (2007).
7. Annesi-Maesano I, Caillaud D. Exposition aux particules atmosphériques fines et développement des maladies allergiques de l'enfant. Résultats épidémiologiques issus de l'étude des six villes (ISAAC-2 France). Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique, Volume 48, Issue 6, Octobre 2008 : 427-433
8. INSERM. Expertise collective: Reproduction et environnement. 2011.
9. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Baromètre santé environnement 2007.
10. Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire (IRSN). La perception des risques et de la sécurité par les Français. Baromètre 2009.
11. Bickerstaff K., Risk perception research: socio-cultural perspectives on the public experience of air pollution. Environmental International, Volume 30, Issue 6, August 2004, p827-840.
12. Adams and al., Disentangling the Exposure Experience: The Roles of Community Context and Report-back of Environmental Exposure Data, J Health Soc Behav. 2011 ; 52(2): 180-196. doi:10.1177/0022146510395593
13. Adams and al., Disentangling the Exposure Experience: The Roles of Community Context and Report-back of Environmental Exposure Data, J Health Soc Behav. 2011 ; 52(2): 180-196. doi:10.1177/0022146510395593
14. Nassif D., Étude de la perception de la pollution intérieure par les accueillantes d'enfants en bas âge, Centre de Recherche en santé environnementale et santé au travail. École de santé publique. Université libre de Bruxelles. J Int Santé Trav 2011;1:1-10
15. Chastang J., Quelles sont les connaissances actuelles des parents en ce qui concerne les conséquences du tabagisme passif sur la santé de leur enfant ? Qui informer et par quel moyen ? Université Pierre et Marie Curie. Mai 2012.
16. Grenelle de l'environnement, propositions pour un PNSE2 (2009-2013), version finale 8 avril 2009. <http://bit.ly/18OBRRc>

Prise en charge des oreillons chez le jeune adulte

« Docteur, je gonfle ! »

Juliette Bouchet, interne

L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.

ITEMS ECN 270, 97 & 76



Un patient de 25 ans, sans antécédent, se présente à la consultation pour une tuméfaction parotidienne, d'apparition brutale, unilatérale, douloureuse.

Questions

- * Quels diagnostics sont à évoquer devant ce tableau clinique ?
- * Quels seraient les éléments à rechercher en faveur d'une parotidite ourlienne ?
- * Quel en est l'agent causal ?
- * Quelles complications recherchez-vous ?
- * Quelle place pour un bilan complémentaire ?
- * Quelle est votre attitude thérapeutique devant cette parotidite ourlienne ?

1 Quels diagnostics sont à évoquer devant ce tableau clinique ?

En présence de signes inflammatoires, on évoquera :

- une parotidite ourlienne
- une parotidite aiguë microbienne, favorisée par une cause locale : dentaire ou stomatite
- une parotidite lithiasique surinfectée
- une parotidite infectieuse virale transitoire (coxsachie)
- une parotidite chronique non spécifique, rare.

En l'absence de signe inflammatoire, le caractère bilatéral sera en faveur d'une maladie de système (sarcoïdose, syndrome de Goujerot-Sjögren, HIV). On évoquera une tumeur bénigne (adénome pleiomorphe) ou maligne devant le caractère unilatéral.

2 Quels seraient les éléments à rechercher en faveur d'une parotidite ourlienne ?

- Mode d'apparition/prodromes : fièvre modérée ou absente, otalgie et gêne à la mastication correspondant à la phase d'invasion virale durant 24 à 48h.
- Caractéristiques cliniques : apparition d'une tuméfaction unipuis bilatérale, douloureuse, qui refoule le lobe de l'oreille en haut et en dehors, donnant au visage un aspect « piriforme ».
- Contexte épidémiologique : y a-t-il une notion de contagé ? A noter que la période endémique est de janvier à mai.
- Signes associés : turgescence de l'orifice du canal de Sténon lors de la phase d'état, pharyngite, adénopathies pré-tra-giennes, atteinte des glandes sous-maxillaires et sub-linguales.
- Absence de vaccination ROR.

3 Quel en est l'agent causal ?

Les oreillons sont une infection virale aiguë, liée au virus ourlien, virus à ARN appartenant à la famille des paramyxoviridae, à tropisme glandulaire et nerveux.

Il s'agit d'une pathologie le plus souvent bénigne, mais très contagieuse (de 7 jours avant les premiers symptômes jusqu'à 9 jours après). La transmission est interhumaine, par gouttelettes aériennes, ou par contact direct avec la salive d'un sujet infecté. L'incubation est de 3 semaines en moyenne. ⁽¹⁾

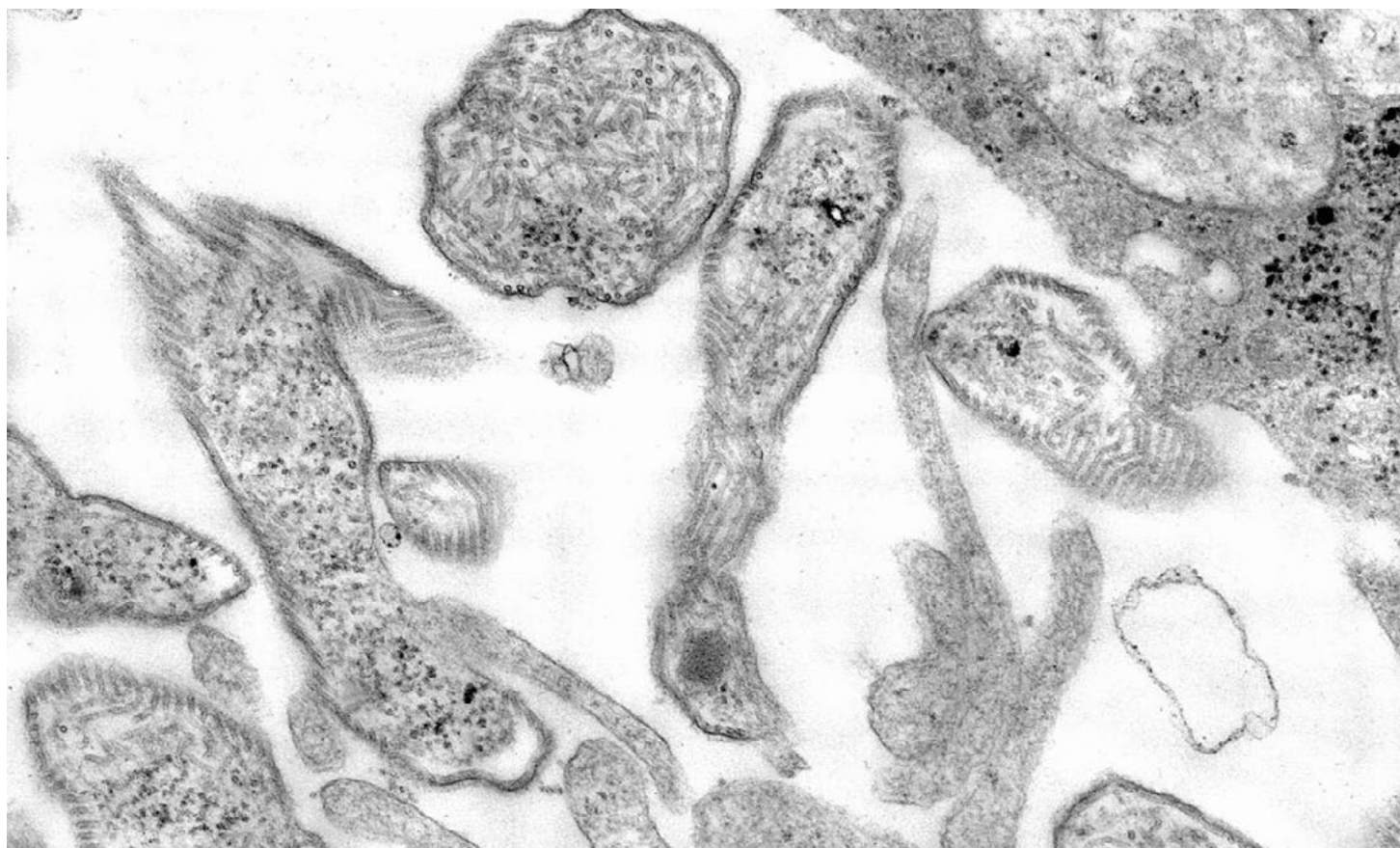
4 Quelles complications recherchez-vous ?

- Orchite ourlienne : observée dans 20 à 50% des cas chez le sujet pubère, on observe une recrudescence fébrile avec douleurs abdominales et apparition d'une tuméfaction scro-tale douloureuse, le plus souvent unilatérale (75% des cas). L'évolution est favorable en 1 à 2 semaines. Il peut persister une atrophie testiculaire dans 50% des cas, mais la stérilité est rare.
- Pancréatite aiguë : souvent asymptomatique ou peu sévère.
- Ovarite, mastite.
- Méningite lymphocytaire aiguë : dans environ 10% des cas mais souvent infraclinique.
- Encéphalite : plus rare, (1% des cas) mais plus sévère. Possible surdité séquellaire.

5 Quelle place pour un bilan complémentaire ?

Le diagnostic est essentiellement clinique. On ne réalisera de bilan qu'en cas de doute diagnostique, de localisation extra-parotidienne isolée ou de complications. ⁽²⁾

Dans le contexte actuel de réapparition de foyers isolés dans des collectivités de jeunes adultes (vaccinés pour la majorité, avec 1 ou 2 doses), le diagnostic « traditionnel » par ELISA montrant la pré-



sence d'anticorps spécifiques IgG et IgM est peu efficace (IgM fréquemment absents).

Il convient alors de rechercher directement l'ARN viral par PCR dans un prélèvement de salive ou de gorge. (Au mieux dans les 4 jours suivant le début du tableau clinique).

En pratique : soit sur une salivette (comme pour un diagnostic de rougeole) soit avec un écouvillon rhinopharyngé standard.

6 Quelle est votre attitude thérapeutique devant cette parotidite ourlienne ?

- Il convient d'appliquer des mesures d'hygiène standard (hygiène des mains, éviter les contacts et les échanges de couverts/brosse à dent avec la personne infectée, utilisation de mouchoirs à usage unique) et éviction scolaire jusqu'à 9 jours après le début de la parotidite.
- Traitement symptomatique seul par antipyrétiques, antalgiques et AINS, en ambulatoire.
- Le meilleur traitement reste préventif :
 - Par la vaccination triple ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole). Il s'agit d'un vaccin vivant atténué (1986). Le calendrier vaccinal actuel préconise une 1ère injection à l'âge de 12 mois et une 2ème dose à l'âge de 16-18mois. (Il faut respecter un minimum d'un mois entre les 2 injections).
 - Toutes les personnes nées après 1980 doivent avoir reçu 2 doses du vaccin. ⁽³⁾
 Cette vaccination a permis une chute de l'incidence de l'infection et l'augmentation de l'âge médian à 16,5ans entre 1986 et 2011.
 Après 2 doses du vaccin, on observe une efficacité sérologique supérieure à 98%. ^{(4) (5)}

D'un point de vue plus pratique, la vaccination est remboursée à 100% jusqu'à l'âge de 17 ans, puis à 65%. Les effets secondaires sont rares, on observe une fébricule chez un enfant sur dix en moyenne, entre 5 à 12 jours après l'injection. ^{(6) (7)}

A noter qu'en juillet, l'INVS enregistrait pour l'année 2013 trois fois plus de cas d'oreillons qu'au cours de l'année 2012. ⁽⁸⁾

Références

1. Oreillons. Pilly. Collège universitaire des maladies infectieuses et tropicales
2. Freymuth F, Fabret A. Recommandations pour le diagnostic biologique des oreillons. CNR de la rougeole et des paramyxoviridae (consultée le 21/08/2013) <http://bit.ly/1fiAeAe>
3. Calendrier vaccinal et recommandations vaccinales avril 2013 Haut Conseil de la santé publique
4. <http://bit.ly/1fiAqiz> (consultée le 30/08/2013)
5. Knuf M, Zepp F. Antibody persistence for 3 years following two doses of tetravalent measles-mumps-rubella-varicella vaccine in healthy children. Eur J Pediatr. 2012 Mar;171(3):463-70.
6. <http://bit.ly/1bZh5zt> (consultée le 27/08/2013)
7. <http://bit.ly/1fiAv6a>
8. INVS. Point épidémiologique : rougeole et oreillons. CNNSE 06/2012. Accès sur le site sante.gouv.fr

Item ECN

270. Pathologies des glandes salivaires

97. Oreillons

76. Vaccinations : bases immunologiques, indications, efficacité, complications.



Prise en charge d'un cas de coqueluche

« Docteur, mon bébé a une toux étrange ! »

Florence Lachaux, interne

L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.

ITEMS ECN 76 & 78



Une maman amène son nourrisson de 6 semaines au cabinet pour une toux évoluant depuis environ 7 jours. Les parents et l'entourage ont remarqué un « bruit étrange » à la reprise inspiratoire qui devient de plus en plus fréquent depuis une semaine. Ils nous l'imitent, et cela pourrait évoquer le « chant du coq » enseigné dans les livres. Il n'y a pas eu de quinte de toux ; il n'y a aucun autre symptôme, le nourrisson est apyrétique. L'examen clinique est normal. Les vaccinations n'ont pas été démarrées.

Devant ces symptômes, vous suspectez une coqueluche

Questions

- * Quels sont les particularités et les signes de gravité d'une coqueluche du nourrisson ?
- * Comment confirmez-vous le diagnostic de coqueluche ?
- * Une PCR sur un prélèvement naso-pharyngé est réalisée au laboratoire. Elle revient positive pour la coqueluche. Quel traitement mettez-vous en place chez ce nourrisson ?
- * Quelle est la prise en charge de l'entourage ?

1 Quels sont les particularités et les signes de gravité d'une coqueluche du nourrisson ?

La moitié des coqueluches concerne les moins de 1 an car il n'y a pas d'immunité foeto-maternelle passive. Les périodes d'incubation et catarrhale durent environ 7 jours et sont plus courtes que chez l'adulte. Le tableau clinique est souvent atypique : dans 75 % des cas il n'y a pas de reprise inspiratoire bruyante, dans 30 % des cas on ne retrouve que des épisodes d'apnées isolés.

Les signes de gravité à rechercher sont : l'âge inférieur à 6 mois, les apnées, les quintes asphyxiantes, les quintes syncopales, la cyanose, le retentissement neurologique, l'altération de l'état général, les difficultés de prise alimentaire, et les complications cardio-vasculaire : bradycardies, arythmie voire arrêt cardiaque d'origine hypoxique le plus souvent. ⁽¹⁾

2 Comment confirmez-vous le diagnostic de coqueluche ?

La PCR sur prélèvement naso-pharyngé permet d'identifier l'agent responsable de la coqueluche (*Bordetella pertussis*). La sensibilité est de 80 % et la spécificité de 100 % ⁽¹⁾⁽³⁾. Le résultat est en général disponible en 2 jours. Cet examen est remboursé par la sécurité sociale.

La culture a une place plus limitée, la sensibilité diminue avec l'évolution de la maladie et n'est plus que de 30 % lors de la phase des quintes. La spécificité est proche de 100 % ⁽¹⁾.

La sérologie ne permet qu'un diagnostic rétrospectif, à distance de l'infection.

Le bilan biologique retrouve de façon caractéristique mais non spécifique une hyperlymphocytose souvent > 10 000/mm³. Il n'y a pas de syndrome inflammatoire.

L'imagerie pulmonaire est surtout utile au diagnostic différentiel ou à la recherche de complications.

3 Une PCR sur un prélèvement naso-pharyngé est réalisée au laboratoire. Elle revient positive pour la coqueluche. Quel traitement mettez-vous en place chez ce nourrisson ?

Avant 3 mois, l'hospitalisation est nécessaire en raison de la gravité clinique et du risque de complications. Pour les plus de 3 mois, l'hospitalisation se discute selon la tolérance clinique de la maladie et la présence de signes de gravité. On surveille : le nombre, l'horaire et l'intensité des quintes, la survenue d'épisodes d'apnée ou de cyanose, la prise alimentaire, l'état général, la tolérance et l'efficacité du traitement.

Il faut réaliser un isolement respiratoire du patient tant qu'il n'a pas reçu 5 jours d'antibiothérapie adaptée (ou 3 jours d'azithromycine). ⁽¹⁾⁽²⁾

Le traitement antibiotique permet de réduire rapidement la contagiosité. Par contre, l'influence de l'antibiothérapie sur l'évolution de la maladie n'est pas démontrée. ⁽²⁾ On propose une antibiothérapie par macrolides per os :

- clarithromycine, chez l'enfant posologie de 15 mg/kg/j à répartir en 2 prises journalières pendant 7 jours (maximum 500 mg 2 fois par jour) ; chez l'adulte 500 à 1000 mg/jour en 2 prises journalières pendant 7 jours. ⁽²⁾
- azithromycine, chez l'enfant posologie de 20 mg/kg/jour en une seule prise journalière pendant 3 jours (maximum 500 mg par jour) ; chez l'adulte 500 mg/jour en une seule prise journalière pendant 3 jours. ⁽²⁾

L'érythromycine n'est plus conseillée du fait de sa mauvaise tolérance digestive. La josamycine n'est plus recommandée car la durée de traitement est longue : 14 jours. En cas de contre-indication aux macrolides, le cotrimoxazole est recommandé.

N'ont pas fait preuve de leur efficacité : les fluidifiants, les anti-tussifs, le salbutamol. La kinésithérapie respiratoire est à éviter car elle risque de déclencher des quintes.

4 Quelle est la prise en charge de l'entourage ?

Un interrogatoire recherchera tout autre cas suspect symptomatique nécessitant un examen médical, un éventuel examen biologique à visée diagnostique et une prise en charge avec isolement et traitement spécifique. ⁽²⁾

Pour les sujets asymptomatiques, l'antibioprophylaxie est à prescrire au plus tard avant le 14^e jour à partir du premier contact, voire jusqu'au 21^e jour en milieu familial. L'antibiothérapie est la même que pour le traitement curatif, elle est proposée aux :

- contacts proches (personnes vivant sous le même toit, tous les enfants et personnels de la section en crèche et halte-garderie, tous les enfants et personnes exposés au domicile des assistantes maternelles et des crèches familiales.) : enfants et adultes non/mal vaccinés ⁽²⁾
- contacts occasionnels (autres sujets ayant eu un contact face à face ou prolongé avec le cas) : non vaccinés pouvant faire une coqueluche grave ou décompenser une pathologie sous-jacente : nourrissons non protégés par la vaccination, pathologies respiratoires chroniques (asthme, BPCO...), immunodéprimés et personnes en contact avec ces sujets fragiles : femmes enceintes, parents ou fratrie de nourrissons non vaccinés. ⁽²⁾

D'autres recommandent un traitement systématique de tout membre de la famille, contact asymptomatique, quel que soit le statut vaccinal. ⁽¹⁾

Pas d'éviction pour les sujets contacts asymptomatiques.

Le calendrier vaccinal des sujets contacts doit être mis à jour ⁽⁴⁾ : la primovaccination des nourrissons comporte désormais deux injections à deux mois d'intervalle à l'âge de 2 et 4 mois. Elles sont suivies d'un rappel avancé à l'âge de 11 mois, un rappel à l'âge de 6 ans avec une dose de vaccin diphtérie-tétanos-poliomyélite (DTCaPolio). Viennent ensuite un rappel entre 11 et 13 ans avec le troisième rappel diphtérie, tétanos et poliomyélite avec un vaccin à doses réduites d'anatoxine diphtérique et d'antigènes coquelucheux (dTcaPolio), puis un rappel chez les adultes (une dose avec un vaccin dTcaPolio) si projet d'être parent, lors d'une grossesse pour l'entourage familial, ou lors du rappel à 25 ans, en l'absence de vaccination coqueluche dans les cinq dernières années.

Références

1. Collège des Universitaires de Maladies infectieuses et tropicales. Item 78, Coqueluche. E. Pilly, 2012.
<http://bit.ly/1aapmx4> (consulté le 01/07/2013)
2. Haut Conseil de la Santé Publique. Rapport relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche. 2008 Sept.
<http://bit.ly/19jATNq> (consulté le 01/07/2013)
3. Institut National de Veille Sanitaire. Coqueluche : données épidémiologiques et modalités diagnostiques. Congrès des Sociétés médico-chirurgicales de Pédiatrie. 2012 Juin.
4. Institut National de Veille Sanitaire. Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2013 Avr;14-19.
<http://bit.ly/19jAYAI> (consulté le 01/07/2013)

Item ECN

- 76. Vaccinations
- 78. Coqueluche



Phimosis ou adhérence balano-préputiale ?

« Docteur, vous pourriez lui regarder le zizi, je n'arrive toujours pas à le décalotter. »

Pierre Piquet, interne

L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.

ITEMS ECN 48



La maman du petit Denis, trois ans, est inquiète car elle n'arrive pas à lui décalotter le gland tel que son pédiatre lui a demandé. Elle aimerait avoir des conseils supplémentaires.

Questions

- * Décrivez votre examen clinique.
- * Quelle conduite à tenir proposez-vous dans un premier temps ?
- * Elle revient vous voir 6 mois plus tard car son enfant présente des pleurs au moment des mictions et au moment du décalottage. Il n'a pas de fièvre. Quel est votre diagnostic et que proposez-vous ?



Phimosis : rétractation du prépuce, anneau préputial trop étroit.

1 Décrivez votre examen clinique.

L'examen clinique doit permettre de s'assurer qu'il s'agit de simples adhérences balanopréputiales. Elles sont physiologiques, présentes dès la naissance et vont spontanément disparaître avec la croissance de l'enfant, permettant ainsi la rétraction complète du prépuce vers l'âge de 5-6 ans, et dans plus de 95% des cas avant la fin de la puberté ⁽¹⁾. Le smegma participe au décollement des adhérences balanopréputiales ; il résulte de l'association des sécrétions des glandes balanopréputiales et de la desquamation des cellules préputiales. Il n'existe pas d'argument clinique à le retirer. Une autre cause de prépuce non rétractable est le phimosis : anneau préputial trop étroit pour permettre la rétraction complète du prépuce.

De manière générale, un prépuce non rétractable, qu'il s'agisse d'un phimosis vrai ou d'adhérences, est indolore, asymptomatique.

La plainte est le plus souvent parentale, notamment pour le côté « esthétique » et alors anxiogène.

Enfin, il est important de ne pas méconnaître un hypospadias qui motiverait un avis urologique et une prise en charge adaptée.

2 Quelle conduite à tenir proposez-vous dans un premier temps ?

Avant l'âge de 6 ans, en l'absence d'infection ou de malformation génitale, l'abstention doit être la règle car l'évolution physiologique d'un prépuce non rétractable sera spontanément favorable dans la majorité des cas ⁽¹⁾⁽³⁾.

Après l'âge de 6 ans on peut proposer l'application de manœuvres douces. Elles consistent à rétracter précautionneusement le prépuce de manière progressive et répétée, en deçà de la douleur, en évitant de créer des lésions qui pourraient être responsables d'un phimosis cicatriciel. L'utilisation de crème lubrifiante et/ou anesthésiante type EMLA peut être envisagée. Un résultat satisfaisant s'obtient en quelques semaines ⁽⁴⁾.

S'il existait une gêne fonctionnelle ou esthétique majeure, l'application de dermocorticoïdes à raison de deux fois par jour pendant quatre semaines associée aux manœuvres douces en première intention règle dans la grande majorité des cas le problème avec peu d'effets indésirables ⁽³⁾⁽⁵⁾.

L'efficacité des dermocorticoïdes se fait quelque soit leur niveau d'activité. Les dermocorticoïdes ne sont pas efficaces sur des phimosis consécutifs à un lichen scléroatrophique ou à un lymphoedème. ⁽⁶⁾⁽⁷⁾

En cas d'échec de ces méthodes non invasives ou dans le cas d'un phimosis pathologique – c'est-à-dire responsable de complications infectieuses –, un avis auprès d'un urologue est nécessaire afin d'envisager une plastie préputiale (mais risque de récurrence), voire une circoncision (mais risque de complications) ⁽⁷⁾

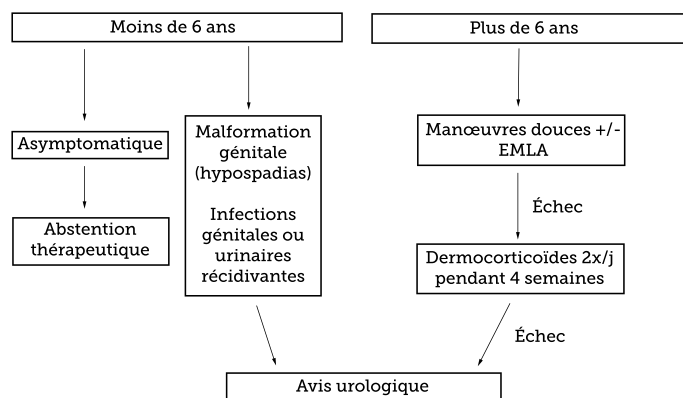
La circoncision pratiquée à visée religieuse n'est pas prise en charge par la sécurité sociale ⁽⁸⁾.

3 Elle revient vous voir 6 mois plus tard car son enfant présente des pleurs au moment des mictions et au moment du décalottage. Il n'a pas de fièvre. Que proposez-vous ?

Les principales complications sont infectieuses par surinfection du smegma physiologique (balanite, balanoposthite) ou par contiguïté et colonisation des voies urinaires. L'impossibilité de percevoir le méat urétral est un facteur de risque d'infection urinaire ⁽²⁾.

En cas de balanite un traitement par bains d'antiseptiques locaux est généralement suffisant.

On lui délivre des consignes de surveillance : amélioration progressive d'ici 3 à 5 jours ; en cas d'impossibilité de repositionnement du prépuce (paraphimosis) une nouvelle consultation sera nécessaire en urgence ⁽²⁾.



Proposition de prise en charge du prépuce non rétractable

Références

1. Biserte J. Phimosis. EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Urologie, 2008, 18-373-A-10.
2. Hayashi Y, Kojima Y, Mizuno K, Kohri K. Prepuce: Phimosis, Paraphimosis, and Circumcision. The Scientific World Journal 2011, 11:289-301.
3. Vorilhon P, Martin C, Pereira B, Clément G, Gerbaud L. Évaluation de l'efficacité des dermocorticoïdes pour le traitement du phimosis de l'enfant à travers une analyse de la littérature. Archives de Pédiatrie 2011 avr;18(4):426-431.
4. Lee JW, Cho SJ, Park EA, Lee SJ. Topical hydrocortisone and physiotherapy for nonretractile physiologic phimosis in infants. Pediatric Nephrology 2006 juin;21(8):1127-1130.
5. Esposito C, Centonze A, Alicchio F, Savanelli A, Settini A. Topical steroid application versus circumcision in pediatric patients with phimosis : a prospective randomized placebo controlled clinical trial. World Journal of Urology 2007 dec;26(2):187-190.
6. Prépuces non rétractables. La Revue Prescrire 2012 ; 32 (347) : 684-686
7. Panait N., Mouriquaud P. Prépuce serré chez l'enfant. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie, 4-089-F-10, 2009
8. Boyer V. Circoncision. Assemblée nationale, question écrite n°30856, 2008 sept. <http://bit.ly/GQ7XSu> (consulté le 13/08/2013)

Item ECN

48. Pathologies génito-scrotales chez le garçon et chez l'homme

Article en Anglais

Round 3: France challenges Australia in rural medical training

Vincent Guion, interne - Sirine Lakbar, étudiante en médecine - Jennifer Phillips, chef de clinique

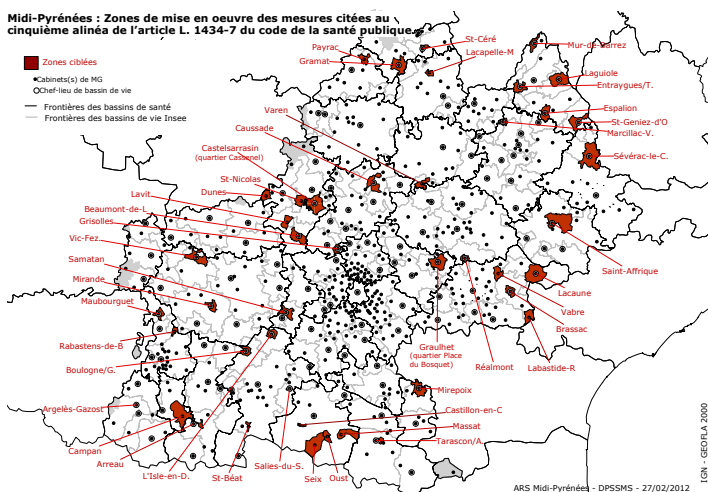
Introduction

Healthcare demography can be strongly challenged by geographical issues. Shortage of physicians is becoming an issue at an individual level (when a patient's own doctor retires and is not replaced) and at a national level (when a whole area gets deprived of medical professionals). In France rural areas have to face a growing need for physicians, especially in primary care, in order to prevent their transformation into "deserts" – medical as well as educational, economical and/or social deserts. On the contrary, Australia has real deserts and has found answers to maintain a medical service in such regions. The measures include a comprehensive incentive system during pre-graduate and post-graduate medical studies. Students, interns and residents get a real chance to experience rural medical practice: and they seem to like it.

What can the French learn from the Australian experience of (medical) deserts?

Setting. What is considered as desert?

In France though there is no proper "desert", we usually call "medical desert" all areas lacking medical structures. These areas are set as priorities for incentive measures.



areas lacking medical workforce and structures do exist, mostly in "remote areas" or "rural areas", which are very sparsely populated zones. Unsurprisingly, those areas are located in the Australian deserts and around. Indeed, according to the Australian Standard Geographical Classification - Remoteness Areas, the most under populated zones are called "the very remote areas", which represent about 90% of the territory (Fig 1). The population is mostly concentrated around major cities such as Melbourne, Sydney, Adelaide, Brisbane, Gold Coast and Perth.

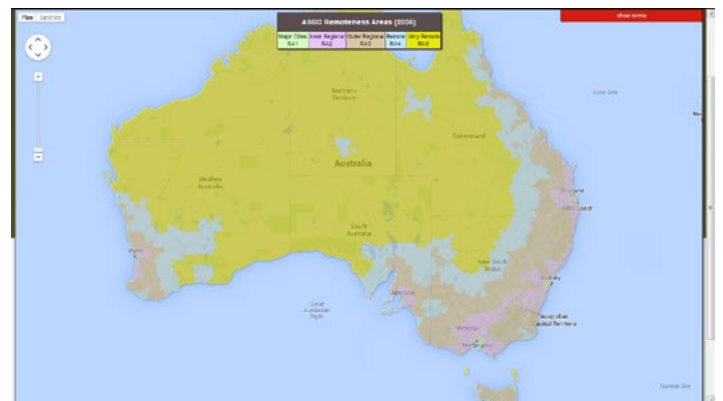


Fig. 1 ASGC Remoteness Areas (2006)

www.doctorconnect.gov.au/internet/otd/publishing.nsf/content/locator

Materials and methods. What is implemented nationally to improve the situation in both countries?

In terms of support France exclusively emphasizes financial aids. Besides local or regional measures, the CESP (Contrat d'Engagement de Service Public) is a national measure introduced in 2009 that offers a monthly allowance to medical students and junior doctors from their second year of studies. In return, they commit to practicing in an area affected by doctor shortage for an amount of time as long as that during which they received the allowance. This French strategy consists in committing doctors before they finish their studies.

The introduction to rural medicine is exceptional during pre-graduate studies, and is optional during post-graduate studies, limited to some general practice residents.

On the other side the Australian curriculum tends to accustom medical students to rural medicine as early as possible.

In order to attack the medical workforce shortage in rural and remote areas, the Australian government focuses on two major issues: the recruitment of rural students and the provision of rural clinical placements. Rural students are recruited through quotas: 25% of commonwealth-supported places are allocated to students with a rural background, with the hope that they will return to a rural area to practise.

The Australian policy also consists in giving students opportunities to train in rural areas on different levels: rural placement for pre-graduate medical students, and advanced specialized trainings for post-graduates.

1. Australian Rural Clinical Schools (RCS)

There are currently seventeen rural clinical schools in Australia, under the management of sixteen universities. For example, the University of Western Australia is based in Perth, and has a faculty of medicine, dentistry and health science. This faculty has nine schools, among which the school of primary, aboriginal and rural health care. This school proposes a rural clinical school as one of its departments, as well as a department for emergency medicine, another for general practice, etc. The Rural Clinical School of Western Australia teaches in thirteen locations, including Kununurra, 3,200km from Perth. Each site provides accommodation for students, and learning facilities such as a library, computers, internet access and video-conferencing facilities. "The school has the explicit goal of attracting more doctors to regional, rural and remote practice" says [the RCS website*](#).

Medical students enrolled in such rural clinical schools can undertake their training either in hospitals, general practice surgeries, or medical centres throughout rural Australia.

2 Longitudinal integrated clinical (LIC) placements

Longitudinal by their unity of space and time, clinical by their field-based characteristics, these placements allow students to attend the same clerkship for a long period of time. They are called integrated when all core specialist disciplines can be learnt concurrently. A 2012 review ⁽¹⁾ states that "placements varied from one half-day per week for 6 months through to full-time immersion for more than 12 months". They are designed for clinical pre-graduate students.

A rural setting is the perfect place to implement LIC placements, and thus make students experience rural medicine. These settings can be a rural hospital, a general practice surgery or any other community based medical setting.

Most of the medical schools provide support for students to undertake a rural placement, like free accommodation or allowances.

3. Advanced specialized training

The Australian College of Rural and Remote Medicine provides advanced specialised training curricula in various disciplines such as rural generalist surgery, anaesthesia, obstetrics and gynaecology, mental health, etc. These curricula are designed for post-graduates intending to have a remote practice in order for them to widen the field of their medical abilities. These courses built on a primary curriculum can be continued by a post-fellowship education (currently in generalist emergency medicine only).

The courses last for 12 months full time or equivalent (24 months for surgical disciplines), and combine formal academic study, clinical experience based learning, small group tutorials, face-to-face education meetings and distance learning modes. Three actors share the supervision and support: the primary supervisor (a rural doctor, to put the knowledge in a community-based context), the specialist supervisor (to support the primary supervisor) and the mentor (for pastoral care, to personal debrief or cultural issues).

Results – Does it work?

Are the students interested in a rural experience?

Yes.

One study shows the influences on medical students' decision to study at a RCS ⁽²⁾. Third-year medical students at the Monash University were asked by a semi-structured questionnaire about the factors that influenced them to undertake a year-long placement at a RCS. The major factor was the feeling they would have a greater clinical experience, greater learning opportunities and more access to patients. Free accommodation was about as important as perceived better educational opportunities. This perception increases with the students' rural exposure during their pre-clinical years. The intention to become a rural practitioner was a positive influence in only half of the students prior to their placement.

Steve Hurwitz, public relations officer at the Australian medical students' association (AMSA), confessed:

"Students often see rural experiences as providing more 'hands-on' experience and better teacher-to-student ratios".

His colleague Sophie Alpen, rural and indigenous officer at the AMSA, confirms this feeling:

"Some students may be quite unenthused about a rural placement due to the usual stereotypes and general unwanted change to scenery, however a lot get quite excited and see it as an adventure or a relief in terms of lifestyle"

Is a rural placement effective for teaching medicine?

Yes.

In 2012, Burden & Wilson published a cohort study at the University of Western Sydney suggesting the superiority of a rural placement over metropolitan hospitals placements⁽³⁾. The rural cohort improved their class standing by 4.2 places on average during a period including their rural placement. The study included some focus groups:

"I felt like I learned more in my year in [rural clinical placement site] than I probably did in the last two years before that in [city hospital] just because of the amount of time that you get to spend with your patients and the sort of breadth of experience that you get, and just the fact that so many of the clinicians are more willing to teach out there, as well"

Is anyone satisfied by rural GP placements?

Yes, patients, preceptors and students.

Patients expressed their satisfaction of LIC in one main qualitative study conducted in Wollongong, New South Wales⁽⁴⁾. Three contexts were evaluated: regional, rural and remote health care settings. Four themes emerged from the patients' interviews:

- Learning as doing, confirming the students' perception of more "hands-on experience", and valued by the patients.
- Learning as shared experience, through 2-way relationships (doctor-student and patient-student) and 3-way relationships (doctor-student-patient) in which patients appreciated to be included in the conversation and decision.
- Learning as belonging to the community, which leads to trust, respect and engagement.
- Learning as becoming, building a professional identity for the student, transforming the role of the patient in the decision-making, and joining the regional, rural or remote workforce.

Preceptors reported the factors that led to their decision to precept⁽⁵⁾. On top of these factors, they had the feeling that they valued their contribution to the growth in student's skills and knowledge, that they promoted rural health as a career option, that they enjoyed this role, and that it allowed them to keep up to date with recent health developments and review their basic medical knowledge. The placement was a positive experience for 91% of them.

Students' satisfaction and expectations before/after a rural GP placement are reported by a research team from Adelaide⁽⁶⁾. Pre-placement expectations were negative for half of them, especially around the themes of "dealing with emergency/trauma work" and "lack of support from supervisor", but also positive when it came to "establishing rural patients relationships", "rural lifestyle" and "working with specific rural supervisors". But at the end, 73% of the pre-placement negative expectations turned into post-placement positive experience, with some unexpected positive experiences being discussed.

Does it have an impact on students' intention to practise rurally?

Yes.

The John Flynn Placement Program (JFPP) is designed to help students have a positive rural experience. It was proven that the more JFPP-funded rural placements a student undertakes, the more they intend to practice in a rural setting⁽⁷⁾. The intention to work as a rural GP ranges from 9% after the first placement, to 20% after the fourth. 65% of the students undertaking four placements intend to work in a rural area.

The Rural Undergraduate Support and Co-ordination (RUSC) program had similar aims. Eley & Baker⁽⁸⁾ evaluated on a 11-point scale, ranging from -5 (no intention) to +5 (strong intention), the intention of students to pursue a rural career after 1 week of a rural medicine rotation. 65% of the students had an intention equal to or lower than 0. They also asked for the impact of the placement on their intention. They reach the conclusion that the 8-week experience was overall encouraging, as shown on Fig 2.

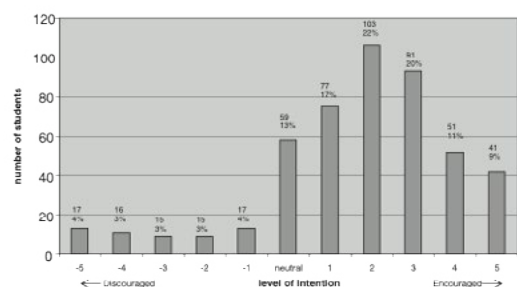


FIG. 2. Student responses to the question at Week 8 of the Rural Medicine Rotation. "How did the Rural Medicine Rotation alter your intention to pursue a career in rural or remote location?" n = 463. Missing data are due to student absences on the day and/or not completing all questions.

Does this intention turn into reality?

Yes.

Forster et al. found that "Additional years of Australian Rural Clinical School undergraduate training is associated with rural practice"⁽⁹⁾, as displayed on Figure 3.

The proportion of graduates with a remote or rural or regional workplace systematically increases with the length of stay at the

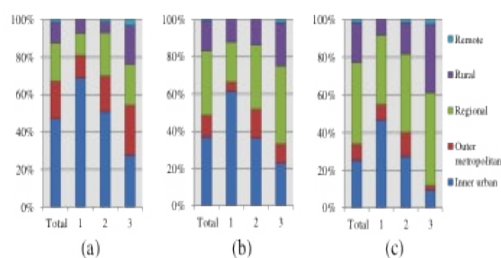


Figure 3 Percentage of graduates and who spent one, two and three years at the rural campuses and a) current workplace, b) preferred current workplace, and c) intended workplace. (Total bars depict combined proportions of 1–3 years).

rural campuses, and as the workplace went from 'current' to 'preferred' to 'intended'.

The influence of decentralised training on GP retention was studied in 2012 by Robinson & Slaney⁽¹⁰⁾. They conclude that

"The decentralised training model has had a positive influence on retention rates in rural practice in the Bogong region. (...) For Australian-born doctors, informed choice draws them to rural general practice, while for overseas-born doctors, chance is a major contributing factor that influences their decisions to locate in the region. This study supports the continued development of decentralised and rural specific training pathways for Australian doctors as an effective method for attracting and retaining doctors in rural Australia during and after general practice training."

Conclusion – What could be interesting to import in France?

Allowing French medical students to undertake placements in rural areas during their clinical studies is likely to increase their interest for rural medical careers, and modify their final choice of settling. It could be imagined on a longitudinal integrated basis, decentralised, coordinated regionally⁽¹¹⁾⁽¹²⁾, and helped by the Australian experience⁽¹³⁾ and advice⁽¹⁴⁾.

These are facilitating and incentive measures; they do not appear in Rogers et al. investigation of what would lead junior doctors to work in a rural location⁽¹⁵⁾:

"The most important reasons for choosing a practice location included consideration of partner, family and friends (35.3%), preference for a location (20.5%), lifestyle goals (19.5%) and career opportunities, specialty requirements and infrastructure (17.9%). [...] The factors that would entice a doctor to a rural location included partner and family considerations (27.0%), professional support (20.3%), and career opportunities, specialty requirements and infrastructure (16.3%) [...] Our findings support the continuation of policies that are known to encourage choice of rural practice, but highlight the need for additional strategies that consider the personal and professional needs of this generation of doctors"

Références

1. Thistlethwaite JE, Bartle E, Chong AAL, Dick M-L, King D, Mahoney S, et al. A review of longitudinal community and hospital placements in medical education: BEME Guide No. 26. *Med Teach*. 2013 Aug;35(8):e1340–1364.
2. Spencer RJ, Cardin AJ, Ranmuthugala G, Somers GT, Solarsh B. Influences on medical students' decisions to study at a rural clinical school. *Aust J Rural Health [Internet]*. 2008 Oct;16(5):262–8.
3. Birden HH, Wilson I. Rural placements are effective for teaching medicine in Australia: evaluation of a cohort of students studying in rural placements. *Rural Remote Health*. 2012;12:2167.
4. Hudson JN, Knight PJ, Weston KM. Patient perceptions of innovative longitudinal integrated clerkships based in regional, rural and remote primary care: a qualitative study. *Bmc Fam Pr*. 2012;13:72.
5. Shannon SJ, Walker-Jeffreys M, Newbury JW, Cayetano T, Brown K, Petkov J. Rural clinician opinion on being a preceptor. *Rural Remote Health*. 2006 Mar;6(1):490.
6. Elliott T, Bromley T, Chur-Hansen A, Laurence C. Expectations and experiences associated with rural GP placements. *Rural Remote Health*. 2009 Dec;9(4):1264.
7. Young L, Kent L, Walters L. The John Flynn Placement Program: evidence for repeated rural exposure for medical students. *Aust J Rural Health*. 2011 Jun;19(3):147–53.
8. Eley D, Baker P. The value of a rural medicine rotation on encouraging students toward a rural career: clear benefits from the RUSC program. *Teach Learn Med*. 2009 Jul;21(3):220–4.
9. Forster L, Assareh H, Watts LD, McLachlan CS. Additional years of Australian Rural Clinical School undergraduate training is associated with rural practice. *Bmc Med Educ [Internet]*. 2013 Mar 7 [cited 2013 Sep 2];13:37.
10. Robinson M, Slaney GM. Choice or chance! The influence of decentralised training on GP retention in the Bogong region of Victoria and New South Wales. *Rural Remote Health*. 2013;13:2231.
11. Lyle D, Morris J, Garne D, Jones D, Pitt M, Walker T, et al. Value adding through regional coordination of rural placements for all health disciplines: The Broken Hill experience. *Aust J Rural Health*. 2006 Dec;14(6):244–8.
12. Beaton N s., Nichols A, McLellan A, Cameron B, Sen Gupta T. Regionalisation of rural medical training in Far North Queensland: A learning experience for medical educators and managers. *Aust J Rural Health [Internet]*. 2001 Dec 2 [cited 2013 Sep 2];9:32–8.
13. Mak DB, Mifflin B. Living and working with the people of "the bush": a foundation for rural and remote clinical placements in undergraduate medical education. *Med Teach*. 2012;34(9):e603–610.
14. Page S, Birden H. Twelve tips on rural medical placements: what has worked to make them successful. *Med Teach*. 2008;30(6):592–6.
15. Rogers ME, Searle J, Creed PA. Why do junior doctors not want to work in a rural location, and what would induce them to do so? *Aust J Rural Health [Internet]*. 2010 Oct [cited 2013 Sep 2];18(5):181–6.

Les Associations

Implication de l'ACEMT dans la compréhension de la culture sourde.

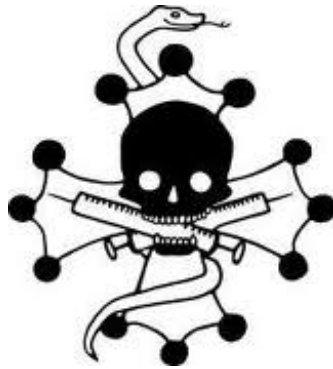
David Outh-Gauer. externe - ACEMT

Quelques prérequis :

La langue des signes française (LSF) est une langue gestuelle qui tend à assurer toutes les fonctions d'une langue orale, à travers des mouvements signés dans un espace restreint en trois dimensions. Pour exprimer une idée ou décrire un objet, la langue des signes utilise non seulement les mains mais aussi le haut du corps et le visage, par des mimiques appropriées, venant renforcer ou modifier l'expression des signes.

Généralement, ces signes représentent des notions complètes, pas seulement des mots individuels. Et contrairement à l'idée reçue, il n'est pas nécessaire d'avoir une surdité pour apprendre ou communiquer en langue des signes. De nombreux entendants (enfants de sourds, partenaires, ou interprètes et autres professionnels en contact avec des sourds) parviennent à développer un haut degré de bilinguisme.

Il faut bien distinguer la langue des signes dite naturelle, qui sert principalement aux personnes sourdes pour communiquer (par choix et/ou par nécessité), des langues des signes utilisées à d'autres fins : les langues des signes monastique pour les religieux ayant fait vœu de silence, celles employées dans les sports d'équipes, les signaux gestuels militaires pour coder des combinaisons d'actions et de déplacements, ou encore celles développées en public pour communiquer en secret...



Théoriquement, nous pourrions penser qu'il n'existe qu'une seule langue des signes naturelle universelle, *id est* un seul reflet de ce que l'on pourrait appeler « la pensée visuelle ». Mais il n'en est rien. Tout simplement car il n'existe pas de pensée universelle. S'il existe plusieurs manières de penser, il existe donc plusieurs moyens d'exprimer cette pensée. En effet, tout comme pour le langage oral, il existe autant de langues des signes que de communautés différentes de sourds, chaque langue des signes ayant son histoire, ses unités signifiantes et son lexique. C'est la vivacité d'une communauté de personne qui façonne la complexité d'une langue.

Stendhal disait à ce sujet que « le premier instrument du génie d'un peuple, c'est sa langue » !

De l'histoire, de la législation progressive et de l'acceptation sociétale

« Le problème du langage est dans le cerveau et non dans la mandibule. » André Leroi-Gourhan.

Depuis des millénaires, la communication par les signes souffre d'une image réductrice en comparaison du langage oral. En son temps déjà, Aristote affirme qu'une personne qui ne parle pas ne peut pas penser. Cette idée terrible selon laquelle la surdité et l'incapacité d'articuler correctement des mots seraient liées, de facto, à une forme de stupidité, a survécu très longtemps dans notre histoire. En conséquence de quoi les sourds sont longtemps restés isolés, dans l'incapacité d'enrichir leurs langues signées, se contentant d'une gestuelle simpliste ; ne disposant pas d'une langue élaborée, ils passaient parfois pour simples d'esprit. En témoigne la construction de l'expression « être sourdingue »...

Mais progressivement, la communauté sourde, exclue de la société entendante et oraliste, a commencé à revendiquer une identité commune, autour d'une histoire partagée, permettant l'émergence d'une réelle « culture sourde ».

Ainsi, pour comprendre la place qu'occupe aujourd'hui la Langue des Signes Française (LSF) dans notre pays, il nous est nécessaire de remonter le temps de quelques siècles :

1760 : L'Abbé de l'Épée est sans doute la figure historique la plus connue de la population sourde. Cet entendant est à l'origine de l'enseignement spécialisé dispensé aux jeunes sourds, ainsi que de l'accès à des méthodes gestuelles pour mener à bien cette éducation. Il crée, à Paris, en 1760, à l'intention des enfants sourds, la

première école au monde utilisant la langue des signes qui amènera les élèves sourds à un niveau élevé d'éducation.

1880 : un congrès international se réunit à Milan pour décider quelle méthode, de la langue des signes ou de l'oralisme, était la plus adaptée à l'éducation des sourds. En interdisant l'utilisation de la langue des signes dans la majorité des pays participants, la décision du congrès plonge la communauté sourde dans l'échec scolaire.

1970 : La communauté sourde française commence à revendiquer son identité linguistique et culturelle.

1977 : le Ministère de la Santé abroge l'interdit qui pèse sur la langue des signes

1991 : la loi Fabius favorise le choix d'une éducation bilingue pour les sourds : LSF et le français écrit et oral.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

cette loi est le point d'orgue d'un processus de reconnaissance progressive. Avec l'article 75 du code de l'éducation, la LSF est reconnue à part entière dans le domaine de l'enseignement. Cette loi a offert un nouveau cadre législatif, avec entre autres : le droit à l'éducation et à un parcours scolaire adapté pour les jeunes sourds, l'accessibilité pour tous aux supports audio-visuels (sous-titres...), l'aménagement des épreuves sanctionnant le permis de conduire et le droit à la libre circulation pour les personnes sourdes ou malentendantes, la mise à disposition d'aides techniques devant les juridictions administratives, civiles et pénales...

Actuellement, il existe une centaine de langues des signes à travers le monde, mais seulement une vingtaine a obtenu une reconnaissance légale. Le terme « Gestuno » est utilisé pour définir la langue des signes dite « internationale », principalement utilisée lors de conférences internationales de sourds et lors de grands rassemblements sportifs comme les Jeux Olympiques des sourds. Mais malgré ces évolutions, la culture sourde reste encore marginalisée et souffre d'une certaine méconnaissance de la part de la société entendante. De la même manière, les relations sociales des sourds avec les étendants demeurent encore compliquées : aux problèmes de communication qui peuvent impacter le cadre familial viennent se rajouter les difficultés de la sphère professionnelle (relations avec les collègues, capacité de répondre au téléphone, d'intervenir en visioconférence...). Pendant longtemps, la société a fait l'erreur de considérer la surdité comme une maladie qu'il fal-



lait soigner, sans tenter de comprendre cette communauté, cette identité sourde. Ainsi, certains pays ont préféré à l'approche curative de la surdité des projets recherchant avant tout l'épanouissement des personnes sourdes en favorisant leur accès aux lieux publics. C'est le cas aux Etats-Unis où, dans certaines universités, les autorités ont banalisé la présence systématique d'un interprète dans les amphithéâtres.

Epidémiologie et Santé Publique

Un enfant sur 1 000 naît chaque année en France avec une déficience auditive ou est dépisté en tant que tel avant l'âge de deux ans, soit 700 enfants par an. On estime par ailleurs à 6,6 % de la population (soit 4,09 millions de personnes) le nombre de Français souffrant d'un déficit auditif, dont 88 % sont devenus sourds ou malentendants au cours de leur vie. Et si 4 millions de nos concitoyens souffrent d'une déficience auditive, ce sont également 60 millions de français qui éprouvent des difficultés à communiquer avec eux.

(Chiffres tirés du rapport du plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes 2010-2012) <http://bit.ly/1cCD1mF>.

Face à ces chiffres de 2010, l'HAS a tiré la sonnette d'alarme et a proposé des recommandations à travers une réelle politique de santé adaptée aux personnes sourdes, dès l'enfance, avec le développement des cours de LSF, l'accompagnement et le suivi des familles, la prévention des troubles psychiques et relationnels, l'aide à la communication entre malentendants et bien-entendants, mettant la langue des signes au cœur de cette politique.

Il faut bien nous rendre compte des conséquences de la méconnaissance par le monde médical des besoins spécifiques des personnes sourdes et malentendantes. En témoignent les résultats des premières campagnes de prévention contre le Sida qui n'ont eu que trop peu d'impact chez les sourds. Aux vues des difficultés de communications entre les malades et les professionnels de santé, certains patients affectés ne comprenaient pas le mode de transmission du virus, et associaient même le Sida à un concept positif, étant donné que la représentation du virus est la même que le signe désignant le soleil !

Aussi, nombres de sourds atteints par le virus ne se rendaient pas dans les centres de dépistages, aux vues du trop faible effectif de médecins signeurs...

Se posait également le problème du respect de l'anonymat, dans les cas où le malade devait être accompagné d'un membre de son entourage, unique intermédiaires capable de lui traduire les concepts physiopathologiques de son affection.

Enfin, certains sourds pensaient que « séropositif » signifiait « être sain ».

Le rôle des étudiants face à ce constat

Aujourd'hui en France, les étudiants veulent être des acteurs à part entière de cette politique initiée par les institutions. Sous l'impulsion de l'ANEMF (l'association nationale des étudiants en médecine de France), la plupart des associations d'étudiants en médecine montent des projets autour de la langue des signes. Et c'est le cas à Toulouse, où l'ACEMT, depuis des années, propose des cours de LSF pour sensibiliser les étudiants, futurs professionnels de santé, à cette identité sourde trop peu connue.

L'année dernière, et pour seulement 20euros (le financement ne devant pas être un frein à leur motivation), sous un format de deux heures hebdomadaires de cours assurés par un professeur diplômé, une vingtaine d'étudiants a pu s'initier à cette langue gestuelle et a pu valider le premier niveau de LSF.

Cette année, les Vice Présidents Etudes Médicales Claire Chaux (DFGSM3 Rangueil) et Guillaume Arnaud (DFSGM3 Purpan) veulent maintenir le projet, et même l'étendre, en proposant aux étudiants le même format de cours, mais avec la création d'un nouveau groupe de niveau avancé. Seulement, pour garantir un prix aussi bas et permettre à n'importe quel étudiant de participer à ces cours, les financements (subventions de partenaires) se font rares. Espérons qu'ils pourront à nouveau réitérer l'inoubliable aventure des années précédentes !

En parallèle de leur initiatives, l'association des étudiants en médecine de Toulouse, à travers son Vice Président Partenariat Benjamin Naccache (DFGSM3 Rangueil), a obtenu des réductions de prix pour les étudiants avec la programmation du Théâtre du Grand Rond, qui proposera en début d'année 2014, une « version LSF » des Amours inutiles de Guy de Maupassant, espérant créer ainsi une dynamique globale et cohérente autour de ce projet de Langue des Signes Française.

Références

1. <http://bit.ly/1hHe7QN>
2. <http://bit.ly/1cCD1mF>.
3. <http://bit.ly/1cCEiKx>
4. <http://bit.ly/1cCEmtQ>
5. <http://bit.ly/1cCEyZW>
6. <http://bit.ly/1cCEBVT>
7. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées