

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉS DE MEDECINE

Année 2017

2017 TOU3 1139

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 19 Octobre 2017

par

Marie GIRARD

BILAN BIOLOGIQUE DE DEPISTAGE CHEZ L'ADULTE ASYMPTOMATIQUE EN MEDECINE GENERALE : QUE RECHERCHER ?

**Revue de recommandations pour la pratique clinique
et proposition d'un guide d'aide à la prescription**

Directeur de thèse : Dr Aude LAGARRIGUE

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Monsieur le Professeur André STILLMUNKES

Assesseur

Monsieur le Docteur Yves ABITTEBOUL

Assesseur

Madame le Docteur Aude LAGARRIGUE

Assesseur

Monsieur le Docteur Louis GOUBIN

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Estienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAL Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELSLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Moyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUMBAUD Rosina	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicola	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Eric (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOW HAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr. STILLMUNKE André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr. WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol-André	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annalisa	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Daniella	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anna	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONCIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Professeur des Universités,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Je suis sensible à l'attention que vous portez à ce travail.

Recevez l'expression de ma profonde gratitude.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur André STILLMUNKES,

Professeur Associé de Médecine Générale,

Vous me faites l'honneur du juger ce travail. Soyez-en remercié.

Monsieur le Docteur Yves ABITTEBOUL,

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale,

Mes années d'exercice dans le Lot à tes côtés ont été des plus formatrices.

Je te remercie de me faire l'honneur de juger ce travail.

Madame le Docteur Aude LAGARRIGUE,

Praticien Hospitalier,

Mon passage en tant qu'interne au sein de l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale a été extrêmement enrichissant, tant sur le plan intellectuel qu'humain.

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail. Ta vision synthétique et rationnelle du sujet m'a permis d'approfondir ma problématique première.

Monsieur le Docteur Louis GOUBIN,

Tu me fais l'honneur de siéger dans le jury de cette thèse et je t'en remercie sincèrement.

Mes remerciements également pour ton soutien, tes encouragements et tes conseils toujours précieux durant toutes ces années et ces dernières semaines tout particulièrement.

Aux Professeurs de médecine qui ont su me faire partager leur savoir.

Soyez-en remerciés.

Aux maîtres de stage qui m'ont fait partager leur passion et leurs connaissances.

Et tout particulièrement :

A Madame le Docteur Cécile Ceccomarini. Ce fut une joie de travailler avec toi, la naissance d'un véritable attrait pour la pédiatrie et la prise de conscience de l'importance de la prévention et plus particulièrement du dépistage dans notre pratique.

A Madame le Docteur Magali Roussilhe. Tes conseils m'accompagnent toujours aujourd'hui.

A Monsieur le Docteur Stéphane Rudzinski, tu as su guider avec bienveillance mes premiers pas en cabinet et je t'en remercie.

A Monsieur le Docteur Philippe Salson ; j'ai beaucoup appris à tes côtés.

A l'équipe médicale et paramédicale des urgences de l'hôpital Joseph Ducuing,

A l'équipe médicale et paramédicale de l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale de Ranguel.

Aux médecins que je remplace, qui me confient leurs patients. Et tout particulièrement au cabinet médical de Flourens.

A ma famille,

A mes parents,

Je vous remercie pour votre soutien de tous les instants, votre patience infinie et le goût de ce métier que vous avez su me transmettre.

Maman, merci pour les séances de révisions acharnées, la tambouille, ton pragmatisme sans faille et toutes les petites attentions réconfortantes dont toi seule a le secret.

Papa, merci pour nos moments de divertissement et de fou rire, tes conseils toujours avisés, la rigueur de ton raisonnement et nos gardes mémorables.

A mon frère,

Pour ces studieuses années de complicité, du RU à la BU... merci.

Ta présence, tes encouragements, ton humour et ton esprit fin ont été un véritable appui.

A ma tante Valou,

Tes encouragements permanents à distance ont été un réel réconfort. Je t'en remercie sincèrement.

A mon Grand-Père,

Merci pour tout ce que tu m'as transmis.

J'espère en être digne et que tu pourras être fier de moi.

A tous ceux qui sont là, à tous ceux qui ont été là.... MERCI.

A Bruno,

Merci d'être là,

Merci d'être toi.

“A shteyn kon vaksn, vaksn on regn,

Libe kon brenen, un nit oyfhern,

A harts kon benken, veynen on trern.”

A mes amis,

A Emeline,

Un merci pour tout : notre amitié immémoriale, nos enquêtes anthologiques, nos séances de cuisine et de bricolage, nos découvertes improbables de vide-greniers, nos excursions champêtres et nos virées citadines ...

Je suis fière d'être ton amie.

Vive la Creuse !

A Audrey, Claire et Emilie : *ces années d'études ont été une belle aventure grâce à vous. Merci. Les sous-colles et le thé au fruit rouge resteront indissociables !*

A Elise, Hadrien, Hélène et tous mes autres co-internes et co-externes.

A Valentine et Miguel : *vous êtes pour moi des modèles de motivation et de courage. Merci pour votre amitié.*

A Louis, *encore, en tant qu'ami cette fois. Merci pour ces plus-de-dix-ans d'amitié. L'aide de « Ma Vie, mon Œuvre » se doit d'être saluée également.*

A Jean,

A Delphine,

A Firouz, *thanks a lot!*

A la famille Ceccomarini : *un merci sans borne pour votre immense hospitalité et votre gentillesse tout aussi immense.*

La vie dans le Lot a été douce, et vous y avez grandement contribué.

A tous les relecteurs de ce travail, petites fourmis à lunettes : *mille mercis.*

A tous : *nous allons nous rattraper !*

*« Ce que l'on cherche, on peut le trouver;
ce que l'on néglige nous échappe. »*

Sophocle

TABLE DE MATIERES

I) INTRODUCTION	1
II) MATERIEL ET METHODES	3
A) CRITERES D'INCLUSION	3
1) Types de documents	3
2) Population concernée	3
3) Types d'examens biologiques.....	3
B) METHODE DE RECHERCHE	4
1) Sources des données – période de recherche	4
2) Equation de recherche.....	4
C) METHODE DE LECTURE ET D'ANALYSE	5
1) Méthode de sélection des RPC.....	5
2) Données recherchées et processus de recueil des données	5
3) Exploitation des données	5
4) Synthèse des données	6
III) RESULTATS.....	7
A) PRESENTATION DES RPC INCLUSES ET RECUEIL DES DONNEES	7
B) DETERMINATION DU STATUT DE DEPISTAGE	7
C) MODALITES DE DEPISTAGE	9
IV) DISCUSSION.....	17
A) PROPOSITION D'UN GUIDE D'AIDE A LA PRESCRIPTION	17
1) Rationalisation des données.....	17
a) Cas général.....	17
b) Pathologies faisant l'objet d'un dépistage organisé.....	17
c) Diabète de type II, dyslipidémie et maladie rénale chronique.....	18
d) Infections sexuellement transmissibles	19

e) Cancer de la prostate	20
f) Maladie cœliaque	21
g) Hémoglobinopathies	21
2) Guide d'aide à la prescription	21
B) DISCUSSION SUR LE MATERIEL ET LA METHODE	30
1) Extrapolation des RPC étrangères	30
2) Aspect qualitatif	30
C) DISCUSSION SUR LES RESULTATS	31
V) CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE	35
LISTE DES ABREVIATIONS	63
ANNEXE 1 : Recommandations pour la pratique clinique incluses	65
ANNEXE 2 : Synthèse des modalités de dépistage des pathologies classées « à dépister »	93
ANNEXE 3 : Score EPICES	107
ANNEXE 4 : « Le dépistage du cancer de la prostate – S'informer avant de décider »	108
SERMENT D'HIPPOCRATE	112

I) INTRODUCTION

En France, la protection de la santé est un droit fondamental, inscrit dans la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1).

Le dépistage, acte de prévention secondaire, est un des piliers de la protection de la santé. Il a été défini en 1970 par l'OMS comme consistant à « identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque là inaperçue. Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes » (2).

Les attentes des patients en terme de prévention sont importantes, comme l'ont souligné les Etats généraux de la santé (3) et les actes de prévention représentent une part conséquente des consultations ambulatoires (4).

Le médecin généraliste est au cœur de ce système. De par sa proximité, son accessibilité, son mode de prise en charge globale et continue du patient, le généraliste est idéalement placé pour assurer une activité de dépistage au sein de sa patientèle. Cette mission est d'ailleurs rappelée dans plusieurs textes.

La convention médicale de 2016 entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux (5) ainsi que la loi Hôpital Patient Santé Territoire (6) mentionnent l'importance des actions de dépistage menées par le médecin généraliste, médecin traitant et soignant de premier recours qui « assure la prévention, le dépistage [...] des maladies ainsi que l'éducation pour la santé de ses patients ».

D'autre part, la pratique d'une activité de prévention ainsi que la connaissance des recommandations en la matière est une compétence mentionnée dans le référentiel métier du médecin généraliste (7) et dans la définition par l'organisation WONCA de la médecine générale (8). Ce rôle est cher aux généralistes et le baromètre santé médecin de l'INPES rapporte que 95.7% des médecins généralistes interrogés estiment que la prévention est une attribution qui leur incombe (9).

Il importe de souligner que préalablement à toute prescription de test de dépistage, le médecin se doit d'en peser le rapport bénéfice/risque, qui résulte de multiples facteurs : valeurs intrinsèques du test, caractéristiques de la population sur laquelle le test est réalisé, risques liés au dépistage, aux investigations et traitements futurs le cas échéant, coût financier...

Devant les nombreux paramètres à prendre en compte et la somme des données scientifiques disponibles, les recommandations pour la pratique clinique (RPC) sont dans ce cas un outil d'aide à la prise de décision. En faisant la synthèse rigoureuse systématique des connaissances à un instant donné sur un sujet, elles permettent de dégager « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données » (10) afin d'assurer la qualité des soins.

Cependant, le Haut Conseil de santé publique a déploré en 2009 la dispersion dans divers référentiels des RPC françaises relatives à la prévention (11).

Par ailleurs, les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs d'actes de biologie en médecine ambulatoire (12) (13) et les analyses de biologie à visée préventive représentaient 15% de la dépense globale de prévention en 2014 (14).

Nous avons donc souhaité regrouper et synthétiser les recommandations pour la pratique clinique actuelles concernant le dépistage, en nous focalisant sur l'aspect biologique puisque demande est souvent faite au généraliste de « prise de sang complète » ou de « bilan complet ».

Notre objectif principal est de déterminer pour quelles pathologies et selon quelles modalités il est recommandé de proposer un dépistage biologique à l'adulte a priori en bonne santé, dans le cadre d'une consultation de médecine générale libérale.

Notre objectif secondaire est de proposer un guide d'aide à la prescription des examens biologiques de dépistage à destination du médecin généraliste.

II) MATERIEL ET METHODES

Nous avons réalisé une revue de littérature.

A) CRITERES D'INCLUSION

1) Types de documents

Nous avons sélectionné des recommandations pour la pratique clinique (RPC), c'est à dire tout document créé « par un processus rigoureux, systématique et formel tenant compte des recherches publiées et des consensus d'opinions, produisant ainsi des recommandations objectives » (15).

Les RPC devaient aborder le dépistage biologique de pathologies référencées dans la Classification internationale des maladies (10^{ème} version).

Le fait que la recommandation soit en faveur ou en défaveur du dépistage ne rentrait pas en ligne de compte

2) Population concernée

Les RPC devaient concerner des adultes de 18 à 64 ans inclus, sans antécédent clinique ou biologique et asymptomatiques, c'est-à-dire sans plainte fonctionnelle à l'interrogatoire et à l'examen clinique sans particularité.

La population des femmes enceintes était exclue.

3) Types d'examens biologiques

Les examens biologiques de dépistage de la pathologie cités par les RPC devaient être inscrits à la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) en vigueur sur la période de recherche (Version 43 de la table nationale de codage de biologie).

Ils devaient pouvoir être prescrits par un médecin généraliste exerçant en libéral en France.

Les examens des caractéristiques génétiques étaient exclus car nous avons considéré peu probable qu'un médecin généraliste libéral réponde à l'ensemble des conditions légalement requises par l'article R1131-5 du Code de la santé publique (16).

B) METHODE DE RECHERCHE

1) Sources des données – période de recherche

Nous avons interrogé les bases de données électroniques suivantes :

- Haute autorité de santé (HAS), sections «recommandations de bonnes pratiques» et «recommandations en santé publique»
- Cismef Bonnes Pratiques (Cismef B.P.)
- Bibliothèque Iris de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)
- Bibliothèque du National guideline clearinghouse (NGC), émanant du ministère de la santé américain, recensant les RPC de sociétés savantes médicales, d'organismes de soins de santé et d'agences gouvernementales, en langue anglaise et répondant à des critères méthodologiques stricts.
- Bibliothèque du Guideline international network (GIN), section « guideline », répertoriant les RPC d'organismes inclus dans le réseau international GIN. Le réseau compte plus d'une centaine d'organismes œuvrant pour le développement des RPC en santé, répartis dans une trentaine de pays.

Les RPC étaient rédigées en anglais ou en français.

Nous avons inclus les RPC publiées à partir du premier janvier 2007.

Nous avons effectué ces recherches du 11 septembre 2016 au 02 janvier 2017.

2) Equation de recherche

Nous avons interrogé les sources précitées avec les mots clefs suivants :

- Pour les bases de données francophones : dépistage, prévention, bilan biologique, checkup, examen médical périodique, facteurs de risque.

- Pour les bases de données anglophones : screening, prevention, blood test, checkup, periodic examination, risk factors.

Plusieurs équations de recherche ont été utilisées, jusqu'à saturation des résultats.

C) METHODE DE LECTURE ET D'ANALYSE

1) Méthode de sélection des RPC

Nous avons effectué une lecture du titre et du résumé des RPC, afin d'exclure celles qui ne répondaient pas aux critères de sélection. Puis une lecture complète des recommandations ainsi sélectionnées a permis d'inclure les RPC répondant à l'ensemble des critères. Quand un résumé n'était pas disponible, la RPC a été lue intégralement puis incluse si elle répondait à l'ensemble des critères de sélection.

Les RPC incluses ont été regroupées par pathologies.

2) Données recherchées et processus de recueil des données

Chaque RPC a été lue et analysée afin de pouvoir répondre aux questions suivantes :

- *Que dépister* : quelle pathologie potentiellement dépistable ?
- *Comment dépister* : avec quel examen biologique ?
- *Qui dépister* : y a-t'il une indication au dépistage et qui dépister dans notre population ?
- *Quand dépister* : à quelle fréquence ?

3) Exploitation des données

Nous avons calculé pour chaque pathologie la proportion de RPC en faveur, en défaveur et ne statuant ni en faveur ni en défaveur du dépistage (ne se prononçant pas).

Quand une RPC émettait pour une même pathologie deux statuts de recommandation différents en fonction de l'examen biologique à utiliser ou des critères de la population à dépister, l'attitude suivante était adoptée :

- Si le dépistage était recommandé dans une partie des cas, et non recommandé ou non statué dans les autres cas : RPC classée en faveur du dépistage, afin de ne pas perdre de données en faveur d'une indication au dépistage d'une pathologie.

- Si le dépistage était non recommandé pour une partie des cas et non statué pour les autres cas :
RPC classée ne statuant pas.

Ainsi, nous avons attribué un statut à chaque pathologie :

- « A dépister » si la moitié au moins des RPC était en faveur du dépistage ($>$ ou $=$ 50 %).
- « A ne pas dépister » si la moitié au moins des RPC était en défaveur du dépistage ($>$ ou $=$ 50%).
- « Indéterminé » si plus de la majorité des RPC ne statuait pas ($>$ 50 %), ou si la moitié des RPC était en faveur du dépistage (50%) et l'autre moitié en défaveur (50%).

4) Synthèse des données

Pour chaque pathologie de statut « à dépister », nous avons synthétisé les modalités préconisées par les RPC en faveur du dépistage dans un tableau récapitulatif :

- Tous les examens biologiques proposés.
- Les indications au dépistage citées, triées par situations clinique et facteurs de risque. Concernant l'âge, nous avons fait la moyenne arithmétique des âges de début ou de fin de dépistage proposés, quand plusieurs étaient cités. Pour les autres critères, nous avons relevé au plus large les indications.
- La fréquence de dépistage, en relevant la fréquence la plus faible et la plus élevée.

III) RESULTATS

A) PRESENTATION DES RPC INCLUSES ET RECUEIL DES DONNEES

L'équation de recherche a permis d'inclure 151 RPC.

Les RPC provenaient de 12 pays (France, Belgique, Luxembourg, Suisse, Royaume-Uni, Espagne, Singapour, Arabie Saoudite, Finlande, USA, Canada, Australie) et 9 RPC étaient internationales, dont 5 issues de l'OMS. La majorité des RPC était nord-américaine (USA et Canada). 31 RPC étaient françaises et concernaient le dépistage de 22 pathologies.

La liste des RPC incluses est présentée en Annexe 1. Elles sont relatives au dépistage de 42 pathologies. Certaines RPC concernaient le dépistage de plusieurs pathologies. Les données détaillées recueillies lors de la lecture de chaque RPC sont disponibles sur demande auprès de l'auteur ou en ligne (17).

B) DETERMINATION DU STATUT DE DEPISTAGE

Au total, 28 pathologies étaient de statut « à dépister », 14 de statut « à ne pas dépister » et aucune de statut « indéterminé ».

Le tableau 1 expose le statut attribué à chaque pathologie. Les pathologies « à dépister » sont présentées grisées.

Tableau 1 : *statuts de dépistage*

Pathologie	Nombre total de recommandations incluses	Recommandations en faveur du dépistage (%)	Recommandations en défaveur du dépistage (%)	Recommandation ne statuant pas (%)	Statut attribué à la pathologie
Diabète de type II	28	27 (96.4)	0 (0)	1 (3.6)	A dépister
Diabète de type I	2	0 (0)	1 (50)	1 (50)	A ne pas dépister
Dyslipidémie	27	26 (96.3)	0 (0)	1 (3.7)	A dépister
Athérosclérose	11	3 (27.2)	7 (63.6)	1 (9.2)	A ne pas dépister
Maladie rénale chronique	15	9 (60)	5 (33.3)	1 (6.7)	A dépister
Insuffisance cardiaque	1	0 (0)	1 (100)	0 (0)	A ne pas dépister
Trichomonas vaginalis	4	3 (75)	0 (0)	1 (25)	A dépister
Hépatite C	16	16 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Hépatite B	17	17 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Hépatite A	4	4 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
VIH	15	15 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
HSV	1	0 (0)	1 (100)	0 (0)	A ne pas dépister
Syphilis	8	8 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Neisseria gonorrhoeae	7	7 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Chlamydia trachomatis	9	9 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Rubéole	3	3 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Toxoplasmose	1	1 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Varicelle	2	2 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Bactériurie	2	0 (0)	2 (100)	0 (0)	A ne pas dépister
Cancer du col utérin	17	17 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Cancer de l'ovaire	5	0 (0)	5 (100)	0 (0)	A ne pas dépister
Cancer colorectal	10	10 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Cancer du pancréas	1	0 (0)	1 (100)	0 (0)	A ne pas dépister

Cancer de la prostate	16	10 (62.5)	6 (37.5)	0 (0)	A dépister
Cancer de la vessie	2	1 (50)	0 (0)	1 (50)	A dépister
Helicobacter pylori	4	4 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Cirrhose	1	1 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Hémopathies lymphoïdes	2	0 (0)	2 (100)	0 (0)	Ne pas dépister
Pancréatite	1	0 (0)	1 (100)	0 (0)	A ne pas dépister
Maladie cœliaque	3	3 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Hémochromatose	1	1 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Hémoglobinopathies	1	1 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Hémophilie	1	1 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Trouble de la coagulation à risque de maladie thromboembolique veineuse (MTEV)	1	1 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Phéochromocytome - paragangliome	1	1 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Ostéoporose	3	0 (0)	3 (100)	0 (0)	A ne pas dépister
Déficit en vitamine D	6	1 (16.7)	4 (66.6)	1 (16.7)	A ne pas dépister
Déficit en vitamine B12	2	2 (100)	0 (0)	0 (0)	A dépister
Déficit en vitamine B9	1	0 (0)	1 (100)	0 (0)	A ne pas dépister
Hypoandrogénisme masculin	1	0 (0)	1 (100)	0 (0)	A ne pas dépister
Dysthyroïdie	5	3 (60)	1 (20)	1 (20)	A dépister
Iso-immunisation	1	0 (0)	1 (100)	0 (0)	A ne pas dépister

C) MODALITES DE DEPISTAGE

Nous avons résumé dans le tableau 2 les modalités de dépistage préconisées par les RPC pour chaque pathologie de statut « à dépister », avec les âges moyens arrondis à l'année.

L'annexe 2 présente l'intégralité de ces modalités.

Tableau 2 : modalités de dépistage

Pathologie	Comment dépister ? Examens biologiques cités	Qui dépister ? Facteurs de risque et situations retrouvés	A quelle fréquence dépister ?
Diabète de type II	<ul style="list-style-type: none"> - Glycémie veineuse à jeun - Glycémie non à jeun - HbA1c - HGPO 	<p>AGE : homme à partir de 38 ans, femme à partir de 39 ans</p> <p>FAMILLE : diabète ou maladie cardiovasculaire (MCV) précoce, dyslipidémie, macrosomie, ou enfant présentant une HTA ou une obésité</p> <p>MODE DE VIE : sédentarité, risque psycho-social ou consommation insuffisante de fruits et légumes</p> <p>TOXIQUES : tabac, alcool</p> <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE : origine à risque</p>	<p>Tous les 6 mois-12 mois à tous les 4-6 ans en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du risque cardiovasculaire global - des résultats du bilan glycémique - de la survenue d'un nouvel événement cardiovasculaire familial
Dyslipidémie	<p>Bilan lipidique sur dosage plasmatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cholesterol total, - HDL - cholestérol, - LDL - cholestérol, - Triglycérides, - Non - HDL -cholestérol - Rapport CT/HDL 	<p>AGE : homme à partir de 37 ans, femme à partir de 41 ans</p> <p>FAMILLE : MCV précoce, dyslipidémie, enfant présentant une HTA ou une obésité</p> <p>MODE DE VIE : consommation insuffisante de fruits et légumes, sédentarité ou risque psycho-social</p> <p>TOXIQUES : tabac, alcool</p> <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE : origine à risque</p>	<p>Tous les 6 mois à 10 ans en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du risque cardiovasculaire global - des résultats du bilan lipidique - de la survenue d'un nouvel événement cardiovasculaire familial
Maladie rénale chronique	<ul style="list-style-type: none"> - Créatininémie et estimation du DFG (DFG) par la formule MDRD ou CKD-EPI. - Seule ou associée au rapport albuminurie /créatininurie -Microalbuminurie 	<p>AGE : homme à partir de 40 ans, femme à partir de 45 ans</p> <p>TOXIQUES : tabac</p> <p>MODE DE VIE : consommation insuffisante de fruits et légumes, sédentarité ou stress psychosocial</p> <p>ORIGINE/MOBILITE GEOGRAPHIQUE : origine à risque</p> <p>FAMILLE : maladie rénale terminale ou héréditaire, MCV précoce ou dyslipidémie</p>	<p>Tous les ans à tous les 5 ans en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du risque cardiovasculaire global - de l'évolution des facteurs de risque personnels - de l'évolution des facteurs de risque notamment familiaux

VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie de dépistage - Recherche d'ARN du VIH 	<p>POPULATION GENERALE : si absence de dépistage antérieur Ou si indication au dépistage du VHC ou du VHB.</p> <p>SEXUALITE : multipartenariat, HSH, transgenre, échange de rapport sexuel contre de la drogue, partenaire porteur d'une IST, rapport sexuel non protégé, rapport sexuel à risque ou demande de dépistage des IST.</p> <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE : originaire d'une zone de forte prévalence</p> <p>PROFESSION : travail du sexe</p> <p>TOXIQUES : usager de drogue injectable (UDI) et leurs partenaires de consommation</p> <p>COUPLE EN AGE DE PROCREER : femme, conjoint et futur père au 4^{ème} mois de grossesse</p>	<p>Ponctuellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 fois en population générale si pas de notion de dépistage antérieur - chez le futur père durant le 4ème mois de grossesse - à chaque changement de partenaire <p>Si exposition supposée : dépistage dès la première consultation, à répéter 6 semaines après l'exposition supposée</p> <p>Si <u>facteur de risque</u>, proposer régulièrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 fois par an : HSH, UDI, multipartenariat du patient ou de son partenaire, originaire de zone à forte prévalence, travailleur du sexe, partenaire porteur du VIH, situation de précarité, partenaires sexuels et de consommation des UDI, patients de moins de 30 ans sexuellement actifs ou patient pratiquant l'échange de rapport sexuel contre de la drogue - Tous les 3 à 6 mois si exposition continue, ou si HSH à risque - Tous les 3 à 5 ans sans fréquence précise dans les autres cas
Trichomonas vaginalis	<p>Prélèvement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - urinaire chez l'homme - urétral chez l'homme - vaginal chez la femme 	<p>SEXUALITE : partenaire porteur, femme ayant plusieurs partenaires sexuels ou un nouveau partenaire</p> <p>PROFESSION : femme prostituée</p> <p>TOXIQUES : utilisatrice de drogue injectable</p>	<p>Ponctuellement si partenaire infecté</p> <p>Précision non retrouvée dans les autres cas</p>

Hépatite C	Sérologie : anticorps totaux anti-VHC	<p>POPULATION GENERALE : si absence de dépistage antérieur Ou si indication au dépistage du VIH ou du VHB.</p> <p>SEXUALITE : partenaire atteint d'une IST, HSH ou rapport sexuel non protégé à risque.</p> <p>EXPOSITION AU SANG : soins médicaux avant 1992 ou effraction cutanée en l'absence de matériel stérile ou personnel</p> <p>TOXIQUES : drogue par voie intraveineuse ou nasale, alcool</p> <p>FAMILLE : hépatite C chronique</p> <p>MODE DE VIE : sans domicile ou ayant été incarcéré</p> <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE : séjour en zone d'endémicité</p> <p>COUPLE EN AGE DE PROCREER : femme en âge de procréer à risque et/ou conjoint à risque</p> <p>PROFESSION : professionnel de santé à risque ; travailleur du sexe</p>	<p>Une fois si l'exposition au risque a cessé</p> <p>1 fois par an chez les utilisateurs de drogue, ou si une autre exposition au risque persiste</p> <p>1 fois par an minimum si HSH</p> <p>En cas de possibilité d'infection récente : répéter le dépistage 3 mois après</p>
Hépatite A	Sérologie complète VHA : IgM et IgG	<p>SEXUALITE : HSH, transgenres</p> <p>TOXIQUES : drogue intraveineuse</p> <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE : originaire de zone de forte endémicité</p>	<p>Une seule sérologie puis vaccination en suivant si appartenance à un groupe à risque à indication vaccinale.</p> <p>Si pas de vaccination ni d'immunisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 fois par an chez les HSH - Tous les 3 à 6 mois chez les HSH à risque

Hépatite B	<p>Sérologie : Anticorps anti-HBc (Ac anti-HBc), anticorps anti-HBs (Ac anti-HBs) et antigène HBs (Ag HBs)</p>	<p>POPULATION GENERALE : si absence de dépistage antérieur chez patient non immunisé ou si indication au dépistage du VIH ou du VHC.</p> <p>SEXUALITE : patient demandeur d'un dépistage des IST, HSH, transgenre, rapport sexuel à risque, partenaire porteur d'une IST ou partenaire occasionnel.</p> <p>EXPOSITION AU SANG : tatouage, piercing</p> <p>TOXIQUES : drogue par voie intraveineuse ou nasale, alcool</p> <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE : séjour en zone d'endémicité</p> <p>FAMILLE : proche porteur chronique de l'Ag HbS</p> <p>MODE DE VIE : séjour en institution sociale</p> <p>PROFESSION : profession à risque, travail du sexe</p> <p>COUPLE EN AGE DE PROCREER : femme à risque</p>	<p>Une seule sérologie puis vaccination en suivant si appartenance à un groupe à risque à indication vaccinale</p> <p>Si pas de vaccination ni d'immunisation</p> <p>- 1 fois par an chez les patients sexuellement actifs jusqu'à 29 ans et les HSH</p> <p>- tous les 3 à 6 mois chez les HSH à risque</p> <p>- pas de précision retrouvée dans les autres cas</p>
Syphilis	<p>Sérologie de dépistage</p>	<p>AGE : sexuellement actif jusqu'à 29 ans</p> <p>SEXUALITE : demandeur d'un dépistage des IST, HSH, pratiquant l'échange de rapport sexuel contre de la drogue, rapports à risque, partenaire porteur d'une IST ou multipartenariat</p> <p>COUPLE EN AGE DE PROCREER : femme et/ou son conjoint</p> <p>PROFESSION : travail du sexe</p> <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE : originaire de zones d'endémie</p> <p>MODE DE VIE : patient ayant été incarcéré</p>	<p>Une fois si prise de risque ponctuelle</p> <p>Tous les 3 à 6 mois : HSH</p> <p>Tous les ans : tant qu'un risque persiste dans les autres cas, ainsi que chez les patients transgenres</p>

Gonocoque	<p>Examen direct et culture sur prélèvement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - urétral : hommes et femmes - pharyngé si rapport oral réceptif : hommes et femmes - anal si rapport anal réceptif : hommes et femmes - vaginal : femmes (autoprélèvement possible) - endocervical : femmes <p>Culture sur premier jet urinaire : possible mais difficile</p>	<p>SEXE : femme sexuellement active jusqu'à 25 ans</p> <p>SEXUALITE : patient chez qui le dépistage d'une autre IST est demandé, patient demandeur d'un dépistage, HSH, partenaire porteur d'une IST, multipartenariat, rapports à risque, femme sexuellement active à risque après 25 ans</p> <p>PROFESSION : prostitution</p>	<p>Ponctuellement si nouveau partenaire</p> <p>Tous les ans chez les HSH et les femmes</p> <p>Tous les 6 mois : recherche pharyngée chez les HSH et bisexuels masculins</p> <p>Tous les 3 à 6 mois chez HSH à risque</p> <p>A répéter dans les autres cas, tant que le risque persiste ou si nouvelle prise de risque, sans précision sur la fréquence</p>
Chlamydia	<p>Technique d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur prélèvement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - urinaire : hommes et femmes - anal si rapport anal réceptif : hommes et femmes - pharyngé si rapport oral réceptif : hommes et femmes - vaginal : femmes (autoprélèvement possible) - endocervical : femmes - urétral : hommes 	<p>AGE : femmes jusqu'à 27 ans, hommes hétérosexuels jusqu'à 29 ans</p> <p>SEXUALITE : femmes à risque, HSH et bisexuels masculins, transgenres, demandeur d'un dépistage d'IST, rapport à risque, partenaire porteur d'une IST</p> <p>PROFESSION : travailleuse du sexe</p>	<p>Ponctuellement si nouveau partenaire</p> <p>Tous les ans chez les patients sexuellement actifs, HSH, patients transgenres et bisexuels</p> <p>Tous les 3 à 6 mois chez HSH à risque</p> <p>A répéter dans les autres cas, tant que le risque persiste ou si nouvelle prise de risque, sans précision sur la fréquence</p>
Rubéole	<p>Sérologie associée à test de grossesse dans l'optique d'une vaccination si sérologie négative</p>	<p>COUPLE EN AGE DE PROCREER : femme si absence d'immunisation certaine (preuve écrite de 2 injections vaccinales ou antécédent certain)</p>	<p>Une fois puis vaccination en suivant si non immunisée</p>
Toxoplasmose	<p>Sérologie</p>	<p>COUPLE EN AGE DE PROCREER : femme si absence de preuve écrite d'immunité</p>	<p>Précision non retrouvée</p>
Varicelle	<p>Sérologie associée à test de grossesse dans l'optique d'une vaccination si sérologie négative</p>	<p>COUPLE EN AGE DE PROCREER : femme si absence d'immunisation certaine (preuve écrite de vaccination ou antécédent certain)</p>	<p>Une fois puis vaccination en suivant si non immunisée</p>

Cancer du col de l'utérus	<p>- Frottis cervico-utérin (FCU) par cytologie sur lame ou cytologie en milieu liquide.</p> <p>- Recherche de génome des Papillomavirus (HPV) potentiellement oncogènes sur prélèvement cervico-utérin</p>	<p>SEXE : femme à partir de 23 ans.</p> <p>Plus tôt si risque majoré de cancer du col, multiples partenaires ou rapports sexuels précoces</p>	<p>FCU : tous les 2 à 5 ans</p> <p>Recherche de HPV : tous les 2 à 5 ans</p> <p>Association FCU + recherche de HPV : tous les 3 à 5 ans</p> <p>Notion de fréquence des examens plus grande en début de dépistage</p> <p>Contrôle plus fréquents si exposition in utero au diéthylstilbestrol</p>
Cancer colorectal	Recherche de sang dans les selles	<p>AGE : à partir de 50 ans (hors afro-américains : début du dépistage à 45 ans)</p>	Tous les 1 à 2 ans
Cancer de la prostate	Dosage sérique du PSA total	<p>SEXE : hommes à partir de 51 ans et ayant une espérance de vie de plus de 10 à 15 ans, et informé des bénéfices et des risques du dépistage</p> <p>Plus tôt si patient à risque : afro-antillais (à partir de 46 ans), ou ayant un antécédent familial de cancer de la prostate (à partir de 46 ans)</p> <p>et ayant une espérance de vie de plus de 10 à 15 ans, et informé des bénéfices et des risques du dépistage</p>	Tous les 1 à 4 ans
Cancer de la vessie	Cytologie urinaire	PROFESSION : travailleur à risque	Tous les 6 mois
Helicobacter pylori	Sérologie H.pylori ou Test respiratoire à l'urée marquée en 13C	FAMILLE : antécédent familial au premier degré de cancer gastrique	Une fois (éradication en suivant si dépistage positif)
Cirrhose	Hémogramme, bilirubine, TGO, TGP, GGT, PAL, EPS, TP, ferritinémie et CST	TOXIQUES : consommation excessive prolongée d'alcool	Pas de précision retrouvée
Maladie cœliaque	<p>Dosage sanguin des immunoglobulines :</p> <p>- IgA totales et</p> <p>- IgA anti-transglutaminase (tTG) ou IgA anti-endomysium (EMA) et</p> <p>- IgG EMA ou IgG anti- tTG si déficit en IgA</p>	FAMILLE : antécédent familial au premier et deuxième degré de maladie cœliaque	Précision non retrouvée

Hémochromatose	- CST - Ferritinémie	FAMILLE : antécédent familial au premier degré d'hémochromatose	Précision non retrouvée Prévoir un avis génétique
Hémoglobinopathies	- Hémogramme - Analyse de l'hémoglobine - Recherche de corps de Heinz - Ferritinémie si microcytose : chez la femme	COUPLE EN AGE DE PROCREER : femme originaire d'une zone à risque, femme en âge de procréer dont le conjoint est originaire d'une zone à risque, conjoint d'une femme à risque en âge de procréer dont le bilan de dépistage est anormal	Précision non retrouvée Prévoir un avis génétique
Hémophilie	Dosage de l'activité coagulante des facteurs VIII, IX	FAMILLE : fille, mère ou sœur d'un patient hémophile	Précision non retrouvée Prévoir un avis génétique
Phéochromocytome et paragangliome	Dosage : - des catécholamines plasmatiques - des catécholamines urinaires fractionnées sur 24 heures - et de la créatininurie des 24 heures	FAMILLE : antécédent familial de phéochromocytome, paragangliome, néoplasie endocrinienne multiple de type II, maladie de Von Hippel-Lindau ou neurofibromatose de type I ou mutation génique pourvoyeuse de phéochromocytome et paragangliome identifiée dans la famille	Précision non retrouvée Prévoir un avis génétique
Trouble de la coagulation à risque de maladie thromboembolique veineuse	Dosage de l' antithrombine , de la protéine C et de la protéine S	FAMILLE patient remplissant tous les critères suivants : - moins de 60 ans - ayant au moins deux apparentés au premier degré ayant présenté une MTEV objectivée	Précision non retrouvée Prévoir un avis génétique
Déficit en vitamine B12	Hémogramme et Dosage de la vitamine B12	MODE DE VIE : végétalien de longue date	Précision non retrouvée
Dysthyroïdie	TSH	AGE : plus de 60 FAMILLE : dysthyroïdie COUPLE EN AGE DE PROCREER : femme à risque	Pas de précision retrouvée

IV) DISCUSSION

A) PROPOSITION D'UN GUIDE D'AIDE A LA PRESCRIPTION

1) Rationalisation des données

Nous avons adopté les mesures suivantes pour la réalisation du guide.

a) Cas général

Nous avons choisi de ne pas faire figurer certaines circonstances peu susceptibles d'être rencontrées par le médecin généraliste français, comme la consultation de patients autochtones et de militaires et vétérans des Etats-Unis.

De même, par simplification, nous n'avons pas repris les situations où l'utilisation d'un calcul de risque cardiovasculaire global chiffré est requise. En effet, les calculateurs évoqués (DESIR, FINDRISC, Framingham, SCORE) prennent en compte des facteurs de risque déjà listés dans notre travail.

Enfin, nous avons retenu l'âge moyen arrondi à l'année quand plusieurs âges de dépistage étaient proposés et nous avons retenu un intervalle de fréquence compris entre la fréquence la plus faible et la plus élevée citées.

b) Pathologies faisant l'objet d'un dépistage organisé

Dans le cadre du cancer colorectal et du cancer de l'utérus, nous avons retranscrit les modalités bien codifiées du dépistage organisé en France (18), (19), (20), (21).

Le médecin généraliste occupe une place centrale dans le processus du dépistage organisé du cancer colorectal : il ne « prescrit » pas à proprement parler le test mais évalue l'éligibilité du patient, lui remet le test et reçoit les résultats. Il peut d'ailleurs remettre de sa propre initiative le test à un patient qui n'aurait pas reçu ou qui aurait perdu l'invitation (22) (23). De plus, la recherche de sang dans les selles est inscrite à la NABM (code 1629 de la TNB). Nous avons donc inclus ce dépistage dans notre travail (24).

c) Diabète de type II, dyslipidémie et maladie rénale chronique

Leur dépistage rentre dans le cadre plus large du bilan des facteurs de risque cardiovasculaires. Nous avons choisi d'harmoniser les données concernant l'âge et la fréquence du dépistage de ces pathologies.

L'âge recommandé de début de dépistage pour ces trois pathologies est proche, aux alentours de 40 ans, seuil choisi dans ce guide. Ce choix est conforté par des recommandations récentes de la HAS, préconisant un dépistage du risque cardiovasculaire global à partir de 40 ans à l'aide de l'outil SCORE, prenant en compte la concentration de cholestérol total (25) (26).

Une fourchette large de fréquence de dépistage est proposée dans les recommandations, à moduler en fonction du risque cardiovasculaire global, des résultats du bilan et de la survenue éventuelle d'un nouvel événement cardiovasculaire familial. Une fréquence de 1 à 5 ans a été choisie, en éliminant les valeurs extrêmes. Le seuil de 5 ans a été cité également par la HAS (26).

Concernant l'examen de dépistage du diabète, nous avons retenu la glycémie à jeun. En effet cet examen, cité par une majorité des RPC, est un critère actuellement nécessaire au diagnostic du diabète notamment dans le cadre d'admission en ALD. Il permet de réaliser simultanément d'autres examens nécessitant un jeun notamment un bilan lipidique. Comparativement à l'HbA1c et à l'HGPO, il est moins coûteux (Cotation 5B soit 1.35 euros au 20 juillet 2017 contre 27B soit 7.29 euros pour l'HbA1c et 40B soit 10.80 euros pour l'HGPO) et plus rapide de réalisation que l'HGPO. A noter que l'HbA1c peut être normale en cas de diabète débutant et que son dosage n'est pas remboursé dans le cadre du dépistage (27).

L'examen de choix du dépistage de la dyslipidémie est l'exploration d'une anomalie lipidique (EAL) permettant le dosage du cholestérol total, des triglycérides, du cholestérol-HDL et le calcul du cholestérol-LDL (26).

Concernant le dépistage de la maladie rénale chronique, nous avons fait figurer dans le guide la créatininémie, la prescription de la créatininémie déclenchant systématiquement l'estimation du débit de filtration glomérulaire par le laboratoire (acte 0592 de la TNB). De plus, la maladie rénale chronique pouvant être caractérisée à son stade initial par une protéinurie pathologique sans insuffisance rénale ($DFG > 60 \text{ ml/min/1.73m}^2$) (28), il nous a semblé important de préconiser également un dosage du rapport albuminurie/créatininurie (29).

Nous avons fait le choix de ne pas faire figurer le dosage de microalbuminurie, proposé par certaines RPC, inscrit à la NABM avec une indication restreinte au « suivi thérapeutique (diabète, hypertension artérielle, utilisation chronique de médicaments néphrotoxiques) sur prescription explicite», conditions ne correspondant pas à notre population.

d) Infections sexuellement transmissibles

Il apparaît judicieux de proposer un dépistage combiné du VIH, du VHB et du VHC au vu de leurs similitudes épidémiologiques. Cette stratégie est appuyée par le Conseil national du sida et des hépatites virales (30) et l'Agence nationale de recherche sur le Sida et les hépatites et l'Association française pour l'étude du foie (31). Il existe notamment une incitation au dépistage au moins une fois dans la vie hors notion de facteur de risque en population générale de ces trois pathologies, au vu du nombre conséquent de personnes ignorant leur statut sérologique (30) (31) (32) (33).

Concernant le dépistage de l'hépatite B, nous avons choisi de faire figurer la recherche simultanée des trois marqueurs (Ac anti-HBc, Ag HBs et Ac anti-HBs), stratégie préconisée par le groupe de travail de la HAS, qui permet de déterminer le statut immunitaire exact de la personne à risque en un seul temps (34).

Nous avons harmonisé l'âge limite de dépistage de la syphilis et de Chlamydia trachomatis à 30 ans, hors facteur de risque associé autre.

La HAS et la Société française de dermatologie recommandent un dépistage du gonocoque, dès lors que l'indication au dépistage d'une autre infection sexuellement transmissible est posée, indication que nous avons suivie dans notre guide.

La culture du gonocoque est actuellement le seul examen de dépistage inscrit à la NABM. Mais elle est considérée dans les RPC comme un examen de second choix après les TAAN (Tests d'amplification des acides nucléiques), qui sont plus sensibles (notamment sur les urines), rapides, et réalisés sur prélèvements non invasifs (urines pouvant se substituer au prélèvement urétral, autoprélèvement vaginal). La HAS a préconisé l'utilisation des TAAN multiplex qui permettent le dépistage simultané des infections à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* en privilégiant les sites suivants : urines chez l'homme ; autoprélèvement vaginal chez la femme et en fonction des

pratiques sexuelles, dans les deux sexes : prélèvement pharyngé et/ou anal (35). Ces tests multiplex sont actuellement couramment employés par les laboratoires de biologie médicale.

Nous avons donc choisi de restreindre les sites de prélèvements proposés dans notre guide à ceux cités ci-dessus pour la réalisation de la PCR, qui ont l'avantage d'être peu invasifs mais également accessibles à la culture si la PCR n'était pas disponible. Une précaution est à prendre sur les résultats des cultures urinaires, peu rentables pour la recherche de gonocoque, raison pour laquelle nous avons également cité le prélèvement urétral pour l'homme. Il est recommandé au praticien de se renseigner sur la technique de dépistage utilisée par le laboratoire pour adapter sa prescription.

Les TAAN du *Chlamydia trachomatis* sont recommandés majoritairement et inscrits à la NBAM. Nous avons choisi de faire figurer les mêmes sites de prélèvement que ceux permettant la recherche du gonocoque, afin de limiter le nombre de prélèvements en cas de recherche conjointe.

e) Cancer de la prostate

Malgré le caractère polémique de ce dépistage, aucune des 16 RPC incluses ne reste neutre : chacune se prononce en faveur ou en défaveur de l'examen.

Nous n'avons retrouvé aucune recommandation d'autorité sanitaire favorable au déploiement d'un programme de dépistage systématique du cancer de la prostate. La HAS s'est clairement prononcée contre la mise en place d'un tel dépistage en se basant notamment sur l'analyse de deux études majeures : l'European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) (36) et l'étude Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) (37), particulièrement au vu de l'existence de biais dans ces études.

Concernant le dépistage individuel, la notion de décision « éclairée » du patient est redondante dans les recommandations. À cet effet, l'INCa, l'Assurance Maladie et le Collège de la médecine générale ont réalisé un document d'information à l'usage des praticiens (38) et de leurs patients (39), rappelant l'évolution souvent lente de la pathologie, la possibilité non négligeable de surdépistage, surdiagnostic et surtraitement, les valeurs prédictives du dosage du PSA non

parfaites, les effets indésirables liés à la prise en charge et l'incertitude actuelle concernant les bénéfices du dépistage en terme de mortalité.

f) Maladie coéliquue

La prévalence de la maladie coéliquue est estimée à 1% en population générale, à 10% chez les apparentés au premier degré de malades et 5% chez les apparentés au second degré (40) (41) (42), voire plus si multiples cas familiaux (43).

Deux des RPC sélectionnées ainsi que la HAS (44) ont préconisé en première intention la recherche des IgA anti-transglutaminase, la sensibilité des anticorps anti-transglutaminase étant supérieure à celle des anticorps anti-endomysium d'une part, et d'autre part le dosage des IgA étant plus sensible que celui des IgG, quel que soit l'anticorps recherché. Les patients atteints de maladie coéliquue étant 5 à 10 fois plus enclins à présenter un déficit sélectif en IgA par rapport à la population générale (45), il semble opportun d'en vérifier la normalité afin d'éviter les faux négatifs. En cas de déficit confirmé, le dépistage passera par un dosage des IgG anti-endomysium ou anti-transglutaminase.

g) Hémoglobinopathies

Ce dépistage doit faire appel à plusieurs techniques d'analyse de l'hémoglobine car plusieurs variants peuvent être confondus sur une même technique. D'autre part l'électrophorèse seule ne permet pas la quantification des variants mineurs HbA2 et HbF (46) (47). La NABM regroupe par la désignation « recherche d'une anomalie de l'hémoglobine » au minimum trois techniques d'analyse.

La HAS recommande, dans le cadre de la drépanocytose, le dépistage des deux membres d'un couple si un des membre est d'origine à risque (48). Un avis génétique est préconisé dans la thalassémie du fait de la possibilité pour des parents porteurs asymptomatiques de concevoir un enfant malade (49) (50).

2) Guide d'aide à la prescription

Le guide présente les situations dans lesquelles un dépistage peut être proposé (tableau 3) ainsi que les modalités pratiques de dépistage que nous avons jugées pertinentes (tableau 4).

Tableau 3 : indications au dépistage en fonction des situations et facteurs de risque

	Situations et facteurs de risque	Pathologies à dépister
<i>Caractéristiques générales</i>	Si absence de dépistage antérieur du VIH, VHB ou VHC	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VIH, VHC, VHB si non immunisé ➤ Gonocoque
	Femme Sexuellement active	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cancer du col de l'utérus (à partir de 25 ans, plus tôt si plus de 3 partenaires par an)
	– Homme	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cancer de la prostate (après 50 ans et si espérance de vie > 15 ans ; après 45 ans si africain, antillais ou antécédent familial)
	Avant 30 ans Sexuellement actif	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Chlamydia ➤ Syphilis ➤ Gonocoque
	A partir de 40 ans	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabète de type II ➤ Dyslipidémie ➤ Maladie rénale chronique
	A partir de 50 ans	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cancer colorectal (dépistage organisé)
	A partir de 60 ans	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dysthyroïdie
<i>Profession</i>	Exposition au sang et fluides biologiques	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VIH, VHC, VHB si non immunisé
	Exposition aux cancérogènes vésicaux Si convention RSI / médecin traitant ou surveillance post-professionnelle avec attestation d'exposition	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cancer de la vessie
	Prostitution	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VIH, VHC, VHB si non immunisé ➤ Gonocoque ➤ Syphilis ➤ T. vaginalis et Chlamydia (chez la femme)

Antécédents familiaux

<p>Maladie cardiovasculaire précoce (pathologie cardiovasculaire avant 55 ans chez un homme, 65 ans chez une femme)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabète de type II ➤ Dyslipidémie ➤ Maladie rénale chronique
<p>Dyslipidémie</p>	
<p>HTA ou obésité chez un enfant de 0 à 18 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabète de type II ➤ Dyslipidémie
<p>Diabète</p>	
<p>Macrosomie (dépister la patiente ayant accouché d'un enfant de plus de 4 kg)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabète de type II
<p>Dysthyroïdie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dysthyroïdie
<p>Hépatite B ou C chronique chez un proche</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VIH, VHC, VHB si non immunisé
<p>Maladie rénale terminale ou héréditaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maladie rénale chronique
<p>Cancer gastrique chez un apparenté au premier degré</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Helicobacter pylori (avant 45 ans)
<p>Maladie cœliaque chez un apparenté au premier degré ou plusieurs apparentés au deuxième degré</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maladie cœliaque
<p>Hémochromatose chez un apparenté au premier degré</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hémochromatose
<p>Hémophilie chez père, frère ou fils</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hémophilie
<p>Phéochromocytome, paragangliome, NEM II, maladie de VHL, neurofibromatose I ou mutation génétique pourvoyeuse de phéochromocytome-paragangliome.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Phéochromocytome, paragangliome
<p>MTEV objectivée chez deux apparentés au premier degré</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Troubles de la coagulation à risque de MTEV

Mode de vie	Sédentarité moins de 30 minutes d'activité physique par jour	➤ Diabète de type II
	Alimentation déséquilibrée : consommation insuffisante de fruits et légumes	➤ Dyslipidémie
	Risque psycho-social : niveau socio-économique bas, stress professionnel ou familial, anxiété, isolement, précarité (<i>score EPICES > 30 - cf annexe 3</i>)	➤ Maladie rénale chronique
	Végétalien depuis plusieurs années	➤ Déficit en vitamine B12
	Antécédent d'incarcération	➤ VIH, VHC, VHB si non immunisé ➤ Gonocoque ➤ Syphilis
	Patient sans domicile dormant dans la rue ou vivant en foyer, séjour en institution sociale	➤ VIH, VHC, VHB si non immunisé ➤ Gonocoque
	Pratique sans matériel stérile : tatouage, piercing, mésothérapie, acupuncture ou scarification	➤ VIH, VHC, VHB si non immunisé
Soins avant 1992 : soins dentaires, accouchement difficile, transfusion, séjour en néonatalogie		
Origine – mobilité géographique	Voyage ou séjour de plus de trois mois ou soins en pays à risque : départements et régions d'outre-mer, collectivités d'outre-mer, Europe de l'est et du sud dont Malte et l'Espagne, Afrique, Moyen-Orient, Asie et Amérique du sud, îles du Pacifique, Caraïbes	➤ VIH, VHC, VHB si non immunisé ➤ Gonocoque
	Origine hors Europe de l'ouest, Amérique du nord ou Australie	➤ Diabète de type II ➤ Dyslipidémie ➤ VHA ➤ Syphilis ➤ Gonocoque
	Origine d'Asie du sud ou ethnie noire	➤ Maladie rénale chronique

Toxiques	Tabac	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabète de type II ➤ Dyslipidémie ➤ Maladie rénale chronique
	Alcool consommation excessive prolongée	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cirrhose ➤ VIH, VHC, VHB si non immunisé ➤ Diabète de type II ➤ Dyslipidémie
	Drogues	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VIH, VHC, VHB si non immunisé (UDI ou voie nasale) ➤ T. vaginalis (chez la femme UDI) ➤ VHA (UDI)
Sexualité	Rapport sexuel à risque Avec : multiples partenaires, utilisateur de drogue, travailleur du sexe, homosexuel masculin, bisexuel masculin, patient transgenre, partenaire de passage, migrant, personne en situation de précarité ou partenaire ayant des rapports avec d'autres partenaires	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VIH, VHC, VHB si non immunisé ➤ T. vaginalis (si partenaire porteur de T. vaginalis ou si femme ayant plusieurs partenaires) ➤ Gonocoque ➤ Chlamydia ➤ Syphilis
	Demandeur d'un dépistage des IST	
	Patient ayant un partenaire porteur d'une IST aigue ou chronique	
	Patient transgenre	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VIH, VHC, VHB si non immunisé ➤ VHA ➤ Gonocoque ➤ Chlamydia ➤ Syphilis (chez HSH)
	Patient homosexuel masculin	
	Changement de partenaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ VIH, VHC, VHB si non immunisé ➤ Gonocoque ➤ T.vaginalis (chez la femme) ➤ Chlamydia (chez la femme)

Couple en âge de procréer

Femme et son conjoint
ayant un projet de grossesse

- VIH, VHC, VHB si non immunisé
- Gonocoque
- Syphilis (selon facteurs de risque professionnels, antécédent transfusionnel et addictions)
- Hémoglobinopathie si homme ou sa conjointe originaire d'une zone à risque (Afrique, pourtour Méditerranéen, Moyen Orient, Asie, Caraïbes, Amérique du Sud.)

Femme
ayant un projet de grossesse

- Dysthyroïdie (si antécédent familial)
- Rubéole en l'absence d'immunisation certaine (preuve écrite de 2 injections vaccinales ou antécédent certain)
- Varicelle en l'absence d'immunisation certaine (preuve écrite de vaccination ou antécédent certain)
- Toxoplasmose en l'absence de preuve écrite d'immunité

Futur père

- Au 4^{ème} mois de grossesse : VIH, VHC et VHB si non immunisé

Tableau 4 : examens et fréquence de dépistage

	Pathologies	Examens biologiques à prescrire	Fréquence du dépistage
<i>Facteurs de risque cardiovasculaires</i>	Diabète de type II	Glycémie à jeun	Tous les 1 à 5 ans
	Dyslipidémie	Exploration d'une anomalie lipidique	La fréquence est modulée en fonction : - du risque cardiovasculaire global - des résultats du bilan glycémique et lipidique
	Maladie rénale chronique	- Créatininémie avec estimation du DFG (formule MDRD ou CKD-EPI) et - Rapport albuminurie/créatininurie	- de l'évolution des facteurs de risque personnels - de la survenue d'un nouvel événement cardiovasculaire familial
<i>Infections sexuellement transmissibles</i>	VIH	Sérologie VIH	Ponctuellement ,
	VHB	Sérologie VHB : - Ac anti-HBc, - Ac anti-HBs et - Ag HBs	- 1 fois dans la vie hors notion de facteur de risque et si absence de dépistage antérieur - Si changement de partenaire - Avant vaccination HBV si indication - Si exposition supposée unique : dépistage immédiat puis à répéter à 6 semaines (VIH) et 3 mois (VHC et VHB)
	VHC	Sérologie VHC	Tous les 3 à 6 mois si exposition continue au risque, ou chez les HSH à risque (<i>multipartenariat, ayant eu un partenaire inconnu, utilisateur de drogue pendant l'acte sexuel ou dont le partenaire est utilisateur de drogue pendant l'acte sexuel, pratiquant le sexe anal sans protection ou sexe en groupe</i>) 1 fois par an dans les autres cas si facteur de risque
	VHA	Sérologie VHA : IgM et IgG	Ponctuellement avant vaccination si indication Si pas de vaccination ni d'immunisation : - 1 fois par an chez les HSH - Tous les 3 à 6 mois si HSH à risque (cf VIH) - Précision non retrouvée dans les cas
	T. vaginalis	Recherche sur prélèvement : - vaginal : femmes - urétral et premier jet urinaire : hommes	Ponctuellement si exposition ponctuelle ou nouveau partenaire. Précision non retrouvée dans les autres cas

	Gonocoque	Recherche de gonocoque et/ou chlamydia sur prélèvement : - urinaire sur premier jet d'urines : hommes. (<i>Prélèvement urétral si PCR gonocoque non réalisable</i>) - vaginal avec autoprélèvement possible : femmes - pharyngé si rapport oral réceptif : hommes et femmes	Ponctuellement si changement de partenaire Tous les ans chez les HSH et les femmes Tous les 6 mois : recherche pharyngée chez les HSH et bisexuels masculins Tous les 3 à 6 mois chez HSH à risque (<i>cf. VIH</i>) A répéter dans les autres cas, tant que le risque persiste ou si nouvelle prise de risque, sans précision retrouvée sur la fréquence
	Chlamydia	- anal si rapport anal réceptif : hommes et femmes	Ponctuellement : si changement de partenaire Tous les ans chez les hétérosexuels <30 ans, HSH, patients transgenres Tous les 3 à 6 mois chez HSH à risque (<i>cf. VIH</i>) A répéter dans les autres cas, tant que le risque persiste ou si nouvelle prise de risque, sans précision retrouvée sur la fréquence
	Syphilis	Sérologie syphilis	Ponctuellement si prise de risque ponctuelle Tous les 3 à 6 mois : HSH Tous les ans : tant qu'un risque persiste dans le autres cas, ainsi que chez les patients transgenres
Infections hors IST	Rubéole	- Sérologie rubéole et - Test de grossesse	Une fois (vaccination en suivant si non immunisée)
	Varicelle	- Sérologie VZV et - Test de grossesse	
	Toxoplasmose	Sérologie toxoplasmose	Précision non retrouvée
Cancers et pathologies à risque cancéreux	Cancer du col de l'utérus	Frottis cervico-utérin avec cytologie, en phase liquide préférentiellement	Tous les 3 ans après 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle 2 – 3 ans après le dernier FCU si expression d'un souhait de grossesse Tous les ans chez les femmes exposées in utero au diéthylstilbestrol
	Cancer colorectal	Remise du test de recherche de sang occulte dans les selles	Tous les 2 ans
	Cancer de la prostate	- PSA total - après information (<i>documents INCa – cf. annexe 4</i>) - et consentement du patient	Tous les 1 à 4 ans
	Cancer de la vessie	Cytologie urinaire	Tous les 6 mois

	Helicobacter pylori	Sérologie H. pylori ou Test respiratoire à l'urée marquée au carbone 13	Une fois (éradication en suivant si besoin)
	Cirrhose	Hémogramme, bilirubine, TGO, TGP, GGT, PAL, EPS, TP, ferritinémie et CST	Précision non retrouvée
<i>Maladies à caractère ou prédisposition génétique</i>	Hémochromatose	- CST et - ferritinémie	Une fois et envisager un avis génétique
	Hémoglobinopathie	- Hémogramme, - Recherche d'une anomalie de l'hémoglobine, - Recherche de corps de Heinz et - Ferritinémie (chez la femme)	
	Hémophilie	Dosage de l'activité coagulante des facteurs VIII, IX	
	Phéochromocytome et paragangliome	-Catécholamines plasmatiques -Catécholamines urinaires des 24 heures et - Créatininurie des 24 heures	
	Trouble de la coagulation à risque de MTEV	- Dosage de l'antithrombine, - Dosage de la protéine C et - Dosage de la protéine S	
	Maladie cœliaque	- Dosage des IgA totales et - Recherche des IgA anti-tTG - Et si déficit en IgA : recherche des IgG EMA ou IgG anti-tTG	Précision non retrouvée
<i>Maladies nutritionnelles et endocriniennes autres</i>	Dysthyroïdie	TSH	Précision non retrouvée
	Déficit en vitamine B12	- Hémogramme et - Dosage de la vitamine B12	

B) DISCUSSION SUR LE MATERIEL ET LA METHODE

1) Extrapolation des RPC étrangères

Au vu du nombre important de recommandations non françaises incluses dans notre travail, se pose la question de l'extrapolation et de l'applicabilité des RPC étrangères à la population française.

Les particularités de la population cible et l'organisation du système de soin local (disponibilité de l'intervention, contraintes organisationnelles, légales et politiques) sont les principaux critères de variabilité contextuelle d'une RPC (51).

En terme populationnel, la majorité des RPC étrangères incluses dans notre travail sont européennes, nord-américaines et australiennes. Dans ces trois régions, industrialisées, l'état de santé, la longévité et l'accès au soin des populations peuvent être considérés comme proches, avec des Indices de développement humain (IDH) similaires et comparables à celui de la France (52).

En terme organisationnel, pour pallier aux différences de disponibilité et de législation concernant les examens biologiques, nous avons exclu lors de la revue de littérature les RPC faisant mention d'un examen biologique non disponible en France ou ne pouvant être prescrit par un généraliste libéral.

L'inclusion des RPC étrangères nous a permis d'avoir accès à une base de données conséquente, sans laquelle nous n'aurions pas recensé certaines pathologies à dépister (maladie cœliaque, hémochromatose, hémoglobinoopathie, hémophilie, phéochromocytome-paragangliome, déficit en vitamine B12, maladie rénale chronique).

2) Aspect qualitatif

Les recommandations pour la pratique clinique réalisent une synthèse de l'état de l'art et des données de la science à un instant donné. Leur force peut donc être limitée par l'absence ou l'insuffisance des preuves scientifiques existantes. D'autre part, leur qualité méthodologique peut être variable. Notre travail n'a pas inclus d'étude qualitative. Une telle analyse pourrait être envisagée, à l'aide d'un outil validé pour l'étude des RPC comme la grille AGREE II, afin d'affiner les modalités de dépistage (53).

C) DISCUSSION SUR LES RESULTATS

Sous l'impulsion de l'association de formation médicale continue MG Form, une dizaine de médecins généralistes s'est réunie en 2004, pour engager une réflexion concernant les examens à proposer à l'adulte à visée préventive (54).

Ils ont retenu une quinzaine de pathologies dont la prévention leur semblait pertinente, dont neuf étaient dépistables par un examen biologique: diabète (glycémie à jeun), cancer colorectal (recherche de sang dans les selles par le biais du dépistage organisé), cancer du col de l'utérus (FCU), cancer de la prostate (supprimé secondairement par manque de preuve), VIH (sérologie), infection par Chlamydia trachomatis et gonocoque (autoprélèvement vaginal, prélèvement urinaire chez l'homme), syphilis (sérologie), hépatite C (sérologie).

Toutes ces pathologies ont été retrouvées dans notre travail.

Par ailleurs, une étude observationnelle s'est intéressée au contenu concret de l'examen biologique de dépistage chez l'adulte asymptomatique (55). L'étude portait sur un panel de 57 médecins généralistes haut-normands, interrogés par questionnaire sur le contenu de leur prescription dans ce cadre.

Les 19 examens biologiques cités ont été, par ordre de fréquence : glycémie à jeun, créatininémie, exploration d'une anomalie lipidique, numération formule sanguine - plaquettes, TGO et TGP, vitesse de sédimentation, GGT, ionogramme sanguin, ferritinémie, TSH, urée, CRP, PSA, phosphatases alcalines, calcémie, acide urique, hémoglobine glyquée, vitamine D.

Il semble donc exister en pratique, un écart entre les RPC et les habitudes actuelles des médecins généralistes (tableau 5).

Tableau 5. comparaison des pathologies à dépister citées dans l'étude observationnelle à celles retrouvées dans notre travail

Pathologies « à dépister » retrouvées dans notre travail	Pathologies dépistées retrouvées dans l'étude observationnelle
Diabète de type II	•
Dyslipidémie	•
Maladie rénale chronique	Dépistage partiel
HIV	
HAV	
HBV	
HCV	
Syphilis	
Infection à Neisseria gonorrhoeae	
Infection à Chlamydia trachomatis	
Infection à Trichomonas vaginalis	
Rubéole	
Toxoplasmose	
Varicelle	
Cancer du col de l'utérus	
Cancer colorectal	
Cancer de la vessie	
Cancer de la prostate	•
Infection à Helicobacter pylori	
Cirrhose	Dépistage partiel
Maladie coeliaque	
Hémoglobinopathies	Dépistage partiel
Hémophilie	
Hémochromatose	Dépistage partiel
Phéochromocytome- paragangliome	
Dysthyroïdie	•
Troubles de la coagulation à risque de MTEV	
Déficit en vitamine B12	Dépistage partiel
28 pathologies	4 pathologies dépistées (•) et dépistage partiel de 5 autres pathologies

Ce travail montre que de nombreuses pathologies sont sous-dépistées : les infections sexuellement transmissibles, le cancer de la vessie, l'infection à *H. pylori*, les maladies à prédisposition génétique, la cirrhose, la maladie rénale chronique et le déficit en vitamine B12.

L'éparpillement des recommandations relatives au dépistage contribue possiblement à cet état de fait.

Des pays se sont dotés de référentiels uniques afin d'harmoniser les pratiques en matière de prévention, sous des formats divers : fiche de prévention clinique par le Collège des médecins du Québec, livre « Red book » par le Royal Australian College of General Practitioners en Australie, site internet par le U.S. Preventive Services Task Force au États-Unis (56) et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs au Canada (57).

D'autre part, certains examens biologiques régulièrement prescrits (VS, CRP, calcémie, acide urique, ionogramme, urée, vitamine D) n'ont pas d'indication retrouvée dans la stratégie de dépistage.

La prescription d'examens potentiellement non utiles pose la question des facteurs déterminant la pratique des examens biologiques. La pression émanant du patient que peut ressentir le praticien, le risque médico-légal, la fidélisation de la clientèle, l'anxiété, le besoin de réassurance du médecin et la fatigue sont des facteurs fréquemment rapportés par les généralistes (58).

Le travail sur le thème du dépistage biologique dans la pratique clinique quotidienne des généralistes pourrait être approfondi dans de la formation initiale et continue des praticiens.

V) CONCLUSION

Les médecins généralistes français sont fréquemment sollicités pour des prescriptions de bilans biologiques par des patients asymptomatiques. Les autorités sanitaires françaises n'ont pas validé de référentiel unique regroupant les différentes recommandations pour la pratique clinique applicables à ce domaine d'action.

Nous avons cherché, à la lumière des RPC actuelles, pour quelles pathologies un dépistage biologique serait pertinent dans ce cadre. 28 pathologies ont été ainsi recensées. Ceci a permis la réalisation d'un guide d'aide à la prescription des examens biologiques à l'attention du médecin généraliste. Nous avons noté un écart entre les préconisations des recommandations de notre travail et les pratiques des médecins. Notre guide se veut être un outil pratique, utilisable en consultation médicale. Son applicabilité devra être évaluée en conditions « réelles » d'exercice. Ceci pourrait faire l'objet d'études ultérieures. Une analyse qualitative des RPC pourrait être également réalisée.

Les modalités et les enjeux des examens prescrits ainsi que le recueil du consentement du patient font partie intégrante de l'acte de dépistage, qui fait potentiellement passer du statut de personne en bonne santé à celui de malade, avec tous les bouleversements que cela peut engendrer pour le patient. Acte qui n'est donc pas anodin, et tout particulièrement dans le cas des maladies à caractère génétique, où les conséquences peuvent, au-delà du seul patient, concerner le couple, les enfants nés et à venir ainsi que l'ensemble de la famille. Il s'intègre également dans les enjeux sociétaux de la médecine préventive lorsqu'elle devient prédictive, avec par exemple l'utilisation possible de ces bilans dans le domaine de l'emploi ou des assurances, engendrant des risques de discrimination des sujets asymptomatiques.

En amont de la prescription d'examens, il importe d'aborder avec le patient les motivations de sa demande spontanée de dépistage. L'appréhension d'aborder frontalement certains sujets comme celui de la sexualité, de la peur des cancers ou le besoin de réassurance peuvent être des motifs « masqués » de consultation, prenant la forme d'une demande évasive de « bilan total ».

Il incombe également au praticien de savoir refuser des demandes de bilans injustifiés et de l'expliquer au patient. Cette attitude qui, certes, permet de limiter les « sur-prescriptions », est chronophage pour le médecin généraliste dont le temps médical est déjà compté.

Par ailleurs, dès la prescription, il faut envisager l'«après». En cas de résultat positif, quelle annonce ? quelle prise en charge en aval ? Et en cas de résultat négatif, comment éviter l'écueil de la fausse réassurance et motiver le patient à instaurer ou poursuivre d'éventuelles mesures visant à préserver son « capital santé », comme le suivi de règles hygiéno-diététiques ou l'utilisation des préservatifs ? Plus que jamais, le patient devient acteur impliqué dans les décisions concernant sa santé, en relation de confiance avec son médecin.

Bien sûr, le dépistage chez l'adulte asymptomatique passe également par d'autres examens paracliniques. Citons l'échographie pour le dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale et la mammographie pour le dépistage du cancer du sein.

Le dépistage ne se résume pas, par conséquent, à un simple « bilan biologique complet » et il convient de l'expliquer au patient.

Le médecin généraliste occupe une position singulière au sein de notre système de santé. Cette étude illustre et réaffirme le rôle particulier du « médecin de famille », entre connaissances scientifiques et appréhension globale du patient, facilitant le repérage des facteurs de risque, notion clef pour la mise en place d'un dépistage efficace, adapté au patient et à sa situation. Mais, plus que tout, c'est la valorisation de la notion de prévention auprès des praticiens et des patients qui permettra la mise en place concrète d'un dépistage judicieux et approprié, par la formation initiale et continue des médecins, l'information à destination du grand public et la revalorisation de l'acte de prévention en tant qu'acte de soin à part entière.

Toulouze le 25/09/2017

Vu


Le Président du Jury
Professeur Pierre-MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouze, le 25/09/2017

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
2. Wilson JMG, Jungner G. OMS Principes et pratique du dépistage des maladies [Internet]. [cité 25 août 2015]. Disponible sur: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hqb_jSZppvwJ.whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34_fre.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr
3. Gilles Pr Brücker ; Étienne Caniard. États généraux de la santé Une démarche innovante pour plus de démocratie in ADPSP n° 27 [Internet]. 1999. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=49#81>
4. L'état de santé de la population en France - Rapport 2011 - esp2011_09_problemes_specifiques.pdf [Internet]. [cité 26 sept 2016]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2011_09_problemes_specifiques.pdf
5. Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. oct 23, 2016.
6. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
7. Microsoft Word - Référentiel MG dif 6 010609.doc - Referentiel_Metier_et_Compétences_MG.pdf [Internet]. [cité 26 sept 2016]. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Compétences_MG.pdf
8. Microsoft Word - European definition_F.doc - WONCA definition French version.pdf [Internet]. [cité 26 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
9. Baromètre santé médecins généralistes 2009 - 1343.pdf [Internet]. [cité 23 sept 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
10. Institute of Medicine (US) Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines. Directions for a New Program [Internet]. Field MJ, Lohr KN, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990 [cité 31 août 2017]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235751/>
11. Haut Conseil de la santé publique. Consultations de prévention- Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement [Internet]. 2009 [cité 8

- sept 2017]. Disponible sur:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_bK9fN4M86gJ:www.hcsp.fr/expl ore.cgi/hcspr20090325_ConsultPrev.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-ab
12. rapport_IGAS_2006.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_IGAS_2006.pdf
 13. Rapport Cour des comptes Biologie médicale - r12-7851.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2016]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r12-785/r12-7851.pdf>
 14. Les dépenses de santé en 2015 > édition 2016 > Drees - éclairages-2.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/eclairages-2.pdf>
 15. Banque de données en santé publique. Glossaire Européen en Santé Publique - Article « Recommandation pour la pratique clinique » [Internet]. [cité 28 janv 2017]. Disponible sur: <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>
 16. Code de la santé publique - Article R1131-5. Code de la santé publique.
 17. Girard M. Analyse des recommandations de pratique clinique incluses [Internet]. 2017 [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: https://docs.google.com/document/d/13XTZ8Tti6VMoVFJAH9iFL_LwSf_mkuJ_trdKOf2IVkw/edit?usp=sharing
 18. Haute autorité de santé. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France - Fiche de synthèse [Internet]. 2010 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_998836
 19. Haute autorité de santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus- Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé [Internet]. 2013 [cité 14 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1637239
 20. Agence française de sécurité sanitaire, des produits de santé. Complications liées à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol (DES) (Distilbène®, Stilboestrol-Borne®) [Internet]. 2011 [cité 7 août 2017]. Disponible sur: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:P8PwH9eP6pwJ:ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a2abb4db0658b1c97ade1be777f219ce.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-ab
 21. Haute autorité de santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France- Argumentaire [Internet]. 2010 [cité 7 août 2017]. Disponible

- sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france
22. Institut National Du Cancer. Vos questions sur le dépistage – Dépistage du cancer colorectal [Internet]. 2016 [cité 7 août 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal/Vos-questions-sur-le-depistage>
 23. Institut National Du Cancer. Cancer colorectal – Dépistage par test immunologique et autres modalités – Ref : OUTCCRIM15 [Internet]. 2015 [cité 7 août 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancer-colorectal-Depistage-par-test-immunologique-et-autres-modalites>
 24. Haute autorité de santé. Dépistage et Prévention du cancer colorectal [Internet]. 2013 [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1637246
 25. Haute autorité de santé. Fiche Mémo – Évaluation du risque cardiovasculaire [Internet]. 2017 [cité 29 juill 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2753772
 26. Haute autorité de santé. Fiche Mémo – Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge [Internet]. 2017 [cité 29 juill 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2754081
 27. Haute autorité de santé. Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte [Internet]. 2014 [cité 4 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1735059
 28. Collège universitaire des enseignants en néphrologie. Insuffisance rénale chronique et maladies rénales chroniques in Néphrologie, 7ème édition [Internet]. 2016 [cité 6 août 2017]. Disponible sur: <http://www.cuen.fr/umvf/spip.php?article19>
 29. Haute autorité de santé. Evaluation du rapport albuminurie/créatininurie dans le diagnostic de la maladie rénale chronique chez l'adulte – Rapport d'évaluation [Internet]. 2011 [cité 6 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1169049/fr/evaluation-du-rapport-albuminurie/creatininurie-dans-le-diagnostic-de-la-maladie-renale-chronique-chez-l-adulte-rapport-d-evaluation
 30. Bressy J. Prise en charge du VHC – Recommandations 2016 [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2016 [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/actualites/prise-charge-vhc-recommandations-2016/>

31. Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites, Association française pour l'étude du foie. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C en France [Internet]. 2014 [cité 9 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.anrs.fr/Hepatites-virales-B-et-C/Clinique/Actualites/Premier-rapport-sur-la-prise-en-charge-des-personnes-infectees-par-les-virus-de-l-hepatite-B-ou-de-l-hepatite-C-en-France>
32. Haute autorité de santé. Synthèse - Dépistage de l'infection par le VIH en France - Stratégies et dispositif de dépistage [Internet]. 2009 [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_867099
33. Haute autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France - Recommandation [Internet]. 2017 [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2752476
34. Haute autorité de santé. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C - Synthèse [Internet]. 2011 [cité 8 avr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1189345
35. Haute autorité de santé. Evaluation des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) recherchant *Neisseria gonorrhoeae* - Argumentaire [Internet]. 2015 [cité 5 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2576226
36. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *N Engl J Med*. 26 mars 2009;360(13):1320-8.
37. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RLI, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial. *N Engl J Med*. 26 mars 2009;360(13):1310-9.
38. Institut National Du Cancer, Assurance Maladie, Collège de la médecine générale. La première prescription du PSA chez l'homme asymptomatique [Internet]. 2016 [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-premiere-prescription-du-PSA-chez-l-homme-asymptomatique>
39. Institut National Du Cancer, Assurance Maladie, Collège de la médecine générale. Le dépistage du cancer de la prostate - S'informer avant de décider [Internet]. 2016 [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Le-depistage-du-cancer-de-la-prostate-S-informer-avant-de-decider>

40. Association française de formation continue en hépato-gastro-entérologie. Maladie coeliaque : de l'enfance à l'âge adulte [Internet]. 2013 [cité 12 août 2017]. Disponible sur: <http://www.fmcgastro.org/postu-main/postu-2013-paris/textes-postu-2013-paris/maladie-coeliaque-de-1%e2%80%99enfance-a-1%e2%80%99age-adulte/>
41. Bai JC, Fried M, Corazza GR, Schuppan D, Farthing M, Catassi C, et al. Maladie coeliaque | World gastroenterology organisation global guidelines [Internet]. 2012 [cité 24 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/ceeliac-disease/ceeliac-disease-french>
42. Collégiale des Universitaires en Hépato-Gastro-Entérologie. Diarrhée chronique - item 303 [Internet]. 2008 [cité 12 août 2017]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/hepato-gastro-enterologie/enseignement/item303/site/html/5.html#5>
43. Book L, Zone JJ, Neuhausen SL. Prevalence of celiac disease among relatives of sib pairs with celiac disease in U.S. families. *Am J Gastroenterol.* févr 2003;98(2):377-81.
44. Haute autorité de santé. Recherche d'autoanticorps : diagnostic de la maladie coeliaque et suivi de l'observance du régime sans gluten [Internet]. 2007 [cité 12 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_493808
45. Rubio-Tapia A, Hill ID, Kelly CP, Calderwood AH, Murray JA. American college of gastroenterology clinical guideline: diagnosis and management of celiac disease. *Am J Gastroenterol.* mai 2013;108(5):656-77.
46. Aguilar-Martinez P, Badens C, Bonello-Palot N, Cadet E, Couque N, Ducrocq R, et al. Arbres décisionnels pour le diagnostic et la caractérisation moléculaire des hémoglobinopathies. *Ann Biol Clin (Paris).* 1 juill 2010;68(4):455-64.
47. Bardakdjian-Michau J, Dhondt J-L, Ducrocq R, Galactéros F, Guyard A, Huchet F-X, et al. Bonnes pratiques de l'étude de l'hémoglobine. *Ann Biol Clin (Paris).* 1 juill 2003;61(4):401-9.
48. Haute autorité de santé. ALD n° 10 - PNDS sur Syndromes drépanocytaires majeurs de l'adulte [Internet]. 2010 [cité 20 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_938882
49. Orphanet. La bêta-thalassémie [Internet]. 2008 [cité 20 août 2017]. Disponible sur: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mpe8knxUIe0J:https://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/BetaThalassemie-FRfrPub51.pdf+%&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-ab>
50. Orphanet. L'alpha-thalassémie [Internet]. 2010 [cité 13 août 2017]. Disponible sur: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Yr_Left85HgJ:https://www.orpha

net/data/patho/Pub/fr/AlphaThalassemie-
FRfrPub50v01.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-ab

51. Haute autorité de santé. Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique existantes – Guide méthodologique [Internet]. 2007 [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_532383
52. United Nations Development Programme. Valeurs de l'indice de développement humain | Human Development Reports [Internet]. [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: <http://hdr.undp.org/fr/indicators/137506>
53. The AGREE Research Trust. Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (grille AGREE II) [Internet]. 2009 [cité 14 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1033792
54. MG Form. Plan de prévention personnalisé [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.mgform.org/index.php/utilitaires/utilitaires-medicaux-en-ligne/116-plan-de-prevention-personnalise>
55. Ngane Colette Ariane. Le bilan biologique systématique en médecine générale chez les adultes asymptomatiques [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Rouen : université de Rouen UFR de médecine et de pharmacie. 2016.
56. Recommendations for Primary Care Practice – US Preventive Services Task Force [Internet]. [cité 19 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations>
57. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs | Lignes directrices publiées [Internet]. [cité 19 sept 2017]. Disponible sur: <https://canadiantaskforce.ca/lignesdirectrices/lignes-directrices-publiees/?lang=fr>
58. Santucci M. Déterminants de la pratique du bilan sanguin de routine chez l'adulte sans pathologie chronique connue en médecine générale [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine] Bordeaux : Université de Bordeaux UFR des sciences médicales [Internet]. 2016 [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01441922/document>
59. Haute Autorité de Santé. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète [Internet]. [cité 13 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2012494/fr/prevention-et-depistage-du-diabete-de-type-2-et-des-maladies-liees-au-diabete?xtmc=&xtcr=19

60. Haute autorité de santé. Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée – Actualisation – Recommandations professionnelles [Internet]. 2008 [cité 3 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_476559
61. Haute autorité de santé. Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée – Actualisation – Synthèse des recommandations professionnelles [Internet]. 2008 [cité 3 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_591252
62. Organisation mondiale de la santé. Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles: directive relative aux soins de santé primaires dans les contextes de faibles ressources [Internet]. WHO. 2013 [cité 13 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/nmh/publications/phc2012/fr/>
63. Hilde Bastiaens, Katrien Benhalima, Hanne Cloetens, Luc Feyen, Frank Nobels, Philip, Koeck, Patricia Sunaert, Paul Van Crombrugge, Inge Van Pottelbergh, Esther van Leeuwen,, Ann Verhaegen. Diabète sucré de type 2- Recommandations de Bonne Pratique [Internet]. 2015 [cité 13 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.ssmg.be/publications/recommandations-de-bonne-pratique>
64. Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Dépistage du diabète de type 1 et de type 2. Can J Diabetes. 1 déc 2013;37:S373-6.
65. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults. Can Med Assoc J. 16 oct 2012;184(15):1687-96.
66. Chatterjee A, Harris SB, Leiter LA, Fitchett DH, Teoh H, Bhattacharyya OK. Prise en charge des risques cardiométaboliques en soins primaires Résumé de la déclaration consensuelle de 2011. Can Fam Physician. 4 janv 2012;58(4):e196-201.
67. Conseil scientifique du Luxembourg, Laboratory Medicine Practice Guidelines, Emerging Biomarkers for Primary Prevention, of Cardiovascular Disease and Stroke, Edited by Gary L. Myers, Page 2, et al. Examens de laboratoire chez le sujet adulte en bonne santé [Internet]. 2008 [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.conseil-scientifique.public.lu/fr/publications/examens-laboratoire/analyses-sujet-sain.html>
68. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 1 août 2016;37(29):2315-81.

69. Redmon B, Caccamo D, Flavin P, Michels R, O'Connor P, Roberts J, Smith S, Sperl-Hillen J. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes Mellitus in Adults [Internet]. 2014 [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_endocrine_guidelines/diabetes/
70. National Clinical Guideline Centre (UK). Lipid Modification: Cardiovascular Risk Assessment and the Modification of Blood Lipids for the Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Disease [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 [cité 15 févr 2017]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248067/>
71. Defense department (USA). "VA/DoD clinical practice guideline for the management of dyslipidemia for cardiovascular risk reduction" [Internet]. 2014 [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: [https://www.google.fr/search?q=%E2%80%9CVA%2FDoD+clinical+practice+guideline+for+the+management+of+dyslipidemia+for+cardiovascular+risk+reduction%E2%80%9D+Defense+department+\(USA\)+2014&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&ei=AzisWJLhJY7S8AePoZnQAw](https://www.google.fr/search?q=%E2%80%9CVA%2FDoD+clinical+practice+guideline+for+the+management+of+dyslipidemia+for+cardiovascular+risk+reduction%E2%80%9D+Defense+department+(USA)+2014&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&ei=AzisWJLhJY7S8AePoZnQAw)
72. Goff DC, Lloyd-Jones DM, Bennett G, Coady S, D'Agostino RB, Gibbons R, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk. *Circulation*. 1 janv 2013;01.cir.0000437741.48606.98.
73. Anderson TJ, Grégoire J, Hegele RA, Couture P, Mancini GBJ, McPherson R, et al. 2012 Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult. *Can J Cardiol*. févr 2013;29(2):151-67.
74. National Vascular Disease Prevention Alliance. Guidelines for the management of Absolute cardiovascular disease risk [Internet]. 2012 [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: <https://strokefoundation.org.au/What-we-do/Treatment-programs/Clinical-guidelines/Guidelines-for-the-assessment-and-management-of-absolute-CVD-risk>
75. The Royal Australian College of General Practitioners. Prevention of vascular and metabolic disease. In: Guidelines for preventive activities in general practices [Internet]. 8th edition. p. 50-9. Disponible sur: <http://nmml.org.au/content/Document/RACGP%20Red%20Book.pdf>
76. Ministry of health, Singapore. Screening for Cardiovascular Disease and Risk Factors [Internet]. 2011 [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/healthprofessionalsportal/doctors/guidelines/cpg_medical/2011/cpgmed_screening_cardiovascular_disease_risk_factors.html

77. Qatif primary Health Care. Cardiometabolic risk management guidelines in primary care [Internet]. Guideline Central. 2008 [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.guidelinecentral.com/summaries/cardiometabolic-risk-management-guidelines-in-primary-care/#section-420>
78. National heart, lung and blood institute. Family History of Early Atherosclerotic Cardiovascular Disease in Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents [Internet]. 2012 [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/current/cardiovascular-health-pediatric-guidelines/full-report-chapter-4>
79. Lim LS, Haq N, Mahmood S, Hoeksema L, ACPM Prevention Practice Committee, American College of Preventive Medicine. Atherosclerotic cardiovascular disease screening in adults. American College Of Preventive Medicine position statement on preventive practice. Am J Prev Med. mars 2011;40(3):381.e1-10.
80. Sacks DB, Arnold M, Bakris GL, Bruns DE, Horvath AR, Kirkman MS, et al. Guidelines and Recommendations for Laboratory Analysis in the Diagnosis and Management of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 1 juin 2011;34(6):e61-99.
81. Working group of the Clinical Practice Guideline for type 2 Diabetes. Clinical Practice Guideline for type 2 Diabetes [Internet]. 2008 [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.guiasalud.es/egpc/traduccion/ingles/diabetes/completa/index.html>
82. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease [Internet]. 2007 [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:JuRVyWzX_rAJ:www.sign.ac.uk/pdf/sign97.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-ab
83. Handelsman Y, et al. American Association of Clinical Endocrinologists CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR DEVELOPING A DIABETES MELLITUS COMPREHENSIVE CARE PLAN. Endocr Pract Vol 21 Suppl 1. 2015;
84. Guidelines and Protocol Advisory Committee of the Medical services commission of British Columbia. Cardiovascular Disease - Primary Prevention [Internet]. 2014 [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/cardiovascular-disease>
85. Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S, et al. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care. 2010.
86. Development group of the stroke prevention Guideline. Iberoamerican Cochrane Centre, coordinator. Clinical Practice Guideline for Primary and Secondary Prevention of Stroke [Internet]. 2008 [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.guiasalud.es/egpc/traduccion/ingles/ictus/completa/general/copyright.html>

87. Rodbard H, Blonde L, Braithwaite S, Brett E, Cobin R, Handelsman Y, et al. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Management of Diabetes Mellitus. *Endocr Pract*. 1 mai 2007;13(Supplement 1):1-68.
88. Allan GM, Lindblad AJ, Comeau A, Coppola J, Hudson B, Mannarino M, et al. Lignes directrices simplifiées sur les lipides Prévention et prise en charge des maladies cardiovasculaires en soins primaires. *Can Fam Physician*. 10 janv 2015;61(10):e439-50.
89. Lozano P, Henrikson NB, Dunn J, Morrison CC, Nguyen M, Blasi PR, et al. Lipid Screening in Childhood and Adolescence for Detection of Familial Hypercholesterolemia: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016 [cité 12 juin 2017]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379718/>
90. Lozano P, Henrikson NB, Morrison CC, Dunn J, Nguyen M, Blasi PR, et al. Lipid Screening in Childhood and Adolescence for Detection of Multifactorial Dyslipidemia: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 9 août 2016;316(6):634.
91. US Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Lipid Disorders in Children and Adolescents: Screening [Internet]. 2016 [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/lipid-disorders-in-children-screening1>
92. Fan AL., Fenske JN, Van Harrison R, Jackson EA, Marcelino MA. Screening and management of lipids [Internet]. 2014 [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjdu7e5qaHSAhXDWhQKHx2dCK0QFgghMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.med.umich.edu%2F1info%2FFHP%2Fpracticeguides%2Flipids%2Flipidsupdate.pdf&usq=AFQjCNFxfUs9xgimVyQTxl11PwOQdf_3nQ
93. Berglund L, Brunzell JD, Goldberg AC, Goldberg IJ, Sacks F, Murad MH, et al. Evaluation and Treatment of Hypertriglyceridemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. sept 2012;97(9):2969-89.
94. Jellinger PS, Smith DA, Mehta AE, Ganda O, Handelsman Y, Rodbard HW, et al. American Association of Clinical Endocrinologists' Guidelines for Management of Dyslipidemia and Prevention of Atherosclerosis. *Endocr Pract Off J Am Coll Endocrinol Am Assoc Clin Endocrinol*. avr 2012;18 Suppl 1:1-78.
95. National Collaborating Centre for Primary Care (UK). Identification and Management of Familial Hypercholesterolaemia (FH) NICE Clinical Guidelines [Internet]. London: Royal College of General Practitioners (UK); 2008 [cité 10 juin 2017]. (National Institute for

- Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible sur:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53822/>
96. San Vicente Blanco R, Pérez Irazusta I, Ibarra Amarica J, Berraondo Zabalegui I, Uribe Oyarbide F, Urraca Garcia de Madinabeitia J, et al. Clinical practice guideline on the management of lipids as a vascular risk factor. 2008.
 97. Helfand M, Carson S. Screening for Lipid Disorders in Adults: Selective Update of 2001 US Preventive Services Task Force Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [cité 12 juin 2017]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible sur:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK33494/>
 98. US Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement. Lipid Disorders in Adults (Cholesterol, Dyslipidemia): Screening [Internet]. 2014 [cité 12 juin 2017]. Disponible sur:
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/lipid-disorders-in-adults-cholesterol-dyslipidemia-screening>
 99. US Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Lipid Disorders in Adults (Cholesterol, Dyslipidemia): Screening [Internet]. 2008 [cité 12 juin 2017]. Disponible sur:
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/lipid-disorders-in-adults-cholesterol-dyslipidemia-screening>
 100. Michigan Quality Improvement Consortium. Screening and Management of Hypercholesterolemia [Internet]. 2013 [cité 12 juin 2017]. Disponible sur:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2aMjsW9mb80J:www.mqic.org/pdf/mqic_screening_and_management_of_hypercholesterolemia_cpg.pdf+&cd=2&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-ab
 101. American Association for Clinical Chemistry. Emerging biomarkers for primary prevention of cardiovascular disease and stroke [Internet]. 2009 [cité 12 juin 2017]. Disponible sur:
https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8qaZeqB7iuEJ:https://www.aacc.org/~media/practice-guidelines/emerging-cv-risk-factors/emergingcv_riskfactors09.pdf%3Fla%3Den+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-ab
 102. Helfand M, Buckley D, Fleming C, Fu R, Freeman M, Humphrey L, et al. Screening for Intermediate Risk Factors for Coronary Heart Disease [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2009 [cité 12 juin 2017]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK35208/>

103. U.S. Preventive Services Task Force. Using Nontraditional Risk Factors in Coronary Heart Disease Risk Assessment. U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 6 oct 2009;151(7):474.
104. US Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Coronary Heart Disease: Screening Using Non-Traditional Risk Factors [Internet]. 2009 [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/coronary-heart-disease-screening-using-non-traditional-risk-factors>
105. Rosenzweig JL, Ferrannini E, Grundy SM, Haffner SM, Heine RJ, Horton ES, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Type 2 Diabetes in Patients at Metabolic Risk. An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 1 oct 2008;93(10):3671-89.
106. National Clinical Guideline Centre (UK). Chronic Kidney Disease (Partial Update): Early Identification and Management of Chronic Kidney Disease in Adults in Primary and Secondary Care [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 [cité 1 avr 2017]. (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248058/>
107. Arik VM, Male training center for family planning and reproductive health. Preventive male sexual and reproductive health care : recommendations for clinical practice [Internet]. Male Training Center. 2014 [cité 27 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.maletrainingcenter.org/male-services/recommendations-for-delivering-reproductive-health-services-to-males-released/>
108. Qaseem A, Hopkins RH, Sweet DE, Starkey M, Shekelle P. Screening, Monitoring, and Treatment of Stage 1 to 3 Chronic Kidney Disease. A Clinical Practice Guideline From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* [Internet]. 22 oct 2013 [cité 2 avr 2017]; Disponible sur: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-159-12-201312170-00726>
109. Fink HA, Ishani A, Taylor BC, Greer NL, MacDonald R, Rossini D, et al. Chronic Kidney Disease Stages 1–3: Screening, Monitoring, and Treatment [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 [cité 2 avr 2017]. (AHRQ Comparative Effectiveness Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK84564/>
110. Virginia A. Moyer on behalf o US preventive services task force. Final Recommendation Statement: Chronic Kidney Disease (CKD): Screening – US Preventive Services Task Force [Internet]. 2012 [cité 2 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/chronic-kidney-disease-ckd-screening>

111. US Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Chronic Kidney Disease (CKD): Screening [Internet]. 2012 [cité 2 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/chronic-kidney-disease-ckd-screening>
112. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practices, 8th edition [Internet]. 2012 [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: <http://nmml.org.au/content/Document/RACGP%20Red%20Book.pdf>
113. Scottish intercollegiate guidelines network. Management of osteoporosis and the prevention of fragility fractures : Guideline 142 [Internet]. 2015 [cité 23 févr 2017]. Disponible sur: <http://sign.ac.uk/guidelines/fulltext/142/>
114. Haute autorité de santé. Rapport -Marqueurs cardiaques dans la maladie coronarienne et l'insuffisance cardiaque en médecine ambulatoire [Internet]. 2010 [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_983599
115. Haute autorité de santé. Texte court - Marqueurs cardiaques dans la maladie coronarienne et l'insuffisance cardiaque en médecine ambulatoire [Internet]. 2010 [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_983600
116. Haute autorité de santé. Argumentaire - Dépistage de l'infection par le VIH en France - Stratégies et dispositif de dépistage [Internet]. 2009 [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_867100
117. Haute autorité de santé. Projet de grossesse informations, messages de prévention, examens à proposer - argumentaire [Internet]. 2009 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_918319
118. Haute autorité de santé. Projet de grossesse informations, messages de prévention, examens à proposer - document d'information [Internet]. 2009 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjLHD1aPSAhVBDMaKHTPMAC0QFggiMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fportail%2Fupload%2Fdocs%2Fapplication%2Fpdf%2F2010-01%2Fprojet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf&usg=AFQjCNGo5Ubxng2Vle8LoXAEsJcnOzuYg&cad=rja
119. Haute autorité de santé. Argumentaire Dépistage de l'infection par le VIH en France - Modalités de réalisation des tests de dépistage [Internet]. 2008 [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_832348

120. Haute autorité de santé. Recommandations – Dépistage de l’infection par le VIH en France – Modalités de réalisation des tests de dépistage [Internet]. 2008 [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_704548
121. World health organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations [Internet]. WHO. 2016 [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/>
122. Section MST/SIDA de la Société française de dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement transmissibles Société Française de Dermatologie [Internet]. 2016 [cité 8 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.sfdermato.org/recommandations-scores-et-echelles/recommandations.html>
123. Sous comité Optimiser le dépistage du VIH, Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Optimiser le dépistage et le diagnostic de l’infection par le virus de l’immunodéficience humaine | INSPQ – Institut national de santé publique du Québec [Internet]. 2011 [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/publications/1324>
124. Ministère de la santé et des sports. Rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH sous la direction du Pr. Patrick Yéni [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2010 [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-2010-sur-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-infectees-par-le-vih>
125. Brook G, Bacon L, Evans C, McClean H, Roberts C, Tipple C, et al. 2013 UK national guideline for consultations requiring sexual history taking. Clinical Effectiveness Group British Association for Sexual Health and HIV. Int J STD AIDS. mai 2014;25(6):391-404.
126. Chou R, Selph S, Dana T, Bougatsos C, Zakher B, Blazina I, et al. Screening for HIV: Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 [cité 29 mai 2017]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK114872/>
127. Virginia A. Moyer on behalf o US preventive services task force. Final Recommendation Statement: Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: Screening – US Preventive Services Task Force [Internet]. 2013 [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-screening>

128. US Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: Screening [Internet]. 2013 [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-screening>
129. Royal Australian College of General Practitioners. Communicable diseases. In : Guidelines for preventive activities in general practices, 8th edition [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://nmml.org.au/content/Document/RACGP%20Red%20Book.pdf>
130. Medical Care Criteria Committee. Trichomoniasis Guideline [Internet]. AIDS Institute Clinical Guidelines. 2012 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.hivguidelines.org/sti-care/trichomoniasis/>
131. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines [Internet]. 2010 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/std/treatment/2010/>
132. Haute autorité de santé. Urétrites et cervicites non compliquées : stratégie diagnostique et thérapeutique de prise en charge – Rapport d’élaboration [Internet]. 2015 [cité 18 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2571229
133. Haute autorité de santé. Urétrites et cervicites non compliquées : stratégie diagnostique et thérapeutique de prise en charge – Fiche mémo [Internet]. 2015 [cité 18 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2569695
134. Haute autorité de santé. Rapport d’orientation – Dépistage et prise en charge de l’infection à *Neisseria gonorrhoeae* : état des lieux et [Internet]. 2010 [cité 27 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1031775
135. Haute autorité de santé. Synthèse – Dépistage et prise en charge de l’infection à *Neisseria gonorrhoeae* : état des lieux et propositions [Internet]. 2010 [cité 26 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1031776
136. Bignell C, Ison C, FitzGerald M. United Kingdom National Guideline for Gonorrhoea Testing 2012 Clinical Effectiveness Group British Association of Sexual Health and HIV Guideline Development Group – Semantic Scholar [Internet]. [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: [/paper/United-Kingdom-National-Guideline-for-Gonorrhoea-T-Bignell-Ison/767b71e46074704625aeca77784572337bc04cb2](http://paper/United-Kingdom-National-Guideline-for-Gonorrhoea-T-Bignell-Ison/767b71e46074704625aeca77784572337bc04cb2)
137. Ross J, McCarthy G. Pelvic Inflammatory Disease – British Association for Sexual Health and HIV [Internet]. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. 2011 [cité 26

mai 2017]. Disponible sur: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg32/>

138. US Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Chlamydia and Gonorrhea. Screening [Internet]. 2014 [cité 22 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/chlamydia-and-gonorrhea-screening>
139. US Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Chlamydia and Gonorrhea. Screening [Internet]. 2014 [cité 22 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/chlamydia-and-gonorrhea-screening>
140. Eija Hiltunen-Back. Chlamydial urethritis and cervicitis - Duodecim Medical Publications Ltd [Internet]. 2011 [cité 19 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.ebmpracticenet.be/Lists/EBM%20Guidelines/DispRawForm.aspx?ID=226&ContentTypeId=0x0100162F09350EAF2348945B989EB27AECF3>
141. Argumentaire - Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France [Internet]. 2007 [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_548125
142. Synthèse Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France [Internet]. 2007 [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_548126
143. Cantor A, Nelson HD, Daeges M, Pappas M. Screening for Syphilis in Nonpregnant Adolescents and Adults: Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016 [cité 16 mai 2017]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK368467/>
144. Cantor AG, Pappas M, Daeges M, Nelson HD. Screening for Syphilis: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 7 juin 2016;315(21):2328.
145. US Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Syphilis Infection in Nonpregnant Adults and Adolescents: Screening [Internet]. 2016 [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/syphilis-infection-in-nonpregnant-adults-and-adolescents>
146. Haute autorité de santé. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virale B et C - Argumentaire [Internet]. 2011 [cité 8 avr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1050354

147. World health organization. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection [Internet]. WHO. [cité 19 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-b-guidelines/en/>
148. Chou R, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Zakher B, Khangura J. Screening for Hepatitis B Virus Infection in Nonpregnant Adolescents and Adults: Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 [cité 22 avr 2017]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK208504/>
149. Michael L. LeFevre on behalf of the US Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Hepatitis B Virus Infection: Screening [Internet]. 2014 [cité 22 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/hepatitis-b-virus-infection-screening-2014>
150. United States Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Hepatitis B Virus Infection: Screening [Internet]. 2014 [cité 22 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/hepatitis-b-virus-infection-screening-2014>
151. Leahy MA, Martinroe JC, Spriggs SR, Starr TM. Updated CDC recommendations for the management of hepatitis B virus-infected health-care providers and students [Internet]. [cité 19 juin 2017]. Disponible sur: </paper/Updated-CDC-recommendations-for-the-management-of-Leahy-Martinroe/27eb591c272c3afab16ae7582174ef3a18e6cfa1>
152. Center for Substance Abuse Treatment. Addressing Viral Hepatitis in People With Substance Use Disorders [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2011 [cité 18 avr 2017]. (SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92036/>
153. Ministry of health, Singapore. Chronic Hepatitis B Infection (Review) [Internet]. 2011 [cité 29 avr 2017]. Disponible sur: https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/healthprofessionalsportal/doctors/guidelines/cpg_medical/2011/cpgmed_chronic_hepb_infection_review.html
154. Kim DK, Bridges CB, Harriman KH, on behalf of the Advisory Committee on Immunization Practices. Advisory Committee on Immunization Practices Recommended Immunization Schedule for Adults Aged 19 Years or Older: United States, 2016*. *Ann Intern Med.* 2 févr 2016;164(3):184.
155. National institute for health and care excellence. Hepatitis B and C testing: people at risk of infection – Guidance and guidelines [Internet]. 2012 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph43>

156. Sherrard J, Ison C, Moody J, Wainwright E, Wilson J, Sullivan A. United Kingdom National Guideline on the Management of *Trichomonas vaginalis* 2014. *Int J STD AIDS*. juillet 2014;25(8):541-9.
157. World health organization. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection [Internet]. WHO. 2016 [cité 8 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-2016/en/>
158. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of hepatitis C [Internet]. 2013 [cité 9 avr 2017]. Disponible sur: <http://sign.ac.uk/guidelines/fulltext/133/index.html>
159. Chou R, Barth Cottrel E, Wasson N, Rahman B, Guise JM. Final Evidence Review: Hepatitis C: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. 2012 [cité 15 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/final-evidence-review49/hepatitis-c-screening>
160. Virginia A. Moyer on behalf o US preventive services task force. Final Recommendation Statement: Hepatitis C: Screening [Internet]. 2013 [cité 15 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/hepatitis-c-screening>
161. United States Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Hepatitis C: Screening [Internet]. 2013 [cité 15 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/hepatitis-c-screening>
162. Smith BD, Morgan RL, Beckett GA, Falck-Ytter Y, Holtzman D, Ward JW. Hepatitis C Virus Testing of Persons Born During 1945–1965: Recommendations From the Centers for Disease Control and Prevention. *Ann Intern Med*. 4 déc 2012;157(11):817.
163. Center for Substance Abuse Treatment. Addressing Viral Hepatitis in People With Substance Use Disorders [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2011 [cité 5 avr 2017]. (SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92036/>
164. Royal Australian College of General Practitioners. Preventive activities prior the pregnancy. In: *Guidelines for preventive activities in general practice 8th edition* [Internet]. 2008. p. 125. Disponible sur: <http://nmml.org.au/content/Document/RACGP%20Red%20Book.pdf>
165. Haute autorité de santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France - Synthèse et recommandations [Internet]. 2010 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_998835

166. Organisation mondiale de la santé. Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. WHO. 2014 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/
167. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Cancer du col de l'utérus— Résumé à l'intention des cliniciens [Internet]. 2013 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: <http://canadiantaskforce.ca/cancer-du-col-de-luterus-resume-a-lintention-des-cliniciens/?lang=fr>
168. Elit L, Jimenez W, McAlpine J, Ghatage P, Miller D, Plante M. Prévention du cancer du col utérin au sein de milieux ne disposant que de faibles ressources. *J Obstet Gynaecol Can.* 1 mars 2011;33(3):280-8.
169. Groupe de travail sur les lignes directrices pour le dépistage du cancer du col utérin au Québec. Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec - Institut national de santé publique du Québec [Internet]. 2011 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/es/node/3474>
170. Navarria I, Jacot-Guillarmod M. Recommandations pour la prise en charge des pathologies cervicales - Groupement romand de la société suisse de gynécologie et obstétrique [Internet]. 2010 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.grssgo.ch/submenu/referentiels.html>
171. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Directive clinique canadienne de consensus sur le virus du papillome humain [Internet]. 2007. 64 p. (*Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*; vol. 29). Disponible sur: <http://old.sogc.org/fr/guidelines/directive-clinique-canadienne-de-consensus-sur-le-virus-du-papillome-humain-replace-69-dec-1997/>
172. Conseil national des gynécologues et obstétriciens français. Prévention du cancer du col de l'utérus - Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2007 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_19.HTM
173. Adult cancer screening guideline team. Cancer screening - Guidelines for clinical care ambulatory - University of Michigan health system [Internet]. 2011 [cité 2 mars 2017]. Disponible sur: http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/adult_cancer.html
174. Vesco KK, Whitlock EP, Eder M, Lin J, Burda BU, Senger CA, et al. Screening for Cervical Cancer [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 [cité 27 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK66099/>
175. Virginia A. Moyer on behalf o US preventive services task force. Final Recommendation Statement: Cervical Cancer: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. 2012

- [cité 27 mars 2017]. Disponible sur:
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/cervical-cancer-screening>
176. United States Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Cervical Cancer: Screening [Internet]. 2012 [cité 28 mars 2017]. Disponible sur:
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/cervical-cancer-screening>
 177. Royal Australian College of General Practitioners. Early detection of cancers. In: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition [Internet]. 2012 [cité 2 mars 2017]. Disponible sur: <http://nmml.org.au/content/Document/RACGP%20Red%20Book.pdf>
 178. Murphy J, Kennedy E, Dunn S, Fung Kee Fung M, Gzik D, McLachlin CM, et al. Cervical screening. 5 avr 2011;
 179. Sawaya GF, Kulasingam S, Denberg TD, Qaseem A. Cervical Cancer Screening in Average-Risk Women: Best Practice Advice From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 16 juin 2015;162(12):851.
 180. Scottish intercollegiate guidelines network. Guideline 135: Management of epithelial ovarian cancer [Internet]. 2013 [cité 6 mars 2017]. Disponible sur:
<http://sign.ac.uk/guidelines/fulltext/135/index.html>
 181. Barton MB, Lin K. Final Update Summary: Ovarian Cancer: Screening – US Preventive Services Task Force [Internet]. 2012 [cité 6 mars 2017]. Disponible sur:
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/ovarian-cancer-screening>
 182. Virginia A. Moyer on behalf of US preventive services task force. Final Recommendation Statement: Ovarian Cancer: Screening – US Preventive Services Task Force [Internet]. 2012 [cité 6 mars 2017]. Disponible sur:
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/ovarian-cancer-screening>
 183. US Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Ovarian Cancer: Screening [Internet]. 2012 [cité 6 mars 2017]. Disponible sur:
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/ovarian-cancer-screening>
 184. Danforth KN, Im TM, Whitlock EP. Addendum to Screening for Ovarian Cancer: Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement: Ovarian Cancer: Screening – US Preventive Services Task Force [Internet]. 2012 [cité 6 mars 2017]. Disponible sur:
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/addendum-to-screening->

for-ovarian-cancer-evidence-update-for-the-us-preventive-services-task-force-reaffirmation-recommendation-statement/ovarian-cancer-screening

185. Royal Australian College of General Practitioners. Screening tests of unproven benefit In: Guidelines for preventive activities in general practice. 8th edition [Internet]. 2012 [cité 17 janv 2017]. Disponible sur: <http://nmml.org.au/content/Document/RACGP%20Red%20Book.pdf>
186. Alberta provincial. Risk Reduction and Surveillance Strategies for Individuals at High Genetic Risk for Breast and Ovarian Cancer [Internet]. 2011 [cité 6 mars 2017]. Disponible sur: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2C6Eddfg2GcJ:www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/cancer/if-hp-cancer-guide-br011-hereditary-risk-reduction.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-ab>
187. Lin JS, Piper MA, Perdue LA, Rutter C, Webber EM, O'Connor E, et al. Screening for Colorectal Cancer [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016 [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK373584/>
188. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW, García FAR, et al. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 21 juin 2016;315(23):2564-75.
189. US Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Colorectal Cancer: Screening [Internet]. 2016 [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/colorectal-cancer-screening2>
190. Scottish intercollegiate guidelines network. Guideline 126: Diagnosis and management of colorectal cancer [Internet]. 2011 [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: <http://nmml.org.au/content/Document/RACGP%20Red%20Book.pdf>
191. Care CTF on PH. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. Can Med Assoc J. 15 mars 2016;188(5):340-8.
192. Qaseem A, Denberg TD, Hopkins RH, Humphrey LL, Levine J, Sweet DE, et al. Screening for colorectal cancer: a guidance statement from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 6 mars 2012;156(5):378-86.
193. Ministry of Health. Colorectal Screening for Cancer Prevention in Asymptomatic Patients - Province of British Columbia [Internet]. 2013 [cité 6 mars 2017]. Disponible sur: <http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/colorectal-cancer-screening>

194. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC, Schoenfeld PS, Burke CA, Inadomi JM. American College of Gastroenterology Guidelines for Colorectal Cancer Screening 2008. *Am J Gastroenterol.* mars 2009;104(3):739-50.
195. World Gastroenterology Organisation, International Digestive Cancer Alliance. Colorectal cancer screening [Internet]. 2007 [cité 6 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/colorectal-cancer-screening/colorectal-cancer-screening-english>
196. De la Cruz MSD, Young AP, Ruffin MT. Diagnosis and Management of Pancreatic Cancer – American Family Physician [Internet]. 2014 [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.aafp.org/afp/2014/0415/p626.html>
197. Haute autorité de santé. Détection précoce du cancer de la prostate – Actualisation du référentiel de pratiques de l’examen périodique de santé [Internet]. 2013 [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1623736
198. Institut national d’excellence en santé et en services sociaux et Groupe d’étude en oncologie du Québec. Algorithmes d’investigation, de traitement et de suivi pour le cancer de la prostate [Internet]. 2015 [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication/algorithmes-dinvestigation-de-traitement-et-de-suivi-pour-le-cancer-de-la-prostate.html>
199. Collège des médecins du Québec. Le dépistage du cancer de la prostate – mise à jour 2013 – Ligne directrice des médecins du Québec [Internet]. 2013. Disponible sur: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_75QAeTrLysJ:www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-06-01-fr-depistage-cancer-de-la-prostate.pdf+&cd=2&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-ab
200. Haute autorité de santé. Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d’un dépistage par dosage de l’antigène spécifique de la prostate (PSA) de populations d’hommes à haut risque ? [Internet]. 2012 [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1238317
201. Haute autorité de santé. Dépistage du cancer de la prostate – Analyse des nouvelles données Rapport [Internet]. 2010 [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_961181
202. Monographie : cancer de la prostate. 2013. 447-520 p. (La revue du praticien; vol. 63).
203. Gasser T, Iselin C, Jichlinski P, Kreienbühl B, Merz V, Recker F, et al. Dosage du PSA – Recommandations de la Société suisse d’urologie [Internet]. *swissurology.ch.* 2016 [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: <https://swissurology.ch/fr/patients/publications/>

204. Alberta provincial genitourinary tumour team. Prostate Cancer. Clinical practice guideline GU-004 Version 6 [Internet]. 2015 [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ntOYjfDLh8gJ:www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/cancer/if-hp-cancer-guide-gu004-prostate.pdf+&cd=4&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-ab>
205. Bell N, Gorber SC, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, et al. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *Can Med Assoc J.* 11 avr 2014;186(16):1225-34.
206. Qaseem A, Barry M, Denberg T, Owens D, Shekelle P. Screening for prostate cancer: a guidance statement from the clinical guidelines committee of the American college of physicians. *Ann Intern Med.* 21 mai 2013;158(10):761.
207. Carter HB, Albertsen PC, Barry MJ, Etzioni R, Freedland SJ, Greene KL, et al. Early Detection of Prostate Cancer: AUA Guideline. *J Urol.* août 2013;190(2):419-26.
208. Lin K, Crosswell JM, Koenig H, Lam C, Maltz A. Prostate-Specific Antigen-Based Screening for Prostate Cancer: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 [cité 28 févr 2017]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82303/>
209. Virginia A. Moyer on behalf o US preventive services task force. Final Recommendation Statement: Prostate Cancer: Screening [Internet]. 2012 [cité 28 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/prostate-cancer-screening>
210. US Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Prostate Cancer: Screening [Internet]. 2012 [cité 2 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/prostate-cancer-screening>
211. Basch E, Oliver TK, Vickers A, Thompson I, Kantoff P, Parnes H, et al. Screening for Prostate Cancer With Prostate-Specific Antigen Testing: American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion. *J Clin Oncol.* août 2012;30(24):3020-5.
212. Chou R, Dana T. Screening Adults for Bladder Cancer: Update of the 2004 Evidence Review for the US Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2010 [cité 27 févr 2017]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47510/>

213. Virginia A. Moyer on behalf o US preventive services task force. Final Recommendation Statement: Bladder Cancer in Adults. [Internet]. 2011 [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/bladder-cancer-in-adults-screening>
214. US Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Bladder Cancer in Adults: Screening [Internet]. 2011 [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/bladder-cancer-in-adults-screening>
215. Société française de médecine du travail, Société française du cancer, Association française d'urologie. Surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérigènes chimiques : application aux cancérigènes pour la vessie. Recommandations de bonne pratique. Arch Mal Prof Environ. sept 2012;73(4):607-33.
216. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Usage judicieux de 14 analyses biomédicales. Rapport rédigé par Faiza Bouhrassa et Alicia Framarin avec la collaboration du Comité d'experts sur la pertinence-OPTILAB [Internet]. 2014 [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: [http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:BTl4ADoucgYJ:scholar.google.com/+%C2%AB+Usage+judicieux+de+14+analyses+biom%C3%A9dicales+%C2%BB++Institut+national+d%E2%80%99excellence+en+sant%C3%A9+et+en+services+sociaux++\(Canada\)++2014&hl=fr&as_sdt=0,5](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:BTl4ADoucgYJ:scholar.google.com/+%C2%AB+Usage+judicieux+de+14+analyses+biom%C3%A9dicales+%C2%BB++Institut+national+d%E2%80%99excellence+en+sant%C3%A9+et+en+services+sociaux++(Canada)++2014&hl=fr&as_sdt=0,5)
217. Owen RG, Pratt G, Auer RL, Flatley R, Kyriakou C, Lunn MP, et al. Guidelines on the diagnosis and management of Waldenström macroglobulinaemia. Br J Haematol. mai 2014;165(3):316-33.
218. Haute autorité de santé. Argumentaire - Dépistage de l'infection à Helicobacter pylori [Internet]. 2010 [cité 24 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_976380
219. Haute autorité de santé. Synthèse - Dépistage de l'infection à Helicobacter pylori [Internet]. 2010 [cité 24 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_976381
220. Institut national du cancer. Médecins traitants : Acteurs de la prévention du cancer de l'estomac - Ref : OUTESMG13 [Internet]. 2013 [cité 24 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Medecins-traitants-Acteurs-de-la-prevention-du-cancer-de-l-estomac>
221. Institut national du cancer. Oncologues médicaux et chirurgiens digestifs : Acteurs de la prévention du cancer de l'estomac - Ref : OUTESONCO13 [Internet]. 2013 [cité 24 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des->

publications/Oncologues-médicaux-et-chirurgiens-digestifs-Acteurs-de-la-prévention-du-cancer-de-l'estomac

222. Institut national du cancer. Gastroentérologues : Acteurs de la prévention du cancer de l'estomac - Ref : OUTESGAS13 [Internet]. 2013 [cité 24 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Gastroenterologues-Acteurs-de-la-prevention-du-cancer-de-l'estomac>
223. National institute for health and care excellence. Coeliac disease: recognition, assessment and management - Guidance and guidelines [Internet]. 2015 [cité 24 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng20?unlid=814845082201721020252>
224. Lin K, Fajardo K. Evidence Summary. Asymptomatic Bacteriuria in Adults: Screening [Internet]. 2008 [cité 24 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/evidence-summary11/asymptomatic-bacteriuria-in-adults-screening>
225. US Preventive Services Task Force. Final Update Summary: Asymptomatic Bacteriuria in Adults: Screening [Internet]. 2008 [cité 24 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/asymptomatic-bacteriuria-in-adults-screening>
226. Bacon BR, Adams PC, Kowdley KV, Powell LW, Tavill AS, American Association for the Study of Liver Diseases. Diagnosis and management of hemochromatosis: 2011 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology* Baltim Md. juill 2011;54(1):328-43.
227. Langlois S, Ford JC, Chitayat D, Langlois S, Chitayat D, Désilets VA, et al. Dépistage des porteurs de thalassémie et d'hémoglobinopathies au Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 1 oct 2008;30(10):960-71.
228. Srivastava A, Brewer AK, Mauser-Bunschoten EP, Key NS, Kitchen S, Llinas A, et al. Guidelines for the management of hemophilia. *Haemophilia.* 1 janv 2013;19(1):e1-47.
229. Lenders JWM, Duh Q-Y, Eisenhofer G, Gimenez-Roqueplo A-P, Grebe SKG, Murad MH, et al. Pheochromocytoma and Paraganglioma: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 1 juin 2014;99(6):1915-42.
230. Pernod G, Biron-Andreani C, Morange PE, Boehlen F, Constans J, Couturaud F, et al. Recommandations pour la recherche de facteurs biologiques de risque dans le cadre de la maladie thromboembolique veineuse : applications cliniques. *Sang Thromb Vaiss.* 1 oct 2009;21(2):5-11.

231. Guidelines and protocol advisory committee of the medical services commission of British Columbia. Osteoporosis: Diagnosis, Treatment and Fracture Prevention [Internet]. 2011 [cité 23 févr 2017]. Disponible sur: <http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/osteoporosis>
232. Lim LS, Hoeksema LJ, Sherin K, ACPM Prevention Practice Committee. Screening for osteoporosis in the adult U.S. population. ACPM position statement on preventive practice. *Am J Prev Med.* avr 2009;36(4):366-75.
233. Conseil scientifique du Luxembourg. La vitamine D de 0 à 100 ans: recommandation concernant la supplémentation et le dosage – Version longue [Internet]. 2016 [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.conseil-scientifique.public.lu/fr/publications/examens-laboratoire/vitamineD.html>
234. LeBlanc E, Chou R, Zakher B, Daeges M, Pappas M. Screening for Vitamin D Deficiency: Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 [cité 22 févr 2017]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK263419/>
235. Michael L. LeFevre on behalf of the US Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Vitamin D Deficiency: Screening [Internet]. 2014 [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/vitamin-d-deficiency-screening>
236. United States Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Vitamin D Deficiency: Screening [Internet]. 2014 [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/vitamin-d-deficiency-screening>
237. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* juill 2011;96(7):1911-30.
238. Ministry of Health. Cobalamin (vitamin B12) Deficiency – Investigation & Management – Province of British Columbia [Internet]. 2012 [cité 19 juin 2017]. Disponible sur: <http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/vitamin-b12>
239. Haute Autorité de Santé. Hypothyroïdies frustes – Argumentaire [Internet]. 2007 [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_598116

240. Haute Autorité de Santé. Hypothyroïdies frustes – Recommandations [Internet]. 2007 [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_600565
241. Haute Autorité de Santé. Hypothyroïdies frustes – Synthèse [Internet]. 2007 [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_600564
242. Conseil scientifique du Luxembourg. La thyroïde [Internet]. 2008 [cité 14 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.conseil-scientifique.public.lu/fr/publications/examens-laboratoire/thyroide.html>
243. Ruge JB, Bougatsos C, Chou R. Screening for and Treatment of Thyroid Dysfunction: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 [cité 23 janv 2017]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285869/>
244. Michael L. LeFevre on behalf of the US Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Thyroid Dysfunction: Screening [Internet]. 2015 [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/thyroid-dysfunction-screening>
245. US Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Thyroid Dysfunction: Screening – US Preventive Services Task Force [Internet]. 2015 [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/thyroid-dysfunction-screening>
246. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JI, et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Endocr Pract Off J Am Coll Endocrinol Am Assoc Clin Endocrinol*. déc 2012;18(6):988-1028.
247. Guidelines and Protocol Advisory Committee of the Medical services commission of British Columbia. Testosterone Testing – Protocol – Province of British Columbia [Internet]. 2011 [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: <http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/testosterone-testing#diagnosis>

LISTE DES ABREVIATIONS

- Ac Anti-HBc** : Anticorps anti–protéine core
- Ac Anti-HBs** : Anticorps anti–protéine de surface
- AGREE** : Appraisal of guidelines for research and evaluation
- ALD** : Affection de longue durée
- ARN** : Acide ribonucléique
- CKD-EPI** : Chronic kidney disease–epidemiology collaboration
- CRP** : C–reactive protein
- CST** : Coefficient de saturation de la transferrine
- CT** : Cholestérol total
- DESIR** : Données épidémiologiques sur le syndrome d’insulino–résistance
- DFG** : Débit de filtration glomérulaire
- EMA** : Endomysial antibody
- EPS** : Electrophorèse des protéines sériques
- FCU** : Frottis cervico–utérin
- FINDRISC** : Finnish Diabetes Risk
- GAJ** : Glycémie à jeun
- GECSSP** : Groupe d’étude canadien sur les soins de santé préventifs
- GIN** : Guidelines international network
- GGT** : Gamma glutamyl transférase
- HAS** : Haute autorité de santé
- HbA1C** : Hémoglobine glyquée de type A1C
- HDL** : High density lipoprotein
- HGPO** : Hyperglycémie provoquée par voix orale
- HSH** : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
- Ig** : Immunoglobuline
- INCa** : Institut national du cancer
- INPES** : Institut national de prévention et d’éducation pour la santé
- IST** : Infection sexuellement transmissible
- LDL** : Low density lipoprotein
- MDRD** : Modification of Diet in Renal Disease
- MCV** : Maladie cardiovasculaire
- MTEV** : Maladie thromboembolique veineuse
- NABM** : Nomenclature des actes de biologie médicale

NGC : National guideline clearinghouse
OMS : Organisation mondiale de la santé
PAL : Phosphatases alcalines
PCR : Polymerase chain reaction
PSA : Prostatic specific antigen
RPC : Recommandation pour la pratique clinique
SCORE : Systematic Coronary Risk Estimation
TAAN : Test d'amplification des acides nucléiques
TGO : Transaminase glutamo oxaloacétique
TGP : Transaminase glutamo pyruvique
TNB : Table nationale de codage de biologie
TP : Taux de prothrombine
TSH : Thyroid stimulating hormone
tTG : Tissue transglutaminase
USA : United States of America
USPSTF : United States preventive services task force
UDI : Utilisateur de drogue injectable
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
VHA : Virus de l'hépatite A
VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C
VS : Vitesse de sédimentation
VZV : Varicella-zoster virus
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

ANNEXE 1 : Recommandations pour la pratique clinique incluses

Sources Pathologies	HAS	OMS	Cismef Bonnes Pratiques	National guideline clearinghouse	Guideline international network
Diabète de type 2	<p>– «Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète » HAS (France) 2014 (59)</p> <p>– « Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée ; Actualisation » HAS (Franc) 2008 Recommandations (60) et synthèse (61)</p>	<p>– “Prevention and control of noncommunicable diseases. guidelines for primary health care in low-resource settings” OMS (International) 2012 (62)</p>	<p>– «Diabète sucré de type 2 » Société Scientifique de médecine générale (Belgique) 2015 (63)</p> <p>– <i>«Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète » HAS (France) 2014</i></p> <p>– « Dépistage du diabète de type 1 et de type 2 » Association canadienne du diabète (Canada) 2013 (64)</p> <p>– <i>« Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles : directive relative aux soins de santé primaires dans les contextes de faibles ressources » OMS 2013</i></p> <p>– « Dépistage du diabète de type 2 » GECSSP (Canada) 2012 (65)</p> <p>– « Prise en charge des risques cardiométaboliques en soins primaires. Résumé de la déclaration consensuelle de</p>	<p>– “2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice” The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (International) 2016 (68)</p> <p>– “Diagnosis and management of type 2 diabetes mellitus in adults” Institute for Clinical Systems Improvement (USA) 2014 (69)</p> <p>– “Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease” National Institute for Health and Care Excellence (Grande-Bretagne) 2014 (70)</p> <p>– “VA/DoD clinical practice guideline for the management of</p>	<p>– “Clinical practice guidelines for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan – 2015” American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology (USA) 2015 (83)</p> <p>– “Cardiovascular Disease – Primary Prevention” Guidelines and Protocol Advisory Committee of the Medical services commission of British Columbia (Canada) 2014 (84)</p> <p>– <i>“Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults” GECSSP (Canada) 2012</i></p> <p>– <i>“Prevention of vascular and metabolic disease. In. Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition” Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012</i></p> <p>– <i>“Atherosclerotic</i></p>

			<p>2011 » Le médecin de famille canadien (Canada) 2012 (66)</p> <p>- « Examens de laboratoire. chez l'adulte en bonne santé » Conseil scientifique du Luxembourg (Luxembourg) 2008 (67)</p>	<p>dyslipidemia for cardiovascular risk reduction" Defense department (USA) 2014 (71)</p> <p>- "2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk" American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (USA) 2013 (72)</p> <p>- "2012 update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult" Canadian Cardiovascular Society (Canada) 2013 (73)</p> <p>- "Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults" GECSSP (Canada) 2012</p> <p>- "Guidelines for the management of absolute cardiovascular disease risk" National Vascular Disease Prevention Alliance (Australie) 2012 (74)</p> <p>- "Prevention of vascular and metabolic disease. In: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition" Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012 (75)</p>	<p><i>cardiovascular disease screening in adults. American College of Preventive Medicine position statement on preventive practice." American College of Preventive Medicine (USA) 2011</i></p> <p>- "Prevention of stroke. In: Canadian best practice recommendations for stroke care. Canadian Stroke Network" Heart and Stroke Foundation of Canada (Canada) 2010 (85)</p> <p>- "Clinical Practice Guideline for Primary and Secondary Prevention of Stroke" Development group of the stroke prevention guideline (Espagne) 2008 (86)</p> <p>- "Medical Guidelines for Clinical Practice for the Management of Diabetes Mellitus" American Association of Clinical Endocrinologists (USA) 2007 (87)</p> <p>- "Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease" Scottish intercollegiate guidelines network (Ecosse) 2007</p>
--	--	--	---	---	---

				<ul style="list-style-type: none"> - "Screening for cardiovascular disease and risk factors." Singapore Ministry of Health (Singapour) 2011 (76) - "Cardiometabolic risk management guidelines in primary care" Qatif Primary Health Care (Arabie Saoudite) 2011 (77) - "Family History of Early Atherosclerotic Cardiovascular Disease. In Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents National Heart, Lung, and Blood Institute (USA) 2012 (78) - "Atherosclerotic cardiovascular disease screening in adults" American College of Preventive Medicine position statement on preventive practice (USA) 2011 (79) - "Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus" National Academy of Clinical Biochemistry (USA) 2011 (80) - "Clinical practice guideline for type 2 diabetes" Working group of the Clinical Practice Guideline 	
--	--	--	--	--	--

				for type 2 Diabetes (Espagne) 2008 (81) - "Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. A national clinical guideline" Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Ecosse) 2007 (82)	
Diabète de type 1			- « Dépistage du diabète de type 1 et de type 2 » Association canadienne du diabète (Canada) 2013 (64)	"Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus" National Academy of Clinical Biochemistry (USA) 2011 (80)	
Dyslipidémie	- « Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée ; Actualisation » HAS (France) 2008 Recommandations (60) et synthèse (61)		- « Lignes directrices simplifiées sur les lipides : prévention et prise en charges de maladies cardiovasculaires en soins primaires » Le médecin de famille canadien (Canada) 2015 (88) - « Prise en charge des risques cardiométaboliques en soins primaires. Résumé de la déclaration consensuelle de 2011 » Le médecin de famille canadien (Canada) 2012 (66) - Examens de laboratoire chez l'adulte en bonne santé. Conseil scientifique du Luxembourg (Luxembourg) 2008 (67)	- "2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice" European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (International) 2016 (68) - Lipid Disorders in Children and Adolescents. Screening USPSTF (USA) 2016 Argumentaire (89), recommandation (90) et synthèse (91) - "VA/DoD clinical practice guideline for the management of dyslipidemia for cardiovascular risk reduction" Defense	- "Screening and management of lipids" University of Michigan Health System (USA) 2014 - "2012 update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult" Canadian Cardiovascular Society (USA) 2013 - "Screening and management of hypercholesterolemia" Michigan Quality Improvement Consortium (USA) 2013 (100) - "Prevention of vascular and

				<p>department (USA) 2014 (71)</p> <p>- "Screening and management of lipids" University of Michigan Health System (USA) 2014 (92)</p> <p>- "Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease" National Institute for Health and Care Excellence (Grande-Bretagne) 2014 (70)</p> <p>- "2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk" American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (USA) 2013 (72)</p> <p>- "2012 update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult" Canadian Cardiovascular Society (Canada) 2013 (73)</p> <p>- "Evaluation and treatment of hypertriglyceridemia: an Endocrine Society clinical practice guideline" The Endocrine Society (USA) 2012 (93)</p>	<p><i>metabolic disease. In: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition" Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012</i></p> <p>- "Atherosclerotic cardiovascular disease screening in adults: American College of Preventive Medicine position statement on preventive practice" American College of Preventive Medicine (USA) 2011</p> <p>- "Family History of Early Atherosclerotic Cardiovascular Disease. In Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents National Heart, Lung, and Blood Institute (USA) 2012</p> <p>- "Prevention of stroke. In. Canadian best practice recommendations for stroke care" Canadian Stroke Network. Heart and Stroke Foundation of Canada (Canada) 2010 (85)</p> <p>- "Cardiovascular disease - primary prevention" Medical Services Commission of British Columbia (USA) 2008 (84)</p>
--	--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> - “Guidelines for the management of absolute cardiovascular disease risk” National Vascular Disease Prevention Alliance (Australie) 2012 (74) - “ACE Task Force for Management of Dyslipidemia and Prevention of Atherosclerosis.” American Association of Clinical Endocrinologists' guidelines for management of dyslipidemia and prevention of atherosclerosis (USA) 2012 (94) - “Prevention of vascular and metabolic disease. In: Guidelines for preventive activities in general practice” Royal Australian College of General Practitioners 8th edition” (Australie) 2012 (75) - “Screening for cardiovascular disease and risk factors” Singapore Ministry of Health (Singapour) 2011 (76) - “Family History of Early Atherosclerotic Cardiovascular Disease. In Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents National Heart, Lung, and Blood Institute (USA) 	<ul style="list-style-type: none"> - “Clinical Practice Guideline for Primary and Secondary Prevention of Stroke.” Development group of the stroke prevention Guideline. (Espagne) 2008 (86) - <i>“Clinical practice guideline on the management of lipids as a cardiovascular risk factor” Basque Health System (Espagne) 2008</i> - <i>“Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease” Scottish intercollegiate guidelines network (Ecosse) 2007</i>
--	--	--	--	---	--

				<p>2012 (78)</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Atherosclerotic cardiovascular disease screening in adults. American College of Preventive Medicine position statement on preventive practice" American College of preventive medicine (USA) 2011 (79) - "Cardiometabolic risk management guidelines in primary care" Qatif Primary Health Care (Arabie Saoudite) 2011 (77) - "Identification and management of familial hypercholesterolaemia- National Institute for Health and Clinical Excellence guideline" National Collaborating Centre for Primary Care. (Royaume-Uni) 2008 (95) - "Clinical practice guideline on the management of lipids as a cardiovascular risk factor" Basque Health System (Espagne) 2008 (96) - "Lipid Disorders in Adults (Cholesterol, Dyslipidemia). Screening" USPSTF (USA) 2008 Argumentaire (97). recommandation (98) et synthèse (99) - "Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. A national clinical 	
--	--	--	--	--	--

				guideline” Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Ecosse) 2007 (82)	
Athérosclérose			<ul style="list-style-type: none"> - « Lignes directrices simplifiées sur les lipides : prévention et prise en charges de maladies cardiovasculaires en soins primaires » Le médecin de famille canadien (Canada) 2015 (88) - « Prise en charge des risques cardiométaboliques en soins primaires. Résumé de la déclaration consensuelle de 2011 » Le médecin de famille canadien (Canada) 2012 (66) 	<ul style="list-style-type: none"> - “2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice” European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (International) 2016 (68) - “2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk” American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (USA) 2013 (72) - “2012 update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult” Canadian Cardiovascular Society (Canada) 2013 (73) - “Evaluation and treatment of hypertriglyceridemia: an Endocrine Society clinical practice guideline” The Endocrine Society (USA) 2012 (93) - “AACE Task Force for 	<ul style="list-style-type: none"> - “2012 update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult” Canadian Cardiovascular Society (USA) 2013 - “Emerging biomarkers for primary prevention of cardiovascular disease and stroke” National Academy of Clinical Biochemistry (USA) 2009 (101) - “Using Nontraditional Risk Factors in Coronary Heart Disease Risk Assessment” USPSTF (USA) 2009 Argumentaire (102), recommandations (103) et synthèse (104) - “Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Type 2 Diabetes in Patients at Metabolic Risk. An Endocrine Society Clinical Practice Guideline (USA) 2008 (105)

				<p>Management of Dyslipidemia and Prevention of Atherosclerosis.” American Association of Clinical Endocrinologists' guidelines for management of dyslipidemia and prevention of atherosclerosis (USA) 2012 (94)</p> <p>– “Screening for cardiovascular disease and risk factors” Singapore Ministry of Health (Singapour) 2011 (76)</p>	
Maladie rénale chronique			<p>– « Prise en charge des risques cardiométaboliques en soins primaires. Résumé de la déclaration consensuelle de 2011 » Le médecin de famille canadien (Canada) 2012 (66)</p>	<p>– “2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice” European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (International) 2016 (68)</p> <p>– “Chronic Kidney Disease (Partial Update). Early identification and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care. London” National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni) 2014 (106)</p> <p>– “Preventive male sexual and reproductive health care. recommendations for clinical practice” Male Training Center for Family Planning and Reproductive Health (USA) 2014</p>	<p>– “Management of osteoporosis and the prevention of fragility fractures” Scottish intercollegiate guidelines network (Ecosse) 2015 (113)</p> <p>– <i>Screening, monitoring, and treatment of stage 1 to 3 chronic kidney disease. a clinical practice guideline from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians (USA) 2013</i></p> <p>– <i>Prevention of vascular and metabolic disease. In: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition (Australie) 2012</i></p> <p>– <i>Chronic Kidney Disease. Screening. USPSTF (USA) 2012</i></p> <p>– “Emerging biomarkers for primary prevention of</p>

				<p>(107)</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease" National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni) 2014 (70) - "Screening, monitoring, and treatment of stage 1 to 3 chronic kidney disease: a clinical practice guideline from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians" American College of Physicians (USA) 2013 (108) - "2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk" American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (USA) 2013 (72) - "2012 update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult" Canadian Cardiovascular Society (Canada) 2013 (73) - "Chronic Kidney Disease: 	<p>cardiovascular disease and stroke" National Academy of Clinical Biochemistry (USA) 2009 (101)</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Type 2 Diabetes in Patients at Metabolic Risk: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline" (USA) 2008 (105) - "Cardiovascular disease - primary prevention" Medical Services Commission of British Columbia (USA) 2008 (84) - <i>"Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease" Scottish intercollegiate guidelines network (Ecosse) 2007</i>
--	--	--	--	---	--

				<p>Screening" USPSTF (USA) 2012 Argumentaire (109), recommandation (110) et synthèse (111)</p> <p>- "Prevention of vascular and metabolic disease. In: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition" Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012 (112)</p> <p>- "Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. A national clinical guideline" Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Ecosse) 2007 (82)</p>	
Insuffisance cardiaque	<p>- « Marqueurs cardiaques dans la maladie coronarienne et l'insuffisance cardiaque en médecine ambulatoire » HAS (France) 2010 Rapport (114) et texte court (115)</p>		<p>- « Marqueurs cardiaques dans la maladie coronarienne et l'insuffisance cardiaque en médecine ambulatoire » HAS (France) 2010</p>		
HIV	<p>- « Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage » HAS (France) 2009 Argumentaire (116) et synthèse (32)</p>	<p>- "Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations" OMS (International) 2016 (121)</p>	<p>-«Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles » Société française de dermatologie (France) 2016 (122)</p> <p>- « Prise en charge des personnes infectées par les</p>	<p>- "UK national guideline for consultations requiring sexual history taking" British Association for Sexual Health and HIV (Royaume-Uni) 2013 (125)</p> <p>- "Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: Screening"</p>	<p>-<i>Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: Screening. USPSTF (USA) 2013</i></p> <p>- "Sexually transmitted diseases treatment guidelines" Centers for Disease Control and Prevention (USA) 2010 (131)</p>

	<p>- « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer » HAS (France) 2009 Argumentaire (117) et document d'information (118)</p> <p>- « Dépistage de l'infection par le VIH – Modalités de réalisation des tests de dépistage » HAS (France) 2008 Argumentaire (119) et synthèse (120)</p>		<p>virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C » Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites – Association française pour l'étude du foie (France) 2014 (31)</p> <p>- « Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine » Institut national de santé publique du Québec (Canada) 2011 (123)</p> <p>- Examens de laboratoire chez l'adulte en bonne santé. Conseil scientifique du Luxembourg (Luxembourg) 2008 (67)</p> <p>- « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH » Ministère de la Santé et des Sports (France) 2010 (124)</p>	<p>USPSTF (USA) 2013 Argumentaire (126), recommandation (127) et synthèse (128)</p> <p>- « Communicable diseases. In. Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition » Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012 (129)</p> <p>- « Preventive male sexual and reproductive health care. recommendations for clinical practice » Male Training Center for Family Planning and Reproductive Health (USA) 2014 (107)</p> <p>- « Trichomoniasis » New York State Department of Health (USA) 2012 (130)</p>	
<p>Infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (gonocoque)</p>	<p>- « Urétrites et cervicites non compliquées : stratégie diagnostique et thérapeutique de prise en charge » HAS (France) 2015 Rapport d'élaboration (132) et fiche mémo (133)</p> <p>- « Dépistage et prise en charge de l'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> : état des lieux et</p>		<p>- « Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles » Société Française de Dermatologie (France) 2016 (122)</p> <p>- « Examens de laboratoire » Conseil scientifique du Luxembourg (Luxembourg) 2008 (67)</p>	<p>- « United Kingdom national guideline for gonorrhoeae testing » British Association for Sexual Health and HIV (Royaume-Uni) 2012 (136)</p> <p>- « UK national guideline for the management of pelvic inflammatory disease » British Association for Sexual Health and HIV (Royaume-Uni) 2011 (137)</p>	<p>- « Sexually transmitted diseases treatment guidelines » Centers for Disease Control and Prevention (USA) 2010 (131)</p>

	Propositions » HAS (France) 2010 Rapport d'orientation (134) et synthèse (135)				
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> (Chlamydia)	- « Urétrites et cervicites non compliquées : stratégie diagnostique et thérapeutique de prise en charge » HAS (France) 2015 Rapport d'élaboration (132) et fiche mémo (133)		- « Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles » Société Française de Dermatologie (France) 2016 (122) - « Examens de laboratoire » Conseil scientifique du Luxembourg (Luxembourg) 2008 (67)	- «Chlamydia and Gonorrhea. Screening» USPSTF (USA) 2014 Argumentaire, recommandation (138) et synthèse (139) - «Preventive male sexual and reproductive health care. recommendations for clinical practice» Male Training Center for Family Planning and Reproductive Health (USA) 2014 (107) - «Communicable diseases. In. Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition» Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012 (129) - «Chlamydial urethritis and cervicitis» Finnish Medical Society Duodecim (Finlande) 2011 (140) - «UK national guideline for the management of pelvic inflammatory disease» British Association for Sexual Health and HIV (Royaume-Uni) 2011 (137)	- « Sexually transmitted diseases treatment guidelines» Centers for Disease Control and Prevention (USA) 2010 (131)
Syphilis	- «Projet de grossesse : informations, messages de prévention,		- « Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement	- «Syphilis Infection in Nonpregnant Adults and Adolescents. Screening» USPSTF	- « Sexually transmitted diseases treatment guidelines» Centers for Disease Control

	examens à proposer » HAS (France) 2009 Argumentaire (117) et document d'information (118) - «Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France » HAS (France) 2007 Argumentaire (141) et synthèse (142)		Transmissibles » Société Française de Dermatologie (France) 2016 (122) - « Examens de laboratoire » Conseil scientifique du Luxembourg (Luxembourg) 2008 (67)	2016 (USA) Argumentaire (143), recommandation (144) et synthèse (145) - “Preventive male sexual and reproductive health care: recommendations for clinical practice” Male Training Center for Family Planning and Reproductive Health (USA) 2014 (107) - “Communicable diseases. In. Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition” Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012 (129)	and Prevention (USA) 2010 (131)
HSV	- « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer » HAS (France) 2009 Argumentaire (117)				
HBV	- «Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C » HAS (France) 2011 Argumentaire (146) et synthèse (34) - « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer » HAS (France) 2009	- “Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection” OMS (International) 2015 (147)	- «Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles » SFD - Société Française de Dermatologie (France) 2016 (122) - « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C » Agence nationale	- “Hepatitis B Virus Infection: Screening” USPSTF (USA) 2014 Argumentaire (148), recommandation (149) et synthèse (150) - “UK national guideline for consultations requiring sexual history taking” British Association for Sexual Health and HIV (Royaume-Uni) 2013 (125)	- “Hepatitis B and C: ways to promote and offer testing to people at increased risk of infection” NICE (Grande-Bretagne) 2012 (155) - <i>“Updated CDC recommendations for the management of hepatitis B virus-infected health-care providers and students- Morbidity and mortality</i>

	<p>Argumentaire (117) et document d'information (118)</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée ; Actualisation » HAS (France) 2008 Recommandations (60) et synthèse (61) 		<p>de recherche sur le sida et les hépatites – Association française pour l'étude du foie (France) 2014 (31)</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Examens de laboratoire » Conseil scientifique du Luxembourg (Luxembourg) 2008 (67) 	<ul style="list-style-type: none"> - “Preventive male sexual and reproductive health care: recommendations for clinical practice” Male Training Center for Family Planning and Reproductive Health (USA) 2014 (107) - “Updated CDC recommendations for the management of hepatitis B virus-infected health-care providers and students–Morbidity and mortality weekly report” Centers for disease control and prevention (USA) 2012 (151) - “Addressing viral hepatitis in people with substance use disorders” Substance Abuse and Mental Health Services Administration (USA) 2011 (152) - “Chronic hepatitis B infection” Singapore Ministry of Health (Singapour) 2011 (153) - “General recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices” Centers for disease control and prevention (USA) 2011 (154) - “Communicable diseases. In. Guidelines for preventive activities in general practice, 8th 	<p><i>weekly report” “Centers for disease control and prevention (USA)2012</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>“General recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices” Centers for disease control and prevention (USA) 2011</i> - <i>“Sexually transmitted diseases treatment guidelines” Centers for Disease Control and Prevention (USA) 2010 (131)</i>
--	--	--	---	---	---

				edition” Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2008 (129)	
Infection à <i>Trichomonas vaginalis</i>				-“United Kingdom national guideline on the management of Trichomonas vaginalis “British Association for Sexual Health and HIV (Royaume-Uni) 2014 (156) - “Preventive male sexual and reproductive health care. recommendations for clinical practice” Male Training Center for Family Planning and Reproductive Health (USA) 2014 (107) -“Communicable diseases. In: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition” Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012 (129)	- “ Sexually transmitted diseases treatment guidelines” Centers for Disease Control and Prevention (USA) 2010 (131)
HCV	- «Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C » HAS (France) 2011 Argumentaire (146) et synthèse (34) - « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer » HAS (France) 2009	- “Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection” OMS (International) 2016 (157)	- « Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles » Société Française de Dermatologie (France) 2016 (122) - « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l’hépatite B ou de l’hépatite C. Agence nationale de recherche sur le sida et les	- “Preventive male sexual and reproductive health care. recommendations for clinical practice” Male Training Center for Family Planning and Reproductive Health (USA) 2014 (107) - “Management of hepatitis C. A national clinical guideline” Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Ecosse)	- “ <i>Hepatitis C. Screening</i> ” <i>USPSTF (USA) 2013</i> - “Hepatitis B and C. ways to promote and offer testing to people at increased risk of infection” NICE (Royaume-Uni) 2012 (155) - “Sexually transmitted diseases treatment guidelines” Centers for Disease Control and Prevention (USA) 2010 (131)

	<p>Argumentaire (117) et document d'information (118)</p> <p>- « Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée ; Actualisation » HAS (Franc) 2008</p> <p>Recommandations (60) et synthèse (61)</p>		<p>hépatites – Association française pour l'étude du foie » (France) 2014 (31)</p> <p>- « Examens de laboratoire » Conseil scientifique du Luxembourg (Luxembourg) 2008 (67)</p>	<p>2013 (158)</p> <p>- "Hepatitis C. Screening" USPSTF (USA) 2013 Argumentaire (159), recommandation (160) et synthèse (161)</p> <p>- "UK national guideline for consultations requiring sexual history taking" British Association for Sexual Health and HIV (Royaume-Uni) 2013 (125)</p> <p>- "Recommendations for the identification of chronic hepatitis C virus infection among persons born during 1945–1965" Centers for Disease Control and Prevention (USA) 2012 (162)</p> <p>- "Communicable diseases. In. Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition" Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012 (129)</p> <p>- "Addressing viral hepatitis in people with substance use disorders" Substance Abuse and Mental Health Services Administration (USA) 2011 (152)</p>	
HAV			<p>- « Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles » Société Française de Dermatologie</p>	<p>- "Communicable diseases. In. Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition" Royal Australian College of General Practitioners</p>	<p>- "Sexually transmitted diseases treatment guidelines" Centers for Disease Control and Prevention (USA) 2010 (131)</p>

			(France) 2016 (122)	(Australie) 2012 (129) - "Addressing viral hepatitis in people with substance use disorders" Substance Abuse and Mental Health Services Administration (USA) 2011 (163)	
Rubéole	- « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer » HAS (France) 2009 Argumentaire (117) et document d'information (118)			- "Preventive activities prior the pregnancy. In : Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition" Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012 (164)	- "Recommended Adult Immunization Schedule for Adults Aged 19 Years or Older, by Vaccine and Age Group" Centers for disease control and prevention (USA) 2016 (154)
Toxoplasmose	- « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer » HAS (France) 2009 Argumentaire (117) et document d'information (118)				
Varicelle	- « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer » HAS (France) 2009 Argumentaire (117) et document d'information (118)			- "Preventive activities prior the pregnancy. In: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition" Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012 (164)	
Cirrhose	- « Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose				

	non compliquée – Actualisation » HAS (France) 2008 Recommandations (60) et synthèse (61)				
Cancer du col de l'utérus	<p>– « Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus » HAS (France) 2013 (19)</p> <p>– «Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France » HAS (France) 2010 Synthèse et recommandation (165) fiche de synthèse (18)</p> <p>– «Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer » HAS (France) 2009 Argumentaire (117) et document d'information (118)</p>	<p>– “Guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention” OMS (International) 2013 (166)</p>	<p>– <i>«Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus » OMS 2014</i></p> <p>– «Dépistage du cancer du col de l'utérus » GECSSP (Canada) 2013 (167)</p> <p>–« <i>Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus » HAS (France) 2013</i></p> <p>– «Dépistage du cancer du col utérin au sein de milieux ne disposant que de faibles ressources » Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Société de gynécologie oncologie du Canada et Société canadienne des colposcopistes (Canada) 2011 (168)</p> <p>– «Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec » Institut national de santé publique du Québec (Canada) 2011 (169)</p> <p>– «Recommandations pour la prise en charge des pathologies cervicales » Groupement</p>	<p>– “Preventive male sexual and reproductive health care: recommendations for clinical practice” Male Training Center for Family Planning and Reproductive Health (USA) 2014 (107)</p> <p>– <i>“Recommendations on screening for cervical cancer” GECSSP (Canada) 2013</i></p> <p>– “Cancer screening” University of Michigan Health System (USA) 2012 (173)</p> <p>– “Screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer” Cervical Cancer Guidelines Committee, American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology (USA) 2012 (108)</p> <p>– “Cervical Cancer: Screening” USPSTF (USA) 2012 Argumentaire (174), recommandation (175) et synthèse (176)</p> <p>– “Early detection of cancers. In: Guidelines for preventive</p>	<p>– “Cervical Cancer Screening in Average-Risk Women: best practice advice from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians» American College of Physicians (USA) 2015 (179)</p> <p>– <i>“Recommendations on screening for cervical cancer: GECSSP » (Canada) 2013</i></p> <p>–« <i>Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus » HAS (France) 2013</i></p> <p>– <i>“Screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer” Cervical Cancer Guidelines Committee, American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology (USA) 2012</i></p> <p>– <i>“Cervical Cancer: Screening” USPSTF (USA) 2012</i></p> <p>– <i>“Cancer screening” University of Michigan Health System (USA) 2012</i></p> <p>– <i>“Cervical screening. Program</i></p>

			<p>romand de la société suisse de gynécologie et obstétrique (Suisse) 2010 (170)</p> <p>- «Directive clinique canadienne de consensus sur le virus du papillome humain » Société des Obstétriciens et Gynécologues (Canada) 2007 (171)</p> <p>- «Prévention du cancer du col de l'utérus » Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (France) 2007 (172)</p>	<p>activities in general practice, 8th edition”</p> <p>Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012 (177)</p> <p>- “Cervical screening, Program in Evidence-based Care” Cancer care Ontario (Canada) 2011 (178)</p> <p>- “Cervical cancer prevention in low-resource settings. Cervical cancer prevention in low-resource settings” Society of Canadian Colposcopists, society of Gynaecologic Oncologists of Canada (Canada) 2011</p>	<p><i>in Evidence-based Care” Cancer care Ontario (Canada) 2011</i></p> <p><i>- “Cervical cancer prevention in low-resource settings. Cervical cancer prevention in low-resource settings” Society of Canadian Colposcopists, society of Gynaecologic Oncologists of Canada (Canada) 2011</i></p> <p><i>- “ Sexually transmitted diseases treatment guidelines” Centers for Disease Control and Prevention (USA) 2010 (131)</i></p>
Cancer de l’ovaire				<p>- “Management of epithelial ovarian cancer. A national clinical guideline” Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Ecosse) 2013 (180)</p> <p>- “Ovarian Cancer: Screening” USPSTF (USA) 2012</p> <p>Argumentaire (181), recommandation (182), synthèse (183) et addendum (184)</p> <p>- “Early detection of cancers. In. Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition”</p> <p>Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012 (177)</p> <p>- “Screening tests of unproven</p>	<p><i>- “Screening tests of unproven benefit. In. Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition” Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012</i></p> <p><i>- “Ovarian Cancer: Screening” USPSTF (USA) 2012</i></p>

				<p>benefit. In: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition" Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012 (185)</p> <p>- "Risk reduction and surveillance strategies for individuals at high genetic risk for breast and ovarian cancer" Alberta Provincial Breast Tumour Team (USA) 2011 (186)</p>	
Cancer colorectal	<p>- « Dépistage et prévention du cancer colorectal » HAS (France) 2013 (24)</p>		<p>- « <i>Dépistage et prévention du cancer colorectal</i> » HAS (France) 2013</p>	<p>- "Colorectal Cancer: Screening" USPSTF (USA) 2016 Argumentaire (187), recommandation (188) et synthèse (189)</p> <p>- "Diagnosis and management of colorectal cancer. A national clinical guideline" Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Ecosse) 2011 révisé en 2016 (190)</p> <p>- "Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care" GECSSP (Canada) 2015 (191)</p> <p>- "Cancer screening" University of Michigan Health System (USA) 2012 (173)</p> <p>- "Screening for colorectal cancer: a guidance statement from the American College of Physicians" American College of</p>	<p>- "<i>Diagnosis and management of colorectal cancer. A national clinical guideline</i>" Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Ecosse) 2016</p> <p>- « <i>Dépistage et prévention du cancer colorectal</i> » HAS (France) 2013</p> <p>- "Colorectal screening for cancer prevention in asymptomatic patients" Medical Services Commission of British Columbia (Canada) 2013 révisé en 2016 (193)</p> <p>- "<i>Screening for colorectal cancer: a guidance statement from the American College of Physicians</i>" American College of Physicians (USA) 2012</p> <p>- "<i>Cancer screening</i>" University of Michigan Health System (USA) 2012</p>

				<p>Physicians (USA) 2012 (192)</p> <p>- "Early detection of cancers. In. Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition" Royal Australian College of General Practitioners (USA) 2008 (177)</p>	<p>- "Colorectal cancer screening" <i>Institute for Clinical Systems Improvement (USA) 2014 (reprennant les recommandations de l'USPSTF)</i></p> <p>- "American College of Gastroenterology Guidelines for Colorectal Cancer Screening 2008" American College of Gastroenterology (USA) 2009 (194)</p> <p>- "Colorectal cancer screening" World Gastroenterology Organisation (International) 2007 (195)</p>
Cancer du pancréas				<p>- "Diagnosis and Management of Pancreatic Cancer" American College of Physicians (USA) 2014 (196)</p>	
Cancer de la prostate	<p>- « Détection précoce du cancer de la prostate » HAS (France) 2013 (197)</p>		<p>- « Algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi pour le cancer de la prostate » Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Canada) 2015 (198)</p> <p>- « Le dépistage du cancer de la prostate » Collège des médecins du Québec (Canada) 2013 (199)</p> <p>- « <i>Détection précoce du cancer de la prostate</i> » HAS (France) 2013</p> <p>- « Cancer de la prostate : identification des facteurs de</p>	<p>- "Prostate cancer" Cancer control Alberta (USA) 2015 (204)</p> <p>- "Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test" GECSSP (Canada) 2014 (205)</p> <p>- "Preventive male sexual and reproductive health care: recommendations for clinical practice" Male Training Center for Family Planning and Reproductive Health (USA) 2014 (107)</p>	<p>- "Prostate Cancer: Screening" <i>USPSTF (USA) 2012</i></p> <p>- "Cancer screening" <i>University of Michigan Health System (USA) 2012</i></p> <p>- "Screening for prostate cancer: a guidance statement from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians" <i>American College of Physicians (USA) 2013</i></p> <p>- "Early detection of prostate cancer: AUA guideline" <i>American Urological</i></p>

			<p>risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) de populations d'hommes à haut risque ? » HAS (France) 2012 (200)</p> <p>- « Dépistage du cancer de la prostate - Analyse des nouvelles données- Rapport d'orientation » HAS (France) 2010 (201)</p> <p>- « Monographie Cancer de la prostate » Revue du Praticien (France) 2013 (202)</p> <p>- « Dosage du PSA – Recommandations de la Société suisse d'urologie » (Suisse) 2012 (203)</p>	<p>- "Screening for prostate cancer: a guidance statement from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians" American College of Physicians (USA) 2013 (206)</p> <p>- "Early detection of prostate cancer: AUA guideline" American Urological Association Education and Research (USA) 2013 (207)</p> <p>- "Prostate Cancer: Screening" USPSTF (USA) 2012 Argumentaire (208), recommandation (209) et synthèse (210)</p> <p>- "Cancer screening" University of Michigan Health System (USA) 2012 (173)</p> <p>- "Early detection of cancers. In: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition" Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012 (177)</p>	<p><i>Association Education and Research (USA) 2013</i></p> <p>- "Screening for Prostate Cancer with Prostate-Specific Antigen (PSA) Testing" American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion, American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion (USA) 2012 (211)</p>
Cancer de la vessie				<p>- "Bladder Cancer in Adults: Screening" USPSTF (USA) 2011 Argumentaire (212), recommandation (213) et synthèse (214)</p>	<p>- « Surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposé à des agents cancérigènes chimiques: application aux cancérigènes pour la vessie » Institut national du cancer, HAS (France) 2012 (215)</p>

<p>Hémopathies lymphoïdes (maladie de Waldenström, myélome multiple)</p>			<p>- « Usage judicieux de 14 analyses biomédicales » Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Canada) 2014 (216)</p>	<p>- "Guidelines on the diagnosis and management of Waldenström macroglobulinaemia." British Committee for Standards in Haematology (Grande-Bretagne) 2014 (217)</p>	
<p>Infection à <i>Helicobacter pylori</i></p>	<p>- «Dépistage de l'infection à Helicobacter Pylori ; Pertinence et populations concernées » HAS (France) 2010 Argumentaire (218) et synthèse (219)</p>		<p>- «Médecins traitants : Acteurs de la prévention du cancer de l'estomac » Institut national du cancer (France) 2013 (220) - «Oncologues médicaux et chirurgien digestifs : Acteurs de la prévention du cancer de l'estomac » Institut national du cancer (France) 2013 (221) - «Gastroentérologues : Acteurs de la prévention du cancer de l'estomac » Institut national du cancer (France) 2013 (222)</p>		
<p>Maladie cœliaque</p>			<p>- « Maladie cœliaque » World Gastroenterology Organisation (International) 2012 (41)</p>	<p>- "Coeliac disease: recognition, assessment and management" National Institute for Health and Clinical Excellence (Royaume-Uni) 2015 (223) - "ACG clinical guidelines: diagnosis and management of celiac disease" American College of Gastroenterology (USA) 2013 (45) - "Global guidelines: celiac disease" World Gastroenterology Organisation (International) 2012</p>	

Pancréatite			- « Usage judicieux de 14 analyses biomédicales » Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Canada) 2014 (216)		
Bactériurie			- « Examens de laboratoire» Conseil scientifique du Luxembourg (Luxembourg) 2008 (67)	- "Asymptomatic Bacteriuria in Adults: Screening" USPSTF (USA) 2008 Argumentaire (224), recommandation (225) et synthèse	
Hémochromatose				- "Diagnosis and management of hemochromatosis: 2011 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases" American Association for the Study of Liver Diseases" (USA) 2011 (226)	
Hémoglobinopathies			- «Dépistage des porteurs de thalassémie et d'hémoglobinopathies au Canada » Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Collège canadien des généticiens médicaux (Canada) 2008 (227)		- <i>"Carrier screening for thalassemia and hemoglobinopathies in Canada."</i> Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Canadian College of Medical Geneticists (Canada) 2008
Hémophilie				- "Guidelines for the management of hemophilia" World Federation of Hemophilia (International) 2012 (228)	
Phéochromocytome -paragangliome				- "Pheochromocytoma and paraganglioma: an Endocrine Society clinical practice guideline" Endocrine Society (USA) 2014 (229)	

<p>Trouble de la coagulation à risque de maladie thromboembolique veineuse</p>			<p>- « Recommandations pour la recherche des facteurs biologiques de risque dans la cadre de la maladie thromboembolique veineuse » Société française de médecine vasculaire (France) 2009 (230)</p>		
<p>Ostéoporose</p>					<p>-“Management of osteoporosis and the prevention of fragility fractures” Scottish intercollegiate guidelines network (Ecosse) 2015 (113) - “Osteoporosis: diagnosis, treatment, and fracture prevention” Medical Services Commission of British Columbia (Canada) 2011 (231) -“Screening for osteoporosis in the adult U.S. population: ACPM position statement on preventive practice” American College of Preventive Medicine (USA) 2009 (232)</p>
<p>Déficit en vitamine D</p>			<p>- « La vitamine D de 0 à 100 ans : recommandations concernant la supplémentation et le dosage » Conseil Scientifique du Luxembourg (Luxembourg) 2016 (233) - « Usage judicieux de 14 analyses biomédicales » Institut national d’excellence en santé</p>	<p>- “Vitamin D Deficiency: Screening” USPSTF (USA) 2014 Argumentaire (234), recommandation (235) et résumé(236) - “Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline” The Endocrine society (USA) 2011</p>	<p>- <i>“Vitamin D Deficiency: Screening” USPSTF (USA) 2014</i> - <i>“Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline” The Endocrine society (USA) 2011</i> - “Osteoporosis: diagnosis, treatment, and fracture</p>

			et en services sociaux (Canada) 2014 (216)	(237) - "Screening tests of unproven benefit. In. Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition" Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012 (185)	prevention" Medical Services Commission of British Columbia (Canada) 2011 (231) - "Screening tests of unproven benefit. In. Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition" Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012
Déficit en vitamine B12			- « Usage judicieux de 14 analyses biomédicales » Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Canada) 2014 (216)	- "Cobalamin (vitamin B ₁₂) deficiency—investigation and management" Medical Services Commission, British Columbia (Canada) 2012 (238)	
Déficit en vitamine B9			-« Usage judicieux de 14 analyses biomédicales » Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Canada) 2014 (216)		
Dysthyroïdies	- «Hypothyroïdies frustes chez l'adulte : diagnostic et prise en charge » HAS (France) 2007 Argumentaire (239), recommandations (240) et synthèse (241)		- «Examens de la thyroïde » Conseil scientifique du Luxembourg (Luxembourg) 2008 (242) - « <i>Hypothyroïdies frustes chez l'adulte : diagnostic et prise en charge</i> » HAS (France) 2007	- "Thyroid Dysfunction: Screening" US Preventive Services Task Force - USPSTF (USA) 2015 Argumentaire (243), recommandation (244) et résumé (245) - "Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association" American Association of Clinical Endocrinologists, American	- "Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association" (USA) 2012 - "Screening tests of unproven benefit. In. Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition" Royal

				Thyroid Association (USA) 2012 (246) - "Screening tests of unproven benefit. In: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition" Royal Australian College of General Practitioners (Australie) 2012 (185)	<i>Australian College of General Practitioners (Australie) 2012</i>
Hypoandrogénisme masculin				- "Testosterone testing protocol." Medical Services Commission, British Columbia (Canada) 2011 (247)	
Iso-immunisation	- « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer » HAS (France) 2009 Argumentaire (117) et document d'information (118)				

Nota : les références en italique ont été retrouvées sur au moins deux sources. Elles n'ont été comptabilisées qu'une fois dans le décompte des RPC pour chaque pathologie.

ANNEXE 2 : Synthèse des modalités de dépistage des pathologies classées « à dépister »

Pathologie	Comment dépister ?	Qui dépister ?	A quelle fréquence dépister ?
Diabète de type II	<ul style="list-style-type: none"> - Glycémie veineuse à jeun (GAJ) - Glycémie non à jeun - HbA1c - HGPO 	<p>AGE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A partir de 37.5 ans en moyenne chez l'homme et 39.3 ans en moyenne chez la femme <p>FAMILLE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédent familial de diabète - Antécédent familial de maladie cardiovasculaire précoce (événement ou diagnostic de pathologie cardiovasculaire avant 55 ans chez un homme et avant 65 ans chez une femme) - Antécédent familial de dyslipidémie - Parents d'un enfant de 0 à 18 ans présentant une HTA ou une obésité - Mère ayant accouché d'un enfant de plus de 4 kg <p>MODE DE VIE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sédentarité (moins de 30 minutes d'activité physique par semaine) - Risque psycho-social : précarité (score EPICES > 30), stress professionnel ou familial, anxiété ou personnalité de type D [=association d'une affectivité négative : propension à éprouver anxiété, découragement ou irritation, et inhibition dans les relations sociales, isolement] - Consommation insuffisante de fruits et légumes - Risque élevé de diabète ou d'événement cardiovasculaire, calculé à l'aide d'un calculateur de risque validé pour la population <p>PROFESSION :</p>	<p>Tous les 6 mois-12 mois à tous les 4-6 ans.</p> <p>La fréquence est modulée en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du risque cardiovasculaire global - des résultats du bilan glycémique - de la survenue d'un nouvel événement cardiovasculaire familial

		<ul style="list-style-type: none"> - Militaire des USA, vétéran et leur famille à partir de 35 ans (hommes) ou 45 ans (femmes) <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Origine à risque : Afrique, Asie, Hispano-américains, noirs-américains, Amérique centrale, Europe hors Europe de l'Ouest, Turquie, Russie, autochtones américains et canadiens, îles du Pacifique, pays du Moyen-Orient <p>TOXIQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tabac - Consommation excessive prolongée d'alcool 	
Dyslipidémie	<p>Bilan lipidique sur dosage plasmatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cholesterol total, - HDL-cholesterol, - LDL-cholesterol, - Triglycérides, - Non- HDL-cholestérol (cholestérol total - HDL) - Rapport CT/HDL <p>Bilan à jeun ou non à jeun Après une semaine d'alimentation habituelle A distance d'au moins 3 mois d'une pathologie aiguë, 2 mois d'un accouchement ou un traumatisme et 24 heures d'un stress psychologique</p>	<p>AGE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A partir de 36.7 ans en moyenne chez l'homme et 41.0 en moyenne ans chez la femme <p>FAMILLE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédent familial de MCV précoce - Antécédent familial de dyslipidémie - Parents d'un enfant de 0 à 18 ans présentant une HTA, une dyslipidémie ou une obésité <p>MODE DE VIE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consommation insuffisante de fruits et légumes - Sédentarité - Risque psycho-social : niveau socio-économique bas, stress professionnel ou familial, anxiété, personnalité de type D, isolement - Patient à risque calculé de MCV élevé (à partir de 20 ans) <p>PROFESSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Militaire des USA, vétéran et leur famille à partir de 35 ans (hommes) ou 45 ans (femmes) <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Origine à risque : autochtones canadiens, Asie, Afrique, Europe hors Europe de l'Ouest, Turquie, Russie, îles du Pacifique, pays du Moyen-Orient, aborigènes 	<p>Tous les 6 mois à 10 ans en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du risque cardiovasculaire global - des résultats du bilan lipidique - de la survenue d'un nouvel événement cardiovasculaire familial

		<p>australiens (à partir de 35 ans) et habitants des îles du détroit de Torrès (à partir de 35 ans)</p> <p>TOXIQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tabac - Consommation excessive prolongée d'alcool 	
Maladie rénale chronique	<ul style="list-style-type: none"> - Créatininémie et estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) par la formule MDRD ou CKD-EPI. - Seule ou associée au rapport albuminurie/créatininurie - Microalbuminurie 	<p>AGE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A partir de 40.0 ans en moyenne pour les hommes et 45.0 ans en moyenne pour les femmes <p>TOXIQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tabac <p>MODE DE VIE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consommation insuffisante de fruits et légumes - Sédentarité - Stress psychosocial <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - origine à risque : autochtone canadien, Asie du sud, ethnie noire ; aborigènes australiens, habitants des îles du détroit de Torrès à partir de 30 ans <p>FAMILLE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient ayant des antécédents familiaux de maladie rénale terminale ou de maladie rénale héréditaire - Antécédent familial de MCV précoce ou dyslipidémie 	Tous les ans à tous les 5 ans, en fonction du risque cardiovasculaire global et de l'évolution des facteurs de risque notamment familiaux
Trichomonas vaginalis	<p>Prélèvement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - urinaire chez l'homme (culture) - urétral chez l'homme (culture) - vaginal chez la femme (examen direct et culture) 	<p>SEXUALITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient dont le partenaire (cas index) est porteur de T. Vaginalis : partenaire du mois précédent le diagnostic chez le cas index - Femmes ayant plusieurs partenaires sexuels - Femme ayant un nouveau partenaire <p>PROFESSION : femme prostituée</p> <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient appartenant à une communauté isolée : île du détroit de Torrès, aborigènes (Australie) <p>TOXIQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femme utilisatrice de drogue injectable (UDI) 	<p>Ponctuellement si partenaire infecté</p> <p>Tous les ans chez les communautés isolées</p> <p>Précision non retrouvée dans les autres cas</p>

<p>Hépatite C</p>	<p>Sérologie VHC : anticorps totaux anti-VHC</p>	<p>POPULATION GENERALE :</p> <p>Hors notion de facteur de risque si absence de dépistage antérieur : à proposer à toute la population 1 fois</p> <p>Si facteur de risque ou dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient bénéficiant d'un dépistage du VIH ou du VHB <p>SEXUALITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partenaire sexuel d'un patient atteint d'une IST dont HCV chronique -HSH (homosexuel homme) -Rapport sexuel non protégé avec : patient HSH, transgenre, partenaire de passage, plusieurs partenaires, prostitué, migrant, partenaire ayant des rapports non protégés avec d'autres partenaires, utilisateur de drogue <p>EXPOSITION AU SANG :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Soins médicaux avant sécurisation des soins (1992): soins dentaires, accouchement difficile, transfusion, soins à la naissance en néonatalogie ou pédiatrie - Patient avec tatouage, piercing, scarifié, ayant bénéficié de mésothérapie ou d'acupuncture, réalisés en l'absence de matériel stérile ou personnel <p>TOXIQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient utilisateur de drogue par voie intraveineuse ou nasale - Consommation excessive prolongée d'alcool <p>FAMILLE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entourage familial d'un patient atteint d'une HCV chronique <p>MODE DE VIE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sans domicile : dormant dans la rue ou vivant en foyer - Patient ayant été incarcéré <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient originaire ou ayant reçu des soins en zone d'endémicité : Europe de l'est et du sud, Asie, Moyen- 	<p><u>Si exposition au risque a cessé</u>, une seule fois</p> <p><u>1 fois par an</u> chez les utilisateurs de drogue, ou si une autre exposition au risque persiste</p> <p><u>1 fois par an minimum</u> si HSH</p> <p><u>En cas de possibilité d'infection récente</u> : répéter le dépistage 3 mois après</p>
--------------------------	--	--	---

		<p>Orient, Afrique, Amérique du sud, Caraïbes, îles du Pacifique</p> <p>COUPLE EN AGE DE PROCREER :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Femme en âge de procréer selon facteurs de risque professionnels, antécédent transfusionnel et addictions -Partenaire d'une femme en âge de procréer selon facteurs de risque professionnels, antécédent transfusionnel et addictions <p>PROFESSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient professionnel de santé souhaitant se spécialiser dans des soins exposés au risque de contamination - Travailleur du sexe 	
<p>Hépatite B</p>	<p>Sérologie VHB : anticorps anti-HBc (Ac anti-HBc) et anticorps anti-HBs (Ac anti-HBs) et antigène HBs (Ag HBs)</p>	<p>POPULATION GENERALE :</p> <p>Hors notion de facteur de risque : à proposer à toute la population non immunisée</p> <p>Si facteur de risque ou dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient bénéficiant d'un dépistage du VIH ou du VHC <p>SEXUALITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient demandeur d'un dépistage des IST non vacciné contre le VHB - Patient HSH - Patient transgenre - En cas de rapport sexuel avec patient HSH, transgenre, partenaire de passage, plusieurs partenaires, prostitué, migrant, partenaire ayant des rapports avec d'autres partenaires ou utilisateur de drogue -Patient dont le partenaire sexuel est porteur chronique de l'Ag HbS ou porteur d'une IST dans les 6 derniers mois - Patient ayant eu des partenaires occasionnels dans les 12 mois précédents <p>EXPOSITION AU SANG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient avec tatouage ou piercing 	<p>Une seule sérologie puis vaccination en suivant si appartenance à un groupe à risque à indication vaccinale</p> <p>Si pas de vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> -contrôle annuel chez les patients sexuellement actifs jusqu'à 29 ans et les HSH - tous les 3 à 6 mois chez les HSH à risque : pratiquant le sexe anal sans protection, pratiquant le sexe en groupe, utilisateur de drogue pendant les rapports ou ayant eu plus de 10 partenaire dans les 6 derniers mois. -pas de précision dans les autres cas

		<p>TOXIQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consommation excessive prolongée d'alcool -Patient utilisateur de drogue par voie intraveineuse ou par voie nasale <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patient ayant séjourné plus de 3 mois ou amené à voyager ou originaire ou mère originaire d'une zone d'endémicité : départements et régions d'outre-mer, collectivités d'outre-mer, Europe de l'est et du sud dont Malte et l'Espagne, Afrique, Moyen-Orient, Asie et Amérique du sud, îles du Pacifique, Caraïbes -Indigènes (indiens d'Amérique, autochtones de l'Arctique, indigènes australiens et de Nouvelle-Zélande, Maoris) <p>FAMILLE :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patient ayant un proche porteur chronique de l'Ag HbS <p>MODE DE VIE :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patient ayant séjourné en institution sociale <p>PROFESSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patient professionnel à risque (contact avec sang et fluides biologiques) <p>PROFESSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail du sexe <p>COUPLE EN AGE DE PROCREER :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Femme en âge de procréer selon facteurs de risque professionnels, antécédent transfusionnel et addictions 	
Hépatite A	Sérologie complète VHA : IgM et IgG	<p>SEXUALITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Homosexuels masculins - Patients transgenres <p>TOXIQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisateurs de drogue par voie intraveineuse <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Originaire de zones de forte endémicité 	<p>Une seule sérologie puis vaccination en suivant si appartenance à un groupe à risque.</p> <p>Si pas de vaccination ni d'immunisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 fois par an chez les HSH - Tous les 3 à 6 mois si HSH à risque : pratique du sexe anal non protégé, plus de 10

		- Adulte de plus de 40 ans dans une population à forte prévalence sans précision	partenaires sur les 10 derniers mois, sexe en groupe, utilisation de drogue pendant les rapports
VIH	- Test Elisa combiné (détection de l'antigène p24, des anticorps anti-VIH 1 et VIH 2) = test Elisa de 4 ^{ème} génération - Recherche d'ARN du VIH	<p>POPULATION GENERALE :</p> <p>Hors notion de facteur de risque et si absence de dépistage antérieur : dépistage à proposer à toute la population au moins 1 fois dans la vie</p> <p>Si facteur de risque ou dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cas d'indication au dépistage des HBV et HCV <p>SEXUALITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hétérosexuel masculin ou féminin ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois (multipartenariat) - Patient homosexuel masculin (HSH) - Patient transgenre - Patient pratiquant l'échange de rapport sexuel contre de la drogue - Patient dont le/la partenaire est porteur/se du VIH ou d'une autre IST - En cas de rapport sexuel anal ou vaginal non protégé - En cas de rapport sexuel avec : utilisateur de drogue, travailleur du sexe, homosexuel masculin, bisexuel masculin, transgenre, multiples partenaires, partenaire de passage, migrant, personne en situation de précarité ou partenaire ayant des rapports avec d'autres partenaires - Si exposition supposée au VIH - Si demande de dépistage des IST <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habitant des départements français d'Amérique, notamment la Guyane - Patient originaire d'une zone de forte prévalence : Afrique sub-saharienne, Caraïbes notamment 	<p>1 fois : en population générale si pas de notion de dépistage antérieur et au 4^{ème} mois de grossesse chez le père</p> <p><u>Si facteur de risque</u> : proposer régulièrement</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>1/an</u> : HSH, UDI, multipartenariat du patient ou de son partenaire, originaire de zone à forte prévalence (Guyane, Caraïbe, Afrique sub-saharienne), travailleur du sexe, partenaire porteur/se du VIH, situation de précarité, partenaires sexuels et de consommation des UDI, patients de moins de 30 ans sexuellement actifs, patient pratiquant l'échange de rapport sexuel contre de la drogue - <u>Tous les 3 à 6 mois</u> si l'exposition est continue, ou si HSH multipartenaire, HSH ayant eu un partenaire inconnu, HSH utilisateur de drogue pendant l'acte sexuel ou dont le partenaire est utilisateur de drogue pendant l'acte sexuel, HSH pratiquant le sexe anal sans protection, ou ayant plus de 10 partenaires dans les 6 mois précédents, ou pratiquant le sexe en groupe - <u>Régulièrement</u> sans fréquence précise dans les autres cas <p><u>Si exposition supposée</u> : dépistage dès la première consultation, à répéter 6 semaines après l'exposition supposée</p>

		<p>TOXIQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usager de drogue injectable (UDI) et leurs partenaires de consommation <p>COUPLE EN AGE DE PROCREER :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Projet de grossesse : femme en âge de procréer et son partenaire - Futur père au 4^{ème} mois de grossesse <p>PROFESSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail du sexe 	<p><u>A chaque changement de partenaire</u></p> <p><u>Partenaire du patient porteur du VIH présentant une IST nouvelle</u> : dépistage du patient dès la première consultation, à répéter 1.3 et 6 mois après le diagnostic</p>
Syphilis	Sérologie syphilis de dépistage	<p>AGE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient sexuellement actif jusqu'à 29.0 ans en moyenne <p>SEXUALITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient demandeur d'un dépistage des IST - HSH - Patient pratiquant l'échange de rapport sexuel contre de la drogue - Patient ayant des rapports avec : travailleurs du sexe, utilisateur de drogue, HSH, transgenre, partenaire de passage, partenaire ayant des rapports avec d'autres partenaires ou porteur d'une IST (jusque dans les 6 mois précédents les premiers signes cliniques) notamment syphilis latente - Multipartenariat <p>COUPLE EN AGE DE PROCREER :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femme en âge de procréer en fonction de ses facteurs de risque sans précision - Conjoint de femme en âge de procréer en fonction de ses facteurs de risque sans précision <p>ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient originaire d'une ethnie à risque ou de zones d'endémie (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du Sud, hispano-américains, autochtones américains) et éventuellement patientèle locale plus à risque 	<p>Un seul dépistage si prise de risque ponctuelle</p> <p><u>Tous les 3 à 6 mois</u> : HSH</p> <p>Tous les ans : tant qu'un risque persiste dans le autres cas, ainsi que chez les patients transgenres</p>

		<p>MODE DE VIE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient ayant été incarcéré <p>PROFESSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail du sexe 	
Gonocoque	<p>Examen direct et culture sur prélèvement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - urétral : hommes et femmes - pharyngé si rapport oral réceptif : hommes et femmes - anal si rapport anal réceptif : hommes et femmes - vaginal : femmes (autoprélèvement possible) - endocervical : femmes <p>Culture sur premier jet urinaire : possible mais difficile</p>	<p>SEXE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femme sexuellement active jusqu'à 25.0 ans en moyenne <p>SEXUALITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient chez qui le dépistage d'une autre IST est demandé notamment si patient hétérosexuel demandeur d'un dépistage, même si préservatif bien utilisé - HSH - Patient dont le partenaire actuel ou récent est porteur d'une IST (cas index) : le patient est le partenaire actuel, ou est le dernier partenaire connu du cas index ou était le partenaire dans les 6 mois précédents les premiers signes cliniques chez le cas index - Patient ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois (multipartenariat) avec utilisation inappropriée de préservatifs - Patient ayant eu des rapports non protégés avec un partenaire : HSH, transgenre, partenaire de passage ou utilisateur de drogue - Femme sexuellement active à risque après 25 ans : notamment ayant un nouveau partenaire, ayant de multiples partenaires, utilisation non constante des préservatifs ou échange de rapport sexuel contre de la drogue <p>PROFESSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail du sexe 	<p><u>Ponctuellement</u> si nouveau partenaire</p> <p><u>Tous les ans</u> chez les HSH et les femmes</p> <p><u>Tous les 6 mois</u> : recherche pharyngée chez les HSH et bisexuels masculins</p> <p><u>Tous les 3 à 6 mois chez HSH à risque</u> : ayant plusieurs partenaires, ayant eu un partenaire inconnu, utilisateur de drogue pendant l'acte sexuel ou dont le partenaire est adepte de cette pratique</p> <p><u>A répéter</u> dans les autres cas, tant que le risque persiste ou si nouvelle prise de risque, sans précision sur la fréquence</p>
Chlamydia	<p>Technique d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur prélèvement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - urinaire : hommes et femmes 	<p>AGE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femmes jusqu'à 26.6 ans en moyenne - Hommes hétérosexuels jusqu'à 29.0 ans en moyenne 	<p><u>Ponctuellement</u> si nouveau partenaire</p> <p><u>Tous les ans</u> chez les patients sexuellement</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - anal si rapport anal réceptif : hommes et femmes - pharyngé si rapport oral réceptif : hommes et femmes - vaginal : femmes (autoprélèvement possible) - endocervical : femmes - urétral : hommes 	<p>SEXUALITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femmes à risque : nouveau partenaire sexuel, échange de rapport sexuel contre de la drogue - HSH et bisexuels masculins - Patients transgenres - Patient spontanément demandeur d'un dépistage d'IST - Rapport non protégé avec : patient HSH, transgenre, partenaire de passage, plusieurs partenaires, partenaires ayant des rapports non protégés avec d'autres partenaires, utilisateur de drogue - Patient dont le partenaire est étranger ou a une probabilité d'avoir contracté une IST à l'étranger - Patient dont le partenaire actuel ou récent est porteur d'une IST (cas index) ou suspect de l'être : le patient est le partenaire actuel, ou est le dernier partenaire connu du cas index ou était le partenaire dans les 6 mois précédents les premiers signes cliniques chez le cas index <p>MODE DE VIE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Homme appartenant à une communauté à forte prévalence des USA sans précision - Homme suivant le programme national de formation professionnelle des USA <p>PROFESSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femme travailleuse du sexe 	<p>actifs (femmes jusqu'à 30 ans et 29 ans pour les hommes hétérosexuels), HSH, patients transgenres et bisexuels, homme appartenant à une communauté à forte prévalence des USA ou homme suivant le programme national de formation professionnelle des USA</p> <p><u>Tous les 3 à 6 mois chez HSH à risque :</u> pratiquant le sexe anal sans protection, ayant plusieurs partenaires, ayant eu un partenaire inconnu, pratiquant le sexe en groupe, utilisateur de drogue pendant les rapports ou dont le partenaire est adepte de cette pratique</p> <p><u>A répéter dans les autres cas, tant que le risque persiste ou si nouvelle prise de risque, sans précision sur la fréquence</u></p>
Rubéole	Sérologie rubéole Associée à test de grossesse dans l'optique d'une vaccination si sérologie négative	COUPLE EN AGE DE PROCREER : Femme en âge de procréer si absence d'immunisation certaine (preuve écrite de 2 injections vaccinales ou antécédent certain)	Une fois puis vaccination en suivant
Toxoplasmose	Sérologie toxoplasmose	COUPLE EN AGE DE PROCREER : Femme en âge de procréer si absence de preuve écrite d'immunité	Précision non retrouvée
Varicelle	Sérologie VZV Associée à test de grossesse dans l'optique	COUPLE EN AGE DE PROCREER : Femme en âge de procréer si absence d'immunisation	Une fois puis vaccination en suivant

	d'une vaccination si sérologie négative	certaine (preuve écrite de vaccination ou antécédent certain)	
Cancer du col de l'utérus	<p>- Frottis cervico-utérin (FCU) par cytologie sur lame ou cytologie en milieu liquide.</p> <p>Conditions de prélèvement : à distance des règles, d'un rapport sexuel (48h) et d'un accouchement (8 semaines), en l'absence d'infection ou de traitement local, avant le toucher vaginal et sans utilisation de lubrifiant si possible.</p> <p>- Recherche de génome des Papillomavirus (HPV) potentiellement oncogènes sur prélèvement cervico-utérin</p>	<p>SEXE :</p> <p>- A partir de 22.9 ans en moyenne</p> <p>- Notion d'avance de l'âge du dépistage si risque majoré de cancer du col, femme ayant eu de multiples partenaires (plus de 3 à 5 par an) ou rapports sexuels précoces (avant 15 ans)</p> <p>- Notion de report du début du dépistage si pas d'activité sexuelle (1 ou 2 ans après le premier rapport)</p>	<p>FCU : tous les 2 à 5 ans</p> <p>Recherche de HPV : tous les 2 à 5 ans</p> <p>Association FCU + recherche de HPV : tous les 3 à 5 ans</p> <p>Notion de fréquence des examens plus grande en début de dépistage</p> <p>Contrôle plus fréquents si exposition in utero au diéthylstilbestrol</p>
Cancer colorectal	Recherche de sang dans les selles	<p>AGE :</p> <p>A partir de 50.0 ans en moyenne (hors afro-américains : début du dépistage à 45.0 ans en moyenne)</p> <p>Sont exclus de ce dépistages les patients ayant bénéficié d'une coloscopie dans les 5 ans précédents, d'une recherche de sang dans les selles dans les deux ans précédents ou à haut risque (antécédent familial de cancer colorectal ou d'adénome, de syndrome de Lynch familial, de syndrome de Peutz Jeghers, de polypose adénomateuse familiale, syndrome de polypose juvénile, syndrome de Cowden)</p>	Tous les ans à tous les 2 ans
Cancer de la prostate	Dosage sérique du PSA total	<p>SEXE :</p> <p>- Homme à partir de 50.6 ans en moyenne et ayant une espérance de vie de plus de 10 à 15 ans, et informé des bénéfices et des risques du dépistage</p> <p>- Homme à risque : afro-antillais (à partir de 46.4 ans en moyenne), ou ayant un antécédent familial de cancer de la prostate (à partir de 45.7 ans en moyenne) et</p>	Tous les 1 à 4 ans

		ayant une espérance de vie de plus de 10 à 15 ans, et informé des bénéfices et des risques du dépistage	
Cancer de la vessie	Cytologie urinaire	<p>PROFESSION : Travailleurs à risque à partir de 20 ans après le début de l'exposition au cancérogène vésical :</p> <ul style="list-style-type: none"> - groupe de travailleurs à risque très élevé (industrie du caoutchouc, des colorants) ou profession avec niveau d'exposition élevée documentée - groupe de travailleurs à risque élevé avec exposition supérieure ou égale à 1 an (industrie de la teinture, du cuir et tannage, plasturgie pesticides, aluminium) <p>Conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En période d'activité professionnelle dans le cadre d'une convention RSI / médecin traitant en l'absence de structure de médecine du travail - Surveillance médicale post-professionnelle, après attestation d'exposition produite par l'employeur ou enquête de l'organisme de protection sociale 	Tous les 6 mois
Helicobacter pylori	Sérologie Helicobacter pylori Ou Test respiratoire à l'urée marquée en 13C	<p>FAMILLE : Patient ayant un antécédent familial au premier degré de cancer gastrique</p>	Une fois (éradication en suivant si test de dépistage positif)
Cirrhose	Hémogramme, bilirubine, transaminases (TGO et TGP), gamma glutamyl transférase, phosphatases alcalines, électrophorèse des protéines sériques, taux de prothrombine, ferritinémie et coefficient de saturation de la transferrine.	<p>TOXIQUES : - Consommation excessive prolongée d'alcool</p>	Pas de précision retrouvée
Maladie coeliaque	Dosage sanguin : - IgA totales - IgA anti-transglutaminase (tTG) ou IgA anti-endomysium (EMA) - IgG EMA ou IgG anti-tTG si déficit en IgA	<p>FAMILLE : Patient ayant un antécédent familial au premier et deuxième degré de maladie coeliaque</p>	Précision non retrouvée

Hémochromatose	<ul style="list-style-type: none"> - Coefficient de saturation de la transferrine - Ferritinémie 	<p>FAMILLE :</p> <p>Patient ayant un antécédent familial au premier degré d'hémochromatose</p>	<p>Précision non retrouvée</p> <p><i>+ prévoir avis génétique pour recherche de la mutation du gène HFE quel que soit le résultat des examens</i></p>
Hémoglobinopathies	<ul style="list-style-type: none"> - Hémogramme - Analyse de l'hémoglobine (électrophorèse de l'hémoglobine ou chromatographie liquide à haute performance de l'hémoglobine), avec analyse quantitative de l'HbA2 et de l'HbS - Recherche de corps de Heinz - Ferritinémie si microcytose : chez la femme 	<p>COUPLE EN AGE DE PROCREER et ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET MOBILITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femme en âge de procréer est originaire d'une zone à risque : Afrique, pourtour Méditerranéen, Moyen Orient, Asie (sud-est, Chine, Inde, Afghanistan, Pakistan) Caraïbes, Amérique du Sud - Femme en âge de procréer dont le conjoint est originaire d'une zone à risque - Conjoint d'une femme à risque en âge de procréer dont le bilan de dépistage est anormal 	<p>Précision non retrouvée</p> <p><i>+ avis génétique si les bilans des deux potentiels futurs parents sont anormaux</i></p>
Hémophilie	<p>Dosage de l'activité coagulante des facteurs VIII, IX</p>	<p>FAMILLE :</p> <p>Fille, mère ou sœur d'un malade hémophile</p>	<p>Précision non retrouvée</p> <p><i>+ prévoir tests et conseils génétiques</i></p>
Phéochromocytome et paragangliome	<p>Dosage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des catécholamines plasmatiques, après 30 minutes de décubitus - des catécholamines urinaires fractionnées sur 24h00 - et de la créatininurie des 24 h00 	<p>FAMILLE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient ayant un antécédent familial de phéochromocytome, paragangliome, néoplasie endocrinienne multiple de type II, maladie de Von Hippel-Lindau ou neurofibromatose de type I ou - Patient issu d'une famille dans laquelle une mutation génique pourvoyeuse de phéochromocytome et paragangliome a été identifiée 	<p>Précision non retrouvée</p> <p><i>+ prévoir avis génétique pour éventuelle enquête familiale</i></p>
Trouble de la coagulation à risque de maladie thromboembolique veineuse	<p>Dosage de l'antithrombine, de la protéine C et de la protéine S</p> <p>Doser en première intention le facteur biologique ayant été mis en cause chez le cas index s'il est connu. Si recherche positive, doser les autres facteurs de risque biologiques afin de rechercher d'éventuels déficits combinés</p>	<p>FAMILLE :</p> <p>Patient remplissant tous les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - moins de 60 ans - ayant au moins deux apparentés au premier degré ayant présenté une MTEV objectivée (cas index) - le statut biologique du cas index est connu (déficit authentifié en antithrombine, protéine C ou protéine S). <p>Ce critère est discutable si le cas index est décédé ou perdu de vue.</p>	<p>Précision non retrouvée</p> <p><i>+ prévoir avis génétique</i></p>
Dysthyroïdie	<p>TSH</p>	<p>AGE :</p>	<p>Pas de précision retrouvée</p>

		- Patient de plus de 60 ans FAMILLE : - Patient ayant un antécédent de dysthyroïdie familiale COUPLE EN AGE DE PROCREER : - Femme à risque planifiant une grossesse, notamment si antécédent de dysthyroïdie familiale	
Déficit en vitamine B12	Hémogramme Et dosage de la vitamine B12	MODE DE VIE : Végétalien de longue date (depuis plusieurs années)	Précision non retrouvée

Nota : les termes « patient », « homosexuel », « bisexuel », « partenaire », « travailleur », « prostitué » et « utilisateur » sont génériques et désignent les patients de sexes masculin et féminin.

ANNEXE 3 : Score EPICES

(Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé)

Questions :

1 Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	<i>coefficient +10,06</i>
2 Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	<i>coefficient -11,83</i>
3 Vivez-vous en couple ?	<i>coefficient -8,28</i>
4 Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	<i>coefficient -8,28</i>
5 Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	<i>coefficient +14,80</i>
6 Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	<i>coefficient -6,51</i>
7 Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	<i>coefficient -7,10</i>
8 Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	<i>coefficient -7,10</i>
9 Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	<i>coefficient -9,47</i>
10 En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	<i>coefficient -9,47</i>
11 En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	<i>coefficient -7,10</i>

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante (75.14) si la réponse à la question est oui.

Des calculateurs en ligne sont disponibles

(Par exemple à l'adresse : <http://medicalcul.free.fr/epices.html>)

Interprétation : un score EPICES supérieur à 30 signe une précarité

Source : « Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes » Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 14/2006 du 4 avril 2006. Catherine Sass, Jean-Jacques Moulin, René Guéguen, Loïc Abric, Virginie Dauphinot, Caroline Dupré, Jean Pierre Giordanella, Florence Girard, Catherine Guenot, Émilie Labbe, Emilio La Rosa, Pierre Magnier, Édith Martin, Bernard Royer, Michèle Rubirola, Laurent Gerbaud

ANNEXE 4 : « Le dépistage du cancer de la prostate – S'informer avant de décider »

Document d'information à l'intention des patients



The image shows the cover of a brochure. It features a black and white photograph of a middle-aged man in profile, looking towards the right. He is wearing a light-colored jacket. Overlaid on the image are two overlapping circles: a larger yellow one on top and a smaller orange one below it. The yellow circle contains the text 'LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE' in white capital letters. The orange circle contains the text 'S'INFORMER AVANT DE DÉCIDER' in white capital letters. At the bottom of the image, there are three logos: 'Collège Médical Général', 'Assurance Maladie', and 'Le Centre de la prostate'.

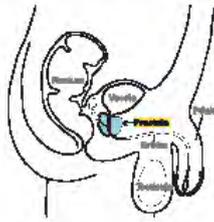
La décision de s'engager dans une démarche de dépistage du cancer de la prostate est un choix personnel qui nécessite d'être réfléchi.

Si vous vous posez des questions sur le dépistage du cancer de la prostate ou si vous envisagez de le réaliser, à votre initiative ou celle de votre médecin, **il est important que vous soyez informé de l'ensemble des avantages, inconvénients et conséquences des examens de dépistage.**

Le but de cette brochure est de vous fournir les informations nécessaires pour vous aider à mieux comprendre ce dépistage et à aborder cette question avec votre médecin.

Information préalable sur le cancer de la prostate

La prostate est une glande sexuelle masculine. Après 50 ans, elle peut être atteinte par des maladies beaucoup plus fréquentes que le cancer, comme l'hypertrophie bénigne de la prostate ou la prostatite, qui sont susceptibles de provoquer des troubles urinaires.



- Le cancer de la prostate est **le cancer le plus fréquent chez les hommes mais pas le plus meurtrier**. C'est la troisième cause de décès par cancer derrière le cancer du poumon et le cancer colorectal.
- Fortement lié à l'âge**, le cancer de la prostate est rare avant 50 ans et c'est autour de **70 ans que le nombre de cas est le plus élevé**. Trois quarts des décès ont lieu après 75 ans.

- Il touche plus fréquemment les hommes ayant **des antécédents familiaux** (père, frère, fils...) de cancer de la prostate et les **personnes d'origine africaine ou antillaise**.
- Il évolue le **plus souvent lentement**, sur **10 à 15 ans** en moyenne avant que n'apparaissent des symptômes. Mais certains cancers de la prostate agressifs peuvent évoluer plus rapidement et entraîner des métastases.

Si vous avez des inquiétudes concernant des troubles urinaires (difficulté ou incapacité à uriner, besoin plus fréquent d'uriner, douleurs ou brûlures...), des éjaculations douloureuses ou des troubles de l'éjaculation, consultez votre médecin pour les lui signaler. Cela ne signifie pas nécessairement que vous avez un cancer. L'hypertrophie bénigne de la prostate ou la prostatite peuvent avoir des symptômes similaires à ceux du cancer de la prostate.

LES SIGNES QUI DOIVENT VOUS INCITER À CONSULTER

4

L'ESSENTIEL

UN DÉPISTAGE QUI N'EST PAS RECOMMANDÉ

Il n'existe pas en France, ni dans aucun autre pays, de programme national de dépistage du cancer de la prostate s'adressant aux hommes de manière systématique. En effet :

- Le **bénéfice du dépistage du cancer de la prostate n'est pas clairement démontré** : il n'est pas certain que ce dépistage permette d'éviter des décès liés au cancer de la prostate. Les deux plus importantes études scientifiques internationales ont des résultats contradictoires sur ce point ;
- Le **dosage du PSA⁽¹⁾ et le toucher rectal comme tests de dépistage sont insuffisamment fiables** ;
- Ce dépistage expose au risque de détecter et de soigner de nombreux cancers de la prostate qui n'auraient eu aucune conséquence pour les hommes et n'auraient donc pas nécessité de traitement. En effet, ce cancer évoluant habituellement lentement, sur plusieurs années, **de nombreux cancers de la prostate restent « latents »** ;
- Or les **conséquences physiques** (risque d'incontinence, d'impuissance, de troubles intestinaux...) et **psychologiques** du diagnostic et des traitements du cancer de la prostate **peuvent être importantes**.

MAIS UN CHOIX PERSONNEL À DISCUTER AVEC VOTRE MÉDECIN

Cependant, pour un homme dont le cancer deviendrait agressif, le dépistage peut être bénéfique. Mais actuellement, il est impossible de savoir, au moment du diagnostic, si un cancer détecté à un stade précoce deviendra agressif ou non. Malgré les inconvénients de ce dépistage et les incertitudes sur les bénéfices, certains hommes peuvent donc considérer, en lien avec leur médecin, qu'un dépistage du cancer de la prostate est envisageable.

Il s'agit d'un choix qui mérite d'être réfléchi et discuté avec votre médecin.

(1) Antigène prostatique spécifique.

5

CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

LE TOUCHER RECTAL ET LE DOSAGE DU PSA : DES TESTS DE DÉPISTAGE INSUFFISAMMENT FIABLES

- Le **toucher rectal** (examen de la prostate en introduisant un doigt ganté dans le rectum) permet au médecin de vérifier le volume, la consistance et la texture de la surface de la prostate. Cet examen est inconfortable mais indolore.
- Le **dosage du PSA** (antigène prostatique spécifique) permet, via une prise de sang, de mesurer le taux de PSA dans le sang. Le PSA est une protéine produite par la prostate, présente normalement en faible quantité dans le sang. Il existe des précautions à prendre avant de réaliser un dosage du PSA (éviter de le réaliser dans les jours suivant un rapport sexuel ou un toucher rectal).

DANS 70 % DES CAS, UN DOSAGE DU PSA ÉLEVÉ N'EST EN RÉALITÉ PAS LIÉ À UN CANCER DE LA PROSTATE



LES AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE CES DEUX EXAMENS

+	-
<p>Des résultats normaux sont le plus souvent rassurants : dans 90% des cas, un taux de PSA faible signifie qu'il n'y a pas de cancer de la prostate.</p>	<p>Mais ces examens peuvent aussi « passer à côté » d'un cancer et rassurer à tort : – 10% des hommes ayant un taux de PSA faible ont un cancer de la prostate ; – un toucher rectal normal n'exclut pas un cancer car cet examen ne permet de détecter que des tumeurs palpables.</p>
<p>Si votre dosage du PSA est élevé, cela peut être lié à la présence d'un cancer de la prostate et donc permettre de le détecter à un stade précoce, avant l'apparition d'éventuels symptômes.</p>	<p>Mais un dosage élevé ne signifie pas toujours que vous avez un cancer : d'autres maladies (hypertrophie bénigne de la prostate, prostatite ou infection urinaire) peuvent aussi augmenter le taux de PSA dans le sang. Si le dosage du PSA est élevé, des examens complémentaires sont alors le plus souvent prescrits. Dans 70% des cas, il s'avère qu'un dosage du PSA élevé n'est en réalité pas lié à un cancer de la prostate et a inquiété l'homme à tort.</p>

Par ailleurs, les modalités d'utilisation de ces examens (toucher rectal et dosage du PSA) en tant que tests de dépistage ne font pas consensus (intervalle entre les dépistages, taux au-dessus duquel un dosage du PSA devrait être considéré comme anormal) et la conduite à tenir par le médecin en cas de dosage considéré comme anormal n'est pas standard.

7

› LA BIOPSIE : UN EXAMEN INDISPENSABLE AU DIAGNOSTIC

Si une anomalie est détectée au toucher rectal ou si votre taux de PSA est élevé, une biopsie vous sera généralement proposée par l'urologue vers lequel votre médecin vous aura orienté. Elle permet de confirmer ou non la présence de cellules cancéreuses dans la prostate.

La biopsie consiste à prélever, sous anesthésie locale, des échantillons de la prostate avec une fine aiguille en passant par le rectum.

Il s'agit d'un examen désagréable, voire douloureux et qui peut générer des complications transitoires (sang dans les urines, le sperme ou les selles, dans près de 5% des cas). Plus rarement, il peut entraîner des infections ou une inflammation de la prostate (dans moins de 1% des cas).

La biopsie présente des limites : 20% des hommes ayant un résultat de biopsie négatif ont en réalité un cancer.

L'ESSENTIEL À RETENIR

- Si les résultats du toucher rectal et du dosage du PSA sont normaux, cela peut, le plus souvent, permettre de vous rassurer ;
- Si le dosage du PSA est élevé, cela peut vous donner une indication précoce sur le développement d'un cancer de la prostate.
- Mais ces examens ne sont pas totalement fiables : ils peuvent « passer à côté » d'un cancer et vous rassurer à tort ;
- Inversement ils peuvent vous inquiéter à tort, vous amener à faire inutilement une biopsie et, si un cancer est diagnostiqué, à suivre un traitement qui peut être à l'origine de complications.

› LE PROBLÈME DU SURDIAGNOSTIC ET DU SURTRAITEMENT

Le cancer de la prostate évoluant souvent lentement, de nombreux cancers restent « latents » ou n'auraient jamais fait parler d'eux s'ils n'avaient pas été détectés par le dépistage (on parle de « surdiagnostic »). C'est le cas de près de la moitié des cancers de la prostate dépistés. Ces cancers auraient pu ne pas être diagnostiqués et ne pas être traités sans que cela ne porte préjudice à ces hommes.

Cependant, à l'heure actuelle on ne sait pas distinguer, au moment du diagnostic, les cancers détectés à un stade précoce qui vont devenir agressifs et qui doivent être traités des cancers qui resteront « latents » et ne nécessiteraient pas de traitement. On risque donc de vous opérer ou de vous donner un traitement dont vous n'auriez peut-être pas eu besoin (on parle de « surtraitement »).

LA DURÉE D'ÉVOLUTION DU CANCER DE LA PROSTATE EST EN MOYENNE DE 10 À 15 ANS AVANT QUE APPARAISSENT DES SYMPTÔMES



› LES EFFETS SECONDAIRES DES TRAITEMENTS

Il existe différents traitements du cancer de la prostate⁽¹⁾. Les principaux sont la chirurgie (ablation de la prostate ou prostatectomie), la radiothérapie externe, la curiethérapie (implants radioactifs placés à l'intérieur de la prostate), l'hormonothérapie et la chimiothérapie.

Ces traitements sont efficaces mais peuvent entraîner des effets indésirables plus ou moins sévères. Au total, plus d'un homme sur deux aura au moins une complication dans les deux ans qui suivent le début de son traitement.

- **Incontinence urinaire** (perte incontrôlable de gouttes d'urine, parfois jusqu'à l'incontinence complète) : plus de 20% des hommes sont traités pour incontinence après avoir reçu un traitement.
- **Changements importants dans la vie sexuelle** (difficultés d'érection pouvant aller jusqu'à l'impuissance) : après une opération, 100% des hommes ne peuvent plus éjaculer ; entre 20% et 80% des hommes présentent des troubles de l'érection et près de 50% des hommes sont traités médicalement pour cela.
- **Troubles intestinaux** après une radiothérapie ou une curiethérapie.

L'option de la surveillance

Parce que le cancer de la prostate évolue lentement, il n'y a pas toujours d'urgence à le traiter.

Certaines équipes médicales proposent une surveillance dite « active » avec des contrôles réguliers. Si le cancer devient agressif, un traitement est proposé dans un second temps. Cette stratégie vise à éviter le traitement agressif des cancers à évolution lente et à limiter les risques de

complications et les effets indésirables des traitements. Mais l'incertitude, l'inquiétude et l'inconfort liés aux examens à répétition peuvent être difficiles à vivre. Par ailleurs, les protocoles de suivi restent encore à évaluer. Vous devez discuter avec votre médecin des avantages et des risques de chaque option avant de débiter un traitement.

(1) Guide Cancer Info « Les traitements du cancer de la prostate » : www.cancer.fr

L'ESSENTIEL À RETENIR



- De nombreux cancers de la prostate ne se seraient jamais révélés au cours de la vie des hommes et n'auraient donc pas nécessité de traitement. Ces hommes feront face aux conséquences physiques et psychologiques des traitements sans tirer bénéfice du dépistage, puisque leur cancer n'aurait jamais fait parler de lui.
- Les traitements sont efficaces mais peuvent exposer les hommes à des effets secondaires lourds de conséquences, qui affectent la qualité de vie (troubles sexuels, urinaires et digestifs).

Si vous envisagez de réaliser un dosage du PSA ou si votre médecin vous le propose, il est essentiel de disposer d'une information complète sur le sujet. Ce document a été réalisé en partenariat avec des experts médicaux pour vous aider à mettre en balance les bénéfices attendus par rapport aux risques encourus.

Votre médecin est la personne la mieux formée pour répondre à vos questions et vous aider dans votre réflexion. Il est important d'en parler avec lui et avec votre entourage avant de prendre votre décision.



Illustration : Cédric - Neuse pour un livre public - INCA - SIBEN 187512777 - Max 2016 - BICHOC PATR16



Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Le-depistage-du-cancer-de-la-prostate-S-informer-avant-de-decider>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

AUTEUR : Marie GIRARD

TITRE : « Bilan biologique de dépistage chez l'adulte asymptomatique en médecine générale : que rechercher ? Revue de recommandations pour la pratique clinique et proposition d'un guide d'aide à la prescription »

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Aude Lagarrigue

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 19 Octobre 2017

.....

L'objectif principal de ce travail est de déterminer pour quelles pathologies et selon quelles modalités il est recommandé de proposer un dépistage biologique chez l'adulte à priori en bonne santé. L'objectif secondaire est de proposer un guide d'aide à la prescription à destination du médecin généraliste.

Nous avons réalisé une revue de recommandations pour la pratique clinique abordant le dépistage biologique chez l'adulte de 18 à 64 ans, asymptomatique et sans antécédent.

Nous avons inclus 151 recommandations, concernant 42 pathologies. Le dépistage était recommandé pour 28 d'entre elles.

Les modalités de dépistage des 28 pathologies ont été synthétisées dans le guide d'aide à la prescription.

La mise en place d'un dépistage efficace passe par la valorisation de la notion de prévention auprès des praticiens et des patients.

Mots-clés : dépistage, prévention, bilan biologique, adulte asymptomatique, facteur de risque, recommandations pour la pratique clinique

.....

The principal aim of this study is to determine for which pathologies it is relevant to prescribe biological screening to a healthy adult on the one hand, and on the other hand what ways and means should be used. The secondary objective is to offer a prescription guide than can help general practitioners.

We have made a review of clinical practice guidelines which use biological screening with adults aged 18 to 64 who are asymptomatic and without medical history.

151 guidelines concerning 42 pathologies have been included. A screening was recommended for 28 pathologies among the 42.

A synthetic account of the ways and means used to carry out the screening is available in the prescription guide.

Efficient screening becomes possible when importance is given to medical prevention by practitioners and patients.

Keywords: screening, prevention, blood test, asymptomatic adult, risk factors, clinical practice guidelines

.....

Discipline administrative : médecine générale

**Faculté de Médecine Ranguel – 133 route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex 04
– France**