



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Identification des freins au dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale en médecine générale : étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes exerçant à Paris



Identifying barriers to screening for abdominal aortic aneurysm in general practice: Qualitative study of 14 general practitioners in Paris

J. Niclot^{a,b,*}, A. Stansal^b, O. Saint-Lary^a, I. Lazareth^b,
P. Priollet^b

^a Département de médecine générale, université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UFR des sciences de la santé Simone-Veil, 2, avenue de la Source-de-la-Bière, 78180 Montigny-le-Bretonneux

^b Service de médecine vasculaire, Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph, 185, rue Raymond-Losserand, 75674 Paris cedex 14, France

Reçu le 9 mai 2017 ; accepté le 24 février 2018

Disponible sur Internet le 25 avril 2018

MOTS CLÉS

Anévrisme aorte
abdominale ;
Dépistage ;
Freins ;
Médecine générale

Résumé

Introduction. — L'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) est une pathologie silencieuse aux conséquences souvent fatales en cas de rupture. Son dépistage, recommandé en France et dans d'autres pays, a montré son efficacité sur la réduction de la mortalité spécifique. Ce taux de dépistage reste cependant insuffisant.

Objectif. — Identifier les freins au dépistage de l'AAA en médecine générale.

Matériel et méthode. — Étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs menée courant 2016 auprès de médecins généralistes exerçant à Paris.

Résultats. — Quatorze médecins ont été inclus. La plupart des freins sont liés au médecin : méconnaissance de la pathologie et des recommandations, pathologie considérée comme annexe et non abordée avec le patient, bilan cardiovasculaire ne s'intéressant pas à l'aorte abdominale, antécédents familiaux d'AAA non recherchés, délégation au médecin spécialiste, manque de temps, absence de formation, nombreux dépistages à proposer, omission. Certains

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : julien.niclot0052@orange.fr (J. Niclot).

freins sont liés au patient : méconnaissance de la pathologie et des antécédents familiaux d'AAA, refus, remise en cause des propos du médecin, non-respect du parcours de soins. D'autres sont liés à l'AAA : source d'anxiété, faible prévalence, rareté des complications. Les freins restants sont liés au dépistage : rapports coût/bénéfice et bénéfice/risque, indisponibilité de l'échographiste, contrainte pour le patient, surmédicalisation.

Conclusion. — La formation des médecins généralistes et l'information du grand public, à l'origine de la plupart des freins au dépistage de l'AAA, doivent être renforcées afin d'optimiser l'effectivité du dépistage et de réduire la mortalité liée à cette pathologie.

© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Abdominal aortic aneurysm;
Screening;
Barriers;
General practice

Summary

Introduction. — Abdominal aortic aneurysm (AAA) is a silent pathology with often fatal consequences in case of rupture. AAA screening, recommended in France and many other countries, has shown its effectiveness in reducing specific mortality. However, AAA screening rate remains insufficient.

Objective. — To identify barriers to AAA screening in general practice.

Material and method. — Qualitative study carried out during 2016 among general practitioners based in Paris.

Results. — Fourteen physicians were included. Most of the barriers were related to the physician: unawareness about AAA and screening recommendations, considering AAA as a secondary question not discussed with the patient, abdominal aorta not included in cardiovascular assessment, no search for a familial history of AAA, AAA considered a question for the specialist, lack of time, lack of training, numerous screenings to propose, oversight. Some barriers are related to the patient: unawareness of the pathology and family history of AAA, refusal, questioning the pertinence of the doctor's comments, failure to respect the care pathway. Others are related to AAA: source of anxiety, low prevalence, rarity of complications. The remaining barriers are related to screening: cost-benefit and risk-benefit ratios, sonographer unavailability, constraint for the patient, overmedicalization.

Conclusion. — Information and training of general practitioners about AAA must be strengthened in order to optimize AAA screening and reduce specific mortality.

© 2018 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

L'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) est la 3^e cause de décès d'origine cardiovasculaire en France, après les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales. Il serait responsable d'environ 6000 décès chaque année en France et de près de 15 000 aux États-Unis [1]. Sa prévalence dans la population à risque est estimée entre 2,8 et 9 % selon les études [1,2].

L'AAA est une pathologie silencieuse qui évolue naturellement vers l'expansion. Sa complication la plus redoutable est la rupture, mortelle dans 80 % des cas. De plus, 50 % des patients opérés en urgence d'un AAA rompu décèdent, alors que la mortalité péri-opératoire des interventions programmées pour les AAA non rompus est inférieure à 5 % [3–5].

L'exclusion chirurgicale ou endovasculaire de l'AAA est actuellement le seul moyen de prévenir la rupture d'AAA et donc de réduire la mortalité liée aux AAA. La détection précoce des AAA par le dépistage est donc indispensable pour atteindre cet objectif.

Le dépistage de l'AAA est recommandé en France et dans de nombreux autres pays comme les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni, l'Allemagne ou l'Espagne.

En France, la Société française de médecine vasculaire (SFMV) en 2006 puis la Haute autorité de santé (HAS) en 2012 ont recommandé ce dépistage chez les patients à risque. La HAS recommande un dépistage ciblé opportuniste unique de l'AAA chez les hommes âgés de 65 à 75 ans fumeurs (consommation minimum d'une cigarette par jour) ou anciens fumeurs (tabagisme sevré depuis moins de 20 ans quel que soit le nombre de cigarettes consommées) et chez les hommes âgés de 50 à 75 ans ayant un antécédent familial au premier degré d'AAA [2].

Plusieurs travaux menés en France ont cependant montré que ce dépistage était peu réalisé en pratique courante.

Dans une étude menée en 2012 en Savoie et Haute-Savoie, il est apparu que seule 55,5 % de la population cible avait été dépistée de manière opportuniste selon les recommandations de la SFMV, et qu'aucun patient n'avait été spécifiquement adressé par le médecin traitant à un spécialiste pour ce dépistage. Sur les patients conseillés

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8924161>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8924161>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)