

La médecine préventive au cabinet de consultation

A. Delachaux¹

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Dans notre système de santé, le cabinet médical est l'instance de premier recours, où l'on vient naturellement chercher conseil, diagnostic, traitement et réconfort. Cette mission incombe plus particulièrement au généraliste, qui accueille le «tout venant», et dont la clientèle – fait important en médecine préventive – présente plus que toute autre des affections au début de leur évolution.

Le cabinet du généraliste offre une possibilité de contact médical direct. Ce contact peut être poursuivi pendant des décennies avec un même médecin, qui devient peu à peu un conseiller permanent de santé, au fait des particularités individuelles et des conditions de vie locales. Le généraliste est bien placé pour tenir un dossier de santé et pour établir des directives adaptées à chacun. Dans son cabinet, en tête à tête avec son patient, il occupe un poste privilégié pour faire accepter ce qu'il propose. Car, pour faire œuvre utile, il ne suffit pas de déceler des facteurs nocifs menaçant un sujet encore indemne ou de dépister la présence d'une affection latente, il faut encore motiver la personne concernée à suivre dans les plus brefs délais les instructions reçues et à les respecter aussi longtemps que c'est nécessaire.

L'action préventive au cabinet médical a des limites. Une partie seulement de la population se rend au cabinet médical. Cette partie paraît importante, si l'on se réfère aux données des Etats-Unis [4]. En 1976, 86,2 % de la population civile non institutionnalisée consultent un médecin au moins une fois au cours de l'année. Voici la répartition selon le sexe et l'âge:

Aux Etats-Unis, le praticien voit donc au moins une fois par an plus du 80 % des hommes et des femmes des différentes classes d'âge.

La distribution géographique des cabinets médicaux en Suisse est très irrégulière. Dans certains districts, on ne trouve qu'un seul médecin pour 2000 à 3000 habitants [5, 14], situation dans laquelle les exigences immédiates de la médecine curative absorbent toutes les forces disponibles. Cette situation défavorable se corrigera rapidement, si les jeunes praticiens s'installent dans les régions où la densité médicale est basse.

Jusqu'ici la tradition et la loi (LAMA) ont centré la pratique médicale sur le diagnostic et sur le traitement. L'optique préventive n'a pas encore pénétré profondément dans la pensée médicale.

Ni les caisses-maladie, ni l'assurance-invalidité, ni les

De nombreuses instances s'occupent de médecine préventive, les services de santé publique, la médecine scolaire, la médecine du travail, les ligues. Le médecin, en particulier le généraliste, pourrait certainement jouer dans ce domaine un rôle beaucoup plus important que ce n'est le cas jusqu'ici. Mais cela demande à être développé avec beaucoup d'esprit critique.

compagnies privées d'assurances n'ont l'obligation de prendre en charge les mesures préventives.

Il n'en reste pas moins que les cabinets médicaux privés exercent une activité préventive sous forme de conseils et de directives adaptés à la situation particulière du patient, d'examen et de traitements préventifs.

Au cabinet médical, on peut distinguer trois types d'activités préventives:

I. L'éducation à la santé

Toute consultation médicale comporte une part d'éducation à la santé. En effet, l'anamnèse familiale et personnelle étendue au mode de vie du patient et à son environnement physique et social apporte quelques informations sur la présence d'éventuels facteurs de risque, forces nocives qui menacent à son insu la santé du patient. Il peut s'agir de dispositions héréditaires au diabète, à l'hypertension artérielle, à l'obésité, aux syndromes respiratoires obstructifs, à certains troubles psychiques; ou encore d'un mode de vie défavorable (abus ou carences de toutes natures, conflits familiaux, professionnels, etc.); enfin, d'un environnement physique ou social nocif (pollutions biologiques, chimiques, physiques, psychologiques). Le patient a besoin d'être orienté sur la manière de se comporter en fonction de ses points faibles, de ses maladies, des risques particuliers qui le menacent. Il s'agit là d'un complément d'éducation adapté à une situation personnelle, en quelque sorte d'une leçon privée dont le patient tirera d'autant mieux profit qu'il se sent directement concerné.

Des groupes humains à risque élevé peuvent être définis selon l'âge, le sexe, l'état civil, la présence de certaines maladies familiales ou de certaines caractéristiques du mode de vie et de l'environnement. Ces groupes présentent une morbidité et une mortalité plus élevées que l'ensemble de la population. Quelques modifications de leur mode de vie, quelques changements dans l'environnement physique ou social peuvent atténuer ou supprimer le risque. Ces groupes

¹ Professeur, directeur de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Hôpital Sandoz, CH-1011 Lausanne.

à risque élevé doivent bénéficier en priorité des mesures préventives.

II. Les examens médicaux préventifs

nécessitent quelques définitions:

Le dépistage (Filteruntersuchung, screening) est un procédé rapide – souvent un simple test – destiné à détecter la présence d'une maladie ou d'une infirmité latente, avant l'apparition des symptômes qui alerteraient le malade et le conduiraient chez le médecin. C'est une méthode pour déceler des «suspects», qui devront encore se soumettre aux examens médicaux traditionnels, pour établir solidement le diagnostic et le plan du traitement préventif.

Le dépistage est toujours une vaste entreprise: il faut tester plusieurs centaines, parfois plusieurs milliers de personnes pour découvrir un seul cas positif. Pour être justifié, un dépistage doit répondre aux six conditions suivantes:

1. L'affection visée doit être sévère.
2. Il faut disposer d'un traitement efficace.
3. L'évolution de la maladie doit comporter un phase asymptomatique assez longue pour permettre au dépistage et au traitement préventif d'intervenir avec succès.
4. Le traitement au stade asymptomatique doit donner un résultat bien supérieur à celui entrepris plus tard, dans la phase habituelle qui suit l'apparition des symptômes.
5. Il faut disposer de tests de dépistage fiables, acceptables pour la population et peu onéreux.
6. L'incidence de l'affection à déceler doit être assez élevée pour justifier les coûts de l'entreprise.

Le diagnostic précoce (Frühdiagnose, early diagnosis) intervient à un stade plus tardif de la maladie: les lésions organiques et les troubles fonctionnels se sont aggravés, ils donnent lieu à des symptômes, la maladie ne passe plus inaperçue. La précocité du diagnostic dépend des délais nécessaires au malade pour se décider à consulter, puis du temps nécessaire au médecin pour poser un diagnostic.

Le bilan de santé (Check-up, periodic health examination) est un examen médical pratiqué chez une personne présumée saine; il comporte une anamnèse personnelle et familiale, un examen médical général assorti d'un choix d'examens spéciaux et d'analyses de laboratoire.

Le bilan de santé s'effectue généralement sur une base individuelle et non collective. Le médecin adapte les modalités de cet examen aux risques présentés par chaque cas particulier. Il n'y a en principe pas de protocole unifié. Les assureurs ont cependant établi des programmes d'examens selon l'âge et le sexe, et la nature des risques présumés.

Quels examens préventifs serait-il utile de développer au cabinet médical?

Il s'agit en fait d'un problème de répartition du travail entre instances médicales privées, médecine scolaire, ligues, service de la santé publique, tous intéressés à la promotion de la santé. Le cabinet médical peut

prendre en charge certaines mesures préventives en tant qu'agent principal; il peut compléter ce qui est réalisé ailleurs. Il pratique une prévention individuelle. Un bref inventaire des mesures préventives utiles tout au long de la vie permettra d'y voir plus clair:

1. Les consultations génétiques et les examens cyto-génétiques

sont organisés dans les centres hospitaliers universitaires. Les situations suivantes justifient ces consultations:

- lorsqu'une maladie héréditaire, une anomalie chromosomique, une malformation ou d'autres affections à composante génétique existent dans la parenté ou chez un enfant de la malade
- lorsque la malade et son conjoint sont proches parents (cousins germains, cousins issus de germains, mariage oncle-nièce)
- lorsqu'une femme relativement âgée (36 à 40 ans) désire avoir un enfant
- lorsque la malade elle-même est atteinte d'une maladie génétique, de malformation ou d'une anomalie chromosomique
- avortements répétés sans explication gynécologique suffisante (dans ces cas, il faut examiner les parents et le fœtus si possible)
- stérilité ou subfertilité lorsque les examens gynécologiques ou andrologiques ont donné un résultat négatif

L'amniocentèse est toujours indiquée:

- lorsqu'une mère a déjà donné naissance à un enfant atteint d'une anomalie chromosomique
- lorsque la mère a dépassé l'âge de 38 ans
- lorsqu'une mère a déjà donné naissance à un enfant atteint d'une maladie héréditaire grave pouvant être reconnue par amniocentèse (par exemple troubles métaboliques)

Si toutes les futures mères âgées de 38 ans et plus suivaient le conseil de procéder aux examens cyto-génétiques du liquide amniotique, il serait possible de diagnostiquer à temps un tiers environ des 120 nouveaux cas survenant chaque année en Suisse.

La non-fermeture du tube neural peut être dépistée dès la quatorzième semaine par le dosage des alpha-fœto-protéines dans le sang de la mère suivi, après un second contrôle sanguin positif, du même examen dans le liquide amniotique. Il n'y a pas de critère définissant un groupe à haut risque, en revanche le premier test de dépistage est simple et peu onéreux; il permet d'isoler 250 suspects parmi les 75 000 grossesses annuelles en Suisse.

Les études coûts/avantages de ces entreprises préventives (détection + interruption de grossesse) montrent qu'elles aboutissent à une très forte économie, malgré le coût élevé des examens cyto-génétiques du mongolisme [11], sans parler des tragédies humaines évitées. Si l'interruption d'une grossesse pour malformation grave du fœtus pose encore des problèmes religieux, éthiques, juridiques, elle est pratiquement entrée dans les mœurs en Suisse.

2. La détection des grossesses à haut risque

Sur la base d'une enquête nationale réalisée en France en 1972, Rumeau-Rouquette et coll. [18] ont cherché à préciser les facteurs de risque pour l'ensemble des femmes enceintes. Ils ont défini un groupe à taux de mortalité, de prématurité et d'hypotrophie deux fois plus élevé que celui de la population générale. Ce groupe est formé de femmes de moins de 18 ans ou de plus de 40 ans, et de femmes de tous âges ayant eu dans leurs antécédents un mort-né ou un enfant de moins de 2500 g. Un second groupe à risque un peu moins élevé concerne les veuves, les divorcées ou séparées, les ouvrières migrantes ou mariées à un ouvrier migrant, et celles qui ont eu une pathologie au cours de la grossesse. Ces femmes nécessitent des contrôles et des traitements médicaux et sociaux adaptés à chaque cas particulier.

3. Le test de Guthrie et les tests voisins

sont pratiqués systématiquement à la naissance. Bien qu'il n'y ait qu'un cas positif sur environ 10 000 nouveau-nés, le bilan de l'entreprise préventive paraît positif sur les plans économique et humain.

4. Les examens du nouveau-né

au cours de la première semaine de vie sont pratiqués systématiquement dans toutes les maternités.

5. La détection précoce des handicaps «mineurs» du nourrisson et du petit enfant

Certains troubles ne deviennent perceptibles ou ne se développent qu'après quelques mois ou une ou plusieurs années. Plusieurs d'entre eux ne sont aisément curables qu'à la condition d'être entrepris tôt (luxation congénitale de la hanche, troubles neuro-psycho-sensoriels, troubles de la santé mentale). Or il y a une lacune dans notre système de contrôles médicaux, entre les examens pratiqués à la naissance et le début de la médecine scolaire. Cinq à six examens échelonnés au cours des quatre premières années de la vie paraissent nécessaires. Actuellement, en Suisse, deux tiers environ des examens sont réalisés. On ne dispose pas à notre connaissance d'études coûts/avantages [20, 3].

6. La détection de la tuberculose par les tests à la tuberculine

7. Les examens de médecine scolaire

Un dépistage périodique est organisé à l'école, alors que les traitements préventifs sont souvent entrepris ou contrôlés au cabinet médical. C'est une affaire de collaboration.

D'autre part, avec l'entrée à l'école débute l'éducation à la santé, clé de voûte de toute médecine préventive.

Elle fait partie de l'éducation à la vie, dont elle ne doit pas être séparée. Elle porte plus particulièrement sur ce qui peut être bénéfique ou nocif et sur l'importance des choix auxquels on est inévitablement confronté tout au long de la vie.

8. Les adolescents

sont soumis à de nombreux examens administratifs en vue d'un apprentissage, d'un entraînement physique, d'un concours. Il est souhaitable que le «patient» confie tous ses examens administratifs au même médecin, qui disposerait ainsi des informations nécessaires pour suivre utilement l'évolution.

Les problèmes de l'adolescence se trouvent aux confins de la pédiatrie, de la médecine d'adultes et de la pédagogie. La médecine préventive est concernée par des troubles de croissance, des dos douloureux, des vices statiques, une maladaptation, des états dépressifs et le suicide.

Les adolescents fument davantage que les adultes, en France tout au moins, selon un sondage de la Sofres, fin 1977. 46 % des jeunes de 12 à 18 ans déclarent fumer, contre 40 % des adultes. Le plaidoyer du médecin en tête à tête à la consultation peut ajouter son poids aux campagnes antitabac.

Les adolescents sont encore concernés par le planning familial et la lutte contre les maladies vénériennes.

9. Les jeunes adultes

sont eux aussi soumis à de nombreux examens administratifs d'aptitude en vue d'un engagement professionnel, de contrats d'assurances, d'admission à une caisse de retraite, etc. Les plus répandus de ces examens concernent l'aptitude au service militaire et ne s'adressent presque exclusivement qu'aux hommes. Pour les femmes, tout est laissé au bon vouloir de chacune, libre de consulter à ses frais le médecin de son choix. C'est l'occasion d'un contrôle de la tension artérielle, du taux du cholestérol sanguin, de l'état de nutrition. Si les résultats sont normaux, la tension artérielle devrait être contrôlée tous les trois ans, le taux du cholestérol tous les dix ans (par exemple à l'âge de 30, 40 et 50 ans), à l'occasion d'une consultation pour d'autres motifs.

A 20 ans, un bilan de santé est justifié; il doit porter surtout sur le mode de vie, sur la consommation d'alcool, de tabac, de médicaments, de «drogues». Le but de ce bilan de santé n'est pas tant le traitement des maladies éventuelles, plus rares à cet âge, que celui des facteurs de risque.

10. Les personnes exposées à de hauts risques professionnels

– contact avec des substances toxiques, du bruit, des vibrations, des radiations ionisantes, risques professionnels d'alcoolisme, etc. – sont en principe prévenues ou dépistées par les centres de médecine du travail et d'hygiène industrielle. Il y a cependant des lacunes dans toute organisation. Au cabinet médical, il faut rester vigilant: les maladies professionnelles présentent une symptomatologie discrète et banale au début de leur évolution.

11. Les professionnels chargés de la responsabilité de nombreuses personnes ou de la sécurité de l'environnement

– conducteurs d'autocars, de poids lourds, de chemins

de fer, pilotes d'avions de ligne, grutiers, techniciens responsables des dispositifs de sécurité dans les industries dangereuses pour l'environnement – sont soumis à des contrôles périodiques de santé et d'aptitude à leur travail. Les examens obligatoires des conducteurs de véhicules à moteur âgés de 75 ans et plus entrent dans la même catégorie. Ces examens sont pris en charge par la santé publique, ou confiés au praticien, selon les régions.

12. La détection des tumeurs malignes

La précocité du diagnostic est une condition de l'efficacité du traitement. L'éducation à la santé joue un rôle essentiel, ici comme dans les autres secteurs de la prévention. Rappelons le rôle utile de la petite carte «Les signes d'alarme du cancer» éditée par la Ligue suisse contre le cancer. Ce bref texte pourrait être remis au patient, accompagné d'un commentaire à la fin de la consultation, tous les cinq ou dix ans, dès l'âge de 30 ans.

Le cancer du col de l'utérus peut être dépisté des années avant le stade invasif par un test cytologique pratiqué dès l'âge de 25 ans, et si tout est normal, répété tous les trois ans [10, 12, 17]. La technique du prélèvement et celle de l'examen de laboratoire doivent être parfaites, sinon l'entreprise préventive perd toute valeur.

Le cancer du sein présente un bien meilleur pronostic s'il est diagnostiqué tôt [6, 7]. Le médecin enseigne à ses patientes, dès l'âge de 25 ans, comment palper les seins. Cet examen personnel est répété chaque mois et toute anomalie signalée sans retard au médecin. La mammographie, peu fiable chez les jeunes, se révèle très utile dès la cinquantaine; elle ne convient pas comme test de dépistage et doit être réservée aux cas de palpation suspecte, aux seins volumineux où la palpation reste incertaine, en cas d'anamnèse familiale de cancer du sein, et surtout chez les patientes qui ont déjà présenté cette affection [2].

Le cancer du corps utérin se manifeste très tôt par des petites hémorragies survenant après la ménopause. Si la patiente consulte son médecin sans tarder, il est possible dans la plupart des cas d'intervenir encore au stade I.

Les autres tumeurs malignes ne comportent pas de technique de détection précoce éprouvée. Le diagnostic précoce dépend du sens d'observation, de la culture et de l'esprit de décision du patient, d'autre part de la disponibilité et de l'efficacité technique du médecin.

13. Les troubles circulatoires cardiaques et cérébraux

évoluent pendant des décennies sans symptômes. Il est toutefois aisé de détecter certains facteurs de risque: l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'abus de cigarettes, certaines affections emboligènes. Parmi les facteurs de risque, signalons encore la présence d'un diabète sucré; il n'est cependant pas prouvé qu'un traitement précoce et correct du diabète sucré exerce

un effet préventif sur le développement de l'athéromatose.

Le contrôle de la tension artérielle fait partie des examens de routine. Mais il faut savoir que le traitement hypotenseur est mal suivi [9]. Le médecin doit donc s'efforcer d'amener son patient au respect de la discipline thérapeutique, et cela pendant des décennies.

Lorsque la tension artérielle se révèle normale, il convient de la contrôler tous les trois ans, à l'occasion d'un examen pour un autre motif.

Lorsque le taux du cholestérol est normal, il suffit de répéter cet examen tous les dix ans. Si l'on découvre un cas d'hypercholestérolémie, il y a intérêt à examiner les autres membres de la famille, qui représentent une communauté d'hérédité et de mode de vie, en particulier d'habitudes alimentaires.

Le diagnostic précoce des affections emboligènes permet de prévenir des complications irréparables en recourant aux anticoagulants, aux antiagrégants plaquettaires, ou encore à une cure chirurgicale des troncs veineux à haut risque.

Le diagnostic précoce d'une sténose carotidienne rend possible une désobstruction chirurgicale, et la suppression d'un important facteur de risque d'ischémie cérébrale.

14. Les personnes âgées

Dès la soixantaine, la prévention prend un aspect plus complexe et plus subtil. C'est l'âge où l'incidence des troubles circulatoires, des tumeurs malignes, du diabète sucré, des affections articulaires augmente rapidement. Il ne s'agit plus de dépister une seule maladie, mais de discerner les facteurs de risque résultant d'une morbidité multiple et menaçant à moyen et à long terme l'intégrité fonctionnelle de la personne âgée. La symptomatologie est souvent atypique, discrète ou muette. On croit volontiers qu'il s'agit d'une pathologie qui progresse inéluctablement, que les «jeux sont faits», qu'il n'y a rien à changer. Or un «coup de vieux» signale souvent l'apparition d'une nouvelle maladie ou d'une complication d'une affection ancienne, curables par un traitement précoce. Des troubles nutritionnels, endocriniens, électrolytiques, circulatoires, des infections banales, des troubles iatrogènes perturbent les facultés mentales à tout âge, mais tout particulièrement chez les vieillards [1, 15, 19]. Le diagnostic et le traitement précoces de ces affections changent l'avenir du patient. La prévention au troisième âge a pour but le maintien des aptitudes en fonction d'une meilleure qualité de vie [13]. L'enjeu en vaut la peine en raison de l'importante survie moyenne, qui en Suisse, pour les hommes et pour les femmes est respectivement de:

- 13,3 et 16,3 ans à l'âge de 65 ans
- 10,4 et 12,6 ans à 70 ans
- 5,8 et 6,7 ans à 80 ans

Prévenir la dégradation précoce d'un vieillard est l'affaire d'un médecin qui connaît bien son malade et qui le suit régulièrement. Un bilan de santé est nécessaire entre 65 et 70 ans, portant sur les aspects somatiques,

Tableau 1. Participation de la population civile non institutionnalisée consultant le médecin au moins une fois par année (USA, 1976)

Age	Hommes	Femmes
Tous âges réunis	82,9	89,2
Moins de 17 ans	88,1	87,8
17 à 24 ans	80,7	92,2
25 à 44 ans	80,0	91,8
45 à 64 ans	81,3	86,5
65 ans et plus	83,0	87,9

	Hommes %	Femmes %

psychiatriques, sociaux, sur les aptitudes qu'il faut entretenir ou qu'il est possible de retrouver par la physio- ou l'ergothérapie; il faut encore examiner le mode de vie et, si c'est nécessaire, le modifier. La nature et la fréquence des contrôles ultérieurs varie d'un cas à l'autre. Les examens peuvent être plus simples si le médecin connaît bien son patient au départ, et plus espacés si le patient est bien renseigné sur son état et sur les symptômes qui justifient une nouvelle consultation.

III. Les traitements préventifs

En tête il faut placer l'éducation à la santé, dans ce qu'elle peut avoir de direct et de convaincant au cabinet médical, lorsqu'elle concerne des problèmes personnels qui viennent d'être précisés; et la prise de conscience par l'intéressé des facteurs de risque qui le menacent et des moyens de les éviter.

Puis les vaccinations habituelles des enfants et des jeunes adultes, et les rappels correspondants;

les vaccinations de protection professionnelle du personnel des hôpitaux et des laboratoires, des vétérinaires;

les vaccinations de protection des voyageurs et vacanciers;

les vaccinations de protection des personnes fragiles, vieillards, pulmonaires, cardiaques (influenza);

les médications préventives (gamma-globulines contre l'hépatite virale, quinine et antipaludéens de synthèse contre la malaria);

la chimio-antibiothérapie antituberculeuse lors de certains virages de la cutiréaction, etc.;

le planning familial;

tout traitement préventif dicté par les résultats d'un dépistage, d'un bilan de santé, d'un diagnostic précoce, qu'il s'agisse d'une cure chirurgicale, d'une radiothérapie, d'une chimio- ou d'une antibiothérapie, ou encore de mesures sociales.

Conclusions

Selon une enquête pratiquée aux Etats-Unis en 1976, plus de 80 % de la population de toutes les classes d'âge consulte un médecin praticien au moins une fois par année. Le cabinet médical est donc un lieu de

rencontre au moins annuelle malade-médecin pour la plus grande partie de la population.

Les consultations habituelles soulèvent sans cesse des problèmes de prévention, qu'il s'agisse d'éviter une maladie, une complication ou l'aggravation d'une affection en cours, ou encore de prendre les mesures nécessaires vis-à-vis de facteurs de risque, même si ce problème n'a rien à voir avec le motif de la consultation.

Chaque personne devrait choisir un médecin personnel, un répondant médical qui prenne en main la gestion de la santé et qui tienne un dossier de toutes les informations utiles accumulées au cours des années, diagnostic, traitement, examens administratifs, etc.

Le cabinet médical peut offrir une prévention individuelle. Il peut apporter à chacun un complément d'éducation à la santé adapté à son cas particulier, sur mesure, et probablement efficace en raison de son caractère personnel et direct.

Parmi les examens préventifs, le diagnostic précoce est une activité traditionnelle au cabinet médical. Il est d'autant mieux réussi que le patient consulte plus tôt.

Le dépistage au stade asymptotique représente une entreprise onéreuse en raison du grand nombre de personnes à examiner. Il est justifié dans les cas suivants:

- prévention de certaines malformations congénitales majeures
- prévention des handicaps mineurs du nourrisson et des enfants en bas âge
- cytologie du col utérin dès l'âge de 25 ans, répétée tous les trois ans si le test est normal
- contrôle de la tension artérielle dès l'adolescence, tous les trois ans, à l'occasion d'un examen pour un autre motif
- contrôle du cholestérol sanguin aux âges de 20, 30, 40 et 50 ans

Le bilan de santé (check-up) présente un intérêt particulier chez le jeune adulte et chez le jeune veillard.

A l'âge de 20 ans, il doit porter particulièrement sur les facteurs de risque en vue des corrections éventuelles à apporter au mode de vie.

Entre 65 et 70 ans, il concerne le diagnostic précoce des affections somatiques et psychiques de cet âge, des problèmes sociaux (isolement, etc.) et des autres facteurs présentant un risque accru d'infirmité ou de limitation fonctionnelle.

La prévention médicale commence avant la naissance par les consultations génétiques et se poursuit tard dans la vieillesse. Pour être efficaces, les examens préventifs doivent faire partie d'un plan d'ensemble cohérent. Il ne suffit pas de multiplier les examens pour que baissent la morbidité et la mortalité.

Les traitements médicaux préventifs au cabinet de consultation présentent une grande diversité: éducation à la santé sur des thèmes qui concernent directement le patient, planning familial, vaccinations, traitements de toutes natures justifiés par les résultats des examens préventifs.

Le cabinet médical pourrait fort bien devenir le pilier central de la prévention médicale. C'est une affaire de répartition du travail et de coordination entre toutes les instances intéressées à la prévention.

Résumé

La médecine préventive individuelle est basée sur l'éducation à la santé, sur certains examens et traitements préventifs. Un plan d'ensemble cohérent est indispensable pour garantir l'efficacité du système et éviter des prestations et des coûts inutiles.

Dans notre système de santé suisse, le cabinet du praticien pourrait devenir de plus en plus le centre naturel de la prévention individuelle. Il concerne une grande partie de la population (plus de 80 % des hommes, près de 90 % des femmes de tous âges aux Etats-Unis consultent le médecin au moins une fois par année); il offre un contact direct avec le médecin de son choix, des conseils et des directives adaptés à chaque cas particulier, la possibilité de contrôles échelonnés dans le temps chez le même médecin.

De nombreuses instances officielles et privées (services de santé publique, médecine scolaire, médecine du travail, polycliniques, ligues, etc.) s'occupent de médecine préventive. Il faut répartir le travail et organiser une collaboration.

Un inventaire des examens et traitements préventifs est présenté.

Summary

Preventive Medicine in Private Medical Practice

The basis of preventive medicine for the individual is composed of health education, certain examinations and preventive treatments. A coherent approach is essential for efficiency of a program and avoidance of costly and nonessential expenditures.

In the Swiss health system, the doctor's office could become more and more the center of preventive medicine for the individual. It would concern a large part of the population (in the United States, 80 % of the men and 90 % of the women consult a doctor at least once a year); offering a direct contact with the doctor of choice, advice specific for each case and the possibility of regular examinations by the same doctor.

In many situations both public and private sources are involved in preventive medicine (public health services, doctors involved in the educational system, doctors involved in control of security of working conditions, out-patient clinics, various health organizations). A collaboration among these sources should be organized and a reasonable division of the work established.

A list of examinations and preventive treatments is presented.

Zusammenfassung

Präventivmedizin in der ärztlichen Praxis

Individuelle Präventivmedizin basiert auf Gesundheitserziehung und auf einigen Präventivuntersuchungen und -behandlungen. Eine durchgedachte Gesamtplanung ist notwendig, um Effizienz zu gewährleisten und unnötige Massnahmen und Kosten zu verhüten.

In unserem schweizerischen Gesundheitssystem könnte die Privatpraxis immer mehr zum Ort der individuellen Prävention werden. Sie erfasst die grosse Mehrheit der Bevölkerung. (In den USA besuchen mehr als 80 % der Männer und fast 90 % der Frauen aller Altersklassen den Arzt mindestens einmal pro Jahr.) Die Privatpraxis bietet einen direkten Kontakt mit dem vom Patienten gewählten Arzt sowie Ratschläge und Direktiven, die jedem einzelnen Fall angepasst sind, und die Möglichkeit zukünftiger Kontrollen beim selben Arzt.

Mehrere offizielle und private Instanzen (Gesundheitsamt, Schulmedizin, Arbeitsmedizin, Polikliniken, Ligen usw.) sind mit Präventivmedizin beschäftigt. Die als nützlich erachteten Aufgaben sollten richtig verteilt werden, wobei es zu einer engen Zusammenarbeit kommen sollte.

Ein Inventar der vorbeugenden Untersuchungen und Behandlungen wird gezeigt.

Bibliographie

[1] Chatelanaï, P., Troubles mentaux symptomatiques d'affections médicales, *Praxis* 67, 429 (1978).
 [2] Consensus Development Meeting on Breast Cancer Screening, Bethesda, Maryland, Sept. 1977, *Oncology* 35, (1978).

[3] Corboz, R. J., Psychopathologie und Therapie von Hirnfunktionsstörungen im Kindes- und Jugendlichenalter, *Therapeut. Umschau* 34, 6 (1977).
 [4] Current Estimates from the Health Interview Survey, US 1976, DHEW Publication, No. (PHS) 78-1547, Series 10, No. 119, table 21, p. 31, Nov. 1977.
 [5] Deiss, Statistique médicale de 1976, *Bull. Méd. Suisses* 42, 1799 (1977).
 [6] End Results Evaluation Program, National Cancer Institute, Bethesda, Maryland, dans *Statistical Bull., Metropolitan Life, One Madison Av. New York, 10010*, vol. 55, 3-5, 1974.
 [7] End Results in Cancer, Report No. 3, Assembled data, *Statistical Bull. of the Metropolitan Life Insurance Company*, vol. 50, II-III, 1969.
 [8] Frame, Paul S., et Carlson, Stephan J., A critical Review of Periodical Health Screening using Specific Screening Criteria, *The J. of family Practice*, vol. 2, 29-36; 123-129; 189-194; 283-289 (1975).
 [9] Gutzwiller, F., Bühler, F. R., et Kamm, M., Öffentliche Hypertonie-Erfassung und Problematik der individuellen Langzeitkontrolle, *Schweiz. med. Wschr.* 106, 1687 (1976).
 [10] Ruledge, F., Borenow, R. C., et Wharton, J. T., *Gynecologic Oncology*, J. Wiley, New York 1976.
 [11] Hagard, S., et Carter, F. A., Preventing the birth of infants with Down's syndrome: a cost-benefit analysis, *Brit. Med. J.* 1, 753 (1976).
 [12] Husain, O. A. N., Organisation eines Krebsfrüherfassungsprogrammes im Hinblick auf grösstmögliche Effektivität, *Gynäk. Rundschau* 17 (suppl. 1), 48 (1977).
 [13] Hugonot, R., Prévention du vieillissement, p. 105-111 dans Martin Eric et J.-P. Junod, «Abrégé de gérontologie», 506 p., (Hans Huber Ed., Berne-Stuttgart-Vienne 1977).
 [14] Junod, B., Keller, M., Martin, B., et Schmutz, R., Démographie médicale, recherches prévisionnelles, *Cahier* 2, p. 1-72, 1975, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Ed. CHUV, 1011 Lausanne.
 [15] Junod, J. P., Prolongation de la vie et gériatrie, *Gérontologie* 75, 54 (1975).
 [16] Les examens médicaux préventifs, *Sozial. und Präv. Med.* 20, fasc. 3/4, 103 (1975).
 [17] Riotton, G., Dépistage cytologique du cancer du col de l'utérus, Quelques conditions indispensables à l'évaluation, *Méd. et Hyg.* 35, 1749 (1977).
 [18] Rumeau-Rouquette, C., Breart, G., Deniel, M., Hennequin, J. F., et Du Mazaubrun, C., La notion de risque en périnatalogie, *Rev. épidémiol. et de santé publ.* 24, 253 (1976).
 [19] Steinmann, B., Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen der Betagten, *Soz. und Präv. Med.* 20, 165 (1975).
 [20] Vuille, J. C., Evaluation des bilans de santé des enfants de 4 ans en Suède, *Rev. de Pédiatrie* 13, 151 (1977).