

Le bilan systématique de santé dans le cadre familial¹

R. Senault, H. Poulizac, J. P. Deschamps²

(à propos de l'expérience du Centre de Médecine Préventive de Nancy-Vandœuvre)

L'évolution récente des concepts en matière de préservation de la santé, l'apport de moyens technologiques nouveaux, la nécessité d'orienter l'action préventive vers les problèmes sanitaires les plus aigus aujourd'hui dans les pays développés, a conduit à la réalisation d'un certain nombre d'expériences en médecine préventive, et notamment au développement des *examens de santé de masse*.

Les discussions actuelles sur la légitimité et l'efficacité de ces examens témoignent du fait qu'ils ne réalisent sans doute pas le remède unique aux problèmes sanitaires de notre temps.

Dans cette optique, il est clair que la mise au point de formules nouvelles reste une impérative nécessité, à condition que pour chacune l'évaluation de l'action entreprise soit possible.

Le principe d'un *abord familial* de la prévention, ainsi que le rôle que sont appelés à jouer en prévention les *médecins omnipraticiens*, sont à l'origine de la création du Centre de Médecine Préventive de Nancy-Vandœuvre (France).

I. Le Centre de Médecine Préventive de Nancy-Vandœuvre

1. L'établissement

Le Centre de Médecine Préventive a été réalisé par une association de statut privé, à but non lucratif, l'Association Régionale pour les Progrès des conditions de la Santé et de la Vie, fondée par le Doyen J. Parisot.

Le Conseil d'Administration de l'Association est formé de représentants des Organismes de Sécurité Sociale, de la Santé Publique, de l'Université, de l'enseignement post-universitaire et de la Municipalité de Vandœuvre.

Le financement est assuré par le paiement direct au Centre, par les organismes des divers régimes de Sécurité Sociale, des bilans de santé effectués. A ces ressources s'ajoutent éventuellement des contrats de recherche, conclus avec divers organismes publics ou privés.

Le Centre reçoit des familles sur invitation, après sondage dans les registres de Sécurité Sociale ou détermination de groupes particulièrement vulnérables; il accueille également les familles volontaires.

2. Le recueil des informations

La famille, parents et enfants, passe au Centre deux demi-journées, à une semaine d'intervalle. La première demi-journée permet de recueillir un grand nombre de données sur la santé et le mode de vie: questionnaires, examens biologiques, morphologi-

Un examen préventif complet, non pas de l'individu, mais des familles entières: c'est ce qui est offert à la population de la région de Nancy. Voilà une revue des avantages importants de cette approche.

ques, radiologiques, stomatologiques, investigations sensorielles, psychologiques, psycho-motrices, électrocardiographie, épreuve d'effort. Tous les examens sont orientés de façon à réaliser un *bilan d'adaptation*, tenant compte du cadre de vie, des habitudes, des possibilités dynamiques.

Pendant une semaine les informations recueillies sont interprétées, codifiées, enregistrées sur bande magnétique, puis traitées par ordinateur.

3. La visite médicale de synthèse

A l'issue des 7 jours, la famille toute entière est reçue par un *médecin omnipraticien «de synthèse»*, médecin à temps-plein, ou médecin généraliste exerçant en clientèle privée et donnant au Centre quelque demi-journées par semaine.

Le praticien de synthèse a en mains les résultats des examens réalisés la semaine précédente. Il interroge et examine cliniquement chaque patient, s'entretient avec chacun et avec l'ensemble de la famille des problèmes de santé passés ou présents, et jette les bases d'une «stratégie préventive», en même temps qu'il insiste sur les principes d'éducation sanitaire adaptés à chaque famille: il dresse ainsi un véritable plan quinquennal de santé.

Enfin le praticien de synthèse transmet une lettre au médecin de famille désigné par les patients; en même temps que les résultats des examens pratiqués il indique les constatations faites et donne au médecin traitant toutes les informations qui lui permettront de suivre plus efficacement la famille et d'orienter ses interventions dans une perspective de prévention.

La liaison est également effectuée, sauf opposition de la famille, avec le médecin du travail, le médecin scolaire, le médecin de Protection Maternelle et Infantile.

Il s'agit donc d'un *bilan de santé familial*, visant non pas à enfermer la prévention dans une structure cloisonnée, mais bien à en faire la pierre angulaire de la pratique médicale.

II. Quelle prévention?

1. «Il est classique de distinguer trois stades de l'action préventive, et le problème de l'examen de santé est de se situer par rapport à chacun de ces stades, car c'est ainsi que nous pouvons en définir le contenu:

– Est-ce un examen devant conduire à une Prévention primaire? Dans ce cas, il s'agit de «devan-

¹ Basé sur une présentation lors des Journées d'exposés scientifiques de la Société suisse de médecine sociale et préventive, Lausanne, 4/5 octobre 1974.

² Centre de Médecine Préventive, 2, avenue du Doyen Jacques Parisot, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy.

cer» la maladie ou l'accident, sans en attendre les symptômes cliniques: l'observation sera tournée vers les facteurs étiologiques, et d'une manière plus réaliste – car nous sommes loin de connaître les étiologies – vers les conditions de terrain et de milieu susceptibles d'altérer l'évolution biologique, de la croissance au vieillissement, autant que l'adaptation sociale et professionnelle. L'examen de santé sera ici un bilan d'adaptation.

– Est-ce un examen de Prévention secondaire? Dans cette éventualité, il se présente comme un diagnostic précoce, ou du moins comme un triage clinique des sujets porteurs de symptômes de tel ou tel grand fléau social. Mais sommes-nous sûrs d'être efficaces, même si nous dirigeons ce triage sur des groupes à risques correctement choisis?

Les maladies actuelles sont précisément des affections à incubation lente, et leurs manifestations cliniques surviennent à un stade où la prévention est dépassée et où les lésions sont irréversibles. Nous ne pouvons alors qu'espérer une protection thérapeutique contre les complications, sans beaucoup de chances de réussite. L'examen de santé sera, de toute façon, un dépistage de première approche.

– S'agit-il d'une Prévention tertiaire? C'est là un problème aisé à comprendre, mais difficile à résoudre. Car c'est tout le problème de la réadaptation, avec ses nécessités d'une ouverture vers les relations physiques, mentales et sociologiques de l'individu avec ses différents groupes et leurs multiples contraintes. Et c'est aussi, comme au stade primaire, la nécessité d'une réduction des inadaptations par une pédagogie sanitaire et sociale cohérente et continue. L'examen de santé sera donc également un bilan d'adaptation.» [4]

Le domaine de la prévention est donc vaste. Il est souhaitable, mais incontestablement ambitieux, de réunir dans une même approche l'action prédictive des risques de maladie ultérieure, le dépistage précoce des affections infra-cliniques, la prise en charge des inadaptations.

«Une telle perspective est tout à fait incompatible avec celle du dépistage individuel d'une ou plusieurs maladies déterminées.» [4]

2. La famille, unité d'observation

«L'observation d'un groupe familial concerne des individus d'âges différents, avec des risques différents, bien qu'il existe une certaine similitude des fragilités résultant à la fois de l'hérédité et des conditions de vie. Ce sont ces facteurs de risques communs qui permettent de saisir la première caractéristique du groupe familial: la famille est un ensemble biologiquement cohérent, qui évolue dans un même climat sociologique et culturel.»

Ceci est vrai, même si la structure familiale, au regard de l'état civil, se modifie aujourd'hui dans nos pays.

Les recherches épidémiologiques apportent chaque jour des éléments nouveaux de connaissance, en particulier dans le domaine des *maladies de surcharge et des maladies cardio-vasculaires dégénératives* dont on sait aujourd'hui la place dans la mortalité et la morbidité.

L'obésité, par exemple, comporte une indéniable incidence familiale; on sait aussi le rapport qu'elle a avec un excès pondéral très précoce et avec les habitudes alimentaires prises pendant la première enfance. La prévention de l'obésité exige donc une intervention réalisée dès l'enfance: elle n'est possible qu'au travers d'une approche *familiale*.

On sait aussi que l'*athérosclérose débute dans l'enfance* [1, 5], que beaucoup de ses facteurs ou indicateurs de risque peuvent être décelés chez les enfants, et qu'ils sont majorés par des habitudes de vie prises, elles aussi, dès l'enfance (alimentation, exercice physique, consommation de tabac, etc).

Comment vouloir dès lors espérer une prévention efficace, si ce n'est en s'adressant à l'enfant, dans des familles reconnues «vulnérables» par leur terrain génétique ou leurs conditions de vie? [2, 3]

N'a-t-on pas même dit que «la santé du petit enfant peut être assimilée à la santé familiale»? [6]

Les études entreprises au Centre de Médecine Préventive de Nancy-Vandœuvre permettent de penser dès maintenant à la réalisation de programmes opérationnels de prévention primaire.

Voici quelques exemples des résultats d'études en cours.

– Hypertension artérielle et enfant

On peut penser que des enfants même très jeunes dont la tension artérielle (T.A.) se situe dans la fraction supérieure de la distribution des chiffres de pression présentent un risque plus grand de voir se développer à long terme une athérosclérose. Compte tenu de l'incidence familiale de la maladie, on doit trouver dans leurs familles une prévalence plus élevée de ses facteurs de risque et de ses manifestations, que dans les familles d'enfants à chiffres tensionnels bas.

Dans notre étude, la T.A. systolique a été mesurée au repos chez 133 enfants normaux de 4 à 6 ans; 25 (18,8 %) ont un chiffre supérieur à 10 cm de mercure. Dans la proche famille (fratrie, parents, grands-parents) de ces enfants, par rapport à celles des 108 enfants dont la T.A. est inférieure ou égale à 10 cm de mercure, on a trouvé, en fréquence:

- 2,3 fois plus d'hypertensions artérielles (p = 0,05)
- 4 fois plus obésités (p < 0,0005)
- 3,2 fois plus d'accidents vasculaires cérébraux ou cardiaques (p < 0,005)

Ainsi les jeunes enfants dont la T.A. systolique dépasse 10 cm de mercure font partie de familles où

les facteurs et les manifestations de l'athérosclérose sont plus souvent rencontrés que dans les familles d'un groupe témoin. La T.A. du jeune enfant semble donc pouvoir prendre une place importante dans la détermination très précoce des sujets à risque et l'application de mesures de surveillance et de prévention primaire.

- *Corrélations intra-familiales des taux de cholestérol et d'acide urique*

- Le taux moyen de cholestérol évolue peu entre l'enfance et l'adolescence, comme le montre le tableau 1. Par contre, il est très important de savoir que, dans notre échantillon, 5 % des enfants ont, dès l'âge de 4 ans, un taux de cholestérol supérieur à 250 mg/100 ml, et 0,3 % un taux supérieur à 300 mg/100 ml. Ces sujets ont besoin de mesures préventives particulières.

D'autre part, pour des raisons tenant à la fois à des phénomènes génétiques et à des influences d'environnement, il existe une corrélation positive et significative entre le taux de cholestérol des parents et celui des enfants. (Évalués à la même heure de la journée.)

La corrélation trouvée, dans notre échantillon, entre le taux de cholestérol du père et celui de l'enfant (n = 13 858) est de 0,30. Avec le taux de la mère (n = 13 846), la corrélation est de 0,39.

Une étude parallèle nous a montré que, si l'on divise les enfants en deux groupes «à cholestérol élevé» (supérieur ou égal à 220 mg/100 ml), et «à cholestérol non élevé» (inférieur à 220 mg/100 ml) on trouve des taux moyens très différents chez leurs parents, comme l'indique le tableau suivant pour les tranches d'âge 4-6 ans et 14-18 ans (tableau 2).

- Un taux élevé d'acide urique est considéré par beaucoup comme un facteur de risque de maladie cardiaque dégénérative.

Là encore, il est vraisemblable que le taux de l'uricémie du futur adulte est déterminé dès l'enfance, et il semble qu'un taux élevé chez l'enfant soit significativement associé à un risque familial accru de maladie cardio-vasculaire.

Nous avons trouvé une corrélation positive significative entre les taux d'uricémie des parents et celui de l'enfant: r = 0,23 avec le taux d'acide urique du père (n = 16 815); r = 0,30 avec le taux de la mère (n = 17 108).

Un taux élevé chez l'enfant est associé, en moyenne, à des taux élevés chez les parents, dès l'âge de 4 ans, comme le montre le tableau 3, pour les tranches d'âge 4-6 ans et 14-18 ans.

D'autre part, le risque d'hyperuricémie chez des enfants est plus élevé dans certaines circonstances caractéristiques par un risque familial accru de maladie dégénérative: T.A. artérielle élevée chez le père ou la mère, «maladie de cœur» signalée (par questionnaire) chez le père ou la mère.

Cette augmentation de l'uricémie ne dépend pas d'une éventuelle surcharge pondérale familiale, comme on pourrait le penser, car la moyenne du taux d'uricémie des enfants n'est pas modifiée en cas de surcharge pondérale parentale. Les différences observées, bien que de faible amplitude, sont significatives.

Tableau 1

Ages	4 à 10 ans		10 à 14 ans		14 à 18 ans	
	M	F	M	F	M	F
Nombre de sujets	3611	3498	2952	2785	2357	2390
Cholestérol Moyenne (mg/100 ml)	200	204	200	201	191	200
Ecart-types	30	31	30	30	30	32

Tableau 2

Cholestérol	Age	Garçons		Filles	
		Bas	Elevé	Bas	Elevé
Cholestérol mère (mg/l)	4-6	2,21	2,30	2,19	2,40
	14-18	2,30	2,58	2,25	2,51
Cholestérol père (mg/l)	4-6	2,19	2,29	2,21	2,48
	14-18	2,39	2,59	2,37	2,54

Tableau 3

Acide urique	Age	Garçons		Filles	
		Bas	Elevé	Bas	Elevé
Acide urique mère (mg/l)	4-6	44,6	52,2	46,0	51,2
	14-18	46,0	51,2	46,5	52,1
Acide urique père (mg/l)	4-6	59,3	63,1	58,9	63,1
	14-18	59,5	63,7	59,3	63,6

- *Surcharge pondérale de l'enfant*

On peut prévoir que chez l'enfant jeune atteint de surcharge pondérale existe un risque important d'obésité ultérieure, et, connaissant l'association fréquente de ce risque avec d'autres indicateurs de risque de maladies dégénératives, s'attendre à trouver, chez l'enfant lui-même ou dans sa famille, de tels indicateurs de risque.

Ayant étudié 9400 enfants et adolescents en distinguant ceux qui étaient atteints de surcharge pondérale, on a pu avoir confirmation de ces hypothèses:

a) *Le taux de cholestérol* est en moyenne plus élevé chez les enfants atteints de surcharge pondérale. Les différences sont cependant peu significatives.

b) *Le taux d'acide urique* est plus élevé chez les enfants atteints de surcharge pondérale. Les différences sont significatives.

c) *La tension artérielle* systolique et diastolique des enfants atteints de surcharge pondérale est plus élevée que celle des enfants normaux. Les différences sont très significatives, en particulier pour la systolique.

Des déviations analogues sont observées chez les parents des enfants à surcharge pondérale, comparés aux parents d'enfants normaux.

a) *La surcharge pondérale et l'obésité* sont beaucoup plus fréquentes chez les parents des enfants atteints de surcharge pondérale, qu'il s'agisse du père ou de la mère. Le rapport du poids idéal (selon Lorenz) au poids réel, calculé pour les 2 parents de façon combinée, passe, pour les parents d'enfants de 6 à 10 ans, de 111 à 120, pour ceux de 10 à 14 ans de 11 à 121, pour ceux de 14 à 18 ans de 115 à 120. Les différences sont très significatives.

b) *Le taux de cholestérol* est plus élevé chez les pères et chez les mères d'enfants porteurs de surcharge pondérale.

c) *Le taux d'acide urique* est également plus élevé bien que les différences soient faibles.

d) *La tension artérielle systolique et diastolique* est significativement plus élevée chez les pères et mères d'enfants atteints de surcharge pondérale.

Aussi, le dépistage précoce, dans l'enfance et l'adolescence, des maladies chroniques de l'adulte, ou tout au moins de leurs indicateurs de risque, semble possible. Il ouvre la voie à des possibilités nouvelles en médecine préventive.

Il confirme la nécessité fondamentale d'un *abord familial* de la prévention.

3. La famille, unité d'éducation

La mise en œuvre d'une action préventive suppose que l'on se donne le moyen de faire prendre en charge par les intéressés eux-mêmes leurs problèmes de santé. C'est à une *promotion de la santé* qu'il s'agit de parvenir, et celle-ci passe évidemment par *l'éducation*.

«L'éducation pour la santé s'appuie depuis longtemps sur le groupe familial, choisissant dans son cycle vital des moments privilégiés pour faire passer le message éducatif.» [3]

Le bilan familial de santé est l'un de ces moments privilégiés, et notamment la *visite médicale de synthèse*, au cours de laquelle chaque membre de la famille, puis la famille toute entière, «font le point» avec le médecin omnipraticien et conviennent des décisions à prendre, au vu des résultats du bilan, de l'entretien individuel ou familial, et des données cliniques.

On sait la difficulté de toute éducation pour la santé: on cherche, en effet à guider ou à *modifier des*

comportements. Lorsque l'on s'adresse à des individus adultes, ceci devient très difficile; de plus le changement de comportement, même s'il est obtenu, n'est pas toujours efficace puisque beaucoup de troubles remontent, dans leurs facteurs étiologiques, à l'enfance.

S'adressant à la famille, on enregistre le plus souvent, de la part des mêmes adultes, une motivation beaucoup plus vive à l'égard de la *santé des enfants*: les comportements adoptés alors sont très efficaces, d'une part parce qu'ils permettent de réaliser chez l'enfant une *prévention primaire*, de lui faire acquérir des habitudes de vie conformes aux besoins de santé, d'autre part parce qu'ils sont bénéfiques également pour les membres adultes de la famille qui, à eux seuls, auraient peut-être été insensibles aux conseils éducatifs.

Enfin on sait aussi que l'éducation de l'enfant permet d'atteindre les parents, grâce au phénomène bien connu de *l'éducation ascendante*.

III. Quelle médecine?

Le bilan de santé peut rester une prestation médicale isolée, placée à un moment de la vie de l'individu ou de la famille, sans tenir compte de tout ce qui l'a précédé et de tout ce qui le suivra: le bilan de santé deviendrait vite un gaspillage malheureux d'efforts et d'investissements.

Il faut que l'action préventive ne soit pas isolée du reste de la pratique médicale, mais qu'elle s'y intègre et qu'elle l'imprègne totalement. «Si l'observation et ses enseignements nécessitent l'utilisation très large des techniques nouvelles, dans des organismes équipés à cet effet, l'action qui en découle appartient, de toute évidence, au praticien qui a en charge le groupe familial.» — «La maladie et son traitement, le handicap et la réadaptation, les conditions de vie et l'adaptation, sont autant de problèmes qui n'ont de solution positive qu'à la faveur d'une compréhension et d'une adhésion sans réserve de l'ensemble du groupe, tant sont importants leurs implications sociologiques et psychologiques. La Prévention, ainsi comprise, est effectivement une nouvelle perspective de la Médecine générale, discipline de synthèse et de prédiction.» [4]

Dans ce contexte, le bilan de santé n'est qu'un «*temps fort*» dans la guidance de la santé de la famille, une mise à disposition, pour le médecin de familles, d'un grand nombre d'informations que, seul et sans moyens technologiques évolués, il ne pourrait recueillir lui-même. C'est ce même médecin qui, une fois le bilan effectué, prendra en charge la famille, pour l'amener enfin à prendre en charge, elle-même, sa propre santé.

Faire ainsi bénéficier le médecin omnipraticien des possibilités technologiques les plus modernes, pour lui donner la capacité d'assumer la prévention,

lui qui est de plus en plus privé des gestes diagnostiques et thérapeutiques importants par le spécialiste ou l'hôpital, c'est susciter un renouveau de la médecine générale, médecine globale, médecine de synthèse, et non pas parente pauvre des spécialités et des techniques de haut prestige.

C'est l'ambition du Centre de Médecine Préventive de Nancy-Vandœuvre. Elle s'assortit de la recherche des moyens nécessaires à la réaliser: ainsi le Centre, grâce à la convention qui le lie au Centre Hospitalo-Universitaire de Nancy, participe-t-il à l'enseignement des étudiants en médecine, dans le curriculum normal et dans le cadre des certificats spéciaux (Santé Publique, Pédiatrie Préventive et Sociale), à la fois comme terrain de stage et comme instrument d'enseignement théorique. L'année scolaire 1974/75 a vu la création d'un «certificat optionnel de médecine de la famille», destiné aux étudiants en fin d'études et aux jeunes médecins. Chaque enseignement y est fait conjointement par un spécialiste de la question traitée et un médecin omnipraticien.

Le Centre participe également activement à l'enseignement post-universitaire des médecins praticiens et enfin – on l'a vu – leur confie la tâche la plus importante (et la plus difficile) du bilan de santé: la visite médicale de synthèse.

IV. Conclusion

L'expérience présentée ici déborde le cadre du bilan systématique de santé. Il s'agit d'un *essai de conception à long terme d'une politique de la santé*, basée sur:

- l'observation familiale et l'éducation familiale pour la santé,
- l'intégration de la prévention à la pratique générale,
- l'utilisation des moyens technologiques nouveaux au bénéfice de l'action du médecin de famille.

Résumé

Les auteurs rapportent leur expérience des bilans systématiques de santé réalisés dans le cadre familial. La famille est considérée comme unité d'observation et comme unité d'éducation, ou de prise en charge: cette démarche semble d'autant plus efficace que l'épidémiologie montre aujourd'hui l'importance des facteurs génétiques ou d'environnement précoce, dans la survenue, et les possibilités de prévention primaire des maladies chroniques. Le bilan de santé, d'autre part, est réalisé dans le but de permettre au médecin praticien d'avoir sur les individus et la famille une vue de synthèse, et d'intégrer la prévention à la pratique médicale générale.

Zusammenfassung

Die systematische Vorsorgeuntersuchung im Rahmen der Familie

Die Autoren berichten über ihre Erfahrungen mit systematischen Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Familie. Dabei wird die Familie nicht nur als Beobachtungseinheit betrachtet, sondern auch als Einheit für eine gemeinsame Erziehung und Betreuung. Dieses Vorgehen erscheint um so sinnvoller, als die Epidemiologie heute immer deutlicher zeigt, wie wichtig die genetischen und die frühen Umgebungsfaktoren bei der Entstehung und im Zusammenhang mit einer primären Prävention der chronischen Krankheiten sind. Andererseits wird die Vorsorgeuntersuchung mit dem Ziel durchgeführt, dem praktischen Arzt im Sinne einer Synthese eine Übersicht über die Individuen und die Familie zu gestatten und die Prävention in die Allgemeinmedizin zu integrieren.

Summary

The systematic medical check-up in the framework of the family

The authors report on their experience with systematic medical examinations in the framework of the family. The family is considered not only as the unit of observation, but also of education, or of service. This approach seems even the more efficacious, as Epidemiology has shown the importance of genetic and early environmental factors in the occurrence and in the possibilities of primary prevention of chronic disease. On the other hand, the systematic check-up is conducted with the aim of allowing to the practicing physician a synthesizing overview of the individuals as well as of the families, and of integrating prevention into general medical practice.

Références

- [1] Deschamps J. P., Poulizac H., Senault R.: Maladies chroniques de l'adulte: problèmes pédiatriques? 7e Congrès International d'Hygiène, Médecine Préventive et Médecine Sociale, Venise 1974.
- [2] Manciaux M., Deschamps J. P.: Les familles vulnérables. *Med. Soc. Prev.* 19, 79-83 (1974).
- [3] Manciaux M., Deschamps J. P.: Nouveaux concepts de la santé familiale. A paraître in: *Cahiers médico-sociaux* (Genève).
- [4] Poulizac H.: Family observation, foundation of preventive care. Proc. 2nd int. Colloquium "Automatisation and Prospective Biology", Pont-à-Mousson 1972, p. 175-179 (Karger, Basel 1973).
- [5] Royer P.: La prévention de l'athérome chez l'enfant. *Arch. fr. Ped.* 31, 5-9 (1974).
- [6] *Organisation Mondiale de la Santé*. Symposium de Malte. La Santé du petit enfant en Europe. OMS, Copenhague, Euro 1962, 1969.

Adresse des auteurs

Drs R. Senault, H. Poulizac, J. P. Deschamps, Centre de Médecine Préventive, 2, avenue du Doyen Jacques Parisot, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France.