

Recommandations de dépistage en France : une revue systématique

Pierre-Yves Meunier, Karfala Maiga, Denis Maillet, Thomas Bochaton, Benoît De la Fournière, François Delahaye, Corinne Dupont, Olivier Guillaud, Marion Lamort-Bouché, Bruno Lina, Isabelle Ray-Coquard, Julien Péron, Laurent Letrilliart

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2024/5 vol. 36 , PAGES 15 À 35
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.245.0015

Date de mise en ligne : 12/11/2024

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2024-5-page-15?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Recommandations de dépistage en France : une revue systématique

French screening recommendations: A systematic review

Pierre-Yves Meunier¹, Karfala Maiga², Denis Maillet^{3,4}, Thomas Bochaton^{5,6},
Benoît de la Fournière^{7,8}, François Delahaye^{9,10}, Corinne Dupont^{10,11}, Olivier Guillaud¹²,
Marion Lamort-Bouché^{1,10}, Bruno Lina^{13,14}, Isabelle Ray-Coquard^{10,15}, Julien Peron^{3,10},
Laurent Letrilliart^{1,10}

⇒ Résumé

Introduction : Il n'existe pas de synthèse des dépistages recommandés en France. L'objectif de cette étude était d'identifier les recommandations de dépistage publiées par la Haute Autorité de santé (HAS), de décrire leurs caractéristiques et de les comparer avec celles de l'United States Preventive Services Task Force (USPSTF).

Méthodes : Revue systématique des recommandations de dépistage publiées par la HAS et l'USPSTF.

Résultats : Au total, 53 recommandations de la HAS et 67 recommandations de l'USPSTF ont été incluses. Celles de la HAS concernaient 74 pathologies, dont 67 à dépister, 6 à ne pas dépister et une à la balance bénéfices-risques incertaine. Celles de l'USPSTF concernaient 65 pathologies, dont 30 à dépister, 7 à ne pas dépister et 28 à la balance bénéfices-risques incertaine. Parmi les 67 pathologies à dépister selon la HAS, 16 étaient des pathologies cardio-vasculaires ou métaboliques (24 %), 11 des dépistages néonataux (16 %), 11 des infections (16 %), 9 des dépistages développementaux et sensoriels (13 %), 5 des problèmes psychosociaux (8 %), 5 des cancers (incluant une prédisposition génétique) (8 %), 4 des expositions environnementales (6 %) et 6 d'autres pathologies (9 %). Un quart des

⇒ Abstract

Introduction: To date, no systematic review of the recommended screening protocols in France has been carried out. The objective of this review was to identify the screening recommendations published by the Haute Autorité de Santé (HAS) (French National Authority for Health), to describe their characteristics, and to compare them with the screening recommendations published by the United States Preventive Services Task Force (USPSTF).

Methods: A systematic review of screening recommendations published by the HAS and the USPSTF.

Results: A total of fifty-three HAS recommendations and sixty-seven USPSTF recommendations were included. The HAS recommendations concerned seventy-four conditions, including sixty-seven recommended for screening, six not recommended for screening, and one with an uncertain benefit-risk balance. The USPSTF recommendations concerned sixty-five conditions; thirty recommended for screening, seven not recommended for screening, and twenty-eight with an uncertain benefit-risk balance. Among the sixty-seven conditions identified by the HAS as requiring screening, sixteen were cardiovascular or metabolic conditions (24%), eleven were neonatal conditions (16%), eleven were infections (16%), nine were developmental and sensory

¹ Collège universitaire de médecine générale, université Claude-Bernard-Lyon-1, Lyon, France.

² Santé orale handicap dépendance et vulnérabilité (SOHDEV), Centre hospitalier Le Vinatier, Bron, France.

³ Medical Oncology Department, Institut de cancérologie des Hospices civils de Lyon (IC-HCL), Lyon, France.

⁴ Faculté de médecine Jacques-Lisfranc, Saint-Étienne, France.

⁵ Unité de soins intensifs cardiologiques, Hôpital Louis-Pradel, Hospices civils de Lyon, Lyon, France.

⁶ CarMeN Laboratory, INSERM, INRA, INSA Lyon, université Claude-Bernard-Lyon-1, Groupement hospitalier Est, Bron, France.

⁷ Unité de gynécologie obstétrique, Hôpital universitaire de la Croix-Rousse, Hospices civils de Lyon, Lyon, France.

⁸ Inserm U1032, LabTau, université Claude-Bernard-Lyon-1, Lyon, France.

⁹ Hospices civils de Lyon, Hôpital Louis-Pradel, Service de cardiologie, Lyon, France.

¹⁰ Research on Healthcare Performance (RESHAPE, Inserm U1290), université Claude-Bernard-Lyon-1, Lyon, France.

¹¹ AURORA Perinatal Network, Hospices civils de Lyon, Lyon, France.

¹² Ramsay Générale de Santé, Clinique de la Sauvegarde, Lyon, France.

¹³ Service de virologie des HCL, Institut des agents infectieux, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon, France.

¹⁴ Centre international de recherche en infectiologie (CIRI), équipe VIRPATH, Inserm U1111, CNRS UMR 5308, ENS de Lyon, UCBL, Faculté de médecine Lyon-Est, site RTH Laennec, Lyon, France.

¹⁵ Laboratoire RESHAPE Université Claude Bernard Lyon I France.

préconisations de la HAS comportaient un niveau de preuve gradé, dont 71 % avec un accord d'experts.

Conclusions : La HAS recommande de dépister 67 pathologies, dont 4 cancers. L'élaboration de recommandations dédiées aux dépistages, issues d'une méthodologie appropriée et incluant la présentation de leur niveau de preuve, est attendue pour améliorer leur qualité et leur bon usage.

Mots-clés : Médecine préventive ; Santé publique ; Pratique factuelle ; Dépistage

Introduction

Selon l'OMS, le dépistage vise à détecter les personnes qui, dans une population apparemment en bonne santé, présentent un risque plus élevé de contracter une maladie ou un problème de santé, de façon qu'un traitement ou une intervention précoce puisse être proposé. Il réduit de ce fait l'incidence, la gravité et/ou la mortalité due à cette maladie ou à ce problème de santé dans la population (1). De nombreux critères sont nécessaires pour évaluer un dépistage, ce qui explique pourquoi il n'est pas justifié de dépister toutes les pathologies asymptomatiques. En premier lieu, le rapport bénéfices-risques d'un dépistage n'est pas toujours favorable : cela peut être lié aux faibles performances du test de dépistage, à l'absence de traitement efficace pour les patients dépistés, ou au trop grand risque d'effets indésirables liés au test ou au traitement, notamment le risque de surdiagnostic et de surtraitement. Ensuite, le rapport coût-efficacité du dépistage n'est pas toujours favorable, et il dépend des ressources disponibles au sein de chaque système de santé. Enfin, le dépistage et les éventuelles procédures diagnostiques et thérapeutiques consécutives doivent être accessibles et acceptables pour la population ciblée. Une préconisation de dépistage doit décrire les quatre caractéristiques suivantes pour être applicable : la pathologie dépistée, la population cible, le test de dépistage, et la périodicité du test. La recommandation de dépistage d'une pathologie comporte fréquemment plusieurs préconisations afin d'optimiser le test ou sa périodicité par rapport au niveau de risque de chaque population ciblée.

La politique française de dépistage comporte des dépistages obligatoires à la naissance, dans l'enfance et pendant la grossesse (2-4). Elle comporte également des dépistages organisés à l'échelle de la population, comme

disorders (13%), five were psychosocial problems (8%), five were cancers (including one genetic predisposition) (8%), four were environmental exposures (6%), and six were other conditions (9%). A quarter of HAS recommendations were based on a graded level of evidence, including 71% on expert agreement.

Conclusions: The HAS recommends screening for sixty-seven conditions, including four cancers. It is hoped that, with the development of specific screening recommendations based on an appropriate methodology and including the presentation of their level of evidence, the quality and appropriateness of their use will improve.

Keywords: Preventive medicine; public health; evidence-based practice; screening

les dépistages des cancers colorectaux, du sein et du col utérin. Enfin, elle comporte des dépistages opportunistes qui sont proposés individuellement en fonction de facteurs de risque spécifiques. Le taux de participation aux trois dépistages organisés se situe en dessous des objectifs français et européens malgré leur coût global (incluant les stratégies de dépistage individuel d'individus à très haut risque) estimé à 600 millions d'euros en 2022 (5). En janvier 2024, l'Assurance maladie a déployé le dispositif « Mon bilan prévention » en soins primaires. Ce dispositif national définit les modalités de nouvelles consultations systématiques de prévention qui sont proposées à quatre « âges-clés » de la vie : 18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans. Ces consultations sont susceptibles d'améliorer la participation des patients aux dépistages recommandés par la Haute Autorité de santé (HAS), incluant les dépistages organisés (6).

Les praticiens de soins primaires (PSP) sont identifiés comme les principaux opérateurs des consultations de prévention (6-7). Ils ont besoin de connaître les dépistages recommandés par la Haute Autorité de santé (HAS) pour identifier l'éligibilité de leurs patients. Pourtant, en 2024, il n'en existe aucun inventaire publié ou disponible sur le site Internet de la HAS. Le deuxième besoin des PSP est de prioriser avec les patients les dépistages auxquels ils sont éligibles, en raison du temps contraint de la consultation médicale et de la nécessité de proposer des soins de santé pertinents (8-9). Cette priorisation prend en compte les valeurs et préférences des patients dans le cadre d'une approche transversale, centrée sur le patient plutôt que sur les pathologies (10-11). Les PSP ont besoin de connaître le niveau de preuve des dépistages recommandés pour faciliter la prise de décision partagée (12-13).

Il n'existe pas d'agence qui produise des recommandations pour la prévention ou les dépistages à l'échelle européenne. Aux États-Unis, l'United States Preventive Services Task Force (USPSTF) est une agence de santé

indépendante qui produit des recommandations de pratique clinique préventives à destination des praticiens de soins primaires et des patients, qui concernent en particulier les dépistages (14). Chacune des recommandations de dépistage de cette agence fait l'objet d'une évaluation systématique fondée sur un cadre méthodologique prédéfini, suivie d'une publication dans la revue *JAMA* (15). L'objectif principal de cette revue systématique était donc d'identifier les recommandations de dépistage de la HAS, et ses objectifs secondaires étaient de décrire leurs caractéristiques et de les comparer avec les recommandations de dépistage de l'USPSTF.

Méthodes

Le protocole de cette revue systématique était conforme à la grille PRISMA (16).

Sources des données

Le site Internet de la HAS (has-sante.fr) et celui de l'USPSTF (uspreventiveservicestaskforce.org) ont été requêtés le 19 octobre 2023.

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants : recommandation de dépistage publiée par la HAS ou l'USPSTF. Les types de recommandations de la HAS éligibles étaient les recommandations de bonne pratique, les outils d'amélioration des pratiques professionnelles, les recommandations en santé publique et les guides parcours de soins. Du fait de l'absence d'un type de recommandations de la HAS dédié aux dépistages, les recommandations de dépistage de la HAS ont été identifiées par la présence des termes « dépister » ou « dépistage » dans le texte intégral de leur synthèse ou de leur argumentaire.

Les critères de non-inclusion étaient les suivants : recommandation caduque ayant fait l'objet d'une réactualisation, recommandation de dépistage ne correspondant pas à la définition de l'OMS (1) (par exemple, dont la population cible était symptomatique), recommandation dite de « repérage » ou de « diagnostic précoce », recommandation de « dépistage » de complications (diagnostic de gravité) ou de causes (diagnostic étiologique) d'une pathologie, recommandation d'expérimentation limitée d'un dépistage. La

sélection des documents a été réalisée par un des auteurs (PYM). Le diagramme de flux est représenté dans la figure 1. La stratégie de requête est détaillée en annexe I.

Analyse des données

L'extraction des données a été réalisée par deux auteurs (PYM et KM) selon un tableau d'extraction de données prédéfini, et les désaccords ont été résolus avec l'aide d'un troisième auteur (LL). Les données suivantes ont été extraites des documents inclus : titre du document, catégorie de document, année de publication, pathologie dépistée, population cible, nature du test, périodicité du test, niveau de preuve selon la HAS et selon l'USPSTF. Les gradations des niveaux de preuve par la HAS et l'USPSTF sont décrites dans le tableau I. Par exemple, une préconisation de dépistage dont le niveau de preuve est gradé C par la HAS correspond à un dépistage recommandé malgré son faible niveau de preuve. À l'inverse, le niveau de preuve C de l'USPSTF signifie que le dépistage n'est pas recommandé mais que son indication dépend de l'expertise du praticien et des préférences du patient.

Résultats

Au total, 53 recommandations de la HAS ont été incluses, concernant 74 pathologies, dont 67 à dépister (de grades A, B, C, AE ou NP), 6 à ne pas dépister et une dont la balance bénéfices-risques était incertaine (cancer du poumon). Parmi ces 53 recommandations, 66 % (n = 35) étaient publiées depuis plus de cinq ans (avant 2019). Elles contenaient 123 préconisations de dépistage, soit en moyenne 1,9 préconisation par pathologie à dépister. Parmi les pathologies à dépister, 16 concernaient des pathologies cardio-vasculaires ou métaboliques (24 %), 11 des dépistages néonataux (16 %), 11 des infections (16 %), 9 des dépistages développementaux et sensoriels (13 %), 5 des problèmes psychosociaux (8 %), 5 des cancers (incluant les prédispositions génétiques) (8 %), 4 des expositions environnementales (6 %) et 6 d'autres pathologies (9 %). Parmi les préconisations de dépistage de la HAS, 25 % présentaient un niveau de preuve gradé. Parmi les préconisations gradées, le grade « accord d'experts » (AE) était majoritaire (71 %). La périodicité du dépistage était précisée dans 75 % des cas. Les pathologies que la HAS recommandait de ne pas dépister étaient l'hypothyroïdie (sauf chez la femme enceinte à risque), l'endométriose, le

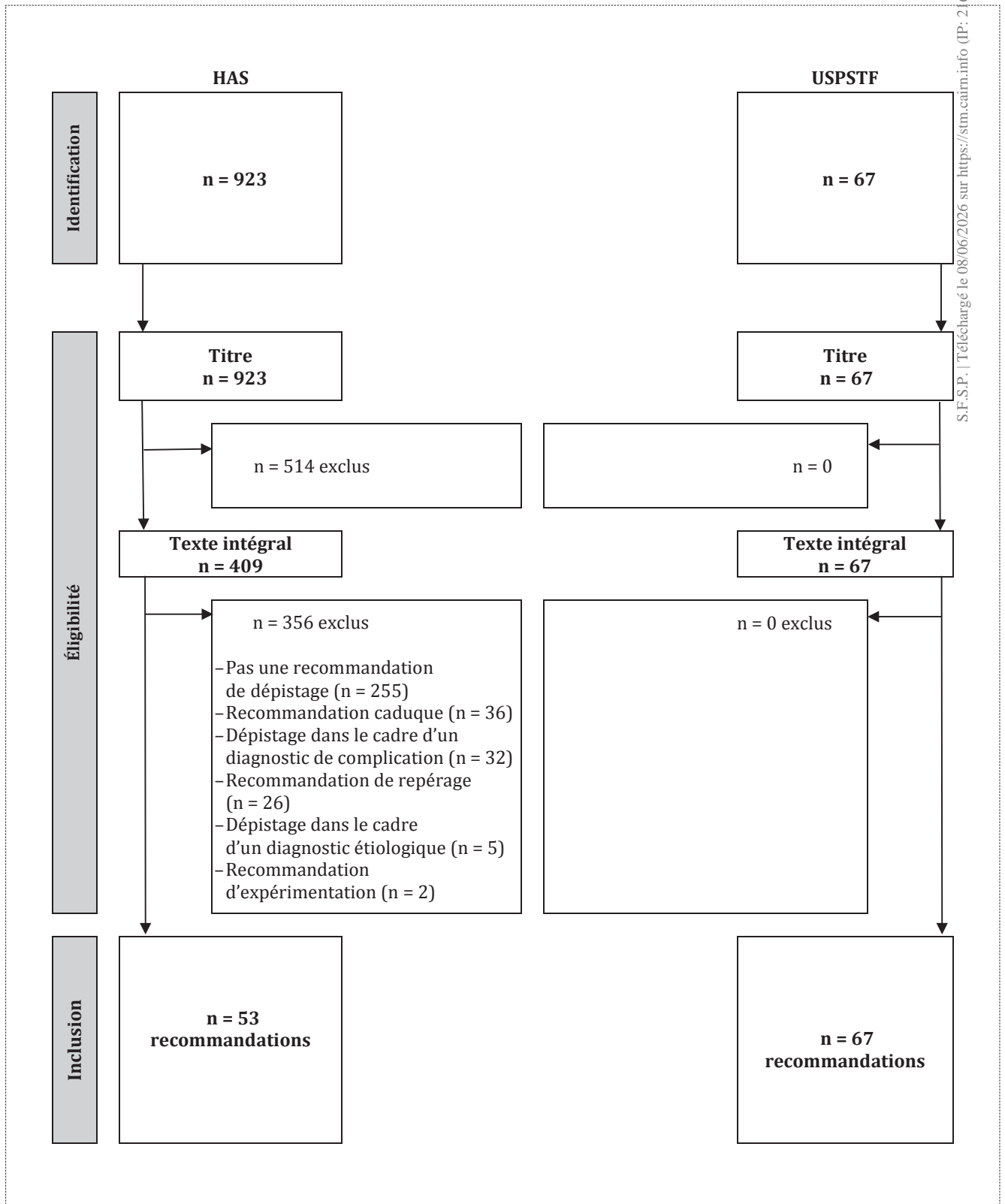


Figure 1 : Diagramme de flux

Tableau I : Définition du grade des niveaux de preuve selon la HAS et l'USPSTF

Grade	HAS	USPSTF
A	Preuve scientifique établie Niveau 1 – essais comparatifs randomisés de forte puissance – méta-analyse d'essais comparatifs randomisés – analyse de décision fondée sur des études bien menées	Dépistage recommandé Il existe un niveau de certitude élevé sur un bénéfice important
B	Présomption scientifique Niveau 2 – essais comparatifs randomisés de faible puissance – études comparatives non randomisées bien menées – études de cohortes	Dépistage recommandé Il existe un niveau de certitude élevé sur un bénéfice modéré ou un niveau de certitude moyen sur un bénéfice moyen à important
C	Faible niveau de preuve scientifique Niveau 3 – études cas-témoins Niveau 4 – études comparatives comportant des biais importants – études rétrospectives – séries de cas – études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	Dépistage à éventuellement réaliser en fonction du jugement professionnel et des préférences du patient Il existe un niveau de certitude au moins moyen sur un faible bénéfice
AE	Accord d'expert	
D		Dépistage non recommandé Il existe un niveau de certitude moyen ou élevé sur l'absence de bénéfices ou sur des risques supérieurs aux bénéfices
I		Absence de recommandation en raison d'une balance bénéfices-risques incertaine Les preuves concernant les bénéfices et les risques sont absentes, de mauvaise qualité ou contradictoires

HAS : Haute Autorité de santé ; USPSTF : United States Preventive Services Task Force

cancer de la prostate, la maladie d'Alzheimer, l'infection à virus Mpx, l'infection à CMV chez la femme enceinte. La majorité des dépistages recommandés (82 %) étaient opportunistes. Les caractéristiques des dépistages recommandés par la HAS sont décrites dans le tableau II, et leur distribution est présentée dans le tableau III. Un diagramme présentant ces dépistages aux différents âges de la vie est présenté dans la figure 2.

Parmi les 67 recommandations de l'USPSTF incluses, 39 % (n = 26) étaient publiées depuis plus de cinq ans. Elles concernaient 65 pathologies, dont 30 à dépister (grade A ou B, annexe II), une à dépister éventuellement en fonction de l'expertise du clinicien et des préférences du patient (cancer de la prostate, grade C), 7 à ne pas dépister (grade D) et 28 dont la balance bénéfices-risques était incertaine (grade I, annexe III). Toutes les préconisations de dépistage de l'USPSTF comportaient un grade. Les pathologies à ne pas dépister selon l'USPSTF (grade D) étaient la sténose carotidienne, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'herpès génital, les cancers du pancréas, de la thyroïde, de l'ovaire et du testicule.

Au total, 28 % (n = 21) des 76 pathologies dont le dépistage est recommandé par la HAS ou l'USPSTF étaient communes aux deux agences. La HAS ne recommandait pas le dépistage de 9 pathologies parmi les 30 recommandées par l'USPSTF. Parmi ces 9 pathologies, deux étaient en cours d'évaluation (le risque cardio-vasculaire, la tuberculose), 5 faisaient l'objet d'un « repérage » (et non d'un dépistage) (la consommation d'alcool, de tabac et de drogues, la dépression, les violences faites aux femmes), une faisait l'objet d'une balance bénéfices-risques incertaine (le cancer du poumon) et une n'était pas recommandée (le cancer de la prostate). La HAS recommandait le dépistage de 47 pathologies supplémentaires par rapport à l'USPSTF. Parmi ces 47 pathologies, la HAS recommandait 14 dépistages parmi 28 qui présentaient une balance bénéfices-risques incertaine (grade I) selon l'USPSTF : troubles de la vision avant 3 ans, retard ou troubles du langage avant 6 ans, anxiété avant 7 ans ou risque suicidaire avant 11 ans, scoliose chez l'enfant ou l'adolescent, consommation de drogue ou d'alcool chez l'adolescent, artériopathie oblitérante

Tableau II : Dépistages recommandés par la HAS (ou l'ANAES)

Pathologies	Source	Population cible	Test	Périodicité	Grade HAS
Cancers ou prédispositions aux cancers					
Cancer du col de l'utérus	HAS 2019	F entre 25 et 30 ans F entre 30 et 65 ans	Cytologie Test HPV	/ 3 ans après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle 3 ans après la dernière cytologie normale puis / 5 ans	NP NP
Cancer colorectal	HAS 2017	Entre 50 et 74 ans Groupes à risque élevé Groupes à risque très élevé	Test fécal immunologique Suivi spécialisé Suivi spécialisé	/ 2 ans / 3 à 5 ans Protocole spécifique	NP NP NP
Cancer du sein	HAS 2015	F ≥ 25 ans F de 50 à 74 ans	Examen clinique Mammographie et examen clinique	1 fois / an Tous les 2 ans	NP NP
Prédisposition génétique au cancer du sein	HAS 2015	Groupes à risque	Consultation d'oncogénétique Test de mutation BRCA	Une fois	NP
Carcinome épidermoïde cutané	HAS 2010	Groupes à risque > 50 ans	Examen clinique	NP	NP
Pathologies cardio-vasculaires et métaboliques					
Obésité	HAS 2023 HAS 2022	≥ 18 ans De la naissance à 6 ans	Taille, poids, IMC Taille et poids, IMC après 2 ans	Au moins une fois par an Aux examens obligatoires de santé	NP NP
Cardiopathie ischémique	HAS 2011	Entre 6 et 18 ans Entre 6 et 18 ans à risque	Taille, poids, IMC Taille, poids, IMC	Annuel / 6 mois	NP NP
	HAS 2022	Groupes à risque Groupes à risque	Épreuve d'effort ECG ± avis cardiologique	Une fois Une fois	AE NP
Maladie rénale chronique	HAS 2023	Groupes à risque	DFG et rapport Albuminurie/ créatininurie	Annuel	NP
Dénutrition	HAS 2019 HAS 2007	< 18 ans ≥ 18 ans et < 70 ans ≥ 70 ans ≥ 70 ans à risque	Examen clinique Examen clinique MNA, IMC, albuminémie	À chaque consultation À chaque consultation / 1 an Plus fréquemment qu'une fois par an	AE AE NP NP
Hypertension artérielle de l'adulte	HAS 2016	≥ 18 ans	Mesure de la pression artérielle	NP	NP
Diabète de type 2	HAS 2014	Groupe à risque	Glycémie à jeun	/ 1 à 3 ans	AE
Anévrisme de l'aorte abdominale	HAS 2012	H de 50 à 75 ans avec ATCD familial d'anévrisme de l'aorte abdominale H de 65 à 75 ans avec ATCD de tabagisme	Échographie Doppler Échographie Doppler	Une fois Une fois	NP NP
Artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs	HAS 2006	Individus à risque cardiovasculaire élevé	Examen clinique, mesure de l'IPS	/ 5 ans	C

Pathologies	Source	Population cible	Test	Périodicité	Grade HAS
Infections					
Hépatite virale B	HAS 2023	Groupes à risque	Sérologie (Ag HBs, Ac anti HBs, Ac anti HBc)	NP	NP
	HAS 2016	Don du sang, d'organes, de tissus ou de cellules ^c	Sérologie	À chaque don	NP
Hépatite virale C	HAS 2023	Groupes à risque	TROD	NP	NP
		Patients en attente de greffe de moelle	Sérologie (Ac totaux anti-VHC)	Une fois	A
		Usagers de drogues intraveineuses	Sérologie	Au moins une fois par an	NP
	HAS 2014	Autres groupes à risque	Sérologie (Ac totaux anti-VHC)	NP	NP
		Groupes à risque	TROD	NP	NP
Hépatite virale D	HAS 2023	Groupes à risque	Ac anti-VHD	Annuel	AE
Infection à Chlamydia T.	HAS 2018	F sexuellement actives de 15 à 25 ans	PCR	NP	NP
		F appartenant à un groupe à risque		NP	NP
		H sexuellement actifs à risque		NP	NP
Infection à VIH	HAS 2017	Entre 15 et 70 ans	Sérologie	Au moins 1 fois / 3 mois / 1 an	NP
		HSH		NP	NP
	HAS 2015	Autres groupes à risque	TROD/ADVIT	NP	NP
	HAS 2007	Groupes à risque	Sérologie	NP	NP
Consultation pré-conceptionnelle					
Cancer du col de l'utérus	HAS 2016	F ayant un projet parental si dépistage recommandé non à jour	Frottis cervical	Une fois	NP
Incompatibilité rhésus	HAS 2016	F sans carte de groupe sanguin	Groupe sanguin, rhésus, RAI	Une fois	NP
Infection à VIH	HAS 2016	Couple	Sérologie	Une fois	NP
Rubéole	HAS 2016	F non vaccinée ayant un projet parental	Sérologie	Une fois	NP
Toxoplasmose	HAS 2016	F non immunisée ayant un projet parental	Sérologie	Une fois	NP
Dépistages durant la grossesse					
Anémie	HAS 2022	F _E	Hémogramme	1 ^{re} consultation, 6 ^e mois, ou en cas de symptômes d'anémie	C
Anémie du post-partum	HAS 2022	F _E à risque	Hémogramme	J1 ou J2 post-partum	AE
Bactériurie asymptomatique	HAS 2021	F _E	Bandelette urinaire	1 fois/mois à partir du 4 ^e mois	NP
		F _E à risque	ECBU	1 ^{re} consultation puis 1 fois/mois à partir du 4 ^e mois	NP

Pathologies	Source	Population cible	Test	Périodicité	Grade HAS
Trisomie 21 foetale ^b	HAS 2016	F _E	Test combiné : Échographie et marqueurs sériques ADN foetal	1 ^{er} trimestre	NP
	HAS 2017	F _E avec risque du test combiné [1/1000 ; 1/51]		2 ^e trimestre	NP
Anomalies morphologiques et de croissance	HAS 2016	F _E	Échographie	A 11-14 SA, 20-25 SA et 30-35 SA	AE
Incompatibilité rhésus ^c	HAS 2016	F _E avec Rhésus D négatif	Groupe sanguin, rhésus, RAI	1 ^{re} consultation 6 ^e ± 8 ^e mois	AE AE
Diabète gestationnel ^c	HAS 2016	F _E à risque	Glycosurie	Tous les mois	AE
	HAS 2014	F _E à risque si GAJ normale	Glycémie à jeun HGPO	1 ^{er} trimestre Entre 24 et 28 SA	NP NP
Hypertension artérielle gravidique et pré-éclampsie	HAS 2016	F _E	Mesure de la pression artérielle	Tous les mois	AE
Protéinurie ^c	HAS 2016	F _E	Protéinurie	Tous les mois	AE
Infection à VIH	HAS 2016	F _E	Sérologie	1 ^{re} consultation	AE
Syphilis ^c	HAS 2016	F _E	Sérologie	1 ^{re} consultation A renouveler	AE AE
Hépatite virale B ^c	HAS 2023	F _E	Sérologie	6 ^e mois	NP
	HAS 2016	F _E	Antigène HBs	1 ^{er} trimestre	AE
Portage du streptocoque B	HAS 2016	F _E	Prélèvement vaginal avec recherche du streptocoque B	Entre 35 et 38 SA	AE
Rubéole ^c	HAS 2016	F _E	Sérologie	1 ^{re} consultation et, si négative, à 18 SA	AE
Toxoplasmose ^c	HAS 2016	F _E	Sérologie	1 ^{re} consultation et, si négative, tous les mois	AE
Carie dentaire	HAS 2010	F _E	Examen bucco-dentaire par chirurgien-dentiste	Au 4 ^e mois	NP
Hypothyroïdie	HAS 2009	F _E à risque	TSH, T4L	1 ^{re} consultation	A
Vulnérabilité parentale	HAS 2005	F _E	Entretien prénatal précoce	1 ^{er} trimestre	NP
Dépistages néonataux ^{c, d}					
Hyperplasie congénitale des surrénales	HAS 2017	Nouveau-né né après > 32 SA	17-OH progestérone (buvard)	Une fois	NP
Mucoviscidose	HAS 2015	Nouveau-né	Stratégie TIR-PAP (buvard)	Une fois	NP
Déficit en MCAD	HAS 2011	Nouveau-né	MS/MS (buvard)	Une fois	NP
Phénylcétonurie	HAS 2011	Nouveau-né	MS/MS (buvard)	Une fois	NP
Aminoacidopathies - homocystinurie (HCY) - leucosé (MSUD) - tyrosinémie type 1 (TYR1)	HAS 2020	Nouveau-né	MS/MS (buvard)	Une fois	NP

Pathologies	Source	Population cible	Test	Périodicité	Grade HAS
Aciduries organiques - acidurie Glutarique de type 1 (GA1) - acidurie Isovalérique (IVA)	HAS 2020	Nouveau-né	MS/MS (buvard)	Une fois	NP
Déficits en bêta-oxydation - déficit en 3-hydroxyacyl-coenzyme A déshydrogénase des acides gras à chaîne longue (LCHAD) - déficit en captation de carnitine (CUD)	HAS 2020	Nouveau-né	MS/MS (buvard)	Une fois	NP
Dépistages développementaux et sensoriels					
Troubles du développement intellectuel	HAS 2005	0 à 6 ans 28 jours à 6 ans	Périmètre crânien Étapes du développement	NP NP	NP NP
Troubles de l'audition	HAS 2005	4 ^e mois 9 ^e mois	Stimulation vocale ou acoumétrie Réaction à l'appel, Moatti, réflexe d'orientation-investigation	Une fois Une fois	NP NP
		2 ans	Évaluation du langage, voix chuchotée, jouets sonores	Une fois	NP
		4 ans	Évaluation du langage, entretien avec les parents, audiométrie vocale ou tonale	Une fois	NP
		Adolescent	Évaluation du niveau sonore d'exposition	NP	NP
Troubles du langage oral et écrit	HAS 2005	3 ans 4 ans 6 ans	Anamnèse ERTL4 BSEDS 5-6, ERTLA 6 ou BREV	Une fois Une fois Une fois	NP NP NP
Troubles de la vision	ANAES 2002	< 6 ans	Bilan visuel par le médecin généraliste	8 ^e jour, entre 28 jours et 9 mois, entre 9 et 15 mois, entre 2 ans et demi et 4 ans, à 6 ans	NP
		Nouveau-né à risque d'amblyopie 7 à 18 ans	Bilan visuel par l'ophtalmologue Anamnèse, mesure de l'acuité visuelle de loin	Naissance puis entre 3 et 12 mois Tous les 2 à 3 ans ou plus souvent si ATCD familiaux de myopie	NP NP
Troubles des apprentissages	HAS 2005	7 à 18 ans	Test d'Ishihara	Une fois	NP
		7 à 18 ans	Poser des questions sur les résultats scolaires et demander la lecture à voix haute de quelques lignes	Au CE2, à l'entrée en 6 ^e , et en cas d'infléchissement scolaire	NP
Anomalies du développement pubertaire	HAS 2005	Enfant et adolescent	Stades de développement pubertaire	NP	NP
Scoliose	HAS 2005	Période pré-pubertaire et adolescence	Bending Test d'Adams	NP	NP

Pathologies	Source	Population cible	Test	Périodicité	Grade HAS
Problèmes psychosociaux					
Conduites à risque, troubles des conduites, idées suicidaires, troubles oppositionnels : consommation de toxiques, absentéisme scolaire, violences subies, relations sexuelles précoces ou non protégées	HAS 2005	7 à 18 ans	Anamnèse, auto-questionnaire transversal (non précisé), questionnaire TSTS-CAFARD et ADOSPA	NP	NP
Risques liés à la sexualité	HAS 2005	Adolescent	Anamnèse (relations sexuelles, relations non consenties)	NP	NP
Idees et conduites suicidaires	HAS 2021	Adolescent > 12 ans	Questionnaire BITS	NP	C
Anxiété	HAS 2005	7 à 18 ans	Anamnèse	NP	NP
Expositions environnementales					
Complications de l'exposition professionnelle à la silice microcristalline : silicose, maladie chronique obstructive des voies aériennes, insuffisance rénale chronique	HAS 2021	Groupes à risque 1 et 2 Groupes à risque 1 Groupes à risque 2 Groupes à risque 1 Groupes à risque 2	Consultation médicale Radiographie thoracique, créatininémie Radiographie thoracique, créatininémie Épreuve fonctionnelle respiratoire Épreuve fonctionnelle respiratoire	/ 2 ans puis / 5 ans en SPP-E / 4 ans après 20 ans d'exposition puis / 5 ans en SPP-E / 2 ans après 10 ans d'exposition puis / 5 ans en SPP-E / 4 ans / 2 ans	NP NP NP NP NP
Exposition à l'arsenic dans les sols	HAS 2020	Groupes à risque	Dépistage biométriologique (prélèvement sanguin)	Une fois	B
Poussières de bois	SFMT 2011 – label HAS-INCa	Groupes à risque	Nasofibroscopie	/ 2 ans	AE
Pathologies pulmonaires secondaires à l'exposition professionnelle à l'amiante ^e	HAS 2010	Groupes à risque	TDM thoracique	/ 5 ans si exposition forte, sinon à répéter / 10 ans	NP
Autres					
Risque hémorragique pré-opératoire	HAS 2022	Chirurgie à risque hémorragique, ou chirurgie majeure chez un patient fragile	NFS, ferritine	NP	A
Risque hémorragique per-opératoire (dépistage trouble de l'hémostase)	HAS 2022	H ou F en cours d'opération	Tamponnement chirurgical	NP	C
DMLA	HAS 2022	Groupes à risque Groupes à risque	Examen ophtalmologique Auto-examen par le patient	Tous les 1 à 2 ans NP	NP NP

Pathologies	Source	Population cible	Test	Périodicité	Grade HAS
Hypertension oculaire	HAS 2022	Groupes à risque NP	Mesure de la pression intra-oculaire Mesure de la pression intra-oculaire ophtalmologique	NP À chaque consultation ophtalmologique NP	A AE AE
Helicobacter pylori	HAS 2017	Autour d'un cas, au premier degré familial Groupes à risque 1 Groupes à risque 2	Sérologie H. pylori Gastroscopie avec biopsie	Une fois Une fois	NP NP
Luxation congénitale de hanche	HAS 2013	Nouveau-né et nourrisson	Examen clinique	À chaque examen jusqu'à l'âge de la marche	NP
Carie dentaire	HAS 2010	Population générale	Consultation par un dentiste	Annuel entre 6 et 18 ans ^f	NP

ADVIH : Autotest de Dépistage du VIH, AE : Accord d'Expert, ATCD : antécédent, BSEDS : Bilan de Santé – Évaluation du Développement pour la Scolarité à 5-6 ans, BITS : Brimades Insomnie Tabac Stress, BRCA : BReast CAncer, BREV : Batterie Rapide d'Évaluation des fonctions cognitives, DFG : Débit de Filtration Glomérulaire, ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines, ERTL : Épreuve de Repérage des Troubles du Langage, F : Femme, F_e : Femme enceinte, H : Homme, HbA1c : hémoglobine glyquée, HGPO : HyperGlycémie Provoquée par voie Orale, HPV : *Human PapillomaVirus*, HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes, IMC : Indice de Masse Corporelle, INCa : Institut National du Cancer, IPS : Index de Pression Systolique, MCAD : Acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne, MNA : Mini Nutritional Assessment, MS/MS : spectrométrie de masse en tandem, NP : Non Précisé, SA : Semaines d'Aménorrhée, SPP-E : suivi post-professionnel et post-exposition, RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières, TIR-PAP : trypsine immunoréactive-protéine associée à la pancréatite, TROD: Test Rapide d'Orientation Diagnostique, TS/TS-CAFARD : Traumatologie, Sommeil, Tabac, Stress, Cauchemars, Aggression, Fumeur quotidien, Absentéisme, Ressenti Désagréable familial, VHC : virus de l'hépatite C

^a : La HAS et l'USPSTF considèrent que le surpoids et l'obésité de l'adulte relèvent du repérage plutôt que du dépistage

^b : La HAS ne recommande pas le dépistage de la trisomie 21 mais l'information sur ce dépistage

^c : Dépistages obligatoires

^d : Seuls les dépistages néonataux ayant fait l'objet d'une recommandation HAS figurent dans ce tableau

^e : La HAS indique que « compte tenu du droit du sujet exposé à l'amiante de connaître son état de santé et de l'existence de dispositifs de réparation, un examen TDM thoracique est proposé » (HAS)

^f : Le programme de prévention et de dépistage « M/T dents » promu par l'Assurance maladie ne recommande qu'un contrôle tous les trois ans à partir de l'âge de 6 ans et jusqu'à 18 ans inclus

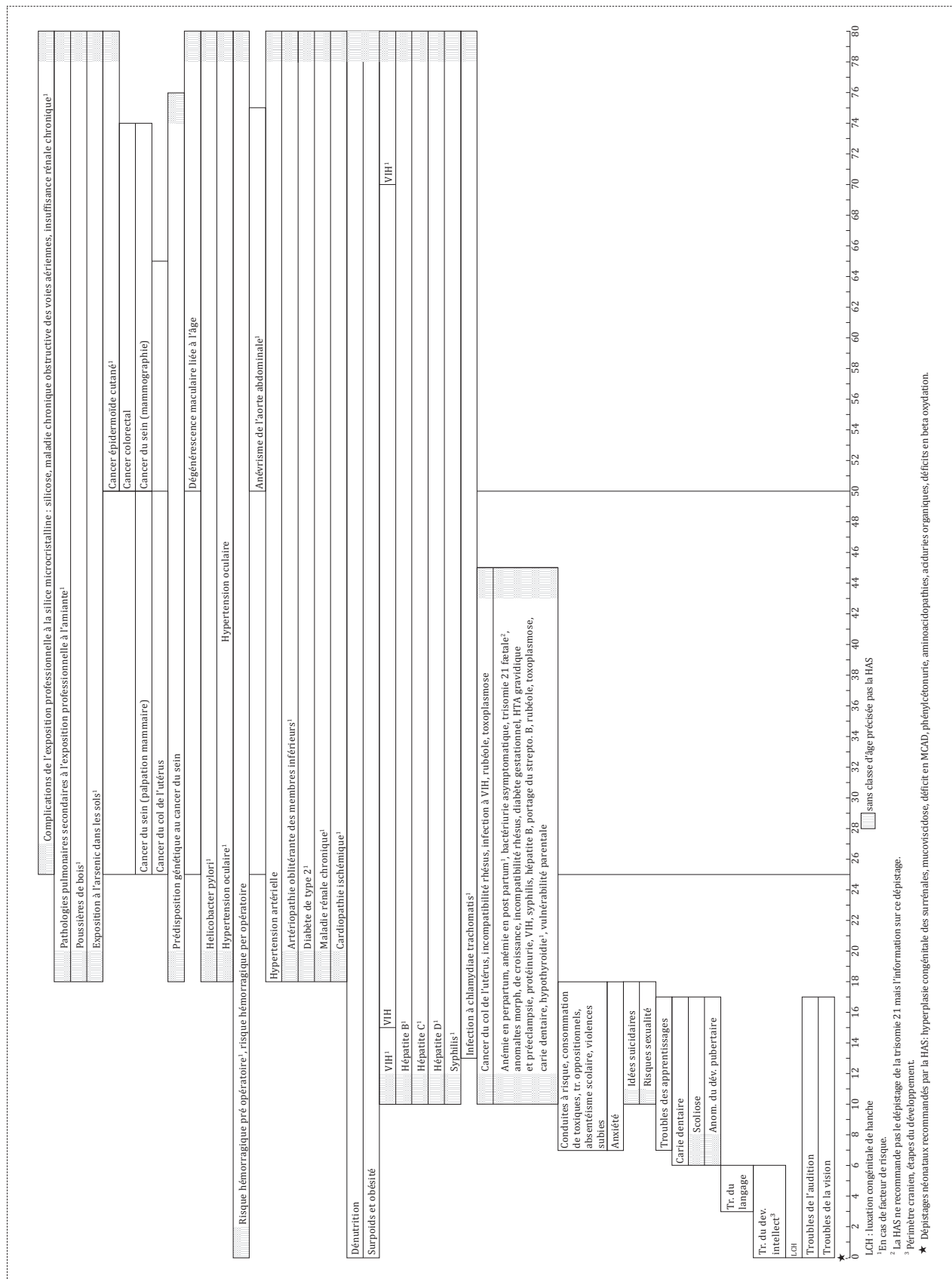


Figure 2 : Diagramme des dépistages recommandés par la HAS aux différents âges de la vie

impliqués dans les recommandations de l'USPSTF sont majoritairement des praticiens de soins primaires ou de santé publique experts en prévention et en médecine fondée sur les preuves (18). Au Royaume-Uni, le United Kingdom National Screening Committee (UK NSC) est un comité indépendant du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) dont les recommandations sont dédiées au dépistage, comme celles de l'USPSTF. Il recommande de dépister 32 pathologies, soit un nombre proche de celui de l'USPSTF (19).

Cette synthèse met en évidence plusieurs limites potentielles au bon usage des préconisations de dépistage de la HAS par les praticiens de soins primaires et les patients. Premièrement, l'absence de recommandations dédiées aux dépistages complique la recherche des préconisations par les praticiens. En effet, elles sont présentées dans des documents de différents types et qui contiennent souvent un grand nombre d'informations. Deuxièmement, certaines recommandations de la HAS contiennent des préconisations contradictoires concernant un même dépistage. Par exemple, la recommandation de prise en charge du syndrome du nez vide inclut une préconisation de dépistage des troubles anxio-dépressifs de l'adulte (20), alors qu'une recommandation plus récente centrée sur l'épisode dépressif de l'adulte (21) ne comportait aucune préconisation de dépistage. Troisièmement, l'absence fréquente de gradation du niveau de preuve des préconisations limite la priorisation des dépistages les plus pertinents : cette priorisation est nécessaire du point de vue du praticien en raison du temps contraint des consultations et pour le patient afin d'organiser au mieux ses soins préventifs (8). Par exemple, la préconisation de dépistage du carcinome épidermoïde cutané n'est pas gradée et la HAS admet que « le bénéfice d'un tel dépistage en termes de santé publique n'est pas connu ».

Forces et limites

Cette revue systématique est la première à identifier et à décrire les dépistages recommandés par la HAS. Un travail mené en 2005 avait identifié les dépistages prévus par des mesures législatives ou réglementaires en France (22).

Malgré le requêtage du texte intégral des documents de la catégorie « recommandations et guides » de la HAS, il est possible que cet inventaire ne soit pas parfaitement exhaustif. En particulier, les documents de type « avis et décisions de la HAS » (plus de 6 000) ne font pas partie de la catégorie « recommandations et guides » et peuvent pourtant parfois contenir des préconisations de dépistage.

De plus, les dépistages néonataux en France n'ont pas tous fait l'objet d'une recommandation de la HAS.

La sélection des recommandations de la HAS à partir du terme de « dépistage » limite aussi l'exhaustivité de cet inventaire. Par exemple, le carcinome épidermoïde fait l'objet d'un « dépistage » tandis que le mélanome fait l'objet d'un « diagnostic précoce » selon la HAS. De même, les consommations de toxiques chez l'adolescent font l'objet d'un « dépistage » tandis que la consommation d'alcool de l'adulte fait l'objet d'un « repérage ». Enfin, la HAS ne recommande pas explicitement le dépistage de l'ostéoporose mais préconise une ostéodensitométrie dans certains groupes à risque asymptomatiques. Ce constat met en évidence des divergences conceptuelles entre les groupes de travail de la HAS.

Perspectives

L'élaboration par la HAS de recommandations dédiées aux dépistages et appliquant un cadre méthodologique spécifique pourrait améliorer leur bon usage par les praticiens et les patients. Des cadres méthodologiques pour l'évaluation des dépistages ont été proposés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 2003 (23), par l'OMS en 2020 (24) ou par l'USPSTF en 2023 (15). Ce cadre pourrait intégrer une terminologie unifiée concernant le dépistage, le repérage et le diagnostic précoce. Les expertises sollicitées pourraient être diversifiées : à la fois spécifiques (spécialistes de la pathologie, méthodologistes) et transversales (praticiens de soins primaires, de santé publique). Le niveau de preuve de chaque préconisation devrait être systématiquement évalué. La standardisation du format des recommandations faciliterait l'accès à l'information par les praticiens, notamment leur intégration avec les dossiers médicaux électroniques. Chaque recommandation de dépistage pourrait inclure ou indiquer des supports d'information sur les bénéfices et les risques associés, utilisables par les praticiens et les patients dans le cadre d'une prise de décision partagée. Une information éclairée est en effet importante chez des patients asymptomatiques et elle peut améliorer leur participation aux dépistages (11). Ces exigences vont dans le sens du programme pour l'amélioration de l'impact des recommandations de la HAS (25).

Cet inventaire sert actuellement de support au développement d'un outil de santé numérique évaluant l'éligibilité des patients consultant en médecine générale à l'ensemble des dépistages recommandés par la HAS.

Conclusion

L'organisation à l'échelle nationale ou européenne de l'élaboration de recommandations dédiées aux dépistages, systématiquement issues d'un cadre méthodologique et conceptuel adapté, et incluant la présentation de leur niveau de preuve, est attendue pour améliorer leur qualité et leur bon usage par les praticiens et les patients. Elle devrait impliquer des spécialistes en soins primaires, en santé publique, en sciences humaines, ainsi que des représentants d'usagers.

Références

1. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe. Programmes de dépistage : guide succinct. Accroître l'efficacité et optimiser le rapport entre bénéfices et effets nocifs [En ligne]. OMS; 2020. 58 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330852>
2. Code de la santé publique - Sect. 1, Articles R2122-1 à R2122-17 du 27 mai 2003. Examens de prévention durant et après la grossesse [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006911197
3. Code de la santé publique - Articles R1131-21 à R1131-22 du 7 avr 2008. Dépistage des maladies néonatales [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000018615505/2020-10-23
4. Arrêté du 20 août 2021 modifiant l'arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du Code de l'éducation [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2021/8/20/MENE2124786A/jo/texte>
5. Inspection générale des affaires sociales. Le dépistage organisé des cancers en France [En ligne]. 2022 [cité le 31 août 2024]. Disponible sur: <https://igas.gouv.fr/Le-depistage-organise-des-cancers-en-France.html>
6. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif au déploiement des rendez-vous prévention prévus par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 [En ligne]. HCSP; 2023. 93 p. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20230320_dploiementdesrendezvousprevention.pdf
7. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. The European Definition of General Practice / Family Medicine [En ligne]. Wonca Europe; 2023. 34 p. Disponible sur: https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf
8. Bucher S, Maury A, Rosso J, De Chanaud N, Bloy G, Pendola-Luchel I, et al. Time and Feasibility of Prevention in Primary Care. *Fam Pract.* févr 2017;34(1):49-56.
9. Collège québécois des médecins de famille. Déclaration de Montréal sur les soins de santé pertinents [En ligne]. 2024 [cité le 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.cqmf.qc.ca/2024/04/03/declaration-de-montreal-sur-les-soins-de-sante-pertinents/>
10. Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine.* mars 2011;9(2):100-3.
11. Le Bonniec A, Sun S, Andrin A, Dima AL, Letrilliart L. Barriers and Facilitators to Participation in Health Screening: an Umbrella Review Across Conditions. *Prev Sci.* oct 2022;23(7):1115-42.
12. Grad R, Légaré F, Bell NR, Dickinson JA, Singh H, Moore AE, et al. Prise de décision partagée en soins de santé préventifs. *Can Fam Physician.* sept 2017;63(9):e377-80.
13. Polak L. Helpfulness of Thinking About "Overdiagnosis" in Shared Decision Making About Screening. *BMJ.* 30 août 2022;378:o2089.
14. United States Preventive Services Task Force. Recommendation Topics / Screening [En ligne]. [Cité le 11 avr 2023.] Disponible sur: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/topic/search_results?topic_status=P&type%5B%5D=5&searchterm=
15. Barry MJ, Wolff TA, Pbert L, Davidson KW, Fan TM, Krist AH, et al. Putting Evidence Into Practice: An Update on the US Preventive Services Task Force Methods for Developing Recommendations for Preventive Services. *The Annals of Family Medicine.* mars 2023;21(2):165-71.
16. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 Statement: An Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *BMJ.* 29 mars 2021;372:n71.
17. Meunier PY, Montellier M, Boussageon R. Dépistage et prise en charge de l'artériopathie des membres inférieurs. *Exercer.* avr 2023;34(192):172-4.
18. United States Preventive Services Task Force. About the USPSTF [En ligne]. [Cité le 20 mai 2023.] Disponible sur: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/about-uspstf>
19. GOV.UK. Recommendations - UK National Screening Committee (UK NSC) [En ligne]. [Cité le 22 mai 2023.] Disponible sur: <https://view-health-screening-recommendations.service.gov.uk/>
20. Haute Autorité de santé. Prévention, diagnostic et prise en charge du syndrome du nez vide [En ligne]. HAS; 2022. 21 p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3395700/fr/prevention-diagnostic-et-prise-en-charge-du-syndrome-du-nez-vidé
21. Haute Autorité de santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours [En ligne]. HAS; 2017. 5 p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
22. Oberlé D, Borg F, Bourdillon F. État des lieux des dépistages et des examens systématiques prévus par des mesures législatives ou réglementaires en France. *Revue médicale de l'Assurance maladie.* avr 2006;37(2):109-16.
23. ANAES. Guide méthodologique : comment évaluer *a priori* un programme de dépistage ? [En ligne]. ANAES; 2004. 68 p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf
24. Sagan A, Figueras J, Kluge H, Lessof S, McDaid D, McKee M, et al. Dépistage : quand est-il approprié ? Quand le réaliser correctement ? Organisation mondiale de la santé; 2020. (Analyses des systèmes et des politiques de santé.)
25. Haute Autorité de santé. Programme pour l'amélioration de l'impact des recommandations 2023-2028 [En ligne]. HAS; 2023. 20 p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-04/programme_amelioration_impact_des_recommandations_2023-2028_-_mars_2023.pdf

Annexes

Annexe I : Stratégie de recherche

HAS : Date de recherche 19/10/2023, site has-sante.fr

À l'aide de l'outil de recherche avancée disponible sur le site has-sante.fr ; recherche par mot-clé en texte libre « dépistage » ou « dépister » dans le texte intégral, sans limite de date ; filtrage par type de publication « Recommandations et Guides », 923 résultats

Sur le site has-sante.fr, le requêtage du type de publication « recommandations et guides » fournit les types de documents suivants (les types de documents inclus sont suivis d'un astérisque) :

Recommandation vaccinale	Guide des actes et prestations
Recommandation de bonne pratique*	Référentiel
Guide maladie chronique	Panorama
Études et Rapports	Guide parcours de soins*
Outil d'amélioration des pratiques professionnelles*	Réponses rapides dans le cadre de la COVID
Consultation publique	rapport
Guide méthodologique	Avis du Conseil pour l'engagement des usagers
FORMATION	Réponses rapides dans le cadre du COVID 19
Flash sécurité patient	Réponses rapides dans le cadre du COVID
Recommandation en santé publique*	Réponses rapides dans le cadre de la COVID 19

USPSTF Date de recherche : 19/10/2022

Site : <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>

Onget « *recommendations* », « *published recommendations* » avec filtres appliqués : *Published, Screening*

Annexe II : Dépistages recommandés par l'USPSTF

Pathologies	Source	Population cible	Test	Fréquence / Période	Grade
Maladies Infectieuses					
Tuberculose latente ^a	USPSTF 2023	Groupes à risque	IDR à la tuberculine	Au moins une fois, et opportuniste	B
Infection à Chlamydia T. et à gonocoque	USPSTF 2021	F ≤ 24 ans sexuellement actives F > 24 ans avec facteur de risque	PCR PCR	NP NP	B B
Syphilis	USPSTF 2022	Adolescents et adultes sexuellement actifs et à risque	Sérologie	Opportuniste, ou au moins 1 fois / an si HSH ou atteint du VIH	A
Infection à VIH	USPSTF 2019	Entre 15 et 65 ans Groupes à risque	Sérologie ¹	Au moins 1 fois Au moins 1 fois / an	A A
Hépatite virale B	USPSTF 2020	Adolescents et adultes à risque	Ag HBs	Opportuniste	B
Hépatite virale C	USPSTF 2020	H ou F de 18 à 79 ans	Ac anti-VHC	1 fois, ou régulièrement si usager de drogues	B
Cancers					
Cancer du col de l'utérus	USPSTF 2018	F de 21 à 65 ans F de 30 à 65 ans	Cytologie seule Cytologie et/ou test HPV	Tous les 3 ans / 3 ans si cytologie, / 5 ans si test HPV +- cytologie	A A
Cancer du sein	USPSTF 2016	F de 50 à 74 ans F de 40 à 49 ans à risque	Mammographie Mammographie	Tous les 2 ans Tous les 2 ans	B C
Prédisposition génétique au cancer du sein	USPSTF 2019	F avec ATCD personnel ou familial de cancer du sein, de l'ovaire, du péritoine, ou ATCD familial de mutation BRCA 1/2	Questionnaire	Une fois	B
Cancer colorectal	USPSTF 2021	H ou F de 50 à 75 ans H ou F de 45 à 49 ans H ou F de 76 à 85 ans	Au choix : Test fécal immunologique ou Stool DNA-FIT ou coloscanner ou sigmoidoscopie ou sigmoidoscopie + FIT, ou coloscopie	Entre une fois par an et une fois tous les 10 ans selon le test choisi	A B C
Cancer du poumon ^b	USPSTF 2021	H ou F de 50 à 80 ans, fumeurs >20 PA actifs ou sevrés depuis moins de 15 ans et avec PEC curative de cancer envisageable	Scanner faible dose	1 fois / an	B
Cancer de la prostate ^c	USPSTF 2018	H de 55 à 69 ans asymptomatiques après décision individualisée	PSA		C
Maladies cardio-vasculaires et métaboliques					
Risque cardio-vasculaire ^a	USPSTF 2022	40 à 75 ans	Calcul du risque cardio-vasculaire	NP	B
Tabac ^d	USPSTF 2021	Anamnèse	Tous les adultes	À chaque consultation	A
Hypertension artérielle	USPSTF 2021	≥ 18 ans	Mesure de la pression artérielle	- H et F ≥ 40 ans et à risque : annuel - H ou F de 18 à 39 ans : tous les 3 à 5 ans	A A
Diabète de type 2	USPSTF 2021	35 à 70 ans avec IMC ≥ 25	GAJ ou HGPO ou HbA1c	Tous les 3 ans	B

S.F.S.P. Téléchargé le 08/06/2026 sur <https://strm.cairm.info> (IP: 216.73.217.46)

Pathologies	Source	Population cible	Test	Fréquence / Période	Grade
Anévrisme de l'aorte abdominale	USPSTF 2019	H de 65 à 75 si ATCD de tabagisme	Échographie Doppler	Une fois	B
		H de 65 à 75 sans ATCD de tabagisme		Une fois	C
	USPSTF 2018	Questionnaire AUDIT-C, SASQ	≥ 18 ans	Opportuniste	B
Consommation d'alcool ^d	USPSTF 2017	≥ 6 ans et adolescents	Taille, poids, IMC	NP	B
Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent					
Problèmes psychosociaux					
Dépression ^a	USPSTF 2023	F enceintes et en post-partum	Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg PHQ ou GDS	Une fois	B
		Tous les adultes			
Anxiété de l'adulte	USPSTF 2023	< 65 ans	Generalized Anxiety Disorder Scale	Au moins une fois, et opportuniste	B
Dépression à l'adolescence	USPSTF 2022	12 à 18 ans	Questionnaires (PHQ-9, PHQ-A, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)	Au moins une fois, et opportuniste	B
Anxiété de l'enfant	USPSTF 2022	8 à 18 ans	Questionnaires (SCARED, Social Phobia Inventory)	Régulièrement	B
Consommation de drogues	USPSTF 2020	≥ 18 ans	Questionnaires NIDA Quick Screen, TAPS	NP	B
Femmes victimes de violences au sein du couple ^d	USPSTF 2018	Anamnèse	Femmes en âge de procréer	Une fois par an	B
Autres dépistages					
Ostéoporose	USPSTF 2018	F ≥ 65 ans, F < 65 ans à risque	Ostéodensitométrie	Une fois	B
Troubles de la vision	USPSTF 2017	3 à 5 ans	Bilan visuel	Une fois	B
Dépistages durant la grossesse					
Diabète gestationnel	USPSTF 2021	F _E	HGPO ou GAJ	Après 24 SA	B
Hépatite virale C	USPSTF 2020	F _E	Sérologie	1 ^{re} consultation	B
Bactériurie asymptomatique	USPSTF 2020	F _E	ECBU	1 fois entre 12 et 16 SA	B
Infection à VIH	USPSTF 2019	F _E à risque	Sérologie	1 ^{er} et 3 ^e trimestres	A
Hépatite virale B	USPSTF 2019	F _E	Sérologie	1 ^{re} consultation	A
Syphilis	USPSTF 2018	F _E	Sérologie	1 ^{re} consultation	A
		F _E à risque		À renouveler	A
Hypertension artérielle gravidique et pré-éclampsie	USPSTF 2023	F _E	Mesure de la pression artérielle	À chaque consultation	B
Incompatibilité rhésus	USPSTF 2004	F _E	Rhésus	1 ^{re} consultation	A
		F _E avec Rhésus D négatif		A 24-28 SA	B

PA : paquets-année, PEC : prise en charge, PCR : *Polymerase chain reaction*, F : femme, FDR : facteur de risque, IDR : intradermo-réaction, ATCD : antécédent, SA : semaines d'aménorrhée, H : homme, NIDA : National Institute of Drug Abuse, NP : non précise, PHQ : *Patient Health Questionnaire*, GDS : *Geriatric Depression Scale*, SASQ : *Single Alcohol Screening Questionnaire*, SCARED : *Screen for Child Anxiety Related Disorders*, TAPS : *Tobacco, Alcohol, Prescription medication, and other Substances* (<https://stm.cairn.info> (IP: 216.73.217.98))

^a : Dépistage recommandé par l'USPSTF, ne faisant pas l'objet d'une recommandation de l'HAS (ni de l'ANAES)

^b : Dépistage recommandé par l'USPSTF, en cours d'évaluation par la HAS

^c : Dépistage recommandé par l'USPSTF, proscrit par la HAS

^d : Recommandé comme un dépistage par l'USPSTF et comme un repérage par la HAS

Annexe III : Dépistages à proscrire selon l'USPSTF (grade D) ou à la balance bénéfices-risques incertaine (grade I)

Dépistages	Source	Population cible	Test	Grade
Maladies infectieuses				
Infection génitale herpétique	USPSTF 2023	Adolescents et adultes, y compris les personnes enceintes	Sérologie	D
Infection à Chlamydia T. et à gonocoque	USPSTF 2021	Hommes sexuellement actifs	PCR	I
Bactériurie asymptomatique	USPSTF 2019	H ou F non enceintes	ECBU	D
Herpès génital	USPSTF 2016	Adolescents et adultes (y compris F enceintes)	Sérologie	D
Néoplasies				
Cancer de la peau	USPSTF 2023	Adolescents et adultes	Examen clinique (règle ABCDE, dermoscopie, etc.)	I
Cancer du pancréas	USPSTF 2019	Adultes	Échographie, Scanner, IRM ou marqueurs sériques	D
Cancer du sein	USPSTF 2019	Femmes non à risque	Recherche BRCA	D
Cancer de la prostate	USPSTF 2019	H ≥ 70 ans	PSA	D
Cancer ovarien	USPSTF 2018	F	Échographie trans-vaginale ou dosage du CA 125	D
Cancer du col de l'utérus	USPSTF 2018	F ≤ 21 ans ou F ≥ 65 ans non à risque	Cytologie ou test HPV	D
Cancer de la thyroïde	USPSTF 2017	Adultes	Palpation ou échographie	D
Cancers de la bouche	USPSTF 2013	Adultes	Examen clinique	I
Cancer des testicules	USPSTF 2011	H adolescents ou adultes	Examen testiculaire	D
Cancer de la vessie	USPSTF 2011	Adultes	Bandelette urinaire, cytologie urinaire, recherche de biomarqueurs urinaires	I
Pathologies cardio-vasculaires				
Prédiabète et diabète	USPSTF 2022	Enfants et adolescents	Glycémie à jeun, Hba1c, HGPO	I
Fibrillation auriculaire	USPSTF 2022	> 50 ans	ECG, applications mobiles	I
Sténose de l'artère carotidienne	USPSTF 2021	> 18 ans	Échographie Doppler	D
Hypertension artérielle de l'enfant ou de l'adolescent	USPSTF 2021	Enfants et adolescents	Mesure de la tension artérielle	I
Anévrisme de l'aorte abdominale	USPSTF 2019	F sans ATCD de tabagisme ni ATCD familial d'AAA	Échographie Doppler	D
		F de 65 à 75 si ATCD de tabagisme ou ATCD familial d'AAA		I
Maladie cardio-vasculaire	USPSTF 2018	Adultes à faible risque CV	ECG	D
		Adultes à risque CV modéré à élevé	ECG	I
Artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs	USPSTF 2018	Population générale ou groupe à risque	Mesure de l'IPS	I
Cardiopathie ischémique	USPSTF 2018	H à risque CV modéré ou haut	ECG	I
Consommation d'alcool ^d	USPSTF 2018	12 à 17 ans	Questionnaires	I

Dépistages	Source	Population cible	Test	Grade
Risque cardio-vasculaire (facteurs de risques non traditionnels)	USPSTF 2018	> 18 ans	IPS, score calcique, CRP	I
Anomalies du bilan lipidique	USPSTF 2016	< 21 ans	Exploration d'Anomalies Lipidiques (EAL)	I
Dépistages durant la grossesse				
Diabète	USPSTF 2021	F enceinte avant 24 SA	Glycémie à jeun ou HGPO	I
Vaginose bactérienne pendant la grossesse	USPSTF 2020	F enceinte à faible risque d'accouchement prématuré	Prélèvement vaginal	D
		F enceinte à risque d'accouchement prématuré	Prélèvement vaginal	I
Anémie	USPSTF 2015	F enceinte	NFS, ferritine	I
Problèmes psychosociaux				
Anxiété de l'adulte	USPSTF 2023	Adultes de 65 ans ou plus	Questionnaires	I
Anxiété de l'enfant	USPSTF 2022	Enfants de 7 ans ou moins	Questionnaires	I
Risque suicidaire de l'adulte	USPSTF 2023	Adultes	Questionnaires	I
Dépression et risque suicidaire de l'enfant	USPSTF 2022	Enfants de 11 ans ou moins	Questionnaires	I
Troubles du comportement alimentaire	USPSTF 2022	Adolescents et adultes	IMC, Questionnaires	I
Consommation de drogue	USPSTF 2021	Adolescents	Questionnaires	I
Consommation d'alcool	USPSTF 2018	Adolescents entre 12 et 17 ans	Questionnaires	I
Maltraitance	USPSTF 2018	Enfants et adolescents jusqu'à 18 ans	NP	I
Dépistages développementaux et sensoriels				
Baisse d'acuité visuelle de la personne âgée	USPSTF 2022	> 65 ans	Mesure de l'acuité visuelle	I
Hypoacousie de la personne âgée	USPSTF 2021	> 50 ans	Mesure de l'acuité auditive	I
Glaucome chronique à angle ouvert	USPSTF 2022	> 40 ans	Tonométrie (mesure de la pression intraoculaire), fond d'œil, périmétrie, gonioscopie, pachymétrie, OCT	I
Scoliose	USPSTF 2018	Entre 10 et 18 ans	Examen clinique, radiographie	I
Troubles de la vision	USPSTF 2017	Enfant avant 3 ans	Bilan visuel à la recherche d'amblyopie ou de ses facteurs de risque	I
Autisme	USPSTF 2016	18 à 30 mois	M-CHAT	I
Trouble ou retard du langage	USPSTF 2015	< 6 ans	Questionnaires	I
Expositions environnementales				
Saturnisme	USPSTF 2019	Enfants < 6 ans et femmes enceintes	Questionnaires ou Plombémie	I

Dépistages	Source	Population cible	Test	Grade
Autres dépistages				
Bronchopneumopathie chronique obstructive	USPSTF 2022	> 18 ans	Questionnaire et spirométrie	D
Syndrome d'apnée obstructive du sommeil	USPSTF 2022	> 18 ans	Questionnaire et polysomnographie	I
Carence en vitamine D	USPSTF 2021	> 18 ans hors grossesse	Dosage sanguin (25-OH vitamine D3)	I
Troubles cognitifs	USPSTF 2021	> 65 ans	MMSE, etc.	I
Maladie cœliaque	USPSTF 2017	Enfants, adolescents, adultes	IgA anti-transglutaminase	I
Pathologies gynécologiques (sauf cancer du col utérin)	USPSTF 2017	Femmes adultes non enceintes qui ne présentent pas de risque accru pour une affection gynécologique spécifique	Examen clinique gynécologique périodique	I
Anémie du nourrisson	USPSTF 2015	6 à 24 mois	NFS	I
Hypothyroïdie	USPSTF 2015	Adultes non enceintes	TSH	I

AAA : anévrisme de l'aorte abdominale, F : Femme, H : Homme, ATCD : Antécédent, CV : cardio-vasculaire, ECG : électrocardiogramme, HGPO : HyperGlycémie Provoquée par voie Orale, M-CHAT : Modified Checklist for Autism in Toddlers, MMSE : Mini-Mental State Examination, PSA : antigènes spécifiques de la prostate

