



L'EXAMEN médical PÉRIODIQUE de l'adulte

Recommandations
adaptées
à la **pratique**
MÉDICALE
préventive
au Québec

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montreal
Santé publique

Prévention
en pratique médicale



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Une médecine de qualité
au service du public

Université
de Montréal



Faculté de médecine
Formation professionnelle continue

TABLE DES MATIÈRES

Les pratiques cliniques préventives	3
Six grands thèmes	4
Maladies cardiovasculaires et respiratoires	5
Tabagisme	6
Alimentation	6
Dyslipidémies	6
Obésité	7
Hypertension artérielle	7
Diabète de type 2	8
Activité physique	8
Cancers	9
Cancer colorectal	10
Cancer du sein	10
Cancer du col utérin	11
Cancer du poumon	11
Cancer de la peau	11
Cancer de la prostate	11
Maladies infectieuses	12
Immunisation	13
Infections transmissibles sexuellement ou par le sang	15
Traumatismes et déficits sensoriels	16
Évaluation des chutes	17
Sécurité routière	17
Audition	17
Vision	18
Ostéoporose	18
Problèmes psychosociaux	21
Abus d'alcool	22
Déficit cognitif	22
Violence familiale	23
Suicide et dépression	23
Problèmes dentaires	24
Brossage des dents	25
Utilisation de la soie dentaire	25
Détartrage	25
Abandon du tabac	26
Utilisation d'un gel ou d'un rince-bouche	26
Mobiliser son patient vers la prévention	27
Organiser sa clinique	32
Grille de l'examen médical périodique de l'adulte	33
Références	34

© Direction de santé publique
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de Montréal (2006)
Tous droits réservés

Dépôt légal : 2006
Bibliothèque nationale du Québec 2006
Bibliothèque nationale du Canada 2006
ISBN : 2-89494-473-X

LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

Cette mise à jour des données probantes en prévention primaire adulte pour le clinicien s'inspire des travaux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP)*¹, des recommandations du United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*², ainsi que des lignes directrices québécoises et canadiennes pertinentes*³. Ce document de référence se veut un aide-mémoire utile pour faciliter la prévention au quotidien et dans le cadre des pratiques préventives de l'examen médical périodique. Il est accompagné d'une grille sommaire à personnaliser pour chaque patient (page 33), qui s'ajoute à la revue des systèmes et à l'examen physique habituel.

La moitié des décès peuvent être prévenus : une bonne raison pour parler de prévention à vos patients. Les grandes causes demeurent :

▪ le tabagisme	19 %	▪ les agents toxiques de l'environnement	3 %
▪ une mauvaise alimentation et un manque d'activité physique	14 %	▪ les suicides ou homicides par arme à feu	2 %
▪ l'abus d'alcool	5 %		
▪ les infections	4 %		

Quatre types de pratiques préventives vous permettent d'agir :

le dépistage , qui permet d'identifier les patients qui requièrent une intervention particulière	le counselling , qui vise à échanger de l'information et à négocier une entente sur certains comportements ou attitudes à modifier
l'immunisation , qui confère une protection contre plusieurs maladies infectieuses	la pharmacoprophylaxie , qui implique l'utilisation d'un médicament pour réduire les risques de développer une maladie

Les recommandations québécoises et canadiennes sont d'abord citées dans le texte. Cependant, lorsque des recommandations plus récentes d'origine américaine viennent apporter un avis supplémentaire, celles-ci sont aussi mentionnées. Le clinicien devra faire appel à son jugement clinique en cas de doute. Ces recommandations sont valides à la date de leur publication. Toutefois, l'état des connaissances évolue rapidement. Il importe d'être à l'affût des autres recommandations qui s'ajouteront.

*1- Le GECSSP classe les données probantes par catégories de recommandations : (A) = données suffisantes pour recommander l'intervention; (B) = données acceptables pour recommander; (C) = données conflictuelles; (D) = données acceptables pour déconseiller l'intervention; (E) = données suffisantes pour déconseiller; (I) = données insuffisantes pour émettre une recommandation.

*2- Le USPSTF classe les données probantes par catégories de recommandations : (A) = fortement recommandé (preuves suffisantes); (B) = recommandé (preuves acceptables); (C) = ni recommandé, ni déconseillé (preuves conflictuelles); (D) = déconseillé (preuves acceptables); (I) = ni recommandé, ni déconseillé (preuves insuffisantes).

*3- Ces lignes directrices reposent sur l'opinion d'experts reconnus, généralement réunis en comités ou conférences de consensus. Elles sont fondées sur l'expérience clinique, plus que sur une analyse rigoureuse des études publiées. Les recommandations émises ne sont pas classées en catégories équivalentes à celles du GECSSP ou du USPSTF. Toutefois, elles correspondent aux meilleures pratiques actuelles.

SIX GRANDS THÈMES

vous sont présentés pour mieux regrouper les pratiques préventives :

Les maladies cardiovasculaires et respiratoires

Les cancers

Les maladies infectieuses

Les traumatismes et déficits sensoriels

Les problèmes psychosociaux

Les problèmes dentaires

L'outil proposé sera utile dans la mesure où il fera partie intégrante de votre pratique. Il est important d'être d'abord soi-même convaincu des bénéfices de la prévention : réduction de la morbidité, amélioration de la qualité de vie et réduction de la mortalité.

Un clinicien convaincu a plus de chances d'être convaincant auprès de son patient, ce qui facilite d'autant la mise en application et l'observance chez ce dernier. Se sentir capable d'intervenir dans ses pratiques est aussi un élément déterminant.

Quant au suivi des recommandations, il est primordial que le clinicien lui-même ou une ressource désignée favorise l'observance des moyens prescrits. Le clinicien doit aussi réunir les conditions favorables pour intégrer la prévention dans sa pratique.

RECOMMANDATIONS

MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET RESPIRATOIRES

TABAGISME^{1,2,3}



Le tabagisme actif est responsable, entre autres méfaits, de 30 % des maladies cardiovasculaires, de 85 % des cancers du poumon et de 85 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques. C'est la cause directe de 14 000 morts par an au Québec. La fumée de tabac secondaire affecte près du quart des Québécois et 380 en meurent chaque année. Les interventions préventives suivantes ont été démontrées efficaces :

- s'informer du statut tabagique (USPSTF = A, 2003);
 - conseiller clairement l'arrêt (GECSSP = A, 1994; USPSTF = A, 2003);
 - prescrire des aides pharmacologiques (GECSSP = A, 1994; USPSTF = A, 2003);
 - inscrire le statut tabagique au dossier (USPSTF = B, 2003);
 - orienter vers des programmes reconnus (GECSSP = B, 1994; USPSTF = A, 2003).
- Plus le counselling est fréquent et prolongé, plus on obtient de résultats (USPSTF = A, 2003).

ALIMENTATION^{1,2,4}



Le counselling en faveur d'une saine alimentation est recommandé pour la population en général au Canada (GECSSP=B, 1994). Le guide alimentaire canadien⁴ pour manger sainement (actuellement en révision) demeure tout à fait adéquat pour répondre aux besoins nutritionnels de la population générale et même de certains groupes à risque (exemple : diabétiques).

Le nombre de portions quotidiennes dans chaque groupe d'aliments et le (ou les) critère(s) relatif(s) à la teneur en éléments nutritifs clés par portion ont été établis de la façon suivante :

- 1) lait et produits laitiers - 2 à 4 portions (une portion représente une tasse de lait, 50 g de fromage ou $\frac{3}{4}$ tasse de yogourt);
- 2) viande, poisson, volaille et substituts - 2 à 3 portions (une portion représente de 50 à 100 g);
- 3) fruits et légumes - 5 à 10 portions, dont au moins 2 de légumes;
- 4) pains et céréales - au moins 5 portions (une portion représente une tranche de pain, un demi-bagel, $\frac{3}{4}$ tasse de céréales).

Au Canada, on considère comme prudent d'envisager d'orienter les sujets à risque vers un(e) diététiste nutritionniste (GECSSP = B, 1994)

DYSLIPIDÉMIES^{1,2,7,8}

Selon le Groupe de travail canadien sur l'hypercholestérolémie et autres dyslipidémies, un bilan lipidique devrait être effectué tous les 5 ans chez tous les hommes de 40 à 70 ans et toutes les femmes de 50 à 70 ans. Les patients porteurs d'une maladie cardiovasculaire connue devraient avoir ce bilan annuellement et les diabétiques tous les 1 à 3 ans.

La recommandation s'applique également aux hommes et aux femmes plus jeunes avec des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, comme le tabagisme, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, l'obésité et les antécédents familiaux précoces de maladies cardiovasculaires, pour n'en citer que les principaux (B, 2001).

Le counselling alimentaire intensif (plus de 6 séances de plus de 30 minutes) est reconnu efficace par le GECSSP (B, 1994) et le USPSTF (B, 2003) pour modifier les habitudes alimentaires des patients présentant de l'hyperlipidémie ou d'autres facteurs de risque de maladies chroniques reliées à l'alimentation, comme l'embonpoint et l'obésité.

Les cibles visées doivent prendre en compte l'ensemble des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires. Une évaluation de risque multifactorielle comme celle effectuée à l'aide de la table de Framingham peut aider à préciser ces cibles. La décision de commencer un traitement pharmacologique intervient généralement après une tentative infructueuse de modifier le bilan lipidique par un changement des habitudes de vie, au cours d'une période de 6 mois.



OBÉSITÉ^{1,2,10,12}

Santé Canada (2003) et le GECSSP (B, 1999) recommandent la mesure de l'indice de masse corporelle chez les adultes obèses avec des problèmes de santé reliés à l'obésité. Le USPSTF (B, 2003) propose de dépister aussi l'obésité chez tous les adultes et d'offrir un counselling intensif à tous les obèses (IMC >30). On manque de données (I, 2003) concernant les interventions moins intensives ou effectuées chez les patients souffrant seulement d'embonpoint (IMC entre 25 et 30).

Une corrélation claire a été établie entre le tour de taille^{7,8,10,11}, qui reflète l'accumulation de graisse viscérale, et le risque cardiovasculaire. Chez l'homme, la valeur limite est de 102 cm (40 pouces) et chez la femme de 88 cm (35 pouces) selon les normes nord-américaines. Cette mesure sert d'outil supplémentaire pour évaluer l'obésité abdominale.

Avec le surplus de poids, il importe d'être à l'affût du syndrome métabolique^{7,9} fortement associé à une augmentation du risque cardiovasculaire.

De façon générale, le diagnostic est posé si 3 critères ou plus sur 5 sont présents, ou si un traitement est déjà en cours pour trois de ceux-ci ou plus⁷ :

- **triglycérides** $\geq 1,7$ mmol/L;
- **HDL** $< 1,0$ chez l'homme ou $< 1,3$ chez la femme;
- **TA** $\geq 130/85$ mmHg;
- **tour de taille** > 102 cm (40 po) chez l'homme ou > 88 cm (35 po) chez la femme;
- **glycémie** entre 6,1 et 7 mmol/L.

La pratique régulière de 30 à 60 minutes par jour d'activité aérobique, modérée et à long terme (1 an) chez l'adulte obèse, avec ou sans recommandation nutritionnelle, a été associée à une diminution de poids¹⁰. Cependant, les données ne permettent pas de déterminer si la pratique régulière et à long terme d'activité physique, avec ou sans recommandation nutritionnelle, est suffisante pour obtenir une diminution de l'obésité abdominale ou pour maintenir le poids chez les adultes obèses.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE^{1,2,6,7}



Le GECSSP recommande le dépistage systématique de l'hypertension, chez tous les adultes (GECSSP = B, 1994; USPSTF = A, 2003).

Le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH, 2005) considère que le diagnostic devrait être établi rapidement, surtout en présence d'un risque cardiovasculaire élevé, en utilisant l'une de ces trois méthodes validées : la mesure standardisée au cabinet, le monitoring ambulatoire et l'auto-mesure à domicile.

Selon le PECH, le plan de traitement des hypertendus doit tenir compte de l'évaluation globale du risque cardiovasculaire. La modification des habitudes de vie est la pierre angulaire du traitement antihypertenseur et anti-athérosclérotique. Le traitement pharmacologique est également recommandé. La diminution des maladies cardiovasculaires est aussi fonction du degré d'abaissement de la tension. Une attention particulière devrait être portée à l'observance du traitement.

ACTIVITÉ PHYSIQUE^{1,2,5}



La pratique régulière d'activité physique est une recommandation de catégorie B (GECSSP, 1994). L'efficacité du counselling sur ce sujet demeure cependant controversée (GECSSP = C, 1994; USPSTF = I, 2002).

Une activité physique d'intensité modérée (par exemple une marche assez rapide pour avoir un peu chaud et se sentir légèrement essoufflé) pratiquée pour un total de 30 minutes ou plus presque tous les jours (deux fois 15 minutes ou trois fois dix minutes sont aussi valables) est suffisante pour dépenser 1000 calories par semaine et procurer des bénéfices importants pour la santé.

Parmi les activités physiques d'intensité modérée, citons : danse, marche rapide (environ 10,000 pas par jour), golf à pied, vélo, ski, exercices à la maison, ramasser les feuilles, nettoyer les fenêtres, travaux légers de rénovation. En plus, chez la personne âgée, il faut ajouter des exercices de renforcement et d'assouplissement.

DIABÈTE DE TYPE 2^{1,2,9}



Le dépistage universel demeure controversé. Le GECSSP le déconseille (D, 1994), sauf pour les patients hypertendus et hyperlipidémiques (B, 2005) et le USPSTF ne peut se prononcer (I, 2003). L'Association canadienne du diabète (ACD, 2003) propose un dépistage au moins tous les 3 ans chez les plus de 40 ans sans facteur de risque, de même que chez les moins de 40 ans porteurs de facteurs de risque cardiovasculaires. L'Association américaine du diabète recommande ce dépistage

aussi chez les plus de 45 ans ayant un IMC > 25 Kg/m², et même plus tôt chez les personnes avec un excès de poids et des facteurs de risque supplémentaires.

Le counselling alimentaire intensif (plus de 6 séances de plus de 30 minutes) est reconnu efficace par le GECSSP (B, 1994) et le USPSTF (B, 2003) pour modifier les habitudes alimentaires des patients présentant des facteurs de risque comme le diabète. Par contre, même si la pratique de l'activité physique est recommandée par le GECSSP (B, 1994), l'efficacité du counselling en faveur de l'activité physique demeure incertaine selon le GECSSP (C, 1994) et le USPSTF (I, 2002). Le GECSSP recommande des interventions sur le mode de vie chez les patients souffrant d'un excès de poids (IMC > 25 Kg/m² ou > 22 Kg/m² chez les sujets de descendance asiatique) associé à une tolérance réduite au glucose (B, 2005).

Divers agents pharmacologiques ont été proposés pour prévenir le diabète ou ses complications. Le USPSTF recommande la prescription d'AAS pour prévenir la cardiopathie ischémique (A, 2002), une recommandation qu'on retrouve dans les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète en 2003. Le GECSSP propose l'acarbose chez les patients avec un indice de masse corporelle (IMC) de plus de 25 et présentant une intolérance au glucose afin de prévenir les accidents cardiovasculaires et l'hypertension (B, 2005), mais estime les données insuffisantes pour la metformine (I, 2005). Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander un traitement pharmacologique chez les patients présentant une intolérance au glucose afin de prévenir l'évolution vers le diabète. (I, 2005). Cependant, chez ces sujets, une intervention axée sur les habitudes de vie serait efficace (B, 2005). Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) sont recommandés par l'ACD, même en l'absence d'hypertension, surtout si une atteinte vasculaire ou d'autres facteurs de risque sont présents (2003).

RECOMMANDATIONS

CANCERS



CANCER COLORECTAL^{1,2,13}

L'Association Canadienne de Gastroentérologie a émis en 2004 les recommandations de dépistage suivantes :

- Patients de plus de 50 ans sans facteur de risque (75 % des cancers) ou avec des antécédents familiaux de cancer ou de polypes (15-20 % des cancers): recherche de sang occulte dans les selles annuelle ou bisannuelle (A) ou sigmoïdoscopie aux 5 à 10 ans (B) ou colonoscopie (C).
- Histoire familiale de cancer colorectal non polyposique héréditaire (5 % des cancers) : colonoscopie aux 5 ans (B).
- Histoire de polypose adénomateuse familiale (1 % des cancers) : dépistage génétique (B) et sigmoïdoscopie annuellement dès la puberté (B).

Le USPSTF recommande fortement le dépistage par l'une des méthodes disponibles (A, 2002), soulignant que seules la recherche de sang occulte dans les selles et la sigmoïdoscopie ont été associées à une réduction de la mortalité. Il n'y a pas assez de données probantes pour le lavement baryté.

Les habitudes alimentaires (plus de légumes) et l'activité physique ont un rôle préventif démontré. Les porteurs de polypes pourraient bénéficier des pharmacoprophylaxies suivantes : AAS (80-325mg die) ou calcium (1200-2000mg die).

CANCER DU SEIN^{1,2,13}

Le GECSSP recommande fortement l'examen clinique et la mammographie de dépistage (A, 1998) d'une fois par an à une fois tous les deux ans chez les femmes de 50 à 69 ans, comme dans le Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Pour les 40 à 49 ans, la mammographie est controversée (C, 2001), mais, chez les femmes à haut risque (une histoire familiale de quatre personnes et plus atteintes ou une histoire personnelle d'hyperplasie atypique, de carcinome lobulaire in situ ou de cancer du sein ou d'irradiation locale) l'examen pourrait être offert annuellement. L'enseignement de l'auto-examen des seins est déconseillé (D, 2001).

Le USPSTF recommande la mammographie de dépistage, avec ou sans examen clinique, aux femmes de 40 ans et plus (B, 2002). Les données sont insuffisantes pour recommander l'examen clinique seul (I, 2002), l'auto-examen des seins (I, 2002) et la chimioprophylaxie au tamoxifène ou au raloxifène pour les femmes qui présentent un risque léger à moyen (I, 2002). Le tamoxifène est recommandé pour les femmes à risque élevé (B, 2002).

CANCER DU COL UTÉRIN^{1,2,13}

Le GECSSP recommande un dépistage par frottis de Papanicolaou (PAP test) tous les ans dès le début des relations sexuelles ou dès 18 ans, avec réduction de la fréquence à tous les trois ans après deux résultats normaux, jusqu'à 69 ans (B, 1994). Il déconseille (D, 1995) la détection du virus du papillome humain (VPH), mais elle pourrait être considérée si le frottis est anormal (révision en cours).

Le USPSTF recommande fortement un PAP test (A, 2003) tous les 3 ans après deux tests normaux, à débiter dans les 3 ans du début des relations sexuelles ou à 21 ans et à poursuivre jusqu'à 65 ans. Il déconseille de dépister les patientes de plus de 65 ans ou celles ayant subi une hystérectomie (D, 2003) et juge que les données sont insuffisantes (I, 2003) pour recommander les nouvelles technologies de dépistage, comme le PAP en milieu liquide, le redépistage assisté par ordinateur, le dépistage algorithmique ou la détection du VPH (révision en cours).

CANCER DU POUMON^{1,2,13}

Outre l'arrêt du tabac et un environnement sans fumée, le GECSSP recommande aux fumeurs la consommation d'au moins 7 portions par semaine de légumes verts feuillus et de fruits en prévention primaire du cancer (B, 2005). La radiographie pulmonaire est déconseillée pour dépister le cancer du poumon pour la population en général (D).

CANCER DE LA PEAU^{1,2,13}

Le GECSSP juge les preuves trop conflictuelles pour recommander l'examen clinique de la peau pour la population générale (C, 1994), à l'exception des individus ayant des antécédents personnels ou familiaux de mélanome (B, 1994). L'auto-examen n'est pas non plus recommandé (C, 1994).

Il est recommandé d'éviter l'exposition au soleil et de porter des vêtements protecteurs (B, 1994), tandis que l'utilisation des écrans solaires est controversée (C, 1994). Les risques de développer un mélanome augmentent avec l'âge et l'exposition au soleil.

Le USPSTF estime les données insuffisantes pour se prononcer sur l'examen clinique de la peau (I, 2001) et sur l'efficacité du counselling pour réduire les risques (I, 2003).

CANCER DE LA PROSTATE^{1,2,13,14,15}

Le dépistage de ce cancer repose sur l'emploi combiné du toucher rectal et du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) chez les hommes de 50 ans et plus. Toutefois le GECSSP considère que le toucher rectal a une efficacité discutable (C, 1994) et déconseille le dosage de l'APS (D, 1994) ainsi que l'échographie trans-rectale (D, 1994). Le Collège des médecins du Québec (1998) accorde à l'APS une cote C pour les hommes de 50 à 69 ans jouissant d'une espérance de vie supérieure à 10 ans et qui présentent des préoccupations ou des craintes relatives au cancer de la prostate, après counselling sur les avantages et les inconvénients. La même recommandation est faite pour les plus de 40 ans ayant un parent du premier degré atteint de la maladie ou qui sont d'origine afro-américaine. Le USPSTF considère les données comme insuffisantes pour recommander le toucher rectal (I, 2002) et le dosage de l'APS (I, 2002).

RECOMMANDATIONS

MALADIES INFECTIEUSES

MALADIES
INFECTIEUSES



IMMUNISATION¹⁶

Selon le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)¹⁶, les recommandations de vaccination pour les adultes, excluant la santé des voyageurs*, sont les suivantes :

Rubéole (GECSSP, B)

On doit administrer une dose du vaccin RRO (rougeole-rubéole-oreillons) aux femmes en âge de procréer mais non enceintes à moins de disposer d'une preuve d'immunité par vaccination ou par test sérologique. Éviter la grossesse dans le mois qui suit le vaccin.

Rougeole - Oreillons (GECSSP, A)

Si le patient est né avant 1970, il n'a pas besoin du vaccin RRO.

Si le patient est né entre 1970 et 1979, il doit avoir reçu une dose de vaccin sauf les groupes suivants qui doivent avoir reçu 2 doses de RRO :

- stagiaires ou travailleurs de la santé,
- étudiants au cégep ou à l'université,
- voyageurs,
- recrues militaires.

Si le patient est né depuis 1980, il doit avoir reçu 2 doses de RRO.

Varicelle (GECSSP, B)

Le vaccin contre la varicelle est offert gratuitement aux adultes réceptifs tout comme les autres vaccins du calendrier régulier lors de la vérification de leur statut vaccinal. Il faut d'abord déterminer le statut immunitaire contre la varicelle par l'anamnèse ou la sérologie. Si l'histoire est négative ou douteuse, il est préférable de faire une sérologie avant d'administrer le vaccin. On doit administrer deux doses à au moins 4 semaines d'intervalle à partir de l'âge de 13 ans (une seule dose si moins de 13 ans).

Hépatites A et B (GECSSP, A)

Vacciner les personnes à haut risque et celles qui désirent réduire leur risque. Il existe de nombreux groupes à risque (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, porteurs de VHC, voyageurs, utilisateurs de drogues, cirrhoses, etc...) qui devraient être vaccinés contre les hépatites A ou B ou les deux. Consulter la Direction de santé publique pour connaître les indications permettant de recevoir ces vaccins gratuitement.

Pneumocoque (GECSSP, A)

On donne une dose à vie du vaccin polysaccharidique 23 valent aux personnes de plus de 65 ans. Doivent également être vaccinées les personnes de plus de deux ans atteintes des affections suivantes : drépanocytose, asplénie, dysfonction splénique, implant cochléaire, maladie respiratoire chronique (sauf l'asthme), maladie cardiaque, cirrhose, alcoolisme, néphropathie chronique, syndrome néphrotique, diabète, fuite chronique de LCR, infection par le VIH, affections associées à une immunodéficience (maladie de Hodgkin, lymphome, myélome multiple, immunosuppression induite en vue d'une transplantation d'organe). La revaccination, une seule fois 5 ans après la première, est recommandée pour les personnes immunosupprimées ou aspléniques.

* Les indications concernant la vaccination des voyageurs ne sont que partielles. Pour une prévention adéquate, consulter des professionnels de la santé des voyageurs.

Influenza (GECSSP, A)

Vacciner annuellement les personnes suivantes :

- les personnes âgées de 60 ans ou plus;
- les adultes et les enfants de plus de six mois atteints de troubles cardiaques ou d'affections pulmonaires chroniques (y compris la dysplasie bronchopulmonaire, la fibrose kystique et l'asthme) suffisamment graves pour nécessiter un suivi régulier et des soins hospitaliers;
- les adultes et les enfants de plus de six mois atteints de maladies chroniques (ex. : diabète, maladies métaboliques, cancer, immunodéficience, immunosuppression, néphropathie, anémie, hémoglobinopathie, infection par le VIH, troubles neurologiques avec incidence respiratoire) et les personnes avec troubles cognitifs ou mobilité réduite;
- les personnes ayant un risque élevé des complications de l'influenza qui voyagent dans des régions où le virus est probablement présent;
- les travailleurs de la santé et les autres personnes en contact étroit avec des individus appartenant à des groupes déjà décrits comme à risque élevé pour l'influenza;
- les personnes (y compris les enfants) vivant sous le même toit qu'une personne atteinte d'une maladie chronique;
- les personnes qui vivent avec des enfants de moins de 2 ans ou qui en prennent soin;
- les résidents de tout âge des centres d'accueil ou des établissements de soins prolongés.

Diphtérie - tétanos (d₂T₅) et coqueluche (Ca) (GECSSP, A)

Un rappel doit être fait tous les 10 ans après une série primaire complète. Les adultes sans série primaire ont besoin de 3 doses : 0, 2 mois et 14 mois, dont une sera avec le dCaT.

Les adultes déjà vaccinés n'ayant jamais reçu de dose de vaccin acellulaire contre la coqueluche devraient recevoir une dose unique de dCaT. Pour les adultes en contact avec des enfants et des adolescents, on peut administrer le dCaT même si un vaccin avec composante tétanique a été reçu il y a moins de cinq ans.

Tuberculose

Test cutané tuberculinique (TCT) pour les groupes à haut risque (GECSSP, A) :

- personnes en contact étroit avec un cas de tuberculose contagieuse,
- personnes à risque élevé d'infection,
- personnes en déficit immunitaire (VIH, diabète, insuffisance rénale, silicose, stéroïdes ou immunosuppresseurs),
- en présence d'une radiographie pulmonaire anormale laissant penser à une tuberculose inactive,
- stagiaires et travailleurs de la santé (valeur de base par épreuve en deux étapes).

Toujours vérifier les indications, précautions et contre-indications (PIQ) avant d'administrer un vaccin ou le TCT.



INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT OU PAR LE SANG (ITSS)¹⁷

Selon le Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement ou par le sang¹⁷, on se doit d'évaluer les facteurs de risque associés aux infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) puis en fonction de ceux-ci,

- offrir un counselling visant l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires,
- assurer les dépistages appropriés.

Il est suggéré de rechercher les ITSS suivantes selon les divers facteurs de risque identifiés. Les tests pourraient être répétés tous les 3 à 6 mois selon le niveau d'exposition.

- Personne âgée de moins de 25 ans
 - ayant eu un nouveau partenaire sexuel au cours des 2 derniers mois
 - ayant eu plus de 2 partenaires sexuels dans la dernière année OU
 - ayant contracté une ITSS au cours de l'année précédente.
- Femme demandant une interruption de grossesse.
- Personne ayant eu plus de 2 partenaires au cours des 2 derniers mois ou plus de 5 au cours de la dernière année.
- Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.
- Travailleur(euse) du sexe.
- Personne ayant eu une relation sexuelle avec un nouveau partenaire originaire d'un pays où les ITS ou le VIH sont endémiques ou revenant d'un séjour dans un tel pays.
- Femme enceinte.
- Antécédents de transfusion de produit sanguin, greffe de tissu ou d'organe.
- Exposition sanguine accidentelle.
- Tatouage ou perçage avec mesures d'hygiène insuffisantes.
- Utilisateur de drogues, injectables ou non*.
- Personne demandant un dépistage, même en l'absence de facteur de risque avoué après un counselling pré-test.

	Chlamydie	Gonococcie	Syphilis	VIH	Hépatite B	Hépatite C
Personne âgée de moins de 25 ans - ayant eu un nouveau partenaire sexuel au cours des 2 derniers mois - ayant eu plus de 2 partenaires sexuels dans la dernière année OU - ayant contracté une ITSS au cours de l'année précédente.	●					
Femme demandant une interruption de grossesse.						
Personne ayant eu plus de 2 partenaires au cours des 2 derniers mois ou plus de 5 au cours de la dernière année.	●	●	●	●		
Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.	●	●	●	●		
Travailleur(euse) du sexe.	●	●	●	●		
Personne ayant eu une relation sexuelle avec un nouveau partenaire originaire d'un pays où les ITS ou le VIH sont endémiques ou revenant d'un séjour dans un tel pays.	●	●	●	●		
Femme enceinte.						
Antécédents de transfusion de produit sanguin, greffe de tissu ou d'organe.					●	●
Exposition sanguine accidentelle.					●	●
Tatouage ou perçage avec mesures d'hygiène insuffisantes.					●	●
Utilisateur de drogues, injectables ou non*.	●	●	●	●	●	●
Personne demandant un dépistage, même en l'absence de facteur de risque avoué après un counselling pré-test.	●	●	●	●	●	●

MALADIES
INFECTIEUSES

* Le dépistage de l'hépatite C est fait d'emblée pour toute histoire d'injection; il est considéré si consommation de drogue par inhalation.

Contactez son laboratoire de référence pour connaître précisément les tests ou les indications qui ont cours dans son milieu :
Chlamydie (B) : Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur prélèvement cervical ou urétral (le TAAN sur prélèvement urinaire est offert dans certains centres)

Infection gonococcique (A) : Culture sur prélèvement cervical, urétral, rectal ou pharyngé selon l'anamnèse (le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur prélèvement génital ou urinaire est disponible dans certains centres)

Syphilis (A) : Sérologie : test non tréponémique : VDRL ou RPR

VIH (A) : Sérologie : anticorps anti-VIH

Hépatite B : Sérologie : HBsAg, anti-HBs et anti-HBc

Hépatite C : Sérologie : anti-VHC

RECOMMANDATIONS

TRAUMATISMES ET DÉFICITS SENSORIELS

ÉVALUATION DES CHUTES^{1,18}



En ce qui concerne les chutes à domicile, il est recommandé (GECSSP, A), d'effectuer une évaluation multidisciplinaire seulement s'il y a eu antécédents de chute et si les services appropriés sont disponibles. Sinon, pour la population générale, la recherche de déterminants potentiels ou de facteurs de risque n'est qu'une recommandation de catégorie « I ». Cependant, pour des personnes âgées à risque ou ayant déjà chuté, un programme individualisé d'exercices améliorant la force et l'équilibre est une recommandation de catégorie A pour la prévention des fractures liées à l'ostéoporose.²¹

SÉCURITÉ ROUTIÈRE^{1,19}



La législation visant à diminuer les risques de traumatismes routiers répond aux recommandations du GECSSP (A). Les législations sur l'obligation du port de la ceinture de sécurité en voiture, du port d'un casque lors de randonnées en motocyclette et l'attention portée à la conduite en état d'ébriété sont des recommandations de catégorie « A ». Cependant, recommander aux adultes individuellement, lors d'un examen périodique, de porter la ceinture de sécurité en voiture ou de diminuer la consommation d'alcool devient une recommandation de catégorie B. Recommander individuellement de porter un casque en moto, de ne pas boire et conduire, ou parler de sécurité piétonnière ne sont que des recommandations de catégorie C.

AUDITION^{1,19}



La diminution des bruits environnants est une recommandation de catégorie A (GECSSP). Nous ne parlerons pas ici des mesures de protection de l'ouïe demandées et recommandées par les programmes de santé au travail. Pour ce qui est du dépistage de la surdité, les recommandations depuis 1994 sont les suivantes : pour la population âgée, il y a trois mesures de dépistage, toutes de catégorie « B » : un test d'audioscopie, poser une question sur l'état de l'audition et un test de voix chuchotée alors que l'examineur est hors du champ visuel du patient. Le GECSSP recommande depuis 1996 de poser une question à voix basse à tout patient de plus de 16 ans. Dans le cas d'un patient âgé de 60 ans avec une perte d'audition, le counselling sur l'utilisation d'appareils auditifs est une recommandation de catégorie « B » en raison de l'amélioration apportée à la qualité de vie.

VISION^{1,2,19}



Les recommandations du GECSSP et du USPSTF se ressemblent et n'ont pas changé depuis 1996. Évaluer l'acuité visuelle des patients âgés par un test de Snellen lors de l'examen périodique est une recommandation de catégorie « B ». L'examen des fundi est une recommandation de catégorie « C ». Le dépistage du glaucome est aussi une recommandation de catégorie « C », sauf si le patient est à haut risque, et, dans ce cas, l'évaluation devrait être faite par un spécialiste. Le seul examen des fundi répondant à une recommandation de catégorie « B » est celui effectué chez un diabétique âgé. L'association canadienne du diabète recommande, pour les diabétiques de type 1, un examen des fundi cinq ans après le début de la maladie pour les patients de 15 ans et plus, puis selon les résultats. Dans les cas de diabète de type 2, il est recommandé de faire un examen des fundi au diagnostic, puis selon les résultats ou, s'il y n'y a que peu ou pas de rétinopathie, tous les ans ou tous les deux ans.

OSTÉOPOROSE^{19,20,21,22,23}



Les dernières recommandations canadiennes sur l'ostéoporose furent émises en 2004.²¹ L'important n'est pas tant le dépistage de l'ostéoporose mais son traitement. De fait, le traitement de l'ostéoporose peut réduire le risque de fractures et est donc une recommandation de catégorie « A ». Le dépistage de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées, même si un lien direct avec le nombre de fractures n'a pas été démontré, est une recommandation de catégorie « B ».

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la classification de la densité osseuse prise à la hanche se définit comme suit :

- normale (T score > -1.0 ou > 833 mg/cm² d'hydroxyapatite)
- ostéopénie (T score entre -1.0 et -2.5 ou entre 833 et 648 mg/cm² d'hydroxyapatite)
- ostéoporose (T score < -2.5 ou moins de 648 mg/cm² d'hydroxyapatite)
- l'ostéoporose se qualifie de grave lorsqu'il y a présence d'une fracture de fragilité.

Le T score représente la déviation standard de la valeur moyenne de la densité osseuse du jeune adulte. De fait, les dernières recommandations offrent un modèle intégrant l'âge et la valeur de la mesure de la densité osseuse (soit sous forme de tableau ou de graphique), facilitant la prise de décision quant au traitement de l'ostéoporose.²³

DÉPISTAGE

Selon le GECSSP (2004), on retient deux prédicteurs de la faible densité osseuse :

- des antécédents de fractures de fragilisation (recommandation de catégorie « B ») et
- des valeurs élevées aux questionnaires²⁴ IFRO (questionnaire court, compilant un pointage sur trois questions : âge, poids et prise courante d'oestrogènes) ou SCORE (questionnaire compilant autrement les questions du IFRO et ajoutant des questions sur l'ethnie et les antécédents de fractures ou de polyarthrite rhumatoïde) (recommandation de catégorie « A »).

Ces questionnaires, fiables comme test d'évaluation de densité osseuse, le sont moins pour prédire les fractures (recommandations de catégorie « B »). On doit évaluer les facteurs de risque chez les hommes de plus de 50 ans et les femmes postménopausées. Il est recommandé (« B »)¹⁽²⁰⁰⁴⁾ de faire une ostéodensitométrie à toute personne de plus de 65 ans, à celles ayant eu des résultats supérieurs à 9 ou à 6 aux questionnaires IFRO ou SCORE ou si les facteurs de risque sont présents (voir plus bas). Une réévaluation de la situation de la personne, ainsi que l'ostéodensitométrie peuvent être refaites tous les ans ou tous les deux ans. Un dépistage par marqueurs du renouvellement cellulaire osseux est actuellement une recommandation « I »¹⁽²⁰⁰⁴⁾.

De plus, la Société canadienne de l'ostéoporose a produit en 2002 une liste de facteurs de risque.²¹ Cette liste permet d'identifier les patients ne répondant pas aux critères ci-dessus mais nécessitant un dépistage.

AINSI, UN FACTEUR DE RISQUE MAJEUR :

- Âge > 65 ans.
- Antécédent d'écrasement vertébral.
- Fracture de fragilisation après l'âge de 40 ans.
- Antécédents familiaux de fractures ostéoporotiques (surtout maternels à la hanche).
- Glucocorticothérapie de plus de 7,5 mg par jour pour plus de 3 mois.
- Syndrome de malabsorption.
- Hyperparathyroïdie primaire.
- Tendance aux chutes.
- Ostéopénie apparente sur cliché radiographique.
- Hypogonadisme.
- Ménopause précoce (< 45 ans).

OU DEUX FACTEURS DE RISQUE MINEURS :

- Arthrite rhumatoïde.
- Antécédents d'hyperthyroïdie clinique.
- Thérapie chronique aux anticonvulsivants ou héparinothérapie.
- Faible apport alimentaire en calcium.
- Prise quotidienne de 2,5mg de stéroïdes.
- Consommation excessive d'alcool (plus de deux consommations par jour).
- Consommation excessive de caféine (plus de quatre tasses par jour).
- Poids corporel < 57 kg.
- Perte pondérale de > 10 % du poids corporel comparativement à celui atteint à l'âge de 25 ans.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

La Société canadienne de l'ostéoporose suggère d'encourager toute personne à pratiquer une activité physique, principalement des exercices contre gravité (marche, danse, sport de raquette...), avec impact ou comprenant l'utilisation de poids (catégorie « C » pour les hommes, catégorie « B » pour les femmes pré- et post-ménopausées).²²

PHARMACOPROPHYLAXIE

Les recommandations générales en apport quotidien pour le calcium et la vitamine D sont :

Calcium : pour les femmes de 19 ans à la ménopause et les hommes de 19 à 50 ans : 1000 mg; pour les femmes ménopausées et les hommes de plus de 50 ans : 1500 mg/jour. (réévaluer après l'âge de 70 ans). Chez les femmes, l'hormonothérapie de substitution (combinaison œstrogène-progestatif), bien qu'efficace pour réduire le nombre de fractures, est une recommandation de catégorie « D » pour la prévention primaire des maladies chroniques et pour le traitement de l'ostéoporose en raison des inconvénients qui peuvent l'emporter sur les avantages.¹

Ne pas dépasser 2500 mg/jour. (Un verre de lait de 250 ml donne 314 mg de calcium élémentaire).

Vitamine D : de 19 à 50 ans : 400 UI, plus de 50 ans : 800 UI

Une exposition quotidienne de 15 minutes au soleil (mains et visage) est suffisante pour la transformation de la vitamine D. (Un verre de lait de 250 ml donne 100 UI de vitamine D).

RECOMMANDATIONS

PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX

ABUS D'ALCOOL^{1,2}



Le USPSTF et le GECSSP s'entendent pour faire une recommandation de catégorie « B » sur l'identification de l'abus et sur le counselling à cet égard dans la population adulte. Le USPSTF ajoute pour 2004 une recommandation similaire et spécifique pour les plus de 65 ans, et mentionne qu'il n'y a pas assez de preuves pour ou contre le dépistage / counselling chez les adolescents. Les outils utilisés pour l'identification sont :

- Les quatre questions du questionnaire « CAGE »²⁵ (touchant le besoin de réduire la consommation, la présence de culpabilité, la réception de critiques à ce sujet, la prise d'un verre le matin pour « démarrer »). (L'acronyme de « CAGE » correspond aux questions-clefs en anglais : *Cut down / Annoyed / Guilty / Eye-opener*).
- Le questionnaire AUDIT¹ est basé sur un système de pointage; ce questionnaire reprend les mêmes points que le CAGE et, en plus, il quantifie la consommation ainsi que certaines conséquences.
- Une réponse au questionnaire clinique de l'équivalence par semaine de plus de 14 consommations chez l'homme ou de plus de 9 chez la femme.

Les plus récentes données à ce sujet datent de 2004 pour le USPSTF et de 2002 pour le GECSSP. L'association de gériatrie américaine a recommandé en 2003 le dépistage de la consommation d'alcool chez les plus de 65 ans en raison de la diminution de tolérance, de la diminution du volume de distribution et de l'augmentation des interactions médicamenteuses (la consommation de médicaments étant plus élevée). Ceci fut entériné et inclus dans les recommandations du USPSTF en 2004. Il n'y a pas de recommandation spécifique pour le dépistage d'abus de drogue, mais selon le USPSTF, elle serait une recommandation de catégorie « C ».

DÉFICIT COGNITIF^{1,2,26,27}



Tout en étant attentif à l'étiquetage précoce d'un patient, les recommandations canadiennes et américaines sur l'examen périodique se résument au dépistage de la démence ou du déficit cognitif par le Mini-Mental State Examination (MMSE) ou le Test de Folstein²⁷ si le déficit est noté par un proche, un intervenant ou un aidant naturel (A). Ce dépistage devient une recommandation de catégorie « B » si la plainte de perte de mémoire est apportée par le patient. L'efficacité stabilisante mais temporaire de la médication ainsi que des discussions sur la sensibilité et la spécificité des tests de dépistage et de suivi en ce qui a trait à la démence et la perte des habiletés cognitives ne permettent pas encore de statuer sur un dépistage de masse par le MMSE ou le Test de Folstein²⁷ chez la population âgée (recommandation de catégorie « I »). *Le Test de Folstein explore l'orientation spatiotemporelle, l'apprentissage, l'attention et le calcul, la rétention mnésique, le langage et la praxie de construction.*

VIOLENCE FAMILIALE^{1,28}



Il n'est pas recommandé de dépister de façon systématique la violence conjugale dans la population générale (« I ») selon le GECSSP. Toutefois, les cliniciens doivent être attentifs aux signes et symptômes d'abus et questionner au besoin lors de leur évaluation.

Trois questions peuvent être posées :

1. Un partenaire vous a-t-il déjà blessé, poussé ou mal traité ?
2. Vous arrive-t-il de ne pas vous sentir en sécurité ou d'avoir peur de votre partenaire ?
3. Est-ce que votre partenaire vous traite de tous les noms ou essaie de dicter vos moindres gestes ?

Le dépistage de mauvais traitements chez les personnes âgées, l'identification d'agresseurs potentiels, le counselling à la population générale en cas de violence domestique ou de violence envers les femmes sont considérés comme des recommandations de catégorie C. Toutefois, il est recommandé de référer les victimes de violence qui ont passé une nuit dans un refuge à des ressources appropriées (« B »).



SUICIDE ET DÉPRESSION^{1,2,29}

Les recommandations portant sur ces deux thèmes sont étroitement reliées.

Le GECSSP ne recommande pas le dépistage du risque suicidaire dans la population en général (catégorie « C »). La recommandation reste de catégorie « C » si la population visée est celle ayant fait une tentative de suicide antérieurement.

Cependant, le dépistage de la dépression fait l'objet d'une recommandation de catégorie « B » dans un contexte de soins primaires dans les milieux cliniques où se trouvent des programmes intégrés de suivi aux patients et d'accès à la prise en charge de cas ou de lieux spécialisés en soins de santé mentale (2005)²⁹; ou s'il y a présence d'idéation suicidaire; ou si le patient présente une des conditions suivantes : histoire de maladie psychiatrique, d'abus de substance, de maladie chronique terminale, s'il y a présence d'histoire familiale de suicide, s'il s'agit d'un immigrant ou d'un jeune homme autochtone.

Par ailleurs, le traitement du patient en cas d'idéation suicidaire fait l'objet d'une recommandation de catégorie « B », et le traitement d'une dépression devient une recommandation de catégorie « A ».

RECOMMANDATIONS

PROBLÈMES DENTAIRES



BROSSAGE DES DENTS^{1,30}

Comme le brossage des dents est essentiel pour l'auto-application du dentifrice fluoré, le brossage quotidien des dents avec du dentifrice fluoré doit être recommandé à tous les patients (GECSSP,A).

Un brossage quotidien efficace des dents, même sans dentifrice fluoré, permet d'éliminer la plaque bactérienne située à la surface des dents. (Il est bon de s'assurer de la connaissance de la technique appropriée de brossage auprès du patient). La présence de plaque dentaire à la surface d'une dent constitue une condition nécessaire à l'apparition d'une carie dentaire. Il est prouvé que l'utilisation quotidienne d'un dentifrice fluoré entraîne une diminution de la carie dentaire.

La propension à faire du tartre varie beaucoup chez l'être humain. Il est prouvé que le dentifrice antitartre aide à réduire le tartre situé au-dessus des gencives chez les patients qui ont tendance à en faire.

L'utilisation quotidienne d'un dentifrice antitartre devrait donc être recommandée à la suite d'une confirmation de la propension à faire du tartre.

UTILISATION DE LA SOIE DENTAIRE^{1,30}

Il est prouvé que l'utilisation quotidienne de la soie dentaire est efficace pour prévenir la gingivite (GECSSP, A), hormis chez les enfants, compte tenu du fait qu'elle contribue à déloger la plaque dentaire située entre les dents.

Bien qu'il n'existe aucune preuve scientifique (GECSSP,C) suffisante justifiant qu'un médecin interroge son patient quant à la présence de sang lors du brossage des dents ou lors de l'utilisation de la soie dentaire, le saignement des gencives lors de l'exécution de ces deux mesures préventives peut indiquer la présence d'une maladie parodontale.

DÉTARTRAGE^{1,30}

En présence de tartre, on doit recommander une consultation dentaire. Il est donc souhaitable qu'un médecin interroge le patient à ce sujet ou procède à un examen visant à dépister la présence de tartre lorsqu'il soupçonne un manque d'hygiène buccodentaire.

Le tartre constitue un facteur étiologique des parodontites. Il doit donc être enlevé au moyen d'un détartrage effectué par un professionnel de la santé dentaire (dentiste ou hygiéniste dentaire).

ABANDON DU TABAC^{1,30}

Il existe suffisamment de preuves scientifiques pour considérer le tabagisme comme un facteur de risque indépendant des maladies parodontales et comme un facteur de risque majeur des tumeurs malignes de la cavité buccale. Le counselling anti-tabagique doit être appliqué à tous les patients fumeurs (GECSSP,B).

UTILISATION D'UN GEL OU D'UN RINCE-BOUCHE^{1,30}

L'utilisation d'un apport en fluorures autre que par le brossage des dents à l'aide d'un dentifrice fluoré peut être souhaitable dans certaines situations cliniques, à la suite de l'ordonnance d'un dentiste. Un patient qui a développé au moins une nouvelle lésion carieuse au cours de la dernière année devient un candidat potentiel susceptible d'en bénéficier (GECSSP,A).

L'utilisation d'un rince-bouche à la chlorhexidine aide à prévenir la gingivite. Cet antiseptique constitue un antimicrobien efficace pour réduire le taux de plaque située au-dessus de la gencive et peut également se révéler utile pour prévenir la carie dentaire. On devrait recommander l'utilisation d'un rince-bouche à 0,12 % de chlorhexidine, deux fois par jour, aux patients qui ont de la difficulté à se brosser les dents (ex. : handicapés, cancéreux (GECSSP, A).

RECOMMANDATIONS

MOBILISER SON PATIENT VERS LA PRÉVENTION



La mise en action de pratiques préventives dans une pratique médicale débordante ne va pas sans changements.^{31,32,33,34}

CHANGEMENTS SUR LE PLAN DE NOS CONNAISSANCES :

Quelles sont les mesures préventives prouvées efficaces aujourd'hui?
Que seront-elles demain?
Nous faudra-t-il constamment réapprendre?

CHANGEMENTS SUR LE PLAN DE NOS VALEURS :

Croire ou non aux données probantes, faire confiance ou non à leurs impacts, vouloir ou non y donner suite.
Quelles sont mes valeurs personnelles sur la prévention primaire?

Il faut croire en l'efficacité des mesures préventives pour y donner suite. On dit ne pas croire en la « facilité » d'application et de résultats, mais en l'efficacité des actions lorsque les conditions sont rassemblées.

CHANGEMENTS DANS NOS COMPORTEMENTS :

« Le problème c'est...le patient qui ne vient pas ou ne veut pas faire un effort;
ce sont... les controverses dans les données;
c'est... la clinique qui n'est pas organisée pour cela,
ce sont... les poursuites possibles, le manque de temps, la non-rémunération, etc. ».

Motifs réels ou attributions externes, vais-je laisser toutes ces barrières empoisonner ma pratique? Vais-je les laisser gérer mes valeurs personnelles :
Faire le bien et bien le faire.

L'être humain est complexe! Le changement de comportement (du médecin et du patient) l'est tout autant, cela va de soi. Le médecin qui saisit la complexité de la tâche du changement visera des objectifs réalistes.

OBJECTIF VISÉ :

La prise en charge par le patient de sa propre santé.

PRÉALABLES :

Dans cette entreprise motivationnelle, auprès du patient, il ressort la nécessité d'intégrer sciemment au moins les quatre concepts de base suivants :

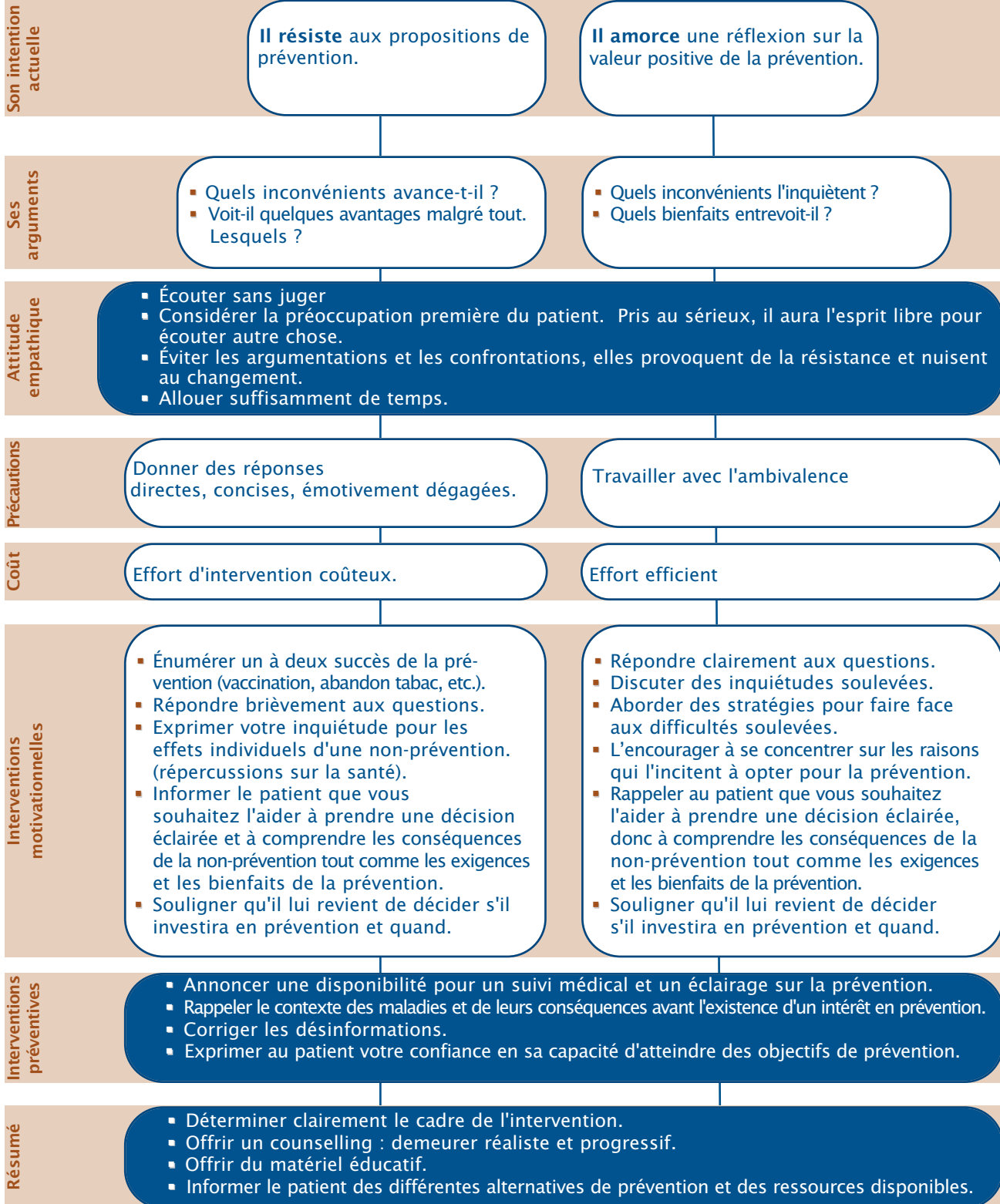
1. Se préparer à travailler avec la complexité du processus intrapsychique chez l'humain (patient et médecin) : deux individus, deux schèmes de valeurs en présence.
2. Imaginer qu'il s'agit d'objectifs individuels mis face à face :
ceux du patient : des objectifs préventifs inconnus, minimisés ou refoulés;
ceux du médecin : des objectifs de prévention à assurer à chaque patient.
3. Accepter l'ambivalence du patient comme facteur utile au changement.
4. Céder le pouvoir pour que le patient se l'approprie. L'empowerment ou le pouvoir sur sa propre vie appartient au patient lui-même. Il est essentiellement au cœur du processus de changement qui peut en découler. S'il ne prend pas ce pouvoir, il faut lui apprendre à le prendre. Cela permet au médecin de ne pas tout prendre sur ses épaules. L'entrevue motivationnelle permet une approche respectueuse du pouvoir du patient, une approche qui favorise l'autonomie du patient.

Il y a plusieurs façons d'accueillir un patient et de présenter un thème comme la prévention. Certains utilisent déjà l'approche des cinq « A »³¹ (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange) ou le modèle transthéorique du changement³² comme éléments utiles pour encadrer le processus. Des principes généraux doivent toutefois être respectés. L'entrevue motivationnelle décrit en quoi ils consistent³³ :

1. Exprimer de l'empathie.
2. Faire élaborer sur les écarts perçus entre le comportement actuel et celui souhaité.
3. Travailler avec la résistance, non contre elle.
4. Soutenir le sentiment d'auto-efficacité.

Une grille de travail avec algorithme est proposée pour faciliter la mobilisation du patient vers la prévention en tenant compte des principes de l'entrevue motivationnelle et en appliquant le modèle transthéorique de changement travaillé spécifiquement pour l'approche préventive individuelle³². Une feuille de prescription remise au patient aide à se centrer sur la ou les priorités de prévention négociées.

Le patient indécis



Références : 31, 32, 33, 34





ORGANISER SA CLINIQUE

70 % des adultes consultent un omnipraticien chaque année. Au cours de sa carrière, un médecin procédera à 150 000 consultations d'une durée de 15 minutes, soit 5000 heures passées à informer et à conseiller, l'équivalent de 2,4 ans à temps complet! Malgré cela, les recommandations préventives sont plus ou moins adoptées dans la pratique quotidienne en cabinet³⁵. Lors d'un examen médical périodique, le clinicien aborde quatre sujets en moyenne et consacre environ 3 minutes à la prévention. Les messages préventifs peuvent être récupérés lors des visites subséquentes.

En voici quelques exemples :

▪ Demander le statut tabagique	86 %
▪ Mesurer la tension artérielle	83 %
▪ Vacciner contre l' influenza	75 %
▪ Faire une cytologie cervicale	66%
▪ Obtenir une mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans	65 %
▪ Faire du counselling en cessation tabagique	58 %
▪ Faire du counselling en activité physique	47 %
▪ Faire du counselling au niveau des pratiques sexuelles	36 %

Afin de faciliter l'adoption des recommandations préventives, il importe de réduire les barrières au changement, de croire à la prévention et surtout d'être motivé à le faire !

De façon étagée, quelques préalables ont été démontrés efficaces :

1- Appuyer le changement :

Il s'agit d'évaluer l'ouverture au changement auprès des médecins, des infirmières, du personnel de soutien et des autres professionnels qui pourraient être concernés. On détermine les valeurs et les croyances par rapport à la prévention. Il est primordial de s'assurer de l'appui des collègues et des administrateurs, et d'identifier un responsable du dossier « Prévention ».

2- Connaître sa clientèle et ses pratiques préventives actuelles

Dans un premier temps, obtenir un portrait de morbidité et des causes de mortalité de la clientèle locale. Ensuite, recenser les pratiques préventives en cours dans la clinique, pour enfin identifier les services requis.

3- Choisir un cadre préventif

Adopter un guide de référence à jour, utile, adaptable et facile d'accès pour tous. Il importe de bien choisir les outils utiles pour le professionnel et de prévoir du temps de formation.

4- Partager les rôles

Déterminer les rôles des infirmières, secrétaires et autres professionnels. Il est ensuite important de s'assurer de mécanismes de suivi, de relance et de planifier les visites dans un registre de patients.

5- Responsabiliser le patient

Il est souhaitable de se doter d'un plan d'action mesurable et réaliste selon les problématiques. On peut suggérer des outils d'autogestion pour le patient et lui proposer des ressources.

EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE DE L'ADULTE

La grille proposée peut s'insérer dans le dossier du patient adulte afin de suivre l'évolution dans le temps des différents facteurs de risque, relevant de la pratique préventive. Ces éléments rassemblent l'essentiel des recommandations à entreprendre de catégories « A » et « B », ainsi que toutes les autres émanant de lignes directrices présentées dans ce document de référence. Afin d'éviter les répétitions, les éléments qui peuvent concerner plus d'une problématique ne sont rapportés qu'une seule fois.

Chaque bloc thématique est sub-divisé en trois sections :

Q : au questionnaire;

E : à l'examen;

L : au labo

Cette grille s'insère bien au dossier du patient et permet de s'assurer du bilan périodique à faire.

Nom:		# Dossier :				
		ANNÉE				
		ÂGE				
TOUS	Tabagisme	Q				
	Alimentation	Q				
	Activité physique	Q				
	Tension Artérielle	E				
	Poids	E				
	Indice de Masse Corporelle	E				
	Tour de taille	E				
	40+ 50+ ♀ Bilan lipidique	L				
40+ ♂ Glycémie	L					
TOUS	Protection solaire	Q				
	♀ Cytologie cervicale (PAP)	E				
	Examen clinique des seins	E				
	50+ Mammographie	L				
	Sang dans les selles (gaiac)	L				
	Sigmoïde / colonoscopie	L				
Population à risque	Immunisation ponctuelle :					
	Rougeole-rubéole-oreillons	Q				
	Varicelle	Q				
	Hépatite A	Q				
	Hépatite B	Q				
	Pneumocoque	Q				
	Immunisation périodique :					
	Influenza	Q				
	dCaT puis d2T5 aux dix ans	Q				
	TOUS Counselling I.T.S.S.	Q				
Population à risque	Dépistage					
	Gonorrhée	L				
	Syphilis	L				
	Chlamydia	L				
	VIH	L				
	Hépatite B	L				
	Hépatite C	L				
	Tuberculose	Q				
TOUS	Sécurité routière	Q				
	Calcium	Q				
	Vitamine D	Q				
	50+ Fragilité osseuse	Q				
	65+ Ostéodensitométrie	L				
	60+ Évaluation après une chute	Q				
	TOUS Audition	Q				
60+ Vision	E					
TOUS	Violence familiale (si déjà eu)	Q				
	Abus d'alcool	Q				
	Dépression / suicide	Q				
	60+ Déficit cognitif (Folstein)	Q				
TOUS	Brossage de dents+dentifrice fluoré	Q				
	Soie dentaire	Q				

MALADIES
CARDIOVASCULAIRES
ET RESPIRATOIRES

CANCERS

MALADIES INFECTIEUSES

TRAUMATISMES ET
DÉFICITS SENSORIELS

PSYCHO-
SOCIAL

DEN-
TAIRE

GRILLE EXAMEN MÉDICAL
PÉRIODIQUE DE L'ADULTE

RÉFÉRENCES

1. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Site web : <http://www.ctfphc.org/>
2. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) Recommendations for clinical preventive services. Site web : <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf>
3. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating Tobacco Use and Dependence : Quick Reference Guide for Physicians. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. October 2000
4. Santé Canada. Guide alimentaire canadien pour manger sainement. Direction générale des produits de santé et des aliments, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition. Site web : <http://www.hc-sc.gc.ca> (version 2006 sous presse).
5. Kino-Québec. Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec. Avis du comité scientifique de Kino-Québec. 2004. 31 p. Site web : <http://www.kino-quebec.qc.ca>
6. Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Les Recommandations canadiennes de 2005 pour l'évaluation et le traitement de l'hypertension. Société canadienne d'hypertension artérielle. Site web : <http://www.hypertension.ca/recommandations> (version 2006 sous presse).
7. The Metabolic syndrome : Time for a Critical Appraisal : Joint Statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care. 2005, vol. 28, no. 9, 2289-2304. Aussi : Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrom. An AHA-NHLBI Scientific Statement. Circulation: 18 Octobre 2005.
8. Genest J., Frohlich J., Fodor G. and McPherson R. (the Working Group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias). Recommendations for the management of dyslipidemia and the prevention of cardiovascular disease: 2003 update. CMAJ. October 28, 2003; 169 (9) (version 2006 sous presse).
9. Association canadienne du diabète. Lignes directrices 2003 pour le traitement du diabète au Canada. Can J Diabetes. 2003;27 (2 Suppl.) Site web: <http://www.diabetes.ca/cpgfrançais>
10. Obesity clinical practice guidelines. Obésité Canada. Sous presse.
11. Despres JP. Health consequences of visceral obesity. Ann Med. 2001 Nov;33(8):534-41.
12. Santé Canada. Lignes de conduite canadiennes pour la classification du poids chez les adultes. Direction générale des produits de santé et des aliments, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition. Site web : <http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa>
13. Canadian Association of Gastroenterology and the Canadian Digestive Health Foundation : Guidelines on Colon Cancer Screening. Can J Gastroenterology. 2004, vol. 18 no. 2, 93-99.
14. Collège des médecins du Québec. Lignes directrices pour le dépistage du cancer de la prostate. Juin 1998. Site web : <http://www.cmq.org>
15. Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé. Le dépistage du cancer de la prostate : évaluation des avantages, des effets indésirables et des coûts. 1995. Site web : <http://www.aetmis.gouv.qc.ca/fr/publications/scientifiques/cancer/>
16. Protocole d'immunisation du Québec, 2004 et ses mises à jour 2005, 2006. Site web : <http://www.msss.gouv.qc.ca/santépublique>

17. Guide Québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, 2005. Site web : <http://www.msss.gouv.qc.ca/santépublique> (version 2006 sous presse).
18. Fall prevention in the elderly population Can. Med. Assoc. J., Sep 2004; 171: 7, page 724.
19. Policy Recommendations for Periodic Health Examinations, august 2004. Site web: <http://www.aafp.org>
20. L'hormonothérapie substitutive après la ménopause pour la prévention primaire : JAMC 2004;170(9-11)
21. Société canadienne de l'ostéoporose Guide de traitement de l'ostéoporose. Site web : <http://www.osteoporosis.ca>
22. Ostéoporose Québec. Site web : <http://www.osteoporose.qc.ca>
23. Canadian Association of Radiologists clinical practice guidelines / Directives cliniques de la CAR. JACR, vol 56, #3, juin 2005
24. Prevention of osteoporosis and osteoporotic fractures in postmenopausal women : recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2004, vol. 170, no. 11, pp. 1665-1667. Site web : <http://www.cmaj.ca/content/vol170/issue11/>
25. Detecting alcoholism : the CAGE questionnaire. JAMA 1984 ; 252 :1905-1907. Site web : <http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/alcohol>
26. Dépistage de la dysfonction cognitive et de la démence chez les gens âgés. The Canadian Journal of Neurological Sciences (CJNS 2001 ; 28 (1Suppl))
27. Une version du test de Folstein: site web : <http://www.esculape.com/fmc/folstein>
28. Recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Violence envers les femmes : De l'observation à la pratique clinique. CMAJ sept. 16, 2003; 169(6) : 570-571. Site web : www.cmaj.ca/cgi/content/full/169/6/570
29. Screening for depression in primary care : recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. MacMillan, Harriet; Patterson, Christopher. CMAJ, January 4, 2005; 172 (1). 33-35. Site web : <http://www.cmaj.ca>
30. Association dentaire canadienne. Recommandations pour une meilleure hygiène buccale. Site web : <http://www.adc.org>
31. Groulx, S. La prévention chez l'adulte, une occasion à saisir au vol! In : La prévention au cabinet du médecin. Le Médecin du Québec. Volume 40, no 5, mai 2005, 65-73.
32. Prochaska,, J. Norcross, J. DiClemente, C. Changing For Good. New-York: Morrow & Co.1994
33. Miller, W R et Rollnick, S. Motivational Interviewing, Preparing people for change. 2nd Ed. The Guilford Press, New-York. 2002.
34. Bundy, C. Changing behavior: using motivational interviewing techniques. Journal of the Royal Society of Medicine. Supplement No 44, Volume 97. 2004. 43-47.
35. Clapperton, I. La prévention pratico-pratique. La prévention pour le cabinet du médecin. Le Médecin du Québec, vol. 40, no. 5, mai 2005, 33-39.

Comité directeur

Dr François Goulet
Dr André Jacques
Dr Martin Labelle
Dr Monique Letellier
Dr Claude Thivierge
Dr Robert L. Thivierge

Section scientifique

Dr Linda Bousquet
Dr Irma Clapperton
Dr Stéphane Groulx
Dr Gilles Lambert
Dr Daniel Picard, dentiste
Dr Claude Thivierge
Dr Louise Valiquette

Section pédagogique

Dr François Goulet
Dr Martin Labelle
Dr Monique Letellier
Dr Claude Thivierge
Dr Robert Thivierge

*Cette activité sans frais
est rendue possible grâce à
des subventions non
restrictives à l'éducation de :*



Merci à nos réviseurs externes :
Dr Marie-Dominique Beaulieu
Dr Johanne Blais
Dr Danielle Saucier
Dr Michel Labrecque
et à tous les médecins participant
aux exercices de validation.

Infographie :
Linda Daneau

