



L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE DE L'ADULTE

Sommaire

Maladies cardiovasculaires et respiratoires

Tabagisme	2
Alimentation	2
Dyslipidémies	3
Obésité	4
Hypertension artérielle	4
Activité physique	5
Diabète de type 2	6
Anévrisme de l'aorte abdominale ..	7

Cancers

Cancer colorectal	8
Cancer du sein	8
Cancer du col utérin	8
Cancer du poumon	9
Cancer de la peau	9
Cancer de la prostate	9

Maladies infectieuses

Diphtérie-tétanos-coqueluche	10
Poliomyélite	10
Rubéole	10
Rougeole – Oreillons	11
Varicelle	12
Hépatites A et B	12
Pneumocoque	13
Méningocoque	14
Influenza	14
Virus du papillome humain	15

Tuberculose	16
Zona	16
Infections transmissibles sexuellement ou par le sang	16

Traumatismes et déficits

sensoriels	18
Chutes chez les aînés	18
Sécurité routière	18
Audition et vision	18
Ostéoporose	20

Problèmes psychosociaux

Abus d'alcool et de substances	22
Déficit cognitif	22
Violence familiale	23
Dépression et suicide	24

Santé buccodentaire

Brossage des dents	26
Utilisation de la soie dentaire	26
Détartrage	26
Abandon du tabac	27
Utilisation d'un gel ou d'un rince-bouche	27

Grille de l'examen médical périodique de l'adulte 2009	28
---	----

Références	29
------------------	----

© Direction de santé publique, Agence de la santé et de services sociaux de Montréal
et Collège des médecins du Québec.
Tous droits réservés.

Dépôt légal

Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2009
Bibliothèque et archives Canada, 2009
ISBN 978-2-89494-803-3 (version imprimée)
ISBN 978-2-89494-804-0 (version PDF)

Conception et réalisation

Le Groupe des publications d'affaires et professionnelles Rogers

Les pratiques cliniques préventives

Ces recommandations découlent des données probantes en prévention primaire adulte pour le clinicien et des plus RÉCENTES lignes directrices québécoises, canadiennes ou américaines pertinentes. Ce document de référence se veut un aide-mémoire utile pour faciliter la prévention dans le cadre de l'examen médical périodique. Il est accompagné d'une grille sommaire à personnaliser pour chaque patient et à employer lors des visites périodiques ou de façon opportuniste comme outil facilitant la médecine préventive (On peut également télécharger tous ces documents au www.santepub-mtl.qc.ca/espacemedecins/examenmedicalperiodique2009).

La plupart des lignes directrices reposent sur l'opinion d'experts reconnus, généralement réunis en comités ou en conférences de consensus. Certaines recommandations 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

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

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.

* Le GECSSP (Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs) 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.

Le USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) 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).

Maladies cardiovasculaires et respiratoires

TABAGISME

Le tabagisme actif est responsable 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 10 400 morts par an au Québec. La fumée de tabac secondaire affecte près du quart des Québécois et 209 en meurent chaque année. Les interventions préventives suivantes ont été démontrées efficaces (Surgeon General, 2008):

- I identifier et documenter l'évolution du statut tabagique;
- I encourager tout fumeur prêt à cesser de fumer en employant à la fois le counselling et le traitement médicamenteux;
- I prescrire des aides pharmacologiques – parfois même plus d'un agent est nécessaire;
- I l'intervention par le clinicien, même brève, est efficace;
- I utiliser l'approche motivationnelle afin d'augmenter les chances d'arrêt pour le fumeur qui n'est pas prêt à cesser de fumer;
- I plus le counselling (individuel, de groupe ou téléphonique) est fréquent et prolongé, plus on obtient de résultats.

La Régie de l'assurance-maladie du Québec accorde maintenant un honoraire pour le soutien médical au fumeur (« Soutien médical à l'abandon du tabagisme »). Une fiche est disponible pour décrire l'évolution clinique du fumeur dans ses démarches de cessation.

ALIMENTATION

Le counselling en faveur d'une saine alimentation est recommandé pour la population en général au Canada (Guide alimentaire canadien, 2007) et pour répondre aux besoins nutritionnels de certains groupes à risque (exemple: diabétiques). On considère prudent d'envisager d'orienter les sujets à risque vers un(e) diététiste.

Le nombre de portions quotidiennes dans chaque groupe d'aliments a changé et fut établi selon le sexe et l'âge :

Chez l'adulte (en général)

- 1) lait et substituts – de 2 à 3 portions (une portion représente une tasse de lait, 50 g de fromage ou $\frac{3}{4}$ tasse de yogourt);
- 2) viandes et substituts – de 2 à 3 portions (une portion représente 75 g de viande);
- 3) légumes et fruits – de 7 à 10 portions, dont au moins 2 de légumes;
- 4) produits céréaliers – de 6 à 8 portions (une portion représente une tranche de pain, un demi-bagel, $\frac{3}{4}$ tasse de céréales).

Il faut également prescrire de la vitamine D chez les plus de 50 ans et du calcium au besoin (voir la section sur l'ostéoporose), sans oublier l'acide folique (au moins 400 microgrammes par jour) aux femmes en âge de procréer au moins 10 semaines avant la grossesse jusqu'à l'allaitement.

DYSLIPIDÉMIES

Selon le Groupe de travail canadien sur l'hypercholestérolémie et autres dyslipidémies (nouveau consensus à paraître à la fin de 2009), un bilan lipidique devrait être effectué tous les 1 à 3 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 faire 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, la sédentarité et les antécédents familiaux précoces de maladies cardiovasculaires, pour n'en citer que les principaux. Le counselling alimentaire intensif (plus de 6 séances de plus de 30 minutes) est reconnu efficace 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 SCORE (www.scorecanada.ca) et de REYNOLDS (www.reynoldsriskscore.org) 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.

L'ASPIRINE

L'aspirine est proposée, en prévention primaire, pour les hommes de 45 à 79 ans et les femmes de 55 à 79 ans pour réduire les risques vasculaires, s'il n'y a pas de désavantage gastrique (USPSTF, 2009).

III suite à la page 4



Maladies cardiovasculaires et respiratoires

III suite de la page 3

OBÉSITÉ

Le Groupe d'experts d'Obésité Canada (2007) recommande la mesure de l'indice de masse corporelle et du tour de taille chez tous les adultes.

La glycémie à jeun et le bilan lipidique (catégorie A), l'évaluation des enzymes hépatiques et l'analyse d'urine (catégorie B) doivent être mesurés chez la personne avec embonpoint ou obèse. Il importe également de dépister les troubles de l'humeur et de l'alimentation.

Une corrélation claire a été établie entre le tour de taille qui reflète l'accumulation de graisse viscérale, et le risque cardiovasculaire. Chez l'homme, la valeur limite doit maintenant se situer à 94 cm (acceptée jusqu'à 102 cm) et chez la femme à 80 cm (acceptée jusqu'à 88 cm) selon les normes nord-américaines et européennes. 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 fortement associé à une augmentation du risque cardiovasculaire.

Ensuite il importe d'évaluer la motivation du patient à modifier son comportement et les obstacles à la perte de poids. L'alimentation doit être réduite en énergie de 500 à 1000 kcal par jour, ce qui représente une perte de 0,5 à 1 kg par semaine (diète hypocalorique). L'activité physique doit aussi être intégrée aux meilleures habitudes de vie. Il faut viser comme objectif une perte de poids de 5 % à 10 % pendant les 6 premiers mois.

La pratique régulière de 30 à 60 minutes par jour d'activité aérobique, d'intensité modérée et à long terme (1 an) chez l'adulte obèse, avec ou sans recommandation nutritionnelle, a été associée à une diminution de poids (catégorie B). 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. L'ajout d'un agent pharmacologique pourra être considéré si la modification de ces habitudes de vie n'entraîne pas les résultats souhaités.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Il est recommandé de mesurer la tension artérielle de chaque patient à chaque visite médicale appropriée.

Le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH, 2009) 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. Une tension artérielle mesurée à la maison, et soutenue à plus de 135/85 mmHg, est un diagnostic d'hypertension. 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. La consommation de sodium ne devrait pas dépasser 2300 mg par jour (soit l'équivalent de 1 cuillère à thé – il est surtout présent dans les aliments transformés), la perte de poids, la diète DASH,

l'activité physique (au moins 120 minutes/semaine) et la réduction de la consommation d'alcool font baisser la tension artérielle autant qu'un médicament pour chacune de ces mesures non-pharmacologiques.

Le traitement pharmacologique est également recommandé, le cas échéant, en ciblant des valeurs à moins de 140/90 mmHg ou de 130/80 pour les patients cardiaques, diabétiques ou insuffisants rénaux. La diminution des maladies cardiovasculaires est aussi fonction du degré d'abaissement de la tension. Chez les plus de 65 ans, on cible davantage 150/80 mmHg. Une attention particulière devrait être portée à l'observance du traitement.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Il existe des preuves démontrant de façon très convaincante que la pratique régulière d'activités physiques est requise pour la santé des adultes de tout âge. Voilà le constat auquel sont parvenus le Comité scientifique de Kino-Québec (2009) et le U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS, octobre 2008).

Le Comité scientifique de Kino-Québec suggère donc aux médecins de conseiller à leurs patients d'éviter la sédentarité et de profiter de toutes les occasions – loisirs, déplacements, tâches quotidiennes – pour pratiquer diverses activités physiques.

Les adultes de 18 à 64 ans :

- I devraient faire, chaque semaine, au moins 150 minutes d'activité aérobique d'intensité moyenne, ou au moins 75 minutes d'intensité élevée, ou une combinaison équivalente; on recommande des séances d'au moins 10 minutes, préférablement réparties sur au moins trois jours;
- I auraient avantage à faire, chaque semaine, 300 minutes d'activité aérobique d'intensité moyenne, ou 150 minutes d'intensité élevée, ou une combinaison équivalente afin d'accroître les effets bénéfiques sur la santé;
- I devraient également faire, deux fois ou plus par semaine, des exercices de musculation sollicitant les grands groupes musculaires.

Les adultes de 65 ans et plus :

- I devraient essayer de suivre les recommandations précédentes; en cas d'impossibilité – que ce soit pour des problèmes de santé chroniques ou pour d'autres raisons –, ils devraient être aussi actifs que possible;
- I devraient faire également des exercices d'équilibre et de flexibilité afin de réduire le risque de chute.

Les adultes souffrant d'incapacités physiques :

- I devraient aussi essayer de suivre les recommandations précédentes; si ce n'est pas possible, ils devraient être aussi actifs qu'ils le peuvent et éviter la sédentarité.

III suite à la page 6

Maladies cardiovasculaires et respiratoires

III suite de la page 5

Les femmes enceintes et celles qui ont accouché récemment

Les femmes en santé qui ne font pas déjà de l'activité physique d'intensité élevée devraient faire, chaque semaine, au moins 150 minutes d'activité aérobique d'intensité moyenne, préférablement répartie sur au moins trois jours.

Les femmes qui pratiquent régulièrement des activités aérobiques d'intensité élevée, ou qui font un important volume hebdomadaire d'activité physique, peuvent continuer leurs activités avec l'accord de leur médecin.

I Ce qu'on entend par intensité moyenne et élevée I

Une activité aérobique d'intensité *moyenne* s'accompagne d'un léger essoufflement.

Une activité aérobique d'intensité *élevée* entraîne un essoufflement qui gêne la conversation.

Ainsi, pour les adultes **dont l'aptitude aérobique est moyenne**, la marche d'un bon pas constitue généralement une activité d'intensité moyenne, tandis que le jogging et le tennis en simple sont des exemples d'activités d'intensité élevée.

En revanche, pour ceux **qui ont une moins bonne aptitude aérobique**, la marche d'un pas normal représente une activité d'intensité moyenne et la marche d'un bon pas devient une activité d'intensité élevée.

DIABÈTE DE TYPE 2

Les nouvelles lignes directrices de l'Association canadienne du diabète (2008) proposent un dépistage de laboratoire 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. La glycémie à jeun est la mesure de base; puis l'hyperglycémie provoquée si la glycémie se situe entre 6,1 et 6,9 mmol/L ou inférieure s'il y a un doute de diabète ou d'intolérance au glucose.

Le diagnostic de diabète peut être posé si la glycémie à jeun est supérieure à 7,0 mmol/L ou si l'hyperglycémie provoquée est de plus de 11,1 mmol/L ou si toute glycémie supérieure à 11,1 mmol/L est accompagnée de symptômes de diabète (à confirmer par une seconde analyse).

- I La surveillance de l'hémoglobine glycosylée (inférieure à 7 %) demeure importante.
- I L'évaluation des facteurs de risque est toutefois suggérée sur une base annuelle.
- I L'échelle de SCORE Canada permet d'évaluer le risque d'événements cardiovasculaire selon les taux de mortalité actuels du Canada.

- La modification des habitudes de vie (exercice et alimentation) demeure l'approche de base, du moins pour les trois premiers mois suivant le diagnostic, avant de considérer la pharmacothérapie.

Il est possible de prévenir la progression de l'intolérance au glucose vers le diabète de l'ordre de 60 % par des modifications d'habitudes de vie qui résultent en une diminution de 5 % du poids ou par des agents pharmacologiques comme la metformine (30 % de réduction), l'acarbose (30 % de réduction) et la thiazolidinedione (60 % de réduction).

ANÉVRYSME DE L'AORTE ABDOMINALE

La Société canadienne de chirurgie vasculaire (2008) recommande le dépistage par ultrasons chez les hommes de 65 à 75 ans, ainsi que chez les hommes de moins de 65 ans avec une histoire familiale positive et chez les femmes de plus de 65 ans avec des antécédents de tabagisme, de maladie cérébrovasculaire ou d'antécédents familiaux. Il appartient au clinicien de juger de l'application réaliste de cet énoncé.



Cancers

CANCER COLORECTAL

Le United States Preventive Services Task Force (2008) a validé les recommandations de dépistage suivantes (les recommandations canadiennes datent de 2004):

- I Patients de plus de 50 ans et de moins de 75 ans sans facteur de risque: recherche de sang occulte dans les selles aux deux ans ou la sigmoïdoscopie aux 5 ans (accompagné de recherche de sang occulte dans les selles aux 3 ans) ou colonoscopie aux 10 ans (recommandation A). Ces trois méthodes sont considérées égales en matière d'efficacité. Le DNA fécal, le lavement baryté et la colonographie tomographique ne sont pas recommandés de routine.
- I Patients entre 76 et 85 ans: pas de dépistage de routine.
- I Patients de plus de 85 ans: aucun dépistage.
- I Histoire familiale ou personnelle de cancer colorectal ou de polypes: sigmoïdoscopie aux 5 ans ou colonoscopie aux 10 ans. Il est souhaitable de débiter le dépistage 10 ans plus tôt chez les adultes avec antécédents personnels ou familiaux positifs.

CANCER DU SEIN

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein recommande fortement l'examen clinique et la mammographie de dépistage aux deux ans chez les femmes de 50 à 69 ans.

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). Pour les plus de 70 ans, la mammographie de dépistage peut être offerte sur prescription d'un médecin selon l'état de santé et l'espérance de vie.

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

Le GECSSP recommande le dépistage après 18 ans. L'Institut national de santé publique du Québec (2009) recommandera probablement un dépistage par frottis de Papanicolaou (PAP test) tous les deux ans après 21 ans chez les femmes non hystérectomisées, suite à la vaccination en vigueur depuis septembre 2008 et en raison de la rareté des cas avant cet âge.

De nouvelles recommandations pour les femmes vaccinées sont à venir.

CANCER DU POUMON ET MPOC

Outre l'arrêt du tabac et un environnement sans fumée, la Société canadienne de thoracologie (2008) recommande la spirométrie chez les fumeurs et anciens fumeurs de plus de 40 ans qui ont les symptômes suivants : toux, toux et expectoration fréquentes, essoufflement facile, wheezing, infection des voies respiratoires fréquentes ou plus longtemps que les autres.

Au niveau du cancer du poumon, l'American College of Chest Physicians (2007) ne recommande aucune méthode plus qu'une autre pour dépister le cancer du poumon; ni la radiographie, ni la cytologie des expectorations ni la tomographie n'exercent d'influence positive sur la réduction de mortalité.

CANCER DE LA PEAU

Le US Preventive Services Task Force (2009) considère les données insuffisantes (I) pour recommander le dépistage du cancer de la peau en première ligne, de même que pour recommander l'auto-examen de la peau par la population en général.

Il faut toutefois utiliser son jugement clinique en présence d'une lésion de plus de 6 mm, d'une histoire familiale positive ou d'une exposition fréquente au soleil. Lors de l'examen physique clinique pour un problème de santé donné, il peut être opportun de vérifier la présence de lésions.

CANCER DE LA PROSTATE

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 à 75 ans.

L'Association canadienne d'urologie (2008) accorde valeur à l'APS et au toucher rectal combiné 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. L'American Urological Association (2008) considère les données comme insuffisantes pour recommander le toucher rectal et le dosage de l'APS de routine. L'European Association of Urology (2008) va dans le même sens, mais accorde plus de valeur au toucher rectal associé au dosage de l'APS conjointement.

Maladies infectieuses

Au Québec, ce sont les recommandations du Comité de l'immunisation du Québec (CIQ) qui prévalent sur les recommandations canadiennes et les monographies. Elles sont rassemblées dans le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

Un adulte jamais vacciné doit recevoir une série primaire complète. Tous les vaccins recommandés au calendrier régulier sont offerts gratuitement. La gratuité à d'autres vaccins est aussi offerte pour certains groupes d'âges et certaines conditions à risque.

DIPHÉRIE – TÉTANOS – COQUELUCHE (d_2T_5 – dCaT)

Un rappel doit être fait tous les 10 ans après une série primaire complète. Les adultes déjà vaccinés n'ayant jamais reçu de dose de vaccin acellulaire (Ca) contre la coqueluche devraient recevoir une dose unique de dCaT à cause de l'augmentation de son efficacité contre la coqueluche. Le d_2T_5 sera utilisé lors des doses ultérieures.

Les adultes sans série primaire ont besoin de 3 doses à recevoir aux temps 0, 2 mois et 14 mois. Utiliser le dCaT à la première dose et le d_2T_5 lors des doses subséquentes.

Les parents ou futurs parents de nourrissons, le personnel et les stagiaires des écoles primaires et secondaires et des centres de la petite enfance, tout comme les travailleurs de la santé incluant les stagiaires peuvent recevoir un dCaT même si un vaccin avec composante tétanique a été reçu il y a moins de cinq ans.

POLIOMYÉLITE

La vaccination systématique des adultes demeurant au Canada n'est pas nécessaire. Une série vaccinale complète est cependant indiquée pour tous les voyageurs, les travailleurs de laboratoire pouvant manipuler des spécimens contenant du poliovirus et les travailleurs et stagiaires dans le domaine de la santé en contact avec des patients ou des spécimens biologiques.

Une dose unique de rappel est indiquée pour les adultes vaccinés dans l'enfance s'ils prévoient se rendre à l'extérieur du Canada, des États-Unis, de l'Europe de l'Ouest, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande ou du Japon.

RUBÉOLE

Administrer une dose de 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 la vaccination.

Les travailleurs de la santé, hommes et femmes, doivent aussi être protégés pour éviter d'exposer des femmes enceintes au virus de la rubéole causant la rubéole congénitale. En l'absence d'une preuve d'immunité, administrer une dose de RRO.

ROUGEOLE – OREILLONS

Comme il y a encore des cas de rougeole, une protection adéquate est nécessaire.

Si le patient est né avant 1970, il n'a pas besoin du vaccin RRO (rougeole – rubéole – oreillons). Si le patient est né entre 1970 et 1979, il doit avoir reçu une dose de vaccin (après l'âge de 1 an) sauf les groupes suivants qui doivent avoir reçu 2 doses de RRO (après l'âge de 1 an) :

- 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 (après l'âge de 1 an). Se référer au PIQ, chapitre Rougeole-Rubéole-Oreillons.

Le vaccin RRO est un vaccin vivant atténué. Une évaluation sur une base individuelle du bénéfice de cette vaccination est nécessaire chez les patients immunosupprimés dont la fonction immunologique est partiellement préservée. Lire les «Précautions» inscrites au PIQ.

■■■ suite à la page 12



Maladies infectieuses

III suite de la page 11

VARICELLE

Le vaccin contre la varicelle est indiqué et 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).

Porter une attention particulière aux individus ou groupes de personnes suivantes qui sont à risque de développer des complications à la varicelle, de la contracter ou de la transmettre à des personnes vulnérables :

- I personnes vivant avec des personnes immunosupprimées;
- I personnes en attente d'un traitement immunosupprimant;
- I travailleurs de la santé et stagiaires;
- I travailleurs et stagiaires en milieu scolaire;
- I adolescents et adultes, surtout les femmes en âge de procréer;
- I personnes atteintes de fibrose kystique du pancréas ou de syndrome néphrotique, ou sous hémodialyse ou dialyse péritonéale sans traitement immunosuppresseur;
- I enfants et adolescents sous traitement prolongé aux salicylates.

Certaines personnes immunosupprimées pourraient bénéficier de cette vaccination après évaluation approfondie (PIQ).

HÉPATITES A ET B

Vacciner les personnes à haut risque et celles qui désirent réduire leur risque.

Il existe de nombreux groupes à risque qui devraient être vaccinés contre les hépatites A ou B ou les deux. Quelques-uns de ces groupes ou conditions sont :

- I hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes;
- I porteurs du virus de l'hépatite C (VHC);
- I utilisateurs de drogues;
- I hémophiles et personnes recevant régulièrement des produits sanguins (VHB);
- I personnes atteintes de maladie hépatique chronique (cirrhose, porteur du VHB, etc.);
- I nourrissons et enfants de communautés qui connaissent une forte endémicité d'hépatites A ou B ou des éclosions à répétition (VHA);
- I contacts domiciliaires d'un enfant à adopter (ou adopté depuis moins de 3 mois) et venant d'un pays endémique pour les hépatites A et B;
- I itinérants de 25 ans ou moins;
- I détenus et ex-détenus;
- I certains travailleurs et stagiaires;
- I voyageurs (vaccins non gratuits), etc.

Consulter le PIQ (chapitre des hépatites A et B) pour la liste complète des groupes à risque et le vaccin le plus approprié (monovalent ou combiné). Consulter la Direction de santé publique de votre région pour connaître les indications permettant de recevoir ces vaccins gratuitement.

PNEUMOCOQUE

On donne une dose du vaccin polysaccharidique 23 valent aux personnes de 65 ans ou plus.

Doivent également être vaccinées les personnes de plus de 2 ans, donc aussi les adultes, atteintes des affections suivantes :

- I anémie falciforme;
- I asplénie;
- I dysfonction splénique;
- I implant cochléaire;
- I maladie respiratoire chronique (sauf l'asthme);
- I maladie cardiaque;
- I cirrhose;
- I alcoolisme;
- I néphropathie chronique;
- I syndrome néphrotique;
- I diabète;
- I fuite chronique de LCR;
- I infection par le VIH;
- I affections associées à une immunodéficience (maladie de Hodgkin);
- I lymphome;
- I myélome multiple;
- I immunosuppression induite en vue d'une transplantation d'organe;
- I les porteurs d'erreur innée du métabolisme.

Certaines de ces personnes devraient également être vaccinées contre le méningocoque et contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* (Hib), de même que contre l'influenza selon la saison. La revaccination, 5 ans après la première vaccination, est recommandée pour les personnes immunosupprimées ou aspléniques, mais pas pour toute la population adulte parce que le pouvoir immunogène de ce vaccin diminuerait avec le nombre de doses.

III suite à la page 14

Maladies infectieuses

III suite de la page 13

MÉNINGOCOQUE

Vacciner les adultes à risque accru d'infection invasive à méningocoque avec le vaccin conjugué quadrivalent qui protège contre les sérogroupe A, C, Y et W135 :

- I asplénie anatomique ou fonctionnelle (exemple : anémie falciforme);
- I déficience en complément, en properdine ou en facteur D;
- I déficience congénitale en anticorps;
- I travail en laboratoire avec manipulation régulière de cultures positives de *N. meningitidis*;
- I population avec risque accru d'infection invasive à méningocoque (exemple : recrues militaires);
- I séjour en zone d'endémie ou d'épidémie à méningocoque (le vaccin monovalent est utilisé si le sérogroupe C est seul impliqué);
- I séjour en Arabie Saoudite durant la période du hadj (certificat de vaccination obligatoire);
- I contact étroit avec un cas d'infection invasive à méningocoque (selon le sérogroupe).

Les conditions qui relèvent d'un voyage à venir ne sont pas couvertes par les programmes de gratuité.

Les personnes avec asplénie ou déficience en complément, en properdine ou en facteur D, ou avec déficience congénitale en anticorps doivent aussi être vaccinées contre le pneumocoque et contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* (Hib), de même que contre l'influenza selon la saison. Des rappels de ces vaccins peuvent être nécessaires. Ces dernières personnes et certains voyageurs, tous avec risque accru d'infection et antérieurement vaccinées avec un vaccin polysaccharidique, devraient être revaccinées avec le vaccin conjugué quadrivalent. Chez les adultes, un intervalle de 5 ans doit être respecté entre les 2 vaccins.

INFLUENZA

Vacciner annuellement les personnes suivantes :

- I les personnes âgées de 60 ans ou plus;
- I 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;
- I 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;
- I les résidents de tout âge des centres d'accueil ou des établissements de soins prolongés;
- I 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;
- I les personnes (y compris les enfants) vivant sous le même toit qu'une personne atteinte de maladie chronique;

- les personnes qui habitent ou qui ont de nombreux contacts avec des personnes à risque ou avec des enfants âgés de 0 à 23 mois, ou qui en prennent soin;
- les femmes enceintes présentant une des conditions susmentionnées;
- les personnes ayant un risque élevé des complications de l'influenza qui voyagent dans des régions où le virus est probablement présent.

Rappeler aux parents qui vous consultent que tous les enfants âgés de 6 mois à 23 mois devraient également être vaccinés contre l'influenza: deux doses la première année, une dose les années suivantes et c'est gratuit. Le PIQ demeure l'outil de référence pour les indications à vacciner contre l'influenza et les infections à pneumocoque. Le MSSS diffuse aussi une fiche à afficher « FICHE indicative à l'intention des médecins concernant la vaccination gratuite contre l'influenza et contre les infections à pneumocoque ». [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepublique/vaccination]

VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH)

La vaccination contre le VPH est indiquée actuellement pour les filles et les femmes âgées de 9 à 26 ans qu'elles aient ou non déjà eu des infections par ce virus.

Elle protège contre 4 types du VPH. Depuis septembre 2008, un programme gratuit de vaccination est réalisé en milieu scolaire pour les filles de 4^e année du primaire et de 3^e année du secondaire, et en milieu hors scolaire pour les filles de 9 à 17 ans à risque d'être exposées au VPH.

■■■ suite à la page 16



Maladies infectieuses

III suite de la page 15

La vaccination n'est cependant pas gratuite pour les femmes de 18 ans et plus.

Les femmes vaccinées doivent continuer à suivre les recommandations relativement au dépistage du cancer du col. Vacciner même si les activités sexuelles ont déjà débuté ou même si la femme a déjà fait une infection à VPH puisque l'immunité acquise est spécifique au type.

TUBERCULOSE (TB)

Test cutané tuberculinique (TCT) pour détecter une infection antérieure ou récente à *Mycobacterium tuberculosis* pour les groupes à haut risque (épreuve en une étape):

- I personnes en contact étroit avec un cas de tuberculose contagieuse;
- I personnes à risque élevé d'infection (ex.: immigrants provenant de régions où la tuberculose est endémique et arrivés au Canada depuis moins de deux ans);
- I personnes en déficit immunitaire (VIH, diabète, insuffisance rénale, silicose, stéroïdes ou immunosuppresseurs);
- I signes radiographiques de TB pulmonaire inactive sans antécédents de traitement.

Test cutané tuberculinique (TCT) par épreuve en deux étapes (valeur de base):

- I stagiaires et travailleurs de la santé;
- I employés, stagiaires et bénévoles réguliers des refuges ou établissements avec services aux personnes itinérantes;
- I voyageurs vivant de longues périodes avec les populations locales où la tuberculose est endémique.

ZONA

L'immunisation contre le virus Varicella-Zoster est indiquée pour les personnes âgées de 60 ans ou plus dans le but de protéger les personnes les plus susceptibles de développer un zona.

Le vaccin à virus vivant atténué actuellement homologué sera bientôt disponible.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT OU PAR LE SANG (ITSS)

Selon le Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement ou par le sang, 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, et assurer les dépistages appropriés.

Il est suggéré de rechercher les ITSS suivantes selon les divers facteurs de risque identifiés (voir, page ci-contre, la reproduction de la fiche du MSSS). Il est à noter que des honoraires supplémentaires peuvent désormais être facturés à la RAMQ pour le dépistage et le suivi des ITSS. Les tests pourraient être répétés tous les 3 à 6 mois selon le niveau d'exposition.

ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés (à titre indicatif)

FACTEURS DE RISQUE	ITSS À RECHERCHER OU À ENVISAGER					
	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	Infection <i>gonococcique</i>	Syphilis	Infection par le VIH	Hépatite B ¹	Hépatite C
✓ : Dépistage recommandé ✓! : Dépistage à envisager selon l'évaluation des risques La personne qui a eu des relations sexuelles non protégées avec une personne appartenant à l'un ou l'autre des groupes 2 à 7 ou au groupe 11 devait se soumettre aux mêmes analyses que si elle faisait partie de ce groupe. Cela ne s'applique généralement pas pour l'hépatite C, dont la transmission sexuelle est faible. Critères sociodémographiques et facteurs liés aux comportements sexuels 1. Personne de moins de 25 ans sexuellement active sans autre facteur de risque 2. Personne ayant eu plus de deux partenaires sexuels au cours des deux derniers mois ou plus de cinq partenaires au cours de la dernière année ou un partenaire anonyme au cours de la dernière année 3. Personne ayant eu une relation sexuelle avec un partenaire originaire d'une région où les ITSS ou le VIH sont endémiques 4. Personne originaire d'une région où le VIH est endémique 5. Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes 6. Travailleur ou travailleuse du sexe 7. Jeune de la rue Antécédents médicaux 8. ITSS antérieure a. Personne ayant contracté une infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>, répéter le dépistage six mois plus tard b. Personne ayant contracté une infection gonococcique, répéter le dépistage six mois plus tard c. Personne ayant contracté une ITSS autre qu'une infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> au cours de la dernière année Grossesse² 9. Femme demandant une interruption de grossesse 10. Femme enceinte a. Bilan prénatal de base chez toutes les femmes enceintes b. Répéter le dépistage³ si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques 11. Utilisateur de drogues par injection ou par inhalation 12. Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement infectés (fatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition en milieu de travail⁴) 13. Personne ayant subi des procédures chirurgicales ou autres⁵ avec du matériel contaminé dans des régions du monde où la prévalence de ces infections est élevée 14. Transfusion de sang ou de produits sanguins, greffe de cellules, de tissus ou d'organe Autre 15. Personne demandant un dépistage après un counseling prétest, même en l'absence de facteur de risque avéré						
	✓					
	✓	✓	✓	✓	✓	
	✓	✓	✓	✓	✓	
	✓	✓		✓	✓	
	✓	✓	✓	✓	✓	
	✓	✓	✓	✓	✓	
	✓	✓	✓	✓	✓	
	✓					
	✓	✓				
	✓	✓				
	✓	✓	✓	✓	✓	✓!
	✓	✓				
	✓	✓				
	✓	✓	✓	✓	✓	
	✓	✓	✓	✓	✓	
				✓	✓	✓
				✓	✓	✓
				✓	✓	✓
	✓	✓	✓	✓	✓	✓

1. À modifier selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Au Québec, un programme de vaccination universelle s'adressant aux élèves de 4^e année du primaire est en place depuis 1994. Se référer au Protocole d'immunisation de Québec pour renseignements supplémentaires.

2. Si l'infection a été contractée par voie sanguine, envisager le dépistage du VIH.

3. Le dépistage est recommandé compte tenu des complications importantes possibles pouvant affecter la santé de la femme, l'issue de la grossesse ou la santé du nouveau-né.

4. Répéter le dépistage, au moins plus d'une fois et au minimum une fois vers le 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement.

5. Consulter les guides portés sur la prophylaxie post-exposition.

6. Au Québec, avant 1970 pour le VIH, avant octobre 1980 pour le VIH, avant avril 1980 pour le VHC. Pour connaître les recommandations précises en matière de transfusion, consulter le Directeur de santé publique de son territoire.

Source : *Compendium québécois des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2008, produit par l'ISGQ, 2007.

www.msss.gouv.qc.ca/its, section Professionnels, rubrique Publications/outils

Traumatismes et déficits sensoriels

CHUTES CHEZ LES ÂÎNÉS VIVANT À DOMICILE

Évaluation du risque de chute

S'inspirant des recommandations de l'American Geriatrics Society (AGS), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2004) recommande, pour toutes les personnes âgées de 75 ans ou plus qui consultent pour d'autres raisons qu'une chute, que le médecin s'informe au moins une fois par année si elles ont fait une chute au cours de la dernière année et vérifie si elles souffrent d'un trouble de la marche et de l'équilibre. Cette recommandation est également soutenue par le National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004) (catégorie « B », selon le NICE).

Selon l'AGS (2001), le MSSS (2004) et le NICE (2004), en cas de consultation à la suite d'une chute, d'antécédents de chutes multiples ou de problèmes d'équilibre ou de mobilité, le clinicien devrait procéder à une évaluation multifactorielle du risque de chute et de fracture suivie d'interventions précises, selon les facteurs déterminés (catégorie « B », selon le NICE). L'évaluation devrait porter sur : la médication; les risques d'ostéoporose (voir section sur l'ostéoporose); le dépistage de conditions chroniques ou aiguës; la vue; l'équilibre, la démarche, la force; les fonctions neurologiques et les fonctions cognitives; les nerfs périphériques et la proprioception des membres inférieurs; les réflexes et les fonctions cérébelleuses; la condition cardiovasculaire.

SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Counselling sur le port de la ceinture de sécurité

La législation, accompagnée d'interventions dans la communauté, a largement contribué à l'augmentation du port de la ceinture de sécurité en voiture. Depuis 2007, l'United States preventive services task force (USPSTF) juge que les preuves sont insuffisantes pour reconnaître un bénéfice additionnel du counselling individuel aux adultes, en contexte de soins primaires, en vue d'encourager l'usage de la ceinture de sécurité (catégorie « I »).

AUDITION ET VISION

Dépistage de la surdité

Les recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et de l'USPSTF n'ont pas changé depuis 1994 et 1996 respectivement et ne sont donc pas à jour. L'USPSTF s'affaire actuellement à l'actualisation de cette recommandation. Le dépistage est recommandé pour la population de plus de 65 ans (catégorie « B »), soit par un test d'audioscopie, une question sur l'état de l'audition ou un test de voix chuchotée alors que l'examineur est hors du champ visuel du patient. Une méta-analyse publiée dans le JAMA en 2006 suggère que les cliniciens devraient d'abord s'enquérir de l'état de l'audition de leurs patients âgés. Les patients reconnaissant d'emblée un déficit auditif devraient être dirigés en audiométrie, alors que les autres devraient être dépistés au moyen d'un test de voix chuchotée ou d'un audioscope, un échec à l'un de ces tests indiquant la nécessité d'approfondir l'évaluation au moyen de tests audiométriques (Bagai et al., 2006).

Évaluation de l'acuité visuelle

Le GECSSP recommande aux cliniciens d'évaluer l'acuité visuelle de leurs patients âgés par un test de Snellen lors de l'examen périodique (catégorie « B »). La Société canadienne d'ophtalmologie (COS, 2007) recommande pour toute personne asymptomatique présentant un faible risque un examen ophtalmologique de routine à un intervalle de 10 ans pour les personnes de 19-40 ans, de 5 ans pour les 41-55 ans, de 3 ans pour les 56-65 ans et de 2 ans pour les plus de 65 ans.

Dépistage du glaucome

Le diagnostic du glaucome à angle ouvert ne se fait pas sur la base d'un seul test mais bien par l'observation de changements dégénératifs du disque optique et de déficits des champs visuels. L'utilisation du tonomètre, en vue de détecter une augmentation de la pression intraoculaire, est donc peu utile dans le dépistage du glaucome. Le USPSTF considère depuis 2005 que les preuves sont insuffisantes pour recommander ou non le dépistage systématique du glaucome chez l'adulte (catégorie « I »).

III suite à la page 20



Traumatismes et déficits sensoriels

III suite de la page 19

OSTÉOPOROSE

Prévention primaire de l'ostéoporose

Le Guide alimentaire canadien (2007) recommande aux femmes ménopausées qui n'ont pas d'ostéoporose documentée un apport adéquat de calcium (1000–1500 mg/j) et de vitamine D (400–800 IU/j) pour prévenir les fractures ostéoporotiques (catégorie « B »). La Société canadienne d'ostéoporose (SCO) recommande, quant à elle, 1500mg/j de calcium et 800 IU/j de vitamine D aux femmes et aux hommes de plus de 50 ans (catégorie « A »). Enfin, selon le nouveau guide alimentaire canadien (Santé Canada, 2007), toute personne de plus de 50 ans devrait prendre chaque jour un supplément de 400 IU de vitamine D3 en plus des 3 portions de produits laitiers et substituts recommandées, alors que les personnes de 19-50 ans n'ont besoin que de 2 portions laitières par jour et aucun supplément. Rappelons qu'un yogourt, un verre de lait, de boisson de soya ou de jus d'orange enrichis équivalent chacun à 300 mg de calcium.

La SCO (2002) suggère d'encourager toute personne à pratiquer une activité physique, en particulier des exercices contre gravité (marche, danse, sport de raquette, etc.), avec impact ou comprenant l'utilisation de poids (catégorie « C » pour les hommes, catégorie « B » pour les femmes).

Évaluation du risque et dépistage de l'ostéoporose

Selon la Société canadienne de l'ostéoporose (SCO, 2002) et la Canadian consensus conference on osteoporosis (CCCO, 2006), les cliniciens devraient rechercher, pour les femmes ménopausées et les hommes de plus de 50 ans, la présence de facteurs de risque d'ostéoporose (catégorie « B »). Une densité minérale osseuse (DMO) au moyen de la technique DEXA (absorptiométrie biénergétique à rayons-x) centrale (hanche et colonne) est recommandée en présence d'un facteur de risque majeur ou de deux facteurs de risque mineurs (catégorie « A »):

Facteurs de risque majeurs :

- I Âge > 65 ans;
- I Fracture vertébrale par écrasement (rechercher par une radiographie si perte staturale de > 2 cm récente ou > 6 cm à vie, cyphose ou douleur dorsale incapacitante [catégorie « A »]);
- I Fracture de fragilité après l'âge de 40 ans;
- I Antécédents familiaux de fractures ostéoporotiques (surtout fracture maternelle à la hanche);
- I Thérapie systémique aux glucocorticoïdes pour plus de 3 mois;
- I Autres: syndrome de malabsorption; hyperparathyroïdie primaire; tendance aux chutes; ostéopénie apparente sur un cliché radiographique; hypogonadisme; ménopause précoce (< 45 ans).

Facteurs de risque mineurs :

- I Arthrite rhumatoïde; antécédents d'hyperthyroïdie clinique; thérapie chronique aux anticonvulsivants ou à l'héparine; faible apport alimentaire en calcium; tabagisme; consommation excessive d'alcool (3 verres et plus par jour) ou de caféine; poids corporel < 57 kg; perte pondérale > 10 % du poids corporel depuis l'âge de 25 ans.

En revanche, le GECSSP (2004) recommande plutôt le dépistage par DMO chez les femmes ménopausées en présence d'au moins un des facteurs suivants : a) âge = 65 ans, b) poids < 60 kg, c) antécédents de fractures de fragilité, d) résultat IFRO = 9, ou e) résultat SCORE = 6 (catégorie « B ») (questionnaires IFRO et SCORE disponibles à l'adresse suivante : <http://www.ctfphc.org/francais/osteoporose>).



Problèmes psychosociaux

ABUS D'ALCOOL ET DE SUBSTANCES

Dépistage de l'abus d'alcool

Les recommandations quant à la prévention de l'abus d'alcool en contexte de soins primaires sont les mêmes qu'en 2004. Le USPSTF, en 2008, recommande l'identification de l'abus d'alcool et le counselling à cet égard dans la population adulte, incluant les femmes enceintes (catégorie « B »). En revanche, le USPSTF mentionne qu'il n'y a pas assez de preuves pour ou contre le dépistage/counselling chez les adolescents (catégorie « I »). Par ailleurs, la société américaine de gériatrie 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).

Les outils utilisés pour l'identification sont:

- I Les quatre questions du questionnaire « CAGE » 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 (Ewing, 1984).
- I Le questionnaire AUDIT 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 (Saunders et al., 1993).
- I 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.

Dépistage de l'abus de substances

Le USPSTF a conclu en 2008 que les preuves scientifiques actuelles sont insuffisantes pour recommander ou non le dépistage systématique d'abus de substances illicites, chez l'adolescent, l'adulte ou la femme enceinte (catégorie « I »).

DÉFICIT COGNITIF

Prévention primaire du déficit cognitif

Selon les experts réunis lors de la 3^e conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD) de 2006, de bonnes preuves scientifiques supportent l'efficacité du traitement de l'hypertension systolique (> 160 mmHg) chez les personnes âgées pour la réduction de l'incidence de la démence (catégorie « A »). En revanche, les preuves sont insuffisantes pour supporter l'efficacité d'autres traitements, notamment la prescription d'anti-inflammatoires ou de vitamines C et E, d'omega 3, en tant qu'agents de prévention primaire de la démence (catégorie « I »). L'emploi de la vitamine E à haute dose (= 400 unités DIE), d'œstrogènes ou d'œstrogènes/progestatifs dans le seul but de réduire le risque de démence est même déconseillé (catégorie « E »).

Dépistage du déficit cognitif

Les dernières recommandations du USPSTF, qui n'ont pas été modifiées depuis 2004, se résument en une insuffisance de preuves scientifiques en faveur ou en défaveur du

dépistage clinique routinier de la démence chez les personnes âgées (catégorie « I »). En revanche, les experts américains admettent la nécessité d'évaluer cliniquement la fonction cognitive dès lors qu'un déficit cognitif est noté par un proche, un intervenant, un aidant naturel ou par le patient lui-même. Selon le plus récent CCCDTD (2006), le dépistage génétique du génotype de l'apolipoprotéine E dans la population générale est déconseillé en raison de faibles sensibilité et spécificité (catégorie « E »). Le dépistage génétique prédictif, accompagné d'un counselling adéquat, peut être offert aux sujets lorsqu'une prédisposition familiale a été découverte, telle qu'un parent de premier degré atteint de la maladie ET présente la mutation (catégorie « B »).

Diagnostic et prise en charge d'un déficit cognitif

Selon le CCCDTD, les médecins devraient savoir que la démence est précédée d'un prodrome identifiable nommé déficit cognitif léger (DCL) (catégorie « B »). Les experts s'entendent à l'effet que certains tests cognitifs rapides, tels que le Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (www.mocatest.org) ou le DemTect, sont plus sensibles que le Mini-Mental State Examination (MMSE) ou le Test de Folstein (Folstein, 1975) pour détecter un DCL (catégorie « B »). Leur utilisation est donc recommandée lorsque le MMSE se situe dans la normale (entre 24-30) et qu'un doute persiste quant à la capacité cognitive d'un patient (catégorie « B »). Les experts du CCCDTD recommandent une évaluation neuropsychologique approfondie pour aider à confirmer le diagnostic de DCL (catégorie « A »). Puisqu'il est bien établi que la présence d'un DCL augmente considérablement les risques de démence et de mortalité, les médecins devraient 1) suivre de plus près les personnes qui en sont affectées et 2) dépister et traiter les facteurs de risque vasculaires et les autres affections influençant l'apparition de la démence (catégorie « B »). En plus des examens de laboratoires de routine qui peuvent servir à éliminer une encéphalopathie métabolique chronique (FSC, TSH, électrolytes et calcium sériques, glycémie à jeun), le dosage de la cobalamine (vitamine B12) sérique et l'administration de suppléments oraux ou parentéraux en cas de faible concentration est recommandée chez toute personne âgée chez qui on soupçonne la présence d'un DCL ou de démence (catégorie « B »). Le niveau de preuve est toutefois insuffisant pour recommander le dosage de la concentration d'homocystéine sérique et le traitement de l'hyperhomocystéinémie dans de pareilles circonstances (catégorie « I »). Il n'y a pas assez de preuves pour recommander des interventions cognitives structurées ou l'usage d'inhibiteur de la cholinestérase pour prévenir l'évolution du DCL vers la démence (catégorie « I »), outre la pratique d'activités physiques et intellectuelles dans un contexte de vie saine (catégorie « B »). Par ailleurs, les données actuelles plaident plutôt en défaveur de l'emploi d'anti-inflammatoires, d'œstrogènes, de ginkgo biloba ou de vitamine E en présence de DCL (catégorie « D »).

VIOLENCE FAMILIALE

Dépistage de la violence conjugale

Selon l'Avis scientifique sur les mesures efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux de l'Institut national de santé publique (INSPQ, 2008), le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2003) et le USPSTF (2008),

III suite à la page 24

Problèmes psychosociaux

III suite de la page 23

les preuves sont insuffisantes pour procéder à un dépistage systématique de la violence conjugale auprès des femmes dans un contexte de soins primaires, principalement en raison de l'absence d'études démontrant les effets de ce dépistage sur la récurrence de la violence (catégorie « I »). En revanche, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a publié en 2005 un consensus à l'égard de la violence conjugale dans lequel on recommande aux médecins de questionner toutes les patientes sur leur exposition à la violence conjugale lors d'une première visite, de visites annuelles de routine ou de visites de soins prénataux (catégorie « B »). En dépit de ces discordances, tous les experts s'entendent à l'effet que les cliniciens doivent demeurer attentifs aux signes et symptômes d'abus et questionner au besoin lors de leur évaluation.

Trois questions simples et directes peuvent être posées :

- 1) Un partenaire vous a-t-il déjà blessée, poussée ou maltraitée ?
- 2) Vous arrive-t-il de ne pas vous sentir en sécurité ou d'avoir peur de votre partenaire ?
- 3) Votre partenaire vous traite-t-il de tous les noms ou essaie-t-il de dicter vos moindres gestes ?

D'après les experts de l'INSPQ (2008) et du CTFPHC (2003), les données sont insuffisantes pour recommander aux médecins de référer systématiquement les femmes violentées vers une intervention particulière, tel qu'un counselling en contexte de soins primaires ou une thérapie individuelle ou un refuge, dans le seul but de prévenir une récurrence (catégorie « I »). De telles interventions peuvent être néanmoins appropriées pour d'autres motifs.

Dépistage de mauvais traitements chez les personnes âgées

La recommandation de l'USPSTF en 2008, inchangée depuis 2004, se résume en l'insuffisance de données probantes en faveur ou contre le dépistage systématique des mauvais traitements physiques ou psychologiques infligés aux personnes âgées par un proche parent ou un soignant (catégorie « I »).

DÉPRESSION ET SUICIDE

Prévention de la dépression

Selon l'Avis en santé mentale de l'INSPQ (2008), les preuves de l'efficacité de l'activité physique auprès de 1) la population générale et 2) la population pré-clinique (présentant des symptômes avant-coureurs de troubles mentaux) dans une perspective de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux sont contradictoires (catégorie « C ») et insuffisantes (catégorie « I ») respectivement.

Dépistage de la dépression

Le dernier Avis scientifique en santé mentale de l'INSPQ (2008) indique que les données probantes sont contradictoires quant à l'efficacité des mesures de dépistage systématique chez les adultes issus de la population générale (catégorie « C »). Toutefois, l'INSPQ reconnaît, tout comme le CTFPHC (2005) et le USPSTF (2008), le bénéfice potentiel du dépistage en contexte de soins primaires lorsque celui-ci est accompagné au besoin d'une prise en charge

adéquate, c'est-à-dire un traitement et un suivi appropriés (catégorie « B »). Cette recommandation est d'ailleurs supportée par une méta-analyse d'études randomisées contrôlées, récemment publiée dans le CMAJ, dont les résultats suggèrent que les outils de dépistage de la dépression utilisés seuls, sans changement organisationnel de l'environnement clinique, ont peu ou pas d'impact sur la détection et la prise en charge de la dépression par les cliniciens dans un contexte de première ligne (DPhil et al., 2008; Stewart et al., 2008).

Dépistage du suicide

Selon les recommandations du USPSTF (2008), inchangées depuis 2004, les preuves sont insuffisantes pour recommander ou non le dépistage systématique du risque suicidaire dans la population générale (catégorie « I »). Le dernier Avis scientifique de L'INSPQ (2008) 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; 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 ».



Santé buccodentaire

BROSSAGE DES DENTS

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

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

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).

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.

ABANDON DU TABAC

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

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 rinçage-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 rinçage-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).



Grille de suivi médical

EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE DE L'ADULTE					
Nom :					# Dossier :
ANNÉE					
ÂGE					
Tabagisme					À DEMANDER
Alimentation					
Activité physique					
Protection solaire					
Audition					
Violence familiale					
Counselling I.T.S.S.	70-80				
Abus d'alcool					
Dépression / suicide					
Brossage de dents + soins dentaire					
Dernière visite chez le dentiste					
Calcium / Vitamine D					
Facteurs de risque ostéoporose					
Évaluation après une chute	50+				
Déficit cognitif	80+				
Tension Artérielle					À EXAMINER
Poids	70-80				
Indice de Masse Corporelle					
Tour de taille					
Cytologie cervicale	♀				
Examen clinique des seins	50+				
Vision	80+				
Bilan lipidique aux trois ans	40-50+ ♂ ♀				À FAIRE
Glycémie aux trois ans	40+				
Mammographie aux deux ans					
Sang dans les selles aux deux ans	50+				
Dépistage					
Gonorrhée					
Syphilis					
Chlamydia					
VII					
Hépatite B					
Hépatite C					
Immunisation	Personnes à risque				
Rougeole-rubéole-oreillons					
Varicelle					
Hépatite A					
Hépatite B					
Pneumocoque, zona, méningite					
Influenza chaque année					
dCaT puis d ₂ T ₂ aux dix ans	70-80				
Virus du papillome humain	30-50 ♀				
Ostéodensitométrie					
Écho abdominale (anévrisme aorte)	65+				

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Québec

Références

1. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. <http://www.ctfphc.org/>
2. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) Recommendations for clinical preventive services. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf>
3. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. U.S. Department of Health and Human Services. Office of the Surgeon General <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
4. Santé Canada. *Bien manger avec le guide alimentaire canadien*. 2007.
5. Kino-Québec. Les avis du Comité scientifique de Kino-Québec: www.kino-quebec.qc.ca/avis.asp
6. U.S. Department of Health & Human Services (2008) Physical Activity Guidelines for Americans. www.health.gov/paguidelines/factsheetprof.aspx
7. Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Les Recommandations canadiennes de 2009 pour l'évaluation et le traitement de l'hypertension. Société canadienne d'hypertension artérielle. <http://www.hypertension.ca/PECH>
8. Toward a more effective approach to stroke: Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care. Lindsay P et coll. *CMAJ* 2008; 178 (11):1418-25.
9. Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants. Lau DW et coll. *CMAJ* 2007;176(8):SF 1-14.
10. Genest J, Frohlich J, Fodor G et 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*, 28 octobre 2003;169 (9) (version 2009 à venir).
11. Canadian Journal of diabetes. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. Septembre 2008;32(1).
12. Management of Blood Glucose in Type 2 Diabetes Mellitus. Cynthia M. Ripsin, MD, MS, MPH; Helen. 1^{er} janvier 2009;79(1). www.aafp.org/afp/20090101/29.html
13. O'Donnell DE et coll. Canadian Thoracic Society Recommendations for management of COPD. 2008 Update highlights for primary care. *Can Respir J* 2008;15 (Suppl A):1A- 8A.
14. Screening for abdominal aortic aneurysm in Canada; review and position statement of the Canadian Society for Vascular Surgery. *J Vasc Surg* 2007;45 (6):1268-76. <http://csvs.vascularweb.org>.
15. Canadian Association of Gastroenterology and the Canadian Digestive Health Foundation: Guidelines on Colon Cancer Screening. *Can J Gastroenterology*, 2004,18(2):93-99.
16. US Preventive Services Task Force Recommendation. Screening for colorectal cancer. Novembre 2008.
17. Update on the diagnosis and management of prostate cancer. LaSpina, Mark, Haas, Gabriel P. *The Canadian Journal of Urology*, 2008;15(Suppl 1): 3-14.
18. Protocole d'immunisation du Québec 2008. <http://www.msss.gouv.qc.ca/santepublique>
19. Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, 2008. <http://www.msss.gouv.qc.ca/santepublique>
20. Adachi JD. Update in the management of osteoporosis. *Can J Diagnosis*. Mai 2008. 1-11.
21. American geriatric society, British geriatric society, American academy of orthopaedic surgeons. Panel on fall prevention. Guidelines for prevention of falls in older persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 2001;49(5):664-672.
22. Bagai A, Thavendiranathan P, Detsky AS. Does this patient have hearing impairment? *JAMA*, 2006;295(4):416-28.
23. Berger C, Langsetmo L, Joseph L et coll. Change in bone mineral density as a function of age in women and men and association with the use of antiresorptive agents. *CMAJ*, 2008;178(13):1660-68.
24. Brown JP, Fortier M. SOGC clinical guideline. Canadian consensus conference on osteoporosis 2006 update. *JOGC*, 2006;172:S95-S112.
25. Canadian diabetes association. Canadian diabetes association clinical practice guidelines experts committee. Retinopathy. *Can J Diabetes*, 2008;32(Suppl 1):S134-S139.
26. Canadian ophthalmological society. Canadian ophthalmological society evidence-based clinical practice guidelines for the periodic eye examination in Canada. Clinical practice guideline expert committee. *Can J Ophthalmol*, 2007;42:39-45.
27. Cheung AM, Feig DS, Kapral M. Prévention de l'ostéoporose et des fractures ostéoporotiques chez les femmes ménopausées: Recommandation du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif. *CMAJ*, 2004;170(11). Accessible en ligne sur: <http://www.ctfphc.org/>
28. Desjardins N, D'Amours G, Poissant J, Manseau S. Avis scientifique sur les mesures efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Institut national de santé publique, 2008.
29. DPhil SG, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *CMAJ*, 2008;178(8):997-1003.
30. Direction générale de la santé publique (DGSP). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Cadre de référence. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, 2004.
31. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*, 1984;252(14):1905-7.
32. Feldman H, Jacova C, Robillard A, Garcia A, Chow T, Borrie M, Schipper HM, Blair M, Kertesz A, Chertkow H. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *CMAJ*, 2008;178(7):825-36.
33. Folstein M, F, Folstein, S. E., McHugh, P. R. « Mini-Mental Test »: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatry Res*, 1975;12:189-98.
34. Khan AA, Hodsman AB, Papaioannou A et coll. Management of osteoporosis in men: an update and case example. *CMAJ*, 2007;176(3):345-48.
35. MacMillan HL, Patterson CJS, Wathen CN. Screening for depression: recommendation statement form the Canadian task force on preventive health care. *CMAJ*, 2005;72(1):33-35.
36. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. The assessment and prevention of falls in older people. *Clinical guidelines* 21. NICE, 2004.
37. Patterson C, Feighner JW, Garcia A, Hsiung GR, MacKnight C, Sadovnick AD. Diagnosis and treatment of dementia: 1. Risk assessment and primary prevention of Alzheimer disease. *CMAJ*, 2008;178(5):548-56.
38. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 1993;88(6):791-804.
39. Siminoski K, Leslie WD, Frame H et coll. CAR clinical practice guidelines. Recommendations for bone mineral density reporting in Canada. *Can Assoc Radiol J*, 2005;56(3):178-88.
40. Stewart DE. Battling depression. *CMAJ*, 2008;178(8):1023-24.
41. The American geriatrics society. Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults. Dernière mise à jour en novembre 2003.
42. The Society of obstetricians and gynaecologists of Canada (SOGC) clinical practice guidelines. Intimate partner violence consensus statement. *JOGC*, 2005;157:365-88.
43. Troisième conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence. 146 recommandations approuvées. Version finale – septembre 2007.
44. Wathen CN, MacMillan HL. Prevention of violence against women. Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*, 2003;169(6):582-84.
45. Association dentaire canadienne. Recommandations pour une meilleure hygiène buccale. <http://www.adc.org>.
46. Netuveli GS, Sheiham AA systematic review of the effectiveness of anticalculus dentifrices. *Oral Health Prev Dent*, 2004;2(1):49-58.
47. Davies RM et coll. 2003. *Br Dent Journal. Prevention*, part 4; Toothbrushing advice to patients;135-41.
48. Miller WR, Rollnick S, Lecailler D, Michaud P. *L'entretien motivationnel: Aider la personne à engager le changement*. 2006. Dunod. <http://www.entretienmotivationnel.org>
49. Miller WR, Rollnick S, Butler CC. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*, 2007. The Guilford Press.
50. Green Larry A. et coll. Redesigning primary care practice to incorporate health behavior change: Prescription for Health Round-2 Results. *Am J Prev Medicine*, 2008;35:S347-S350.

Comité scientifique 2009

Dr Claude Thivierge
Dr Gilles Lambert
Dr Monique Letellier
Dr Mélissa Généreux
Dr Pierre Audet-Lapointe
Dr Daniel Picard, dentiste
M. Guy Thibault, Ph.D., kinésiologie
Mme Randala Mouawad, diététiste
Mme Hawa Sissoko, infirmière

Réviseurs

Dr Marie-Dominique Beaulieu
Dr Johanne Blais
Dr Danielle Saucier
Dr Martin Labelle

Remerciements

Cette publication a été rendue possible
grâce au soutien non restrictif
de Astra Zeneca, Merck Frosst,
Pfizer et sanofi aventis.

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec



Université
de Montréal



Faculté de médecine
Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS)
Direction du développement professionnel continu



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC