ER
-18

L'Union Médicale du Canada

L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE

pplément au
ol. 108 Décembre 1979 No. 12

Composition du Groupe d'étude

Président

Docteur Walter O. Spitzer
Professeur d'épidémiologie, d'hygiène publique et de médecine familiale
Université McGill
Montréal (Québec)

Membres

Docteur J. Ronald Bayne
Professeur de médecine (gérontologie)
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Docteur Kenneth C. Charron
Conseiller spécial auprès du doyen de la faculté de médecine
Université de Toronto
Conseiller spécial auprès du doyen de la faculté des sciences de la santé
Université McMaster
Oakville (0ntario)

Docteur Suzanne W. Fletcher
Professeur adjoint de médecine
Professeur agrégé d'épidémiologie et d'hygiène publique
Université McGill
Montréal (Québec)

(nouvelle adresse)
North Carolina Memorial Hospital
University of North Carolina
Chapel Hill, N.C.
U.S.A. 27514

Docteur Lise Frappier-Davignon
Directrice intérimaire
Épidémiologie et médecine préventive (Centre de recherche)
Institut Armand Frappier
Montréal (Québec)

Docteur Richard Goldbloom
Professeur de pédiatrie
Université Dalhousie
Halifax (N.-É.)

Docteur Ian R. McWhinney
Professeur de médecine familiale
Université de Western Ontario
London (Ontario)

Docteur Brenda Morrison
Professeur adjoint de statistique médicale
Université de Colombie-Britannique
Vancouver (C.-B.)

Docteur Daniel Offord
Professeur de psychiatrie
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

(nouvelle adresse)
Chedoke Child and Family Center
Sanatorium Road
MP0 Box 590
Hamilton (Ontario)

Docteur David L. Sackett
Professeur d'épidémiologie clinique, de biométrie et de médecine
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Personne-ressource du Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

Docteur Derek D. Gellman
Ancien directeur général
Direction des Services de santé

(nouvelle adresse)
Vice-président médicale
Vancouver General Hospital
Vancouver (C.-B.)

Docteur Gerry B. Hill
Ancien directeur général
Programmes de recherche

(nouvelle adresse)
Directeur, Service d'Épidémiologie
Provincial Cancer Hospital Board
Edmonton (Alberta)

Madame Manuelle Adrian
Économiste de recherche
Division de l'économie et de la statistique sanitaires

Docteur Francine Lortie-Monette
Chef, Division santé
Direction générale de la protection de la santé

Consultant permanent

Docteur I. Barry Pless
Professeur de pédiatrie, d'épidémiologie et d'hygiène
Université McGill
Montréal (Québec)

Coordonnateur de la rédaction

Docteur David A. E. Shephard
Le centre Kellogg pour études supérieures en soin de première ligne
Université McGill
Montréal (Québec)

Adjointe de recherche

Madame Wikke Walop
Étudiante en épidémiologie (niveau du doctorat)
Université McGill
Montréal (Québec)

Coordonnateur du groupe d'étude

Docteur Réal Préfontaine
Médecin-conseil
Direction des Services de santé

Consultants au groupe d'étude

Consultants de l'extérieur qui ont préparé des documents de travail (voir annexe).

On peut obtenir une copie de ce rapport, de la monographie et les documents individuels des consultants en s'adressant au:

Docteur Réal Préfontaine
Direction des services de la santé
Direction générale des services
et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE

Rapport du Groupe d'étude sur l'examen médical périodique

Soumission à la Conférence des sous-ministres de la santé du Canada

Le groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique a été créé en septembre 1976 pour déterminer de quelle façon cet examen pourrait améliorer ou protéger la santé de la population. Son principal défi était de proposer un plan d'examens qui s'adapterait à chaque étape de la vie des citoyens du Canada.

Ce rapport, présenté à la Conférence des sous-ministres de la santé du Canada, résume les principaux aspects des travaux du Groupe d'étude. Ces travaux se rapportent aux méthodes, aux constatations, aux conclusions et aux recommandations. Les points saillants de ce rapport sont: l'énoncé du mandat; la description des critères servant à l'évaluation des affections virtuellement évitables et la classification des recommandations concernant l'inclusion ou l'exclusion de celles-ci dans la pratique de l'examen médical périodique; la formulation d'ensembles de protection sanitaire variables avec l'âge; l'énumération de priorités pour la recherche relative à l'examen médical périodique; la discussion des aspects sociaux et économiques pertinents; la liste de recommandations globales; et finalement, des suggestions facilitant la mise en oeuvre de ces recommandations.

Ce rapport se complète d'une monographie de documents qui présentent en détail la base scientifique sur laquelle s'est appuyé le Groupe d'étude pour en arriver à ses conclusions et recommandations. Ceci n'est que résumé dans le présent document.

Certaines documentations à l'appui, tirées de la monographie, furent ajoutées par les rédacteurs de l'Union Médicale à la soumission officielle du Groupe d'étude; un astérisque à la fin de ces paragraphes dénote ces additions.

Tandis que la monographie comporte une longue bibliographie d'environ 1 500 titres, dont plus de 300 annotés, le rapport renferme 318 références choisies dont 314 concernent les affections sur lesquelles s'est penché le Groupe d'étude. Outre le fait qu'il utilise les citations tirées de cette bibliographie pour établir des preuves, le Groupe d'étude s'est aussi appuyé sur les rapports de consultants.

Ce Groupe d'étude a été formé à la demande de la Conférence des sous-ministres de la santé du Canada et coordonné par la direction générale des services et de la promotion de la santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Les membres, qui représentent les disciplines médicales appropriées, ont été choisis à partir de nominations de l'Association médicale canadienne, l'Association canadienne d'hygiène publique, le Collège de médecins de famille du Canada, l'Association des médecins de langue française du Canada et le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada. Un groupe international de consultants a aidé les membres du groupe d'étude. (Voir annexe) Ce rapport sur l'examen médical périodique, qui est le fruit de délibérations qui ont duré trois ans, reflète une perspective des soins médicaux d'aujourd'hui, non seulement du groupe d'étude, mais aussi celle du point de vue canadien et international.

Ce rapport est présenté au gouvernement et non pas par lui. Les membres du Groupe d'étude sont des cliniciens et des chercheurs. Nous nous sommes efforcés d'établir des conclusions et des recommendations empreintes de rigueur scientifique et de valeur clinique aux yeux de nos collègues professionnels. La Conférence des sous-ministres a donné carte blanche et elle n'a examiné le rapport qu'une fois celui-ci complété.

Historique: *L'examen médical périodique opposé au bilan annuel régulier*

Les normes de sécurité et de valeur dans le domaine de la santé changent constamment, mais au cours des 30 dernières années, l'évolution a été beaucoup plus rapide. Aujourd'hui, à cause de la croissance rapide des connaissances médicales et de l'application plus vaste de la technologie à la médecine, il incombe d'examiner les normes de façon continue tant au point de vue des stratégies préventives que curatives. Certaines de ces techniques s'inscrivent dans le cadre général des examens médicaux périodiques.

Un examen médical périodique a deux objectifs principaux: la prévention de maladies particulières et la promotion de la santé. Pour atteindre ces objectifs l'examen médical comprend deux mesures traditionnelles: l'immunisation et le " bilan annuel". Par opposition à ce que nous connaissons sur l'immunisation, la valeur du "bilan" apparaît incertaine. Malgré cela, "le bilan" est implanté fermement comme un service fourni par les médecins et ceux-ci, autant que le public, croient en ses avantages. On accepte généralement, par exemple, que le diagnostic précoce et le dépistage présymptomatique de la maladie en améliorant le pronostic et qu'ils n'entraînent pas le moindre risque. Toutefois, aucune de ces suppositions ne saurait être acceptée gratuitement; il faut les mettre en doute.*

Pour quelles raisons peut-on critiquer l'examen médical annuel? Premièrement, le contenu et la fréquence des examens ne tiennent pas compte des besoins des différents groupes d'âge, mis à part les bilans prénataux et les examens des enfants bien portants. Deuxièmement, il y a peu de preuves que les tests et les procédés compris dans le bilan soient valables et efficaces comme mesures de dépistage. Troisièmement, les procédés eux-mêmes sont répétés annuellement lorsque nombre d'entre eux pourraient être aussi efficaces même si plus espacés. Quatrièmement, ce sont les personnes les mieux éduquées et les plus à l'aise qui se soumettent à un examen annuel et ce ne sont pas nécessairement celles qui en ont le plus grand besoin.

Ces objections ont incité nombre de personnes à reconnaître qu'il était nécessaire de trouver une solution de remplacement au bilan régulier. Le Groupe d'étude a conclu qu'il serait mieux d'identifier, premièrement, les affections

évitables importantes pour chaque groupe d'âge, puis, de choisir les mesures de dépistage et de prévention relatives à chaque affection. La principale recommandation est d'abandonner le bilan annuel régulier au profit d'une démarche sélective basée sur l'âge et le sexe de la personne. Le Groupe d'étude recommande une stratégie précise comprenant une série d'ensembles de protection sanitaire, conçus d'après l'âge et le sexe des sujets.

Même si l'objectif n'est pas de faire des recommandations menant à une réduction des coûts, le plan proposé a des répercussions économiques et sociales. Ceci n'a pas été ignoré. Les recommandations doivent être considérées comme des normes *minimales* et ce serait une erreur grave que des organismes d'assurance-maladie, par exemple, les prennent pour des normes *maximales.* Nombre de personnes spécialement exposées auront un besoin de services supérieurs à ce qui est recommandé. La mise en oeuvre des recommandations permettrait une utilisation à meilleur escient des ressources du pays. Une augmentation de l'efficience découlerait non seulement de l'usage plus sélectif des tests et des procédés, mais aussi d'un déploiement plus valable des divers types de professionnels de la santé.

Mandat

Le mandat du Groupe d'étude était relativement simple. Le voici:

1. Relever chez les Canadiens les principales affections fatales ou entraînant de l'incapacité, ainsi que les états et comportements morbides et déterminer ceux qui pourraient être évités, compte tenu des connaissances actuelles.

2. Étudier les preuves relatives au dépistage précoce ou à la prévention des affections fatales ou entraînant de l'incapacité, des états et des comportements morbides chez l'individu ne formulant aucune plainte. (Si le dépistage précoce ou la prévention étaient jugés bénéfiques, l'affection en question serait qualifiée d'évitable.)

3. Identifier les groupes de population particulièrement exposés à ces affections, états et comportements évitables.

4. Créer des "ensembles" de protection sanitaire qui ce sont avérés de valeur ou, dans certaines circonstances, souhaitables pour d'autres motifs, qui devraient faire partie des examens médicaux périodiques aux différentes étapes de la vie et pour divers groupes de population.

5. Faire des recommandations sur les modalités, le contenu, la fréquence et les dispensateurs d'examens médicaux périodiques et de mesures préventives pour les différents groupes d'âge et pour les différents groupes de population.

6. Proposer des mesures précises pour évaluer la valeur et l'efficience du plan recommandé d'examens médicaux périodiques qui permettront des réévaluations et des améliorations.

Comme la plupart des renseignements sur l'examen médical périodique se rapportent à la prévention de maladies particulières plutôt qu'à la promotion de la santé, on peut constater qu'une partie du rapport du Groupe d'étude porte sur la prévention des maladies; néanmoins, le Groupe est demeuré conscient de l'importance de la promotion de la santé.

Définitions et tableaux

Il est plus facile d'interpréter le travail du Groupe d'étude et le présent rapport lorsqu'on comprend clairement certains mots et certaines expressions utilisés. Les définitions importantes sont énoncées au Tableau I. Trois autres tableaux présentent de façon différente les conclusions et recommandations du Groupe d'étude. Le Tableau II résume la valeur de la prévention et du traitement, la qualité des preuves, les interventions et les recommandations du Groupe d'étude pour les affections étudiées. Le Tableau III détaille 18 ensembles de protection sanitaire, spécifiques à l'âge et au sexe, basés sur les recommandations résumées au Tableau II. Le Tableau IV démontre comment les ensembles de protection sanitaire peuvent être exposés graphiquement. L'exposé graphique identifie, au moyen de couleur, la classification pour chaque recommandation. Ce tableau peut être affiché pour référence rapide. Le tableau IV est un complément, et non un substitut, du tableau IIb (résumé des 78 affections) et du tableau III (ensembles de protection sanitaire).

Critères pour juger les affections virtuellement évitables et pour classifier les recommandations de les inclure ou de les exclure

Le groupe d'étude, aidé de plus de 40 consultants de diverses disciplines répartis à travers le Canada et d'autres pays, a dépouillé la littérature internationale et s'est penché sur 128 affections virtuellement inévitables. De celles-ci plus de 90 ont été choisies pour faire l'objet d'une étude approfondie. Le Groupe d'étude a étudié particulièrement chaque affection à trois points de vue différents pour savoir s'il fallait l'inclure dans l'examen médical périodique: a) le taux de mortalité et morbidité et le fardeau de souffrance; b) la valeur et l'acceptabilité de la mesure utilisées pour identifier le risque ou le dépistage présymptomatique de l'affection, ou la mesure utilisée pour prévenir l'affection; c) l'efficacité de la mesure préventive ou curative. Dans certains cas, quand une affection donnée pouvait être évitée, que le fardeau de souffrances était relativement léger, que le nombre de cas au Canada était relativement faible ou qu'il y avait un manque évident de mesures de dépistage appropriées, nous étions portés à croire que l'affection ne devait pas faire l'objet d'une étude en profondeur.*

Bien que le point de départ de la délimitation des conditions fut la Classification Internationale des Maladies-Adaptées, chaque problème étudié fut reclassifié quant aux conditions de façon à l'aligner le plus possible avec la situation que ceux qui dispensent les premiers soins rencontrent couramment. (Le meilleur exemple de cette approche est la condition qui fut rebaptisée "Incapacité progressive de la

vieillesse'' pour couvrir l'ensemble des problèmes cliniques et sociaux affectant des vieillards, surtout ceux ayant plus de 75 ans). En général, cette nouvelle délimitation regroupe plus de désignations traditionnelles, mais dans certains cas, elle a entraîné la scission de rubriques en plusieurs parties, comme pour le diabète des adultes, qui fut étudié séparément pour les femmes enceintes. En d'autres termes, nous nous sommes conformés au principe voulant que la condition au sujet de laquelle nos avions abouti à une décision serait définie de façon à avoir une signification clinique pour ceux qui dispensent les premiers soins. Après avoir évalué les preuves concernant certaines affections, il nous est apparu inapproprié de faire des recommandations précises à leur sujet.*

Fardeau-souffrances actuel

Le fardeau-souffrances actuel a été évalué à la lumière de deux facteurs: premièrement, les conséquences de l'affection sur la personne en termes d'années de vie perdues, d'invalidité, de douleurs et de malaises, de coût de traitement et de conséquences pour la famille, et deuxièmement, les conséquences de l'affection sur la société en termes de mortalité, de morbidité et de coût des traitements.

Intervention

Les interventions (mesures de dépistage ou de prévention) ont été évaluées d'après trois critères: 1) les risques et les avantages; 2) la sensibilité, la spécificité et la valeur de prédiction; 3) l'aspect sécuritaire, la simplicité, le coût et l'acceptabilité par le patient.

La valeur de l'intervention

La valeur de l'intervention a été classée selon la qualité des preuves:

I— Au moins un essai avec groupe contrôle fait de façon purement aléatoire.

II—1— Des études analytiques bien structurées de cohortes ou d'étude avec groupe-contrôle, effectuées de préférence dans plus d'un centre et par plus d'un groupe de recherche.

II—2— Des comparaisons entre les époques et les lieux avec ou sans mesures d'intervention. On peut aussi considérer les résultats marquants d'expériences non contrôlées (comme les résultats obtenus après l'introduction de la pénicilline dans les années 1940) comme étant des preuves de la catégorie II—2.

III— Les opinions d'autorités reconnues fondées sur des expériences cliniques, des études descriptives ou des rapports de comités d'experts.

Classification des recommandations

À partir de ces considérations, le Groupe d'étude a fait, pour chaque affection, une recommandation claire à l'effet qu'elle devrait spécifiquement faire partie ou être exclue d'un examen médical périodique. Les recommandations ont été classées de la façon suivante:

A Il existe de bonnes preuves à l'appui de la recommandation d'inclure l'affection dans l'examen médical périodique.

B Il existe des preuves passables à l'appui de la recommandation d'inclure l'affection dans l'examen médical périodique.

C Il y a peu de preuves à l'appui de la recommandation d'inclure (ou d'exclure) l'affection dans l'examen médical périodique et des recommandations peuvent être faites à partir d'autres motifs.

D Il existe des preuves passables à l'appui de la recommandation d'exclure l'affection de l'examen médical périodique.

E Il existe de bonnes preuves à l'appui de la recommandation d'exclure l'affection de l'examen médical périodique.

Étant donné que la valeur du traitement ou de la mesure préventive pour une affection revêtait une telle importance pour le Groupe d'étude, la recommandation finale pour chaque affection reposait fortement sur notre évaluation de la preuve à l'appui de la valeur du traitement. Ainsi, une recommandation de la catégorie A est rarement accordée en l'absence d'une preuve de la catégorie I relativement à la valeur de la mesure curative ou préventive. Cependant, on fait exception à la règle voulant que seules les preuves de la catégorie I donnent lieu à des recommandations de la catégorie A lorsqu'il est démontré, en termes de la catégorie II, qu'une intervention permet de sauver la vie des victimes que l'on reconnaissait universellement vouées à une mort certaine. Par exemple, si on ne traite pas l'hypertension maligne, toutes les victimes mourront; si on prodigue un traitement toutefois, la plupart survivront. Dans un tel exemple, les preuves de la catégorie II sont une base suffisante pour justifier une recommandation de la catégorie A. De tels exemples sont très rares et les preuves expérimentales de la catégorie I étaient nécessaires pour la grande majorité des affections avant de recevoir la recommandation la plus élevée.

Pour certaines affections examinées, la recommandation finale était moins bien déterminée que la preuve relative à la valeur du traitement. La cause en est attribuable aux problèmes posés par la mesure de dépistage utilisée pour l'affection ou à l'évaluation du fardeau de souffrances imputable à l'affection. Nous avons été impressionnés, par exemple, par la preuve à l'appui du traitement précoce du cancer du sein et du cancer du côlon et du rectum, mais pour chacune de ces affections, le dépistage pose de graves problèmes. La recommandation pour chacune de ces affections renferme alors les trois dimensions évaluées.

Les affections auxquelles s'appliquaient les recommandations de la catégorie C ont posé un problème spécial au Groupe d'étude. En effet, les preuves dont nous disposions ne nous ont pas aidés à décider s'il fallait ou non rechercher ces affections lors d'un examen médical périodique. Nous étions alors moins certains de notre recommandation d'inclure ou d'exclure ces conditions. Dans les cas où

les preuves étaient inadéquates nous avons choisi le parti de la prudence. Les directives ou principes généraux suivants ont été utilisés pour recommander l'inclusion ou l'exclusion d'affections de la catégorie C:

1. Chercher à minimiser le risque encouru en ajoutant ou en retenant une mesure de dépistage ou d'intervention ou en supprimant une mesure utilisée actuellement;

2. Augmenter la crédibilité de toutes les recommandations en ne prônant des modifications importantes aux pratiques admises que lorsqu'il existe d'excellentes preuves à l'appui de la nécessité d'un tel changement;

3. Éviter la possibilité d'étiqueter inutilement les gens comme "malades";

4. Minimiser le coût des services de santé en évitant des mesures coûteuses d'une utilité douteuse ou inconnue;

5. S'attarder aux problèmes et aux affections associés à un fardeau élevé de souffrances pour les personnes et la population en général;

6. Ne pas négliger les besoins et les problèmes distincts des groupes à risque élevé.

En plus de la recommandation finale présentée pour chaque affection, des commentaires ont été faits, lorsqu'ils s'avéraient souhaitables, sur a) la fréquence de toute épreuve ou action proposée, b) l'existence de groupes à risque élevé nécessitant des examens plus fréquents et c) le moment où les mesures doivent être prises. Relativement à ce dernier point, cela pourrait se faire pendant une visite au bureau du médecin pour une plainte sans rapport avec l'affection; pendant un examen médical réclamé par des malades ou des travailleurs de la santé et sans relation avec aucune plainte particulière; ou dans le cadre des programmes de masse rattachés à une collectivité.

Les recommandations individuelles pour chaque affection sont résumées au Tableau II.

Ensembles de protection sanitaire

Nous recommandons l'abandon de l'examen annuel général tel qu'il est effectué en Amérique du Nord, de façon quasi rituelle depuis plusieurs décennies. Nous pensons qu'il n'a aucun but précis, qu'il englobe trop, en particulier chez l'adulte, s'avère inefficace et parfois même dangereux.*

Le Groupe d'étude est convaincu de la supériorité de l'examen médical périodique sélectif sur le bilan annuel régulier ou même sur le bilan complet régulier et fréquent. Après avoir passé en revue toutes les preuves sur les affections qui pourraient et devraient être évitées, on ne peut justifier plus longtemps la nécessité de faire un "bilan" essentiellement semblable chez la plupart des adultes de plus de 18 ans. Au point de vue biologique, il est aberrant de procéder aux mêmes actions préventives chez un homme de 23 ans, bien portant et asymptomatique, chez une femme de 49 ans en période de pré-ménopause et chez un vieillard de 82 ans qui ne souffre de rien de plus que d'un diabète de l'âge adulte non dépisté. Un recours aux mêmes mesures de dépistage à toutes les phases de la vie équivaut à utiliser un instrument moins précis que ne le justifie le niveau des connaissances actuelles, même si celles-ci sont déficientes dans bien des domaines.

Nous suggérons de le remplacer par plusieurs *ensembles de protection sanitaire,* à titre d'intervention sélective en médecine préventive afin d'aider les professionnels de la santé et permettre au système de services sanitaires de se concentrer sur l'identification et le traitement précoce d'affections virtuellement évitables. Les mesures de dépistage ne doivent se limiter qu'aux cas où il est prouvé qu'il y a avantage à entreprendre des opérations de dépistage de cas ou dépistage de masse et ces mesures doivent garantir l'identification des problèmes de santé avec la sensibilité, la spécificité et une valeur de prédiction voulues. L'affection visée, la mesure de dépistage et la meilleure estimation courante de la fréquence optimale d'exécution de la mesure sont résumées aux tableaux III et IV.*

Un ensemble de protection sanitaire représente plusieurs mesures (comme la mesure de la pression artérielle, ou le test gaïac) et interventions (comme l'immunisation et le counselling) devant être effectuées pendant une certaine tranche de la vie d'une personne, ou parfois, à un certain âge. Tout au long de la vie, la durée des intervales entre la mise en application du contenu de cet ensemble pourra varier. Ainsi, cette durée pourra varier de quelques semaines pour les premiers mois qui suivent la naissance pour devenir plus longue à mesure que l'enfant grandit. Même pour la période pré-natale, cette durée peut varier considérablement. Pour une personne adulte (grossesse exceptée) de moins de 74 ans, nous recommandons arbitrairement un intervalle moyen de 5 ans. Ce choix est arbitraire parce qu'il n'y a aucune preuve démontrant une durée optimale pour la plupart des composants de l'ensemble. Par contre des études menées au Canada et ailleurs ont révélé que dans la pratique moyenne, 70% de la clientèle médicale voit son médecin au moins une fois par année et environ 90% au cours d'une période de 5 ans.[316] Pour les veillards de plus de 75 ans, l'accroissement de la fréquence des maladies et des incapacités, ainsi que de celle des visites aux professionnels de la santé montre que cette fréquence tombe à 2 ans.*

On recommande aussi, à certaines exceptions près, que les mesures servent à un dépistage de cas plutôt qu'à un dépistage de masse; c'est-à-dire, qu'elles soient appliquées lorsque le malade consulte le médecin pour d'autres symptômes plutôt qu'à des seules fins de prévention. Ces visites fournissent une excellente occasion d'utiliser sélectivement les techniques de dépistage. Les exceptions sont les femmes enceintes, les très jeunes et les très âgés. Pour ces groupes, il est souhaitable de prévoir un échéancier de visites à des fins purement préventives.

Comme les tableaux suivants le montrent, certains éléments classiques de l'évaluation médicale périodique furent retenus; d'autres furent radiés, tels l'électrocardiogramme, l'examen de l'abdomen et le toucher rectal chez l'adulte. Bien que le taux de triglycérides ne soit pas recommandé, on insiste beaucoup sur le dépistage de l'hypertension. Certains examens préventifs, comme la mammographie dans le dépistage du cancer du sein chez la

femme, furent recommandés dans le cadre d'une évaluation rigoureuse en raison de la controverse entre cette activité et les risques et avantages coexistants éventuels. Parmi les activités préventives, on a inclu les conseils prodigués lorsque les facteurs des risques sont élevés, tels l'abus du tabac et l'alcoolisme, mais c'est avec un optimisme réservé que les preuves attestant de leur validité sont attendues. Nous pensions que ces conseils ne s'avéreraient pas dangereux s'ils étaient judicieusement prodigués par les médecins, ou ceux qui dispensent les premiers soins.*

Le résumé des ensembles de protection sanitaire du tableau IV facilite l'élaboration de la liste de vérification qui représente le profil cumulatif du patient et que le médecin conserve dans ses dossiers afin de pouvoir le consulter brièvement et efficacement chaque fois que le patient vient le voir pour quelque raison que ce soit. Cette procédure assurerait une continuité tout au long de sa vie même si sa famille ou lui-même déménage dans une autre localité, ou lorsque le médecin déménage. Ce profil cumulatif permet au médecin de vérifier si toutes les mesures de détection et interventions recommandées pour un âge donné ont été effectuées, ou tout au moins envisagées. (Mais il se peut, selon le jugement clinique du médecin ou d'un autre professionnel de la santé, que certaines mesures composantes d'un ensemble soient contre-indiquées.)*

Quant à certaines affections pour lesquelles nous connaissions l'existence de groupes à risque élevé parmi la population, nous avons fait des commentaires sur les modifications pouvant être apportées au plan. Nous ne pouvons trop insister sur le fait que nos recommandations ne doivent pas être interprétées comme des avantages maximaux pour la population, car nous nous sommes préoccupés des groupes à risque élevé, plus particulièrement des enfants issus de familles vivant en milieux défavorisés au plan économique et social, ainsi que des vieillards dans la même situation. Ces deux sous-groupes ont souvent la caractéristique commune de ne pouvoir être leur propre défenseur en matière de santé.*

Aspects sociaux et économiques

Les ''ensembles de protection sanitaire'' recommandés dans ce rapport comportent surtout des mesures dont on a démontré scientifiquement le pouvoir de limiter l'apparition ou la progression de certaines affections ou de certains troubles. Nous avons surtout insisté sur la promotion et sur la protection de la santé chez ceux qui ne formulent aucune plainte et nous croyons que les formalités que nous avançons devraient faire partie des premiers soins offerts à tous. Nous sommes d'avis que ces propositions pourraient être des applications pratiques de stratégies que les gouvernements canadiens ont déjà proposées, plus particulièrement dans le document de travail intitulé ''Nouvelle perspective de la santé des Canadiens''. Ces propositions entraînent toutefois des conséquences économiques et sociales dont il faut s'occuper, bien qu'elles ne fassent pas directement parties du mandat du groupe d'étude.*

En rejetant l'examen complet annuel nous avons, pour chaque groupe d'âge, recommandé des mesures préventives et des conseils en plus de celles de dépistage afin d'identifier les troubles présymptomatiques ou les facteurs de risques dangereux pour la santé. Cependant, le plan ''à vie'' aura besoin d'être épaulé par de nombreux groupes lors de chaque modification, surtout pour engendrer collaboration et participation et permettre d'en évaluer les avantages. Le grand public et les professionnels doivent être tenus bien informés de ces nouvelles propositions. Nos propositions doivent être perçues comme faisant partie d'un programme dynamique se modifiant avec l'acquisition de nouvelles connaissances.*

Le meilleur endroit pour offrir ces services recommandés dépend des conditions locales; il pourra être soit le cabinet du médecin, l'hôpital, un établissement de soins ambulatoires, l'école, une unité d'hygiène publique, des services professionnels de santé et des programmes bénévoles.*

Le public

Le public devra être informé de notre recommandation quant à l'élimination des examens annuels réguliers et des raisons qui motivent l'adoption de différentes formalités pour divers groupes d'âge. L'abandon en particulier, de certaines mesures régulières de dépistage, comme l'ECG chez les hommes d'âge mûr et la palpation abdominale chez la plupart des adultes, devra être expliqué aux malades. Au début, cela pourra prendre plus de temps que l'intervention en soi. Des renseignements devront être fournis pour que le public accepte et approuve le changement. Au fur et à mesure que de nouvelles preuves quant à la valeur des mesures de prévention seront soumises, elles devront être étudiées avec une rigueur scientifique afin d'établir les moyens par lesquels elles seront transformées afin de mieux informer et convaincre le public. De plus, bien que l'autosuffisance soit considérée comme un objectif désirable et que l'échange mutuel d'aide est jugé comme mesure complémentaire, nous insistons sur la recherche devant démontrer la possibilité d'en arriver à des changements d'attitudes et de comportement de vie chez l'individu et au sein de la société en général. Parmi les changements d'attitudes importants et nécessaires pour garantir une participation efficace du public dans la mise en application de nos recommandations, il est essentiel d'insister davantage sur les aptitudes plutôt que sur les incapacités, comme cela a déjà été fait avec succès en réadaptation.*

Plusieurs mesures seront requises. La diffusion de l'information au public, l'introduction de programmes visant à améliorer l'adhésion aux mesures préventives et curatives efficaces et l'évaluation qui en résulte doivent toutes faire l'objet d'efforts soutenus. Concurremment les rajustements sociaux importants prennent du temps et des recherches longues et complexes sont nécessaires pour mettre en évidence la valeur de telles approches.*

Dispensateurs de services sanitaires

On a inculqué à bien des médecins la notion que l'examen médical annuel régulier était une formalité valable, le dépistage de masse et les batteries de tests diagnostiques ont joui de la même popularité. Le rapport signale que ces opinions doivent être réévaluées. Il faudra admettre le bien-fondé de nouveaux concepts sur la médecine familiale, soit

la responsabilité incombant à un médecin pour un groupe de la population bien défini et l'occasion qui en résulte de faire du dépistage de masse et d'accéder à une forte proportion de la population. Les registres âge-sexe peuvent, par exemple, servir de mécanismes permettant d'établir le relevé des personnes pour lesquelles les médecins prodiguant les premiers soins sont responsables et faciliter ainsi l'adoption des changements proposés. Tout comme l'ensemble de la profession médicale, le médecin devra être convaincu des avantages de la nouvelle approche sélective de la prévention et du rôle essentiel qu'il jouera.*

Bien des formalités recommandées dans le rapport peuvent être assumées, du moins en partie, par le personnel de santé associé. Les médecins seraient alors plus libres pour accomplir des activités nécessitant véritablement leur compétence. Une nouvelle délimitation du rôle des professionnels de la santé associés ne peut se faire sans changements internes. L'infrastructure modifiée pourra ainsi s'appliquer à un service médical en particulier ou à des services de soutien assurés par d'autres, selon divers types d'entente.*

Gouvernements

Comme ce rapport doit être soumis à la Conférence des sous-ministres de la Santé du Canada, les divers gouvernements prendront vraisemblablement des mesures pour s'assurer que les professionnels répondent positivement. Ils devront sans doute éclaircir bien des questions concernant l'exercice de la médecine et l'influence des propositions contenues dans ce rapport.*

À tous les niveaux les gouvernements et leurs organismes devraient opter pour une position définitive quant à la philosophie, aux objectifs et aux propositions du rapport. S'ils appuient ce rapport, ils participeront alors aux changements sociaux en question, qui seront mis sur pied pour le public et par les professionnels. Ils devront être prêts à le rendre prioritaire et à énoncer clairement leur politique dans le domaine de la santé. Cette politique sera qualifiée de politique sociale. Par exemple, certains groupes de population, comme les enfants et certaines personnes âgées, ne peuvent exercer leur droit ou même assumer la responsabilité de leur auto-suffisance. Il incombe aux gouvernements, qui doivent en être tenus responsables, d'assurer certains services de protection sanitaire, comme la vaccination des enfants et la prestation de services de logement et d'alimentation aux personnes âgées de plus de 75 ans, compte tenu de leur aptitude à fonctionner.*

Les gouvernements sont les organismes les mieux placés, lorsque la consultation avec les autres participants a eu lieu (le public et les professionnels), pour lancer et coordonner la diffusion de l'information, la mise sur pied de programmes éducatifs et l'évaluation des effets.*

Rapport coût-avantage social

Les activités de santé favorisant le dépistage précoce des affections entraînent des coûts sociaux particuliers, puisqu'elles permettent, des mois et des années à l'avance, d'apposer une étiquette sur des personnes qualifiées de "malades" ou faisant partie de "groupes à risque élevé", ce qui n'aurait eu lieu que beaucoup plus tard lors du traitement des symptômes. C'est pourquoi les avantages découlant du dépistage précoce doivent être jugés en fonction de cet étiquetage à mauvais escient, comme c'est le cas de l'hypertension asymptomatique, de l'absentéisme accru au travail et de la baisse de bien-être psycho-social.[318] De plus, chez un malade pour qui le dépistage précoce et l'étiquetage n'ont pas permis d'améliorer la santé par opposition à celui dont l'affection symptomatique a été décelée plus tard, le dépistage précoce aurait fait plus de mal que de bien en termes de coût-avantage social.*

Le groupe d'étude a analysé les affections virtuellement évitables d'après le fardeau de souffrances qu'elles entraînent chez le malade et les avantages sociaux qui devraient résulter du traitement. Il ne s'est pas attaché *directement* aux questions financières, mais ses recommandations ont une incidence financière. En premier lieu, le groupe d'étude a abordé les affections *principales* pour lesquelles un traitement efficace donnerait probablement le rapport coût-avantage le plus élevé. Puis, il a cherché surtout à inclure les affections pour lesquelles un traitement avéré efficace pour améliorer la qualité de la vie et alléger le fardeau des souffrances est à la disposition du malade. Ces affections nécessitent des soins dont il est déjà tenu compte dans les coûts actuels des soins de santé. Enfin, le groupe d'étude recommande de limiter l'examen médical périodique a certaines affections de façon à favoriser une meilleure utilisation des ressources sanitaires existantes.*

Rémunération du personnel de santé

L'adoption des propositions du rapport aura un effet important sur la rémunération du personnel de santé et plus particulièrement sur les médecins rémunérés à l'acte.*

Si l'approche sélective est adoptée et les ensembles de protection sanitaire acceptés, la rémunération reliée à l'évaluation de personnes asymptomatiques et visiblement bien portantes pourra se limiter aux seules circonstances dont il est question dans ce rapport. Sans connaître la proportion des examens qualifiés "d'examens complets" ou "d'évaluations générales" et qui pourraient s'inscrire dans cette catégorie (les données ne pouvant être extraites des dossiers actuels), nous pensons qu'elle serait assez forte. Il serait raisonnable de s'attendre à ce que les organismes chargés de payer cette rémunération prennent des mesures pour identifier les examens de cette catégorie et établir des critères limitant les versements concernant les seules formalités recommandées dans ce rapport.*

Toutefois, le groupe d'étude insiste sur le fait que bien de nos recommandations sur le contenu et sur la fréquence des examens médicaux périodiques sont forcément plutôt arbitraires. En l'absence de données scientifiquement acceptables, nos recommandations se sont fondées sur le bon sens et sur les pratiques couramment acceptées.*

Certaines personnes et certain groupes étant plus susceptibles que d'autres à des affections particulières, les programmes d'assurance-santé devraient continuer d'en tenir compte. Il faudra s'assurer que les familles qui ont un plus grand besoin d'interventions préventives, en général celles qui sont démunies ou défavorisées, continueront d'en bénéficier, car beaucoup d'entre elles pourront requérir des visites plus fréquentes pour recevoir des soins préventifs

que notre plan ne le recommande pour la famille ou pour la personne "moyenne".*

Aussi, lorsqu'un doute raisonnable sera soulevé quant aux effets néfastes du retrait du versement d'honoraires pour des services associés aux formalités à l'étude (comme c'est le cas pour la mammographie), l'accès à de tels services ne devra pas être prématurément interdit.*

Compte tenu des méthodes de rémunération qui sont maintenant en vigueur, le médecin pourrait être pénalisé financièrement s'il insistait sur la prévention et sur la promotion de la santé et s'il employait un personnel sanitaire auxiliaire pour l'aider à assurer ces services. Il est important de veiller à modifier radicalement cette situation. Nous proposons que dans certains cas, l'acte soit limité à du counselling, pour lesquels un montant limité a été prévu dans les échelles d'honoraires. Cependant, bon nombre de mesures préventives préconisées et de recommandations émises se prêtent mal à la rémunération à l'acte, et un tarif horaire devrait alors être établi.*

Les propositions du rapport ont trait aux affections entraînant un lourd fardeau de souffrances et ont pour but de l'alléger grâce à nos connaissances actuelles en établissant un relevé des méthodes efficaces de prévention et de traitement précoce. Bien que les avantages soient difficiles à évaluer, il semble possible de les multiplier tout en permettant, dans certaine mesure (voire dans une très forte proportion), de réduire les dépenses associées aux services de santé.*

La prévention ou l'identification précoce d'affections curables permettra de réduire les dépenses dans la mesure où le traitement précoce nécessite un nombre réduit de journées d'hospitalisation et peu de personnel très spécialisés. Il en résultera des avantages seulement si les ressources sont adaptées pour refléter cette amélioration. Si on persiste à retenir autant de lits du type actuel et un aussi grand nombre de services de la part du personnel tel qu'actuellement, on ne pourra réduire les dépenses et atteindre un coût-avantage social supérieur, sans devoir réduire les ressources de façon appropriée.*

Selon les hypothèses émises, on peut s'attendre à ce que l'approche sélective des examens médicaux périodiques permette de réduire le coût des examens complets au pays, même en y ajoutant un montant réaliste d'honoraires et de salaires reliés aux activités de prévention et de consultation.*

Fonds d'investissement et stimulants

Le rapport propose un programme qui prendra du temps à s'élaborer et qui offrira des avantages à long terme, plutôt que des résultats immédiats. Pour y parvenir, il faudra d'abord investir pour améliorer la qualité de la vie et la santé des Canadiens. Il s'agit d'un bon exemple du besoin de reconnaître les fonds d'action (investissement) comme des dépenses distinctes de celles reliées à l'exploitation courante. Si ces fonds d'investissement ne sont pas distincts, ceux qui dépendent des budgets d'exploitation collaboreront à contre-coeur. Des ententes complexes et permanentes s'imposent pour appliquer les recommandations de ce rapport. Faute d'appui, toute chance de succès serait sérieusement compromise.*

Il faut des stimulants pour mettre encore plus l'accent sur la prévention et sur la protection de la santé. Pour reprendre un exemple précis déjà mentionné plus haut, les gouvernements devraient voir à faciliter le relevé des malades pour chaque médecin prodiguant les premiers soins, de sorte que les examens de contrôle et la surveillance soient moins un fardeau administratif. En particulier, les médecins qui consentent à consacrer leurs efforts auprès de groupes socialement et économiquement désavantagés devraient être encouragés à le faire par tous les moyens grâce à des stimulants. Des sommes provenant d'un fonds d'action devraient également être investies dans le programme de recherche.*

Recommandations

L'enquête approfondie du Groupe d'étude sur le sujet des examens médicaux périodiques l'a mené à formuler six recommandations précises, qu'il considère applicables.

1. L'examen médical annuel régulier devrait être abandonné au profit d'un programme sélectif "d'ensembles de protection sanitaire", variant selon les besoins de la santé durant chaque étape de la vie. Nos propositions, tant au contenu que de la fréquence des examens, sont basées à partir des meilleures preuves scientifiques à notre disposition et des problèmes pratiques d'exécution. Nous proposons un échéancier particulier pour la phase prénatale, l'enfance et la vieillesse. Pour les autres phases, nous recommandons d'appliquer les ensembles lorsque le malade prend l'initiative de venir consulter le médecin pour des soins quelconques.

2. Les divers ensembles de protection sanitaire tels que proposés pour l'âge et le sexe sont basés sur les connaissances actuelles (1978). Ces ensembles devraient être revus fréquemment et révisés à la lumière de nouvelles connaissances des problèmes évitables.

3. Les ensembles de protection sanitaire devraient être passés en revue par un groupe de consultants permanents relevant de la Conférence des sous-ministres de la santé. Ce groupe devrait être formé en majeure partie de cliniciens et de chercheurs avec l'appui de personnes expérimentées dans la formulation des politiques de la santé. Les professions responsables de la mise en oeuvre de ce programme soumis à une révision continue, devraient présenter un rapport à la Conférence des sous-ministres et leurs rapports devraient être rendus publics.

4. Les provinces devraient réviser leurs régimes d'assurance-maladie et possiblement leurs autres modalités de paiements, et introduire des stimulants conçus pour développer l'intervention sélective en médecine préventive. Les stimulants devraient encourager les médecins à participer au programme et aussi leur fournir une rémunération équitable pour les interventions proposées dans les ensembles de protection sanitaire.

5. Les provinces et le gouvernement fédéral devraient autoriser des travaux de recherche visant à combler les lacunes les plus importantes de nos connaissances actuelles, mises en lumière par le présent groupe d'étude. Le groupe de consultants permanents sur l'examen médical périodique

devrait établir les priorités de recherche afin de concentrer les efforts et utiliser le mieux possible les maigres ressources financières dans ce domaine. Il faudrait que les programmes et les projets soient supportés de façon à assurer la continuité de la recherche sur les problèmes de prévention, recherche qui nécessite fréquemment des études assez longues pour en arriver à des résultats.

6. Le plan conçu pour couvrir la vie d'un individu devrait être accepté comme une stratégie unifiée et réaliste. Cette démarche sélective a été développée pour améliorer ou protéger la santé à tout âge. Cependant cela n'implique pas que l'application ou le rejet d'une ou de quelques procédures spécifiques puisse mettre en péril la valeur et la praticabilité du programme complet.

Mise en oeuvre des recommandations

Même si nous sommes pleinement conscients de l'importance des six recommandations, notre mandat ne nous permet pas d'inclure une stratégie de mise en oeuvre. Toutefois, il est important d'attirer l'attention des responsables de la mise en oeuvre sur certains points saillants.

1. Bien que nous reconnaissions que la mise en oeuvre des propositions du rapport incombe à chacune des provinces, nous préconisons une approche nationale, de sorte que les citoyens qui déménagent d'une partie du pays à l'autre continuent de participer au plan d'ensemble de protection sanitaire pendant toute leur vie.

2. Il est essentiel que l'ensemble de la profession médicale et les autres professions et secteurs tels les soins infirmiers et les soins dentaires, fournissent un soutien actif et assurent leur participation. Dans la même optique, il faudrait envisager l'appui des associations nationales et provinciales et des organismes délivrant des permis.

3. Le concept du plan de santé réparti sur toute la vie est important et des mesures devraient être prises pour créer un dossier "cumulatif de protection sanitaire de la personne" qui la suivrait d'un médecin à l'autre. De tels dossiers devraient être créés par les associations professionnelles dont les membres participeraient à la mise en oeuvre des propositions. Les gouvernements devraient y participer pour garantir leur appui aux médecins participants.

4. Il serait important de faire un relevé des médecins coopérants et de reconnaître de façon tangible la participation des médecins au programme. Des stimulants financiers devraient être associés à la pratique (pour régler les frais généraux et internes ainsi que la consultation) et la mise en vigueur de propositions contenues dans les ensembles. Par exemple, on devrait étudier la possibilité de verser des stimulants pour encourager l'introduction de registres âge-sexe (manuels ou informatisés) pour les médecins intéressés, si une analyse coût-efficacité de telles pratiques démontre des avantages nets pour les professionnels et le public. En ce qui a trait à la définition que fait le Groupe d'étude des ensembles, les professionnels des soins médicaux devraient reconnaître que le Groupe d'étude n'a nullement l'intention d'empêcher les médecins de fournir des services supplémentaires, s'ils les considèrent nécessaires pour des personnes ou des groupes à risques élevé. Ces circonstances exceptionnelles, si elles sont raisonnables, devraient être reconnues comme telles dans le programme de stimulants. Le recours au service du personnel auxilliaire devrait aussi être encouragé grâce à des stimulants.

5. Il est nécessaire d'assurer la continuité du programme pour la diffusion de l'information sur l'approche sélective afin que ce ne soit pas un "effort isolé". Un tel programme destiné à renseigner le public, les dispensateurs et les gouvernements devrait constituer une partie importante de cette mise en oeuvre.

6. Comme le succès du programme dépend de la compréhension et du soutien du public, de l'adhésion et de la participation des professionnels et des initiatives et du soutien du gouvernement, des méthodes devraient être élaborées dans chaque province pour assurer la participation continue et efficace des représentants du public, des professionnels de la santé et des autorités gouvernementales.

7. Bien qu'il ait été encourageant de pouvoir extraire, en dépouillant la littérature et en consultant des experts, des données suffisantes pour permettre d'établir un programme pratique, il y a bien des cas où il faudra pousser l'étude davantage. Ceci traduit l'importance d'accorder une très haute priorité aux programmes de recherche, en essayant constamment de réduire les délais dans la mise en oeuvre des résultats. L'effort de recherche devrait être une partie primordiale de la mise en oeuvre.

8. Ce rapport se limite aux examens médicaux périodiques considérés comme une approche sélective des soins fournis aux personnes par l'entremise des services de santé personnels. Il faudra entreprendre des travaux analogues pour étudier l'hygiène du milieu et du travail et les mesures préventives axées sur l'amélioration de la santé communautaire.

On prévoit des désaccords quant aux éléments qui doivent être inclus ou exclus des ensembles. On s'attend à de forts débats et on espère que ces échanges en plus de nouvelles recherches permettront aux responsables de réviser continuellement les directives.

Priorités pour la recherche

La rareté des recommandations de catégorie A ou E traduit clairement l'absence de preuves expérimentales solides permettant d'inclure ou d'exclure les interventions que nous avons étudiées. La plupart des recommandations sont de la classe C et elles sont basées sur les preuves de la catégorie III (consensus professionnel ou opinion d'experts). On retrouve même très peu d'études de cohorte et d'études avec groupe-contrôle. Bon nombre des rapports n'ont pas été contrôlés ou sont, quelquefois, seulement des rapports de cas. L'opinion découlant de rapports de catégorie III ou de preuves résultant d'études non expérimentales forment une base beaucoup moins satisfaisante pour fonder des recommandations.

Certains problèmes d'interprétation des preuves sont donc évidents. Premièrement, on peut souvent s'attendre à des résultats favorables chez les personnes qui se portent volontaires pour participer aux programmes de dépistage précoce, avant même qu'ils n'y prennent part. Deuxièmement, l'apparente prolongation de la vie qui semble se produire chez les malades dépistés peut fort bien n'être que l'indication de la présence d'une affection particulière connue depuis une période plus longue que lorsque la maladie est diagnostiquée après l'apparition des symptômes (déplacement du temps zéro). Troisièmement, l'examen médical périodique permet davantage de déceler les affections à évolution lente que celles à évolution rapide. Les malades ainsi dépistés vivront plus longtemps que ceux qui ont été dépistés après l'apparition des symptômes, même si le traitement qu'ils reçoivent s'avère inefficace.

La recherche doit être prioritaire dans sept domaines:

1. *L'efficacité* (efficacy). Le dépistage précoce d'une affection ou d'un facteur de risque donne-t-il de meilleurs résultats *chez les personnes qui ont suivi les conseils médicaux?*

2. *La valeur* (effectiveness). Le dépistage précoce d'une affection ou d'un facteur de risque est-il avantageux *pour ceux à qui il est offert?*

3. *L'efficience* (efficiency). Les interventions de valeur établie sont-elles mises à la disposition des bénéficiaires grâce à une utilisation optimale des ressources?

4. *La fréquence recommandée des mesures de dépistage.* Si le test de dépistage d'un cancer curable est négatif aujourd'hui, quand devrons-nous le répéter? Nous devons en savoir beaucoup plus pour prendre cette décision (fréquence d'une maladie nouvelle entre les tentatives de dépistage de cas, coût, rendement, etc.) de même que l'évolution naturelle des affections en cause. En outre, nous devons reconnaître que les intervalles appropriés entre les tentatives de dépistage peuvent varier beaucoup d'une affection à l'autre et que ceci peut affecter l'évolution ultérieure des ensembles de protection sanitaire.

5. *Valeur de la promotion de la santé, de l'éducation sanitaire et du counselling.* Les recommandations sur le counselling, l'éducation sanitaire et la promotion de la santé ont été faites avec prudence et avec un optimisme réservé. Les interventions visant à modifier les comportements pathologiques comme le tabagisme ou le fait de ne pas boucler la ceinture de sécurité ont été évaluées de façon insuffisante. La plupart des recherches manquent de rigueur. Puisque les objectifs de l'éducation sanitaire et du counselling sont tellement importants comme déterminants de l'invalidité, la maladie et la mort prématurée, il faut que l'évaluation de leur valeur soit faite avec le plus de rigueur possible.

6. *Conséquences de l'étiquetage des gens avec un diagnostic.* L'étiquetage prématuré ou erroné a un effet nuisible sur l'évolution de l'état de santé de certaines personnes ainsi diagnostiquées. De plus on croit, même en l'absence de preuves bien fondées, que les familles des individus étiquetés, surtout les enfants, souffrent souvent des conséquences de l'étiquetage. On ne connaît pas assez ces effets et on n'a pas accordé suffisamment d'attention à l'évaluation des avantages et des inconvénients de l'identification présymptomatique des malades. Nous connaissons aussi très peu les risques d'un étiquetage erroné après avoir obtenu des résultats "faussement positifs", surtout lorsque la spécificité des actions de dépistage est faible.

7. *Résultats des actions de dépistage.* Peu importe que cette action prenne la forme d'une enquête, d'un examen, d'un "bilan", d'une épreuve particulière ou d'un système tel que le dépistage simultané de multiples maladies (multiphasic screening), il est clair que le besoin se fait sentir de plus de renseignements sur la sensibilité, la spécification, l'acceptabilité et le coût de telles mesures. Il est aussi important d'évaluer soigneusement jusqu'à quel point on peut remplacer une action de dépistage par une autre, surtout lorsqu'il y a un perfectionnement rapide des méthodes technologiques pertinentes. Même en médecine dentaire, où on a traditionnellement et à juste titre mis l'accent sur la prévention et sur l'hygiène buccal, les preuves scientifiques à l'appui des recommandations d'inclure les soins dentaires dans les ensembles de protection sanitaire sont minimes, sauf en ce qui concerne la valeur de la fluoration de l'eau et de l'application locale de fluorure. En outre, pour ce qui est des affections médicales, nous n'avons pu trouver aucune preuve satisfaisante quant à la périodicité optimale des diverses actions. Paradoxalement, certains des efforts d'éducation sanitaire les plus intensifs qui ont été déployés par l'intermédiaire des écoles et auprès du public en général portent sur l'à-propos des visites annuelles ou semestrielles chez le dentiste ou chez des professionnels dentaires associés. Il est encourageant de constater à quel point les experts en médecine dentaire préventive sont d'accord sur le grand besoin de recherches dans ce domaine.

Une recherche fructueuse sur l'examen médical périodique doit tenir compte de cinq conditions: *a*) disponibilité d'un personnel bien formé; *b*) quantité suffisante de fonds de recherche; *c*) existence de méthodes adéquates pour mesurer l'état de santé et le niveau de bien-être; *d*) accroissement constant des connaissances de la biologie humaine et de l'évolution naturelle des maladies et *e*) évaluation globale constante des connaissances générales dans le domaine de la médecine préventive.

Tableau I

Définitions

Intervention bénéfique
On considère qu'une intervention est bénéfique lorsqu'elle fait plus de bien que de tort.

Dépistage de cas
Les tests ou procédés entrepris par les travailleurs de la santé chez les malades qui les consultent déjà pour d'autres symptômes. (Ceci signifie qu'il incombe au "dépisteur" de faire l'investigation et de suivre la personne identifiée comme à risque élevé.)

Dépistage précoce
L'identification d'une affection avant que les symptômes ou signes ne soient apparents au malade ou à sa famille.

Valeur (effectiveness)
Attribut d'une intervention qui fait plus de bien que de tort aux personnes à qui elle est offerte.

Efficacité (efficacy)
Attribut d'une intervention qui fait plus de bien que de tort à ceux qui acceptent et se soumettent à l'intervention ainsi qu'aux soins subséquents.

Efficience (efficiency)
Attribut d'une intervention de valeur établie quand elle est offerte aux bénéficiaires grâce à une utilisation optimale des ressources.

Groupe à risque élevé d'affections, d'états et de comportements évitables
Les groupes où la fréquence de telles affections est supérieure à celle que l'on retrouve dans la population en général.

Ensembles de protection sanitaire
Les ensembles d'interventions qui s'appliquent plus particulièrement dans le cadre d'un examen médical périodique à certains groupes d'âges ou groupes de malades "à risque élevé".

États et comportements sains / morbides
Les états et comportements qui supposent une probabilité relativement faible ou relativement élevée d'évolution vers une maladie fatale ou entraînant l'incapacité.

Affections fatales ou entraînant l'incapacité
Les affections ou troubles qui entraînent une mort prématurée ou une invalidité permanente grave.

Étapes de contrôle obligatoires
Les étapes de la vie où l'on recommande l'examen médical périodique pour l'ensemble ou une partie de la population, par exemple la naissance, l'entrée scolaire, la retraite.

Individu ne formulant aucune plainte
Une personne qui subit un examen médical et qui n'a ni plainte précise ni préoccupation spéciale en rapport avec sa santé.

Examen médical périodique
Un ensemble de tâches désignées soit pour déterminer les risques d'affections subséquentes, soit pour identifier l'affection dès son début alors même qu'elle n'occasionne aucun symptôme. De plus, l'examen médical périodique peut comprendre de simples interventions, telles les injections, ou des recommandations à des fins de prévention ou de maintien de la santé.

Affection, état ou comportement évitables
Une affection, état ou comportement que des recherches cliniques bien conçues ont démontré comme complètement évitable ou encore dépistable à un stage où le progrès de l'affection ou l'impact de ses conséquences peut être favorablement influencé par le traitement.

Prévention
Toute mesure qui permet de réduire la probabilité de l'apparition d'une affection ou d'un trouble qui affligerait une personne ou qui interrompt ou ralentit la progression d'une telle affection. La prévention primaire réduit la probabilité qu'une personne développe une affection ou un trouble. La prévention secondaire interrompt ou ralentit la progression d'une affection ou l'apparition de séquelles irréversibles, grâce au dépistage précoce et au traitement. La prévention tertiaire ralentit la progression et atténue l'invalidité grâce aux traitements d'une affection établie.

Dispensateurs
Ce terme est utilisé dans son sens le plus vaste pour englober les médecins et les autres travailleurs de la santé ou membres du système de prestation des services de santé (tels les employés d'une clinique industrielle) qui, individuellement ou en groupe, effectuent les examens médicaux qui sont à l'étude dans ce rapport.

Opérations de dépistage
Les opérations qui sont menées de façon aléatoire auprès de l'ensemble de la population, laquelle est ensuite répartie en deux groupes, l'un dont l'incidence des affections fatales ou entraînant l'incapacité est élevée et l'autre où elle est basse.

Tableau IIa

Liste alphabétique des affections révisées par le groupe d'étude

Accidents (autres que les accidents de véhicules automobiles) (71)
Accidents de véhicules automobiles (70)
Accouchement prématuré (64)
Anémie ferriprive (45)
Anomalie du tube neural (8)
Autres maladies immunisables (18)
Avortements spontanés à répétition (65)
Bactériurie en période de grossesse (66)
Blennorragie (24)
Bronchite chronique (46)
Cancer de la cavité buccale (57)
Cancer du col de l'utérus (49)
Cancer du côlon et du rectum (50)
Cancer de l'estomac (52)
Cancer de la peau (55)
Cancer du poumon (cancer bronches-pulmonaire) 51)
Cancer de la prostate (53)
Cancer du sein (48)
Cancer de la vessie (54)
Carence en alpha-1-antitrypsine (47)
Caries dentaires (67)
Cholélithiase (76)
Conséquence de l'alcolisme des parents sur les enfants (14)
Consommation d'alcool (37)
Détresse respiratoire du nouveau-né (1)
Diabète sucré chez l'adulte (à l'exclusion des femmes enceintes) (58)
Dystrophie musculaire progressive (myopathie de Duchenne) (10)
Fibrose kystique du pancréas (mucoviscidose) (9)
Gastro-entérite aiguë de l'enfance (10)
Glaucome à angle ouvert (41)
Grossesse non désirée chez les adolescentes (63)
Hyperactivité et difficulté d'apprentissage (33)
Hyperlipidémie (42)
Hypertension (43)
hyperthyroïdie (59)
Hypothyroïdie (60)
Hypothyroïdie du nourrisson (5)
Incapacité progressive liée à l'âge (78)
Incompatibilité sanguine foeto-maternelle (62)
Infection génitale par la chlamydia (26)
Infection streptococcique hémolytique qui peut causer la glomérulonéphrite aiguë ou la fièvre rhumatismale aiguë (20)
Infections par le virus du groupe herpès de type 2 et infections à cytamégalovirus (27)
Infection des voies urinaires (21)
Insuffisance pondérale du nouveau-né (28)
Luxation congénitale de la hanche (7)
Maladie hémorragique du nouveau-né (2)
Maladie de Hodgkin (56)
Maladie immunisable affectant les voyageurs internationaux (16)
Maladie infectueuse immunisable (15)
Maladies parasitaires autres que la toxoplasmose (23)
Maladies périodontiques (69)
Maladie de Tay-Sachs (12)
Malaise associé à la retraite (77)
Malformation du système interventriculaire (11)
Malnutrition (29)
Ménopause (61)
Mongolisme (13)
Obésité chez les enfants (30)
Ophtalmie purulente (gonococcique) du nouveau-né (4)
Pelvispondylite rhumatismale (73)
Phenylcétonurie (9)
Polyarthrite rhumatoïde (74)
Problèmes parentaux y compris l'enfant maltraité et négligé (32)
Scoliose (72)
Strabisme (38)
Syphilis (25)
Syphilis congénitale (3)
Tabagisme (36)
Thalassémie (44)
Toxoplasmose (22)
Troubles auditifs (40)
Troubles de croissance (hormonaux) (31)
Troubles familiaux problèmes conjugaux et sexuels (34)
Troubles orthodontiques (68)
Troubles psychiatriques (troubles affectifs et suicide) (35)
Tuberculose (17)
Ulcère gastroduodenal (75)
Vices de réfraction (39)

Tableau IIb — **Résumé de la valeur de la prévention et du traitement, de la qualité des preuves, des interventions et des recommandations se rapportant aux affections étudiées par le Groupe d'étude**

	Affection	Valeur de la mesure Préventive et curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommendations et commentaires	
1.	Détresse respiratoire du nouveau-né*[1-5]	Prévention: passable	II-1	Détection durant la grossesse de facteurs étiologiques indicateurs de risque élevé. Télésurveillance (monitoring) du foetus durant le travail	B	
2.	Maladie hémorragique du nouveau-né[6,7]	Prévention: effective	II-2	Vitamine K_1 1mg à la naissance	B	
3.	Syphilis congénitale*[8-10]	Prévention: généralement secondaire, puisque la mère est infectée Traitement: la pénicilline administrée avant la 16e semaine est généralement effective	II-2	Test sérologique	B A	Pour la population en général Pour les groupes à risque élevé
4.	Ophtalmie purulente (gonococcique) du nouveau-né*[11-13]	Prévention: effective	II-2	Instillation dans chaque oeil d'un collyre au nitrate d'argent à 1%	A	
5.	Hypothyroidie du nourrisson*[14-17]	L'efficacité du dépistage de cas est excellente. Le diagnostic pendant l'enfance améliore le pronostic du développement mental Traitement: très effectif	II-1	Épreuve de la tyrosine (T4) sur papier-filtre chez tous les nouveau-nés; épreuve à la TSH utilisée comme aide au besoin	A	On peut répéter l'épreuve T4 sérique au besoin. Groupe à risque élevé: nourrissons dont la mère a été traitée par iodures, propylthiouracil ou iode radioactif
6.	Phenylcétonurie*[18-21]	Le dépistage et le traitement sont très effectifs s'ils sont effectués entre le 4e et le 21e jour de vie	II-1	Aux fins de dépistage, inhibition microbiologique (Guthrie) et épreuves fluorimétirques: il peut s'avérer nécessaire de répéter ces épreuves et d'effectuer une épreuve complémentaire de chromatographie sur papier	A	Puisque le dépistage du nouveau-né de moins de 4 jours peut résulter en une sous-estimation de l'état, la répétition de de l'épreuve est justifiable
7.	Luxation congénitale de la hanche*[22-26]	Le dépistage précoce et/ou le depistage de cas permet d'instituer une thérapie curative à temps	II-2	Examen clinique (flexion, abduction et manoeuvre d'Ortolani); confirmation radiographique	B	
8.	Anomalie du tube neural*[18,27-31]	La prévention primaire peut comprendre l'avortement; la valeur et l'efficacité sont difficiles à évaluer. Les tests décèlent environ 80% des cas d'anomalies du tube neural par défaut	II-1	Épreuve de dosage sérique de l'alpha-foetoprotéine (AFP) maternelle: en présence de résultats élevés, effectuer les épreuves complémentaires d'échographie et d'amniocentèse	B	Le dépistage devrait être accessible sur demande, aux femmes enceintes pourvu que les parents comprennent que la confirmation peut nécessiter un examen échographique et l'amniocentèse, et qu'ils soient prêts à accepter l'avortement thérapeutique si le foetus est affecté
9.	Fibrose kystique du pancréas*[18,32-37] (mucoviscidose)	Prévention secondaire ou tertiaire. Le traitement précoce augmente les chances de survie et est associé à un meilleur pronostic	II-2	Dépistage: test à la sueur (par électrophorèse) au moins à deux reprises, et observation des signes cliniques	D B	Pour la population en général Pour les groupes à risque élevé: la fratrie de pateints atteints de fibrose kystique du pancréas
10.	Dystrophie musculaire progressive (myopathie de Duchenne)*[38-40]	Prévention: probablement efficace chez les porteurs identifiés Traitement: médiocre	III	Détermination de la créatinine phosphokinase sérique	C B	Pour la population en général Pour les groupes à risque élevé: parenté du sexe féminin de patients atteints de DMP

	Affection	Valeur de la mesure Préventive et curative	Qualité des preuves	Intervention		Recommendations et commentaires
11.	Malformation du septum interventriculaire*[41-44]	Le traitement par occlusion chirurgicale de la communication interventriculaire est effectif	II-2	Anamnèse, examen clinique; radiogrpahie de la poitrine échocardiographie et cathétérisme cadiaque pour confirmer	B	Facteurs de risque élevé: histoire familiale positive, certains troubles chromosomiques, rubéole durant la grossesse, insuffisance pondérale du nouveau-né, prématurité et mère diabétique
12.	Maladie de Say-Sachs[18,45]	Prévention: effective Traitement: pas effectif	II-1	Mesure de la résistance de l'hexosaminidase sérique à l'inactivation par la chaleur; confirmation par amniocentèse	D B	Pour la population en général Le groupe à risque élevé, inclut les couples de la race Ashkenazi juive
13.	Mongolisme*[18,46,47]	Prévention: effective, mais le dépistage des femmes à risque élevé est relativement difficile Traitement: aucun	II-1	Anamnèse: si positive amniocentèse, mais seulement si les parents sont prêts à accepter l'avortement s'il y a indication	D B	Pour la population en général Pour les groupes à risque élevé: parents porteurs de la translocation du du chromosome 21, histoire familiale de mongolisme et l'âge maternel dépassant 35 ans.
14.	Conséquences de l'alcoolisme des parents sur les enfants[48,51]	Le counselling peut aider à réduire la consommation d'alcool chez les femmes enceintes et la morbidité chez leurs enfants	II-2	Conseiller de réduire la consommation d'alcool; la contraception chez les femmes alcooliques sexuellement actives; l'avortement des femmes à risques élevés qui acceptent cette intervention.	B	
15.	Maladie infectieuses immunisables					
	Diphtérie	Prévention: bonne	I	Immunisation des personnes en bonne santé	A	Employer la dose pour adulte après 6 ans
	Rougeole[52-56]	Prévention: bonne	I	Immunisation des personnes en bonne santé	A	L'immunisation est contre-indiquée chez les enfants ayant une histoire de convulsion et chez les femmes enceintes (quoiqu' aucune réaction n'a été rapportée chez les gens allergiques aux protéines de l'oeuf, on conseille d'être prudent).
	Oreillons[57]	Prévention: bonne	I	Immunisation des personnes en bonne santé	A	L'immunisation est contre-indiquée chez les femmes enceintes, les personnes allergiques à la néomycine, chez les personnes souffrant d'états immuns altérés, précaution recommandée chez les personnes allergiques aux protéines de l'oeuf.
	Coqueluche[58-60]	Prévention: bonne	I	Immunisation des personnes en bonne santé	A	Contre-indication: histoire familiale ou personnelle de convulsions immunisation non recommandée après l'âge de 6 ans
	Poliomyélite[61,62]	Prévention: bonne	I	Immunisation des personnes en bonne santé	A	Dans certaines circonstances, (e.g. immuno-déficients) il est préférable de se servir du vaccin inactivé Salk au lieu du vaccin par voie orale Sabin contre-indications: traitements aux stéroides ou anti-leucémiques; conditions neurologiques e.g. sclérose en plaques; chirurgie buccale ou extraction de dents dans les 2 semaines précédant ou suivant l'ummunisation; la grossesse n'est pas une contre-indication quand la protection est requise.

	Affection	Valeur de la mesure Préventive et curative	Qualité des preuves	Intervention		Recommendations et commentaires
15.	Maladie infectieuses immunisables (suite)					
	Rubéole[53,54,63]	Prévention: bonne	I	Immunisation des enfants et/ou des filles et des femmes à risque	A	Le vaccin est contre-indiqué chez les femmes enceintes
	Tétanos[64,65]	Prévention: bonne	I	Immunisation des personnes en bonne santé	A	Des inoculations répétées à intervalles rapprochés peuvent provoquer des réaction anaphylactiques
16.	Maladies immunisables effectant les voyageurs internationaux (variole, choléra, fièvre jaune, typhus, peste, fièvre typhoide, hépatite virale)[66,67]	L'immunisation est une mesure préventive effective, mais variable selon la maladie.	I	Immunisation (attention aux contre-indications); gamma-globuline contre l'hépatite	E A	Pour la population en général Pour les voyageurs Contre-indications: - vaccin contre le typhus: allergie aux oeufs - vaccin contre la fièvre jaune: allergie aux oeufs, état immun altéré - vaccin contre la variole: troubles de la peau, état immun altéré
17.	Tuberculose[68-71]	Prévention: vaccin BCG effectif. Traitement: la chimioprophylaxie empêche l'aggravation de l'infection	I	Vaccination BCG et chimioprophylaxie	E A	Pour la population en général Pour groupes à risque élevé
18.	Autres maladies immunisables					
	Influenza[72,73]	Vaccin: effectif	I	Immunisation	E A	Pour la population en général Pour les groupes à risque élevé: l'immunisation est recommandée pour les personnes de 65 ans ou plus et pour ceux qui ont une maladie débilitante chronique Contre-indiqué chez ceux qui sont allergiques aux oeufs
	Pneumonie à pneumocoques[74]	Vaccine: effectif contre 80% des infections à pneumocoque	I	Immunisation	E A	Pour la population en général Pour les groupes à risques élevé: personnes souffrant de maladie débilitante chronique, de dépranocytose ou d'asplénie. Ne pas revacciner avant 3 ans Le vaccine doit être évité chez les enfants âgés moin de deux ans; les effets du vaccin sur le foetus sont inconnus.
	Meningite à méningocoques[75,76]	Vaccin: effectif 1'immunité dure de quelque moins à 3 ans	I	Immunisation	E A	Pour l'ensemble de la population Pour le groupe à risque élevé: les recrues militaires et les voyageurs dans des pays infectés Le vaccin du serogroupe C doit être évité chez les enfants de moins de 2 ans; les effets du vaccin sur le foetus sont inconnus

	Affection	Valeur de la mesure Préventive et curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommendations et commentaires	
19.	Gastro-entérite aigüe de l'enfance*[77-79]	Prévention évidence anecdotique d'efficacité de l'allaitement maternel Traitement effectif chez les enfants dont les états de santé ne sont pas autrement affectés.	II-2	Pas encore disponible	D	La maladie grave arrive chez les enfants de moins de 2 ans Son expression tend à être influencée par des facteurs socio-économiques aussi bien que nutritionnels
20.	Infection streptococcique hémolytique qui peut causer la glomérulonéphrite aigüe ou la fièvre rhumatismale aigüe*[80,81]	Dans les collectivités soumises à certaines conditions, la prévention secondaire est effectif	Dépistage chez la population en général: I Chez les groupes à risques élevés: III	Anamnèse relative à une infection par streptocoques béta-hémolitiques; culture des sécrétions de la gorge	E C	Pour la population en général Groupes à risque élevé
21.	Infection des voies urinaires*[82-90]	On peut dépister certains cas, mais le rendement est faible. Le traitement est souvent suivi d'une réinfection	II-2	Analyse d'urine	D	
22.	Toxoplasmose*[91-94]	De bonnes mesures d'hygiène sont effectives	III	S'informer sur l'exposition; le test sérologique pour Toxoplasma Gondii et le counselling sur l'hygiène pour le groupe à risque élevé	C A	Pour la population en général Pour les groupes à risque élevé: femmes enceintes gardant un chat à la maison ou qui mangent de la viande crue
23.	Maladie parasitaires, autres que la toxoplasmose*[95,96]	Les mesures hygiéniques sont effectives	III	Aucune intervention spécifique	C	Le groupe à risque élevé. (Au Canada, le groupe à risque élevé d'infection à l'Ascaris lombricoides et au Giardia lamblia peut inclure les Indiens et les Inuit.)
24.	Blennorragie[97-99]	Prévention: valeur limitée Traitement: efficace si administré tôt	II-2	Frottis du col utérin et de l'urètre; culture des secretions du col utérin, et de l'urètre ainsi que des premières urines	D A A	Pour la population en général Les femmes enceinte doivent être examinées L'incidence est plus élevée chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels.
25.	Syphilis[100]	Prévention: valeur limitée Traitement: efficace s'il est administré assez tôt	II-2	Épreuves sérologiques	D A A	Pour la population en général Les femmes enceintes doivent être examinées L'incidence est plus élevée chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels
26.	Infection génitale par la chlamydia[101-103]	Prévention: difficile Traitement: antibiotiques	III	Épreuves sérologiques, cultures, frottis	C	
27.	Infections par le virus du groupe herpès de type 2 et infections à cytomégalovirus[104,105]	Prévention: inconnue Traitment: inefficace	III	Epreuves sérologiques, cultures, examens microscopiques	C	
28.	Insuffisance pondérale du nouveau-né[106-110]	Prévention: une diète adéquate (particulièrement en protéines) est efficace; il est conseillé aux mères de renoncer au tabagisme	II-2	Consommation adéquate de calories et de protéines; fumer moins ou arrêter complètement	B	

	Affection	Valeur de la mesure Préventive et curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommendations et commentaires	
29.	Malnutrition[111-120]	Prévention: l'efficacité n'en a pas encore été prouvée Traitement: plus ou moins efficace	III	Anamnèse; mesure de la taille et du poids et autres mesures anthropométriques; détermination du taux de protéines sériques chez les groupes à risque élevé	C B	Pour la population en général Pour les groupes à risque élevé: adolescentes, femmes encientes, femmes allaitant pendant une période prolongée, personnes avec "marottes alimentaires", Amérindiens et Inuit
30.	Obésité chez les enfants*[121-124]	La valeur de la prévention ou du traitement n'a pas été démontrée	III	Série de mesures précises de la taille et du poids	C	
31.	Troubles de croissance (hormonaux)*[125-129]	Traitement: valable et efficace pour une personne de petite taille secondaire à l'hypothyroidie, à l'hypopituitarisme et à l'hyperplasie surrénalienne congénitale	II-2	Enregistrement de la taille et du poids et autres mesures anthropométriques sur une fiche de croissance standardisée	B	Priorité pour la recherche
32.	Problèmes parentaux y compris l'enfant maltraité et négligé*[130-139]	L'intervention peut être effective pour empêcher de maltraiter les enfants	Enfant maltraité II-1 Parentalité: III	Anamnèse, counselling; évaluation des interactions parents-enfants	A C	Enfant maltraité Parentalité Priorité pour la recherche
33.	Hyperactivité et difficulté d'apprentissage*[140-142]	Prévention: n'est pas effective Traitement: efficace dans le cas de l'hyperactivité	Hyperactivité: I Difficulté d'apprentissage: II-2	Évaluer l'interaction parent-enfant: dépistage pédagogique pré-scolaire	C	Pour les deux affections Priorité pour la recherche
34.	Troubles familiaux, problèmes conjugaux et sexuels*[143-146]	Incertaine	III	Anamnèse; counselling	C	Priorité pour la recherche
35.	Troubles psychiatriques (troubles affectifs et suicide)*[147-152]	Troubles affectifs d'ordre psychotique: le traitement est efficace Troubles affectifs d'ordre névrotique ou réactionnel: l'efficacité du traitement est incertaine Suicide: la valeur de la mesure préventive n'a pas été prouvée	I II-1 II-2	Il n'existe aucune intervention qui permette de déceler les prodromes	D	Pour toutes les affections Priorité pour la recherche
36.	Tabagisme[153-155]	Le counselling: efficace plutot qu'effectif	Efficacité II-1 et II-2, valeur: III	Anamnèse et counselling	C	Le patients à risque élevé incluent les femmes utilisant les contraceptifs oraux; les diabétiques; les hypertendus et/ou les gens avec un cholesterol sanguin élevé; les personnes avec évidence de maladie due au tabagisme; les travailleurs de l'amiante, de la silice, du charbon, de l'uranium et des industries agricoles de grains Priorité pour la recherche
37.	Consommation d'alcool*[51,156-159]	Prévention: pas encore effective Traitement: effectif jusqu'à un certain point	III	Anamnèse; conseils	C	Priorité pour la recherche

	Affection	Valeur de la mesure Préventive et curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommendations et commentaires	
38.	Strabisme[160,161]	La prévention secondaire de l'amblyopie est effective	II-1	Simple examen; examen d'obturation en alternance (cover-uncover test)	B	Priorité pour la recherche
39.	Vices de réfraction[162,163]	Prévention: impossible Traitement: effectif	III	Mesure de l'acuité visuelle	C	Priorité pour la recherche
40.	Troubles audifits[164,165]	Prévention: non valable Traitement: la thérapie correctrice offre certains avantages	II-2	Anamnèse et examen clinique	B	Les individus qui exigent plus d'examen sont les enfants chez qui les parents soupçonnent un problème, qui ne réagissent pas à un bruit nouveau hors de leur vision ou qui manifestent un déclin ou une absence de babillage, les enfants avec un retard du devéloppement ou un défaut de la parole, les adultes durs d'oreille ou qui ne répondent pas lorsqu'on leur parle Priorité pour la recherche
41.	Glaucome à angle ouvert*[166-173]	Le traitement précoce prévient la perte d'acuité visuelle symptomatique	III	Examen du fond de l'oeil, évaluation du champ visuel et mesure de la tension intra-oculaire	C	Priorité pour la recherche
42.	Hyperlipidémie*[174-177]	Imprécise	III	Antécédents familiaux chez les jeunes hommes; dosage sérique du cholestérol et des triglycérides	C	
43.	Hypertension[178,179]	Prévention: aucune Traitement: effectif	I	Mesure de la tension artérielle; examen et traitement au besoin	A	L'étiquetage doit être évité à moins qu'un traitement et une surveillance prolongés soient prévus
44.	Thalassémie*[180-183]	Inconnue	III	Anamnèse; dépistage de masse en laboratoire; counselling	C B	Pour la population en général Pour les personnes d'âge parental originaires d'Asie, d'Afrique et de la Méditerranée. Comme les porteurs ne peuvent recevoir d'aide, on doit demander aux sujets à risque élevé s'ils désirent participer aux examens après les avoir mis au courant des faits pertinents Priorité pour la recherche
45.	Anémie ferriprive*[184-186]	Prévention: possible Traitement: augmenter la concentration d'hémoglobine, mais sa valeur n'est pas certaine	III	Détermination de la concentration sanguine d'hémoglobine	C	Les groupes à risque élevé incluent les enfants prématurés, les enfants nés d'un accouchement multiple, les mères souffrant d'une déficience de fer et les personnes de situation socio-économique faible
46.	Bronchite chronique*[154,187-190]	Prévention: s'abstenir de fumer est associé à l'absence ou à une faible incidence d'obstruction des voies respiratoires et à un taux de mortalité inférieur attribuable aux troubles respiratoires. Traitement: cesser de fumer est effectif	II-1	Encourager à ne pas fumer; counselling	D	

	Affection	Valeur de la mesure Préventive et curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommendations et commentaires	
47.	Carence en alpha-1 -antitrypsine*[191-193]	Prévention et traitement: indéterminés	II-1	Encourager à ne pas fumer	D	
48.	Cancer de sein[194-197]	L'examen physique et la mammographie permettant de déceler cette affection au début ont abaissé le taux de la mortalité chez les femmes âgées de 50 à 59 ans	I	Pour les femmes âgées de 50 à 59 ans: mammographie et examen des seins annuellement	A	Priorité pour la recherche
49.	Cancer du col de l'utérus[198]	Prévention et traitement: efficaces	II-1	Frottis Papanicolaou	B	Chez les femmes ayant des relations sexuelles, examen au moins tous les 3 ans jusqu'à l'âge de 35 ans et tous les 5 ans par la suite Pour les groupes à risque élevé (l'activité sexuelle précoce, varieté de partenaires sexuels) les examens devraient être faits au moins une fois par année Priorité pour la recherche
50.	Cancer du côlon et du rectum*[199-201]	Prévention: passable, certaines preuvent attestent la valeur de la prévention secondaire suite au dépistage par sigmoïdoscopie Traitement: passable avec la chirurgie au cours de la phase présymptomatique	I et II-2	Recherche de sang occulte dans les selles	B	Les groupes à risque élevé incluent les patients ayant une histoire de colite, de polypose familiale, d'adénomes villeux ou une histoire familiale de cancer du colon Priorité pour la recherche
51.	Cancer du poumon (cancer broncho-pulmonaire)*[188,202-204]	Prévention: arrêt du tabagisme efficace	II-1	Aucune déclarée valable	D	Priorité pour la recherche
52.	Cancer de l'estomac[205-209]	Certaines preuves attestent la valeur de la prévention secondaire par le dépistage utilisant l'endoscopie, la photofluorographie et l'analyse cytologique gastrique	III	Photofluorographie; lavage salin et examen cytologique; recherche de sang occulte dans les selles	C	Terre-Neuve est une région à risque élevé
53.	Cancer de la prostate*[210-217]	Prévention: aucune preuve Traitement: aucune preuve de son efficacité pour le moment	III	Toucher rectal; massage de la prostate et examen cytologique; détermination de la phosphatase acide sérique	C	
54.	Cancer de la vessie[218]	Prévention: aucune connue Traitement: passable	III II-1	Examen cytologique de l'urine	D B	Pour la population en général Groupes à risque élevé comprennent les travailleurs exposés aux agents cancérigènes de la vessie et les fumeurs
55.	Cancer de la peau[219-222]	Prévention: aucune connue Traitement: effectif	II-1	Counselling, examen	D B	Pour la population en général Les groupes à risque élevé comprennent les gens qui travaillent à l'extérieur et ceux qui sont en contact avec les hydrocarbures aromatiques polycycliques
56.	Maladie de Hodgkin[223,224]	Prévention: pas effective Traitement: relativement effectif	III	Examen, radiographie	C	

	Affection	Valeur de la mesure Préventive et curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommendations et commentaires	
57.	Cancer de la cavité buccale*[225-228]	Prévention: aucune connue Le dépistage précoce est possible, mais on ne connaît pas son effet. Le traitement dépend de l'emplacement de la lésion	Détection précoce: III Valeur du traitement prodigué: II-1	Examen visuel	C	Risque accru pour les hommes et tous les fumeurs La sensibilité du diagnostic précoce est augmenté par le test au bleu de toluidine, la cytologie et/ou la biopsie quand indiquées, par l'examen clinique
58.	Diabète sucré chez l'adulte (à l'exclusion des femmes enceintes)*[158,229-236]	Le traitement des personnes asymptomatiques ne s'est pas révélé effectif dans le contrôle des complications	I;II-2	Recherche du glucose dans l'urine; glycémie à jeun et postprandiale	D B	Pour la population en général Les facteurs de risque élevé comprennent: une histoire familiale de diabète, des anomalies associés à la grossesse et des anomalies physiques comme des troubles circulatoires et des troubles vasculaires marqués
59.	Hyperthyroidie*[237,238]	Le traitement est effectif, mais il n'est pas nécessaire durant la période asymptomatique	II-2	Dosage sérique de la thyroxine et de la triiodothyronine et l'index de saturation TBG (thyroxine binding globulin)	D	
60.	Hypothyroidie*[238,239]	Le traitement de l'hypothyroidie clinique est effectif	III	Examen clinique chez les femmes en période post-ménopausique	C	Priorité pour la recherche
61.	Ménopause[240-242]	La prévention est impossible puisque les femmes qui sentiront des symptômes vasomoteurs ne peuvent être identifiées Le traitement des bouffées de chaleur, de la sécheresse vaginale et des troubles de l'humeur est effectif	III	Mesure de la concentration plasmatique d'oestradiol	C	
62.	Incompatibilité sanguine foeto-maternelle*[243-245]	Les deux sont très effectifs. Administration d'immunoglobulines anti-Rh positif aux femmes Rh-négatives	I	Détermination du groupe sanguin et recherche des anticorps	A	
63.	Grossesse non désirée chez les adolescentes[246-248]	Peut de preuves à l'appui pour prévenir la 1ère grossesse Bonnes preuves à l'appui pour prévenir la 2e grossesse	III I	Counselling sur la contraception à la première visite et par la suite; avortement	B A	
64.	Accouchement prématuré[249,250]	Pour incompétence du col de l'utérus: passable Pour d'autres causes d'accouchement prématuré: études plus poussées nécessaires	II-2 III	Anamnèse; cerclage du col de l'utérus Anamnèse; traitement pharmacologique; accouchement dans des centres spécialisés	B C	Priorité pour la recherche
65.	Avortements spontanés à répétition[249,251]	Les facteurs virtuellement responsables sont identifiables dans 30% des cas, mais ils ne peuvent pas tous être traités	III	Enquête pour dépister les causes possibles	C	
66.	Bactériurie en période de gossesse*[252-256]	Prévention secondaire et tertiaire: effective Traitement: valeur à long terme non prouvée	II-1	Examen microbiologique de l'urine	B	

	Affection	Valeur de la mesure Préventive et curative	Qualité des preuves	Intervention		Recommendations et commentaires
67.	Caries dentaires*227,257-265	La prévention et le traitement donnent d'excellent résultats	Application topique du fluorure: I Eau fluorée: II-1 Counselling sur la diète: II-2 Mesures préventives secondaires: III Examen périodique: III Fréquence des examen périodiques: III	Examens visuel et tactile et radiographie au besoins Application du fluorure chez les résidents de région sans approvision-nement d'eau fluorée	C A	Les groupes à risque élevé sont ceux âgés de 3 à 20 ans Priorité pour la recherche
68.	Troubles orthodon-tiques*227,266-268	La prévention et le traitement donnent d'excellents résultats	Détection précoce: II-2 Traitement: II-2	Examen de la bouche et radiographie	B	Priorité pour la recherche
69.	Maladie périodon-tiques*227,261,269,270	Prévention et traitement: valeur non déterminée	Efficacité des mesures préventives: III Fréquence de l'examen: III	Examens visuel et tactile; encourager l'hygiène buccale quotidienne	C	Priorité pour la recherche
70.	Accidents de véhicules automobiles*271-274	Indéterminée	III	Contrôle de l'état médical sous-jacent, couselling pour les invalides, encourager l'usage de ceinture de sécurité pour les chauffeurs et tous les passagers	C	Une attention spéciale devrait être apportée aux personnes à risque élevé secondaire aux défauts physqiues et aux infirmités
71.	Accidents (autres que les accidents de véhicules automobiles)275-278	Aucune preuve disponible	Ne peut être évaluée	Se servir de l'examen médical périodique prévu pour d'autre motifs afin d'encourager la sécurité à la maison et dans la collectivité	C	Une proportion importante d'accidents arrive à la maison, où les jeunes enfants et les vieillards sont particulièrement exposées
72.	Scoliose*279-182	Inconnue	III	Examen physique par les infirmières dans les écoles	C	
73.	Pelvispondylite rhumatismale283	Les deux présentent une valeur limitée	III	dépistage des personnes porteuses de l'antigène HLA B27	C	
74.	Polyarthrite rhumatoide284-287	Prévention: Inconnue Traitement: passable	III	Indéterminé	C	
75.	Ulcère gastroduodénal288-293	Prévention: aucun moyen disponible Traitement: effectif	II-2	Anamnèse	D	
76.	Cholélithiase*284-302	L'acide chénodésoxycholique est d'une efficacité temporaire pour la prévention primaire et secondaire; aucune étude n'a été faite sur la valeur de l'acide CDC	III	Le drainage duodénal de la bile sert de prévention primaire (usage peu fréquent); pour la prévention secondaire, cholécystographie et/ou drainage duodénal	C	

	Affection	Valeur de la mesure Préventive et curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommendations et commentaires
77.	Malaise associé à la retraite*303-309	Prévention: effective, mais en grande partie psychologique	III	Avant la retraite, un dernier examen médical et le counselling faisant partie d'un série d'examens médicaux périodiques subits au cours de la vie adulte	C
78.	Incapacité progressive liée à l'âge*310-314	Dépistage des affections non déclarées et correction des conditions de vie défavorables	II-2	Enquête effectuée à domicile par un professionel de la santé, selon le mode organe-système pour déceler les troubles au niveau physique, psychologique ou social et application de mesures d'interventions ultérieures au besoin	B

Tableau IIc — **Fondement des priorités pour la recherche***

+: priorité pour la recherche
++: priorité élevée pour la recherche
+++: priorité élevée et urgente pour la recherche

	Affection	Priorité	Commentaires
31 -	Troubles de croissance (hormonaux)	++	Pour déterminer la fréquence optimale des mensurations
32 -	Problèmes parentaux	+++	Pour identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
33 -	Hyperactivité et difficulté d'apprentissage	++	Pour déterminer la spécificité et la sensibilité des instruments de mesure, les groupes à risque de difficulté d'apprentissage et la valeur des interventions précoces pour les groupe à risque élevé
34 -	Troubles familiaux, problèmes conjugaux et sexuels	+	Pour déterminer la valeur des mesures préventives
35 -	Troubles psychiatriques	+	Pour déterminer si la recherche des états de depression et intentions suicidaires au cours de l'examen médical périodique, suivie de thérapie des cas identifiés, fait plus de bien que de tort
36 -	Tabagisme	+	Pour établir la valeur du counselling comme moyen d'arrêt et si ce moyen n'est pas effectif, rechercher de meilleures méthodes pour arrêter de fumer
37 -	Consommation d'alcool	+	Pour déterminer si le counselling est efficace comme moyen de réduire la consommation d'alccol
38 -	Strabisme	+	Pour déterminer la fréquence optimale des examens
39 -	Troubles de réfraction	++	Pour déterminer la valeur du diagnostic presymptomatique des troubles de réfraction
40 -	Troubles auditifs	++	Pour déterminer la valeur du diagnostic précoce et les moyens de diagnostic disponsibles
41 -	Glaucome à angle ouvert	++	Pour obtenir des données sur l'épidemiologie et l'évolution naturelle des différentes sortes de glaucome, la valeur du traitement et la conformité au traitement à long terme par les patients, l'habilité de différents professionnels de la santé à faire un examen du fond d'oeil et l'intervalle entre les examens de dépistage chez les différents groupes d'âge et chez les personnes souffrant ou non d'hypertension occulaire

	Affection	Priorité	Commentaires
44 -	Thalassémie	+	Pour déterminer la valeur de la mesure préventive
48 -	Cancer du sein	+++	Pour déterminer les avantages respectifs de la mammographie et de l'examen clinique, la fréquence optimale de ces interventions, les avantages de ces techniques pour les groupes d'âge autres que la 6e décennie et surtout pour ceux de la 5e décennie, les risques, associés aux irradiations émises par les appareils courants, l'acquiescement des bénéfices découlant spécifiquement de l'auto-examen des seins d'une population non choisie, et l'avantage que suppose le recours aux services des professionnels de la santé associés dans les programmes de dépistage
49 -	Cancer du col utérin	+	Pour déterminer l'âge optimal et la fréquence des examens
50 -	Cancer du colon et du rectum	++	Pour déterminer la sensibilité, la spécificité l'acceptabilité, les effets secondaires et la fréquence appropriée d'examens simples tels que la recherche de sang occulte dans les selles puisque la qualité de la preuve du grade I n'est valable que pour la sigmoidosiopie comme mesure preventive
51 -	Cancer du poumon (cancer broncopulmonaire)	+	Pour déterminer la valeur des stratégies actuelles de prévention du tabagisme et, si cela n'est pas satisfaisant, rechercher de meilleurs méthodes de maintenir l'abstention de fumer
60 -	Hypothyroidie	++	Pour obtenir des preuves que le traitement de l'hypothyroidie asymptomatique (bio-médicale) modifie l'évolution naturelle de la maladie
64 -	Accouchement prématuré	+	Pour déterminer la façon d'identifier les cas à risque élevé et la valeur des traitements courants
67 -	Caries dentaires	+	Pour déterminer la fréquence optimale des examens
68 -	Trouble orthodontiques	+	Pour déterminer la fréquence optimale des examens
69 -	Maladie périodontiques	+	Pour déterminer la fréquence optimale du examens et la valeur du counselling en hygiène buccale

Tableau III — **Ensembles de protection sanitaire**

Le tableau III présente 18 ensembles de protection sanitaire pour les différentes étapes de la vie et pour chaque sexe. Chaque ensemble, de même que chaque affection d'un ensemble, ont été codifiés. Dans certains cas la lettre dénotant la recommandation du groupe d'étude est suivie de la lettre R, ceci indique que la recommandation s'applique seulement au groupe à risque élevé. Dans certains ensembles, en plus des affections qui touchent la population en général, il y a des affections qui doivent être recherchées seulement chez les groupes à risque élevé. Ceux-ci sont identifiés par la lettre R qui apparaît dans le numéro de code. Dans quelques ensembles, le groupe d'étude a cru bon d'inclure certaines affections même si celles-ci ne sont pas appuyées par un résumé énuméré au tableau IIb (e.g. allaitement maternel).

Ensemble de Protection Sanitaire P (prénatal)

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
P1	Détresse respiratoire du nouveau-né (B)	Détection durant la grossesse de facteurs étiologiques suggérant un risque élevé Télésurveillance (monitoring) durant le travail	À la première visite prénatale et à toute les visites subséquentes	Les risques élevés sont associés à la toxémie, aux maladies rénales et cardiaques, au diabète, aux anomalies gynécologiques d'ordre anatomique et aux troubles obstétricaux antérieurs (e.g. mortalité néonatale)
P2	Anomalies du tube neural (B)	Dosage de l'alpha-foeto-protéine sérique maternelle. Si l'AFP est élevée, ajouter l'amniocentèse et l'échographie	Entre la 16^{e} et la 18^{e} semaines de grossesse	Le dépistage doit être disponible aux femmes enceintes, pourvu que les parents comprennent que la confirmation peut nécessiter un examen échographique et l'amniocentèse, et sont prêts à accepter l'avortement thérapeutique, si le foetus est affecté.
P3	Mongolisme (B)	Anamnèse; s'il y a des antécédents positifs: procéder à l'amniocentèse si les parents sont prêts à accepter un avortement thérapeutique si le foetus est affecté	À la première visite prénatal	Antécédents positifs: - un parent porteur d'une translocation du chromosome 21; - autres enfants ou proches parent atteints de mongolisme; - la mère a plus de 35 ans
P4	Rubéole (A)	Inhibition de l'hémagglutination; si l'avortement n'est pas acceptable, administration de gamma-globulines aux femmes non immunisées qui ont été exposés à la maladie	À la première visite prénatale	Répéter si la femme non immunisée est de nouveau exposée à l'affection
P5	Toxoplasmose (A)	S'enquérir de possibilité de contact; si groupe à risque élevé: tests sérologiques pour Toxoplasma gondii et counselling sur l'hygiène nécessaire	À la première visite prénatale, ensuite tous les 3 mois et au moment de l'accouchement	Groupes à risque élevé: personnes qui gardent des chats à la maison ou qui mangent de la viande crue
P6	Blennorragie (A)	Frottis du col utérin et de l'urètre; culture des sécretions du col utérin, de l'urètre et des premières urines du matin	À la première visite prénatale	Répéter à 36 semaines pour les femmes à risque élevé
P7	Syphilis (A-R)	Épreuves sérologiques	À la première visite prénatale	Répéter l'épreuve au cours du dernier trimestre si la patiente est du groupe à risque élevé
P8	Sous-alimentation (C) et insuffisance pondérale du nouveau-né (B)	Dosage des protéines sériques et l'hémoglobine Counselling sur l'abstinence du tabac et sur l'apport approprié de protéines et de calories; mesure de la taille et du poids	À la première visite prénatale À la première visite prénatale et aux visites subséquentes	Répéter le dosage de l'hémoglobine entre la 28^{e} et 32^{e} semaine; la prévention de la sous-alimentation peut nécessiter l'apport d'aliments en suppléments chez certaine personnes ou groupes

* Quoique la fréquence optimale des visites de contrôle n'ait pas été établie, elle est actuellement comme suit:
- mensuelle, jusqu'à la 28e semaine
- semi-mensuelle, de la 29e à la 36e semaine
- hebdomadaire, après la 36e semaine

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
P9	Problèmes (C), y compris l'enfant maltraité et négligé (A)	Anamnèse; établir l'attitude des parents vis-à-vis l'arrivée du bébé; counselling	À la première visite et à des intervalles appropriés selon le jugement clinique	Priorité de recherche élevée et urgente: identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
P10	Alcoolisme (B)	Anamnèse; counselling sur la réduction de la ration d'alcool; avortement thérapeutique lorsque acceptable si le risque pour le foetus est jugé considérable	À la première visite et à des intervalles appropriés basés sur le jugement clinique	L'abstention de boisson alcoolique pendant la grossesse est recommandée
P11	Hypertension (A)	Mesure de la tension artérielle	À toutes les visites	Un test de protéinurie doit aussi être fait à toutes les visites
P12	Diabète (B)	Anamnèse; recherche de sucre dans les urines si positif: glycémie à jeun et post-prandiale; épreuve d'hyperglycémie provoquée à 28 semaines pour les femmes à risque de diabète durant la grossesse	À la première visite et aux visites subséquentes	Prodromes du diabète: - antécedants d'augmentation prématurée de la grosseur du foetus par rapport à son âge, morts-nés, avortements spontanés à répétition ou anomalies foetales - anamnèse familiale de diabète - anomalies physique e.g. troubles circulatoires et obesité
P13	Incomptabilité sanguine foeto-maternelle (A)	Détermination du groupe sanguin (systèmes A B O et Rhésus); recherche des anticorps	À la première visite prénatale	Voir le Manuel de la Croix-Rouge pour les techniques généralement acceptées à travers le Canada
	Femmes Rh-négatives	Recherche des anticorps anti-D	À 20 semaines et à tous les mois jusqu'à la 28e semaine; toutes les deux semaines jusqu'à l'accouchement	
		Injection d'immunoglobulines anti-Rh positif	- À la 28e semaine si aucun anticorps n'a été décelé au cours des 4 semaines précédentes - Dans les 72 heures de l'accouchement si le nouveau-né est Rh-positif et si la mère n'a pas développé d'anticorps anti-Rh	Autres indications: - avortement spontané ou provoqué; - amniocentèse; - transfusion incompatible de sang Rh-positif à une femme Rh-négative - hémorragie utérine abondante
	Femmes Rh-positives	Recherche des anticorps	Entre la 32e et la 36e semaines	
P14	Accouchement prématuré (B)	Anamnèse d'accouchements prématurés; si positif; - pour incompétence du col de l'utérus (B): cerclage du col - pour d'autres causes (C): consultation à un centre de grossesses à risque élevé	À la première visite prénatale	Priorité pour la recherche: comment identifier les femmes à risque élevé; déterminer la valeur de la thérapie actuelle
P15	Avortements spontanés à répétition (C)	Anamnèse; s'il y a des antécédents positifs: chercher les causes possibles	À la première visite prénatale	Causes possibles: maladies des glandes endocrines, anomalies de l'utérus, aberrations chromosomiques, infections et insuffisances du corps jaune
P16	Bactériurie (B)	Examen microbiologique des urines	Au premier trimestre; répéter à chaque trimestre et à la 6e semaines après l'accouchement	

* Quoique la fréquence optimale des visites de contrôle n'ait pas été établie, elle est actuellement comme suit:
- mensuelle, jusqu'à la 28e semaine
- semi-mensuelle, de la 29e à la 36e semaine
- hebdomadaire, après la 36e semaine

P17	Allaitement maternelle (C)	Counselling	À chaque visite prénatale	
P18	Dépression postpartum (C)	Counselling relevé des symptômes	Au cours de la visite postpartum	

Ensemble de protection sanitaire N (nouveau-né et durant la première semaine de vie)

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
N1	Détresse respiratoire du nouveau-né (B)	Examen clinique	À la naissance	Facteurs de risque: anomalies respiratoires, métaboliques et cardiaques, infections et convulsions
N2	Maladie hémorragique du nouveau-né (hypoprothrombinémie) (B)	Administration de 1mg de vitamin K_1	À la naissance	
N3	Syphilis congénitale (A-R) (B)	Épreuve sérologique avec le sang du cordon ombilical	À la naissance	
N4	Ophtalmie purulente gonococcique (A)	Instillation dans chaque oeil d'un collyre au nitrate d'argent à 1%	À la naissance	
N5	Hypothyroidie du nourrisson (A)	Épreuve de la thyroxine sur papier-filtre chez tous les nouveau-nés; épreuve à la TSH utilisée comme examen complémentaire	Au cours de la première semaine de vie	Répéter l'épreuve à la thyroxine peut être utilisé comme aide au besoin
N6	Phenylcétonurie (A)	Inhibition microbiologique (Guthrie) et épreuves fluorimétriques	Une fois avant et après le 4e jour de vie	Il peut s'avérer nécessaire de répéter ces épreuves et d'effectuer une épreuve complémentaire de chromatographie sur papier
N7	Luxation congénitale de la hanche (B)	Examen clinique (flexion, abduction et manoeuvre d'Ortolani); confirmation radiographique	Au cours des 2-3e jours	
N8	Malformation du septum inter-ventriculaire (B)	Anamnèse et examen clinique	À la naissance et à la sortie de la pouponnière	Un étiquetage inapproprié à l'égard de souffles bénins peut être préjudiciable; les examens complémentaires, si nécessaire, comprennent radiographie de la poitrine, échocardiographie et cathétérisme cardiaque
N9	Troubles de croissance et de développement (B): sous-alimentation (C)	Examen clinique; mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête	À la naissance	Enregistrement de la taille et du poids sur une fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
N10	Problèmes parentaux (C) y compris l'enfant maltraité et négligé (A)	Antécédents familiaux; évaluation des interactions parents-enfants; counselling	Au cours des visites régulières et durant la période de "rooming-in"	Priorité de recherche élevée et urgente: identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
N11	Strabisme (B)	Examen clinique; examen d'obturation en alternance (cover-uncover test)	Au cours de la première semaine de vie	Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des examens

* Cet ensemble peut être dispensé par un professionel de la santé associé, préparé de façon adéquate. La dispensation de ces interventions à domicile comporte des avantages pour les familles défavorisées.

N12	Troubles auditifs (B)	Vérification du réflexe audio-oculogyrique dans la direction d'une nouvelle source sonore hors du champ visuel	Une fois avant le congé de la pouponnière	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostique précoce et des moyennes de diagnostic courant
N13	Incompatibilité sanguine foeto-maternelle (A)	Effectuer test de Coombs, dosage des taux d'hémo-globine et de bilirubine avec du sang du cordon ombilical; examen clinique	À la naissance	
N14	Accidents (domicilaires et de véhicules auto-mobiles) (C)	Conseils aux parents sur l'usage de ceinture de sécurité et de la sécurité domiciliaire	Une fois avant le congé de la pouponnière	
NR15	Fibrose kystique du pancréas (B)	Test à la sueur (par électro-phorèse) au moins à deux reprises; observation des signes cliniques	À la naissance et au congé de la pouponnière	Descendants de parents atteints de fibrose kystique
NR16	Toxoplasmose (A)	Épreuve sérologique pour déterminer la présence d'un infection au toxoplasma gondii	À la naissance	Lorsque la mère est d'un groupe à risque élevé
NR17	Anémie ferriprive (C)	Dosage de l'hémoglobine sanguine	À la naissance et au congé de la pouponnière	Groupe à risque élevé: prématurés, naissances multiples, nouveau-nés de mères anémiques, ou de parents d'un groupe socio-économique désavantagé

*Ensemble de protection sanitaire NF (Nourrissons âgés de 2-4 semaines)**

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
NF1	Luxation congénitale de la hanche (B)	Examen clinique (flexion, abduction et manoeuvre d'Ortolani); confirmation radiographique	Une fois	
NF2	Malformation de l'arbre urinaire inférieur (garçons) (C)	S'informer de la force du jet urinaire	Une fois	
NF3	Troubles de croissance (B) sous-alimentation (C)	Examen clinique; mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité recherche, déterminer la fréquence optimale des mensurationa
NF4	Problèmes parentaux (C) y compris l'enfant maltraité et négligé (A)	Évaluation des interactions parents-enfants; counselling	À chaque rencontre avec la famille	Priorité de recherche élevée et urgente:identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problems parentaux
NF5	Accidents (domiciliaires et de véhicules auto-mobiles) (C)	Évaluation de la situation domicilaire; Conseils aux parents sur l'usage de ceintures de sécurité et sur la sécurité domiciliaire	Une fois	Les visites à domicile par un professionnel de la santé non-médical sont souhaitables pour cette intervention
NFR6	Syphilis congénitale (A)	Épreuve sérologique	Hebdomadaire	Si la mère est d'un groupe à risque élevé

* Cet ensemble peut être dispensé par un professionel de la santé associé préparé de façon adéquate; sauf pour l'auscultation cardiaque.

** Cet ensemble peut être dispensé par un professionel de la santé associé préparé de façon adéquate; le médecin responsable doit être mis au courant de l'état de santé de l'enfant.

*Ensemble de protection sanitaire 2 I (Enfants âgés de 2 mois)**

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
2I1	Malformation du septum interventriculaire (B)	Anamnèse et examen clinique	Une fois	Un étiquetage inapproprié à l'égard de souffles bénins peut être préjudiciable; examens complémentaires, si nécessaire, comprennent radiographie de la poitrine, échocardiographie et cathétérisme cardiaque
2I2	Diphtérie, coqueluche, tétanos et poliomyélite (A)	Immunisation	Une fois	Première dose: - seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés - le vaccin anti-coqueluche est contre-indiqué chez les patients avec des antécédents de convulsion - dans certains cas (e.g. chez les immuno-déficients) il est préférable d'utiliser le vaccin inactivé (Salk) au lieu du vaccin oral (Sabin) - le vaccin anti-poliomyélite est contre-indiqué dans certains cas
2I3	Troubles de croissance (B) et sous-alimentation (C)	Anamnèse; mesure de la taille, du poids, et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
2I4	Retard dans le développement (C)	Administration du "Preschool Development Questionnaire"	Une fois	Peut être complété par le "Denver Developmental Screening Test" (DSST) selon le jugement clinique
2I5	Problèmes parentaux (B) y compris l'enfant maltraité et négligé (A)	Observer les interactions parents-enfants	Au cours de la (des) visite(s) régulière(s)	Priorité de recherche élevée et urgente: identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
2I6	Strabisme (B)	Examen clinique des yeux; épreuve d'obturation en alternance (cover-uncover test)	Une fois	Priorité de recherche: établir la fréquence optimale des examens

*Ensemble de protection sanitaire 4 I (Enfants âgés de 4 mois)***

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
4I1	Diphtérie, coqueluche, tétanos et poliomyélite (A)	Immunisation	Une fois	Deuxième dose: - seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés - le vaccin anti-coqueluche est contre-indiqué chez les patients avec des antécédents de convulsion - dans certains cas (e.g. chez les immuno-déficients) il est préférable d'utiliser le vaccin inactivé (Salk) au lieu du vaccin oral (Sabin) - le vaccin anti-poliomyélite est contre-indiqué dans certains cas
4I2	Troubles de croissance (B) et sous-alimentation (C)	Anamnèse; mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations

* Cet ensemble peut être dispensé par un professionel de la santé associé préparé de façon adéquate.

4I3	Retard dans le développement (C)	Administration du "Preschool Development Questionnaire"	Une fois	Peut être complété par le "Denver Developmental Screening Test" (DDST) selon le jugement clinique
4I4	Problèmes parentaux (B) y compris l'enfant maltraité et négligé (A)	Observer les interactions parents-enfants	Au cours de la (des) visite(s) régulière (s)	Priorité de recherche élevée et urgente: identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
4I5	Accidents (domiciliaires, de véhicules automobiles et empoisonnements) (C)	Counselling	Au cours des visites pour d'autres raisons	Lorsque jugé à propos à cause d'une évaluation antérieur

*Ensemble de protection sanitaire 6 I (Enfants âgés de 6 mois)**

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
6I1	Diphtérie, coqueluche, tétanos et poliomyélite (A)	Immunisation	Une fois	Troisième dose: - seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés - le vaccin anti-coqueluche est contre-indiqué chez les patients avec des antécédents de convulsion - dans certains cas (e.g. chez les immuno-déficients) il est préférable d'utiliser le vaccin inactivé (Salk) au lieu du vaccin oral (Sabin) - le vaccin anti-poliomyélite est contre-indiqué dans certains cas
6I2	Troubles de croissance (B) et sous-alimentation (C)	Anamnèse; mesure de la taille, du poids, et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
6I3	Retard dans le développement (C)	Administration du "Preschool Development Questionnaire"	Une fois	Peut être complété par le "Denver Developmental Screening Test" (DSST) selon le jugement clinique
6I4	Problèmes parentaux (b) y compris l'enfant maltraité et négligé (A)	Observer les interactions parents-enfants	Au cours de la (des) visite(s) régulière(s)	Priorité de recherche élevée et urgente: identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
6I5	Trouble auditifs (B)	Vérification du réflexe audio-oculogyrique dans la direction d'une nouvelle source sonore hors du champ visuel; vérification de l'absence de babillage	Une fois	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostique précoce et des moyens diagnostiques courants
6IR6	Rougeole (A)	Immunisation	Une fois	Chez les groupes à risque élevé: - seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés - le vaccin est contre-indiqué chez les enfants avec des antécédents de convulsions; (quoiqu'aucune réaction n'ait été rapportée chez les gens allergiques aux protéines de l'oeuf, on conseille d'être prudent). - rappel entre 12-15 mois

* Cet ensemble peut être dispensé par un professionel de la santé associé préparé de façon adéquate. Une visite à domicile peut être souhaitable, plus particulièrement chez les groupes défavorisés tant économiquement que socialement.

** Cet ensemble peut être dispensé par un professionel de la santé associé préparé de façon adéquate. Toutefois, le médecin responsable doit avoir l'opportunité de revoir l'état de santé de l'enfant à ce stage.

*Ensemble de protection sanitaire 9 I (Enfants âgés de 9 mois)**

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
9I1	Troubles de croissance (B) et sous-alimentation (C)	Anamnèse; mesure de la taille, du poids, et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
9I2	Retard dans le développement (C)	Administration du "Preschool Development Questionnaire"	Une fois	Peut être complété par le "Denver Developmental Screening Test" (DSST) selon le jugement clinique
9I3	Problèmes parentaux (B) y compris l'enfant maltraité et négligé (A)	Anamnèse et observation; counselling	Facultatif, au cours de visites pour d'autres	Priorité de recherche élevée et urgente: identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
9I4	Accidents (domiciliaires, de véhicules automobiles et empoisonnement) (C)	Counselling	Une fois, au cours de visites pour d'autres raisons	
9IR5	Anémie ferriprive (C)	Détermination de l'hémoglobine	Une fois	Chez les groupes défavorisés tant économique que socialement

*Ensemble de protection sanitaire 12 I (Enfants âgés de 12-15 mois)***

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
12I1	Rougeole (A)	Immunisation	Une fois	Peut être administré seul ou en association avec les vaccins anti-ourlien et antirubéoleux, mais - seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés - le vaccin antirougeole est contre-indiqué chez les enfants avec des antécédents de convulsions (on conseille la prudence chez les enfants allergiques aux protéines de l'oeuf).
12I2	Oreillons (A)	Immunisation	Une fois	- seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés - le vaccin anti-ourlien est contre indiqué chez les enfants allergiques à la neomycine et chez ceux atteints d'immuno-défience (on conseille la prudence chez les enfants allergiques aux protéines de l'oeuf)
12I3	Rubéole (A)	Immunisation	Une fois	Seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés
12I4	Troubles de croissance (B) et sous-alimentation (C)	Anamnèse; mesure de la taille, du poids, et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
12I5	Problèmes parentaux (B) y compris l'enfant maltraité et négligé (A)	Anamnèse et observation; counselling	Facultatif, au cours de visites pour d'autres raison	Priorité de recherche élevée et urgente: identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux

* Cet ensemble peut être dispensé par un professionel de la santé associé préparé de façon adéquate.

** Cet ensemble peut être dispensé par un professionel de la santé associé préparé de façon adéquate.

*Ensemble de protection sanitaire 1C (Enfants âgés de 18 mois)**

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
1C1	Diphtérie, coqueluche, tétanos et poliomyélite (A)	Immunisation	Une fois	Quatrième dose: - seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés - le vaccin anti-coqueluche est contre-indiqué chez les patients avec des antécédents de convulsion - dans certains cas (e.g. chez les immuno-déficients) il est préférable d'utiliser le vaccin inactivé (Salk) au lieu du vaccin oral (Sabin) - le vaccin anti-poliomyélite est contre-indiqué dans certains cas
1C2	Troubles de croissance (B)	Anamnèse; mesure de la taille, du poids et circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
1C3	Troubles de comportement et de development (C)	Évaluation de l'interaction parents-enfants; Administration du "Preschool Development Questionnaire"	Une fois	Peut être complété par le "DDST (Denver Development Screening Test)" selon le jugement clinique

*Ensemble de protection sanitaire 2C (Enfants âgés de 2-3 ans)***

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
2C1	Troubles de croissance (B)	Mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
2C2	Troubles de comportement et de développement (C)	Évaluation de l'interaction parents-enfants; administration du "Preschool Devleopment Questionnaire"	Une fois	Peut être complété par le "DDST (Denver Developmental Screening Test)" selon le jugement clinique
2C3	Strabisme (B) vices de réfraction (C)	Examens des yeux; examen d'obturation en alternance (cover-uncover test) et épreuve avec échelle optométrique	Une fois	Priorité de recherche élevée: déterminer la fréquence de l'examen pour le strabisme et la valeur du diagnostic présymptomatique des vices de réfraction
2C4	Troubles auditifs (B)	Anamnèse (surtout retard ou troubles d'élocution) et examen clinique	Une fois	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostic précoce, et des méthodes de diagnostiques disponibles
2C5	Caries dentaires (A)	Examen de la cavité buccale, et radiographie si jugé nécessaire L'application de fluorure est recommandée chez les résidents de régions sans approvisionnement d'eau fluorée	Annuellement (depuis l'âge de 2 ans)	Le dépistage se fait de préférence au bureau d'un dentiste; Priorité de recherche, plus particulièrement en ce qui concerne la fréquence des examens

* Cet ensemble peut être dispensé par un professionnel de la santé associé préparé de façon adéquate.

** Le Groupe d'étude recommande que les professionnels de l'hygiène scolaire s'assurent que toutes les actions de dépistage de cet ensemble soient faites, de même que celles des ensembles correspondant aux groupes d'âge précedents, depuis la naissance. L'ensemble de protection sanitaire au moment de l'entrée à l'école est un important contact avec le système de santé et un point de repère obligatoire pour vérification.

*Ensemble de protection sanitaire 4C (Enfants âgés de 4 ans)**

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
4C1	Troubles de croissance (B)	Mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
4C2	Troubles de comportement (C)	Examen	Facultatif	Lorsque jugé à propos à cause d'une évaluation antérieure
4C3	Caries dentaires (A)	Examen de la cavité buccale; radiographie si jugé nécessaire L'application de fluorure est recommandée chez les résidents de régions sans approvisionnement d'eau fluorée	Annuellement	Le dépistage se fait de préférence au bureau d'un dentiste; Priorité de recherche, plus particulièrement en ce qui concerne la fréquence des examens

*Ensemble de protection CSE (Entrée scolaire — enfants âgés de 5-6 ans)***

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
CSE1	Diphtérie, coqueluche, tétanos et poliomyélite (A)	Immunisation	Une fois	Dose de rappel: - seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés - le vaccin anti-coqueluche est contre-indiqué chez les patients avec des antécédents de convulsion - dans certains cas (e.g. chez les immuno-déficients) il est préférable d'utiliser le vaccin inactivé (Salk) au lieu du vaccin oral (Sabin) - le vaccin anti-poliomyélite est contre-indiqué dans certains cas
CSE2	Troubles de croissance (B)	Mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête, de la poitrine et des bras	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
CSE3	Troubles de comportenent et de dévelopment (C)	Évaluation de l'interaction parents-enfants S'informer du progrès scolaire	Une fois	
CSE4	Strabisme (B) vices de refraction (C)	Examen clinique des yeux, épreuve d'obturation en alternance (cover-uncover test), et épreuve avec échelle optométrique	Une fois	Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des examens
CSE5	Troubles auditifs (B)	Anamnèse (surtout retard ou troubles d'élocution) et examen clinique	Une fois	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostic précoce et des méthodes de détection disponibles
CSE6	Caries dentaires (A) troubles orthodontiques (B)	Examen buccal; radiographie si nécessaire L'application de fluorure est recommandée chez les résidents de régions sans approvisionnements d'eau fluorée	Annuellement	S'assurer que les examens précédents ont été faits. Priorité de recherche, plus particulièrement en ce qui concerne la fréquence des examens

* L'examen peut être fait à n'importe quel moment entre 10 et 11 ans.

**L'examen peut être fait à n'importe quel moment entre 12 et 15 ans.

CSE7	Accidents (domiciliaires, de véhicules automobiles et aquatiques) (C)	Counselling	Au cours de visites pour autres raisons	Priorité de recherche: déterminer la valeur du counselling
CSER8	Tuberculose (A)	Épreuve de la sensibilité à la tuberculine; vaccination BCG et chimioprophylaxie au besoin	Une fois	Pour les enfants en contact avec des tuberculeux ou demeurant dans des collectivités ou le taux d'infection est élevé

*Ensemble de protection sanitaire 11C (Enfants âgés de 10-11 ans)**

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
11C1	Rubéole (A)	Immunisation des fillettes	Une fois	Si l'immunisation n'a pas été faite antérieurement
11C2	Troubles de croissance (B)	Mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête, de la poitrine et des bras	Une fois	Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
11C3	Troubles de comportement et de développement (C)	Évaluation de l'interaction parents-enfants: s'informer du progrès scolaire	Facultatif	Lorsque jugé à propos à cause d'une évaluation antérieure
11C4	Troubles de réfraction (C)	Épreuve avec échelle optométrique	Facultatif	Priorité de recherche élevée: déterminer la valeur du diagnostic présymptomatique
11C5	Trouble auditif (B)	Anamnèse et examen clinique	Une fois	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostic présymptomatique et des moyens disponibles de diagnostic
11C6	Caries dentaires (A) troubles orthodontiques (B)	Examen buccal; radiographie si nécessaire L'application de fluorure est recommandée chez les résidents de régions sans approvisionnements d'eau fluorée	Annuellement	S'assurer que les examens précédents ont été faits. Priorité de recherche, plus particulièrement en ce qui concerne la fréquence des examens
11C7	Accidents (domiciliaires de véhicules automobiles et aquatiques) (C) Usage d'alcool (C) Tabagisme (C) Problèmes reliés au développement sexuel (C)	Counselling	À chaque visite régulière selon le jugement clinique	Priorité de recherche: déterminer la valeur du counselling

*Ensemble de protection sanitaire 15C (Enfants âgés de 12-15 ans)***

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
15C1	Troubles de croissance (B)	Mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête, de la poitrine et des bras	Facultatif	Au besoin, si jugé à propos cliniquement
15C2	Accidents (C) Usage d'alcool (C) Tabagisme (C) Développement sexuel (y compris grossesse non désirée chez les adolescentes) (C & A)	Counselling Avortement thérapeutique lorsqu'acceptable	Facultatif	Au besoin, si jugé à propos cliniquement. Priorité de recherche: déterminer la valeur du counselling

15C3	Caries dentaires (A) troubles orthodontiques (B) maladies périodontiques (C)	Examen buccal et radiographie si indiqué; encourager l'hygiène buccale quotidienne L'application du fluorure est recommandée chez les résidents de régions sans approvisionnements d'eau fluorée	Annuellement	Le dépistage se fait de préférence au bureau d'un dentiste. Priorité de recherche, plus particulièrement en ce qui concerne la fréquence des examens
15CR4	Sous-alimentation (C) (B-R)	Détermination de la concentration des protéines sériques; anamnèse, mesure de la taille, du poids, circonférence de la tête, de la poitrine et des bras	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	Adolescentes
15CR5	Dystrophie musculaire progressive (B)	Détermination de la créatinine phosphokinase sérique	Des épreuves répétées peuvent être nécessaires, puisqu'il peut y avoir chevauchement des concentrations entre les porteuses et les femmes non affectées	Parenté de sexe féminin des malades atteints de dystrophie musculaire progressive
15CR6	Cancer du col utérin (B)	Frottis Papanicolaou	Au début de l'activité sexuelle; vérification au cours de l'année	Les adolescentes doivent être examinées au début de leur activités sexuelles

Ensemble de protection sanitaire 44FM (Pour les femmes et les hommes âgés de 16 à 44 ans)

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
44FM1	Poliomyélite (A)	Immunisation	Rappel à l'âge de 16 ans	Seulement les personnes en bonne santé doivent être immunisées. Dans certains cas (e.g. les personnes immuno-deficientes) il est préférable d'utiliser le vaccin inactivé (Salk) au lieu du vaccin oral (Sabin) Le vaccin est contre-indiqué dans certaines conditions. La grossesse n'est pas une contre-indication si l'immunisation est jugé nécessaire.
44FM2	Tétanos et diphtérie (A)	Immunisation	Rappel tous les 10 ans (facultatif pour la diphtérie)	Seulement les personnes en bonne santé doivent être immunisées
44FM3	Alcoolisme (C) tabagisme (C) et accidents de véhicules automobiles (C)	Anamnèse; counselling; donner des conseils anti-conceptionnelles effectifs aux femmes alcooliques sexuellement actives; traiter les maladies sous-jacentes	À la première visite et à intervalles réguliers selon le cas	Priorité de recherche: déterminer la valeur du counselling
44FM4	Troubles familiaux, problèmes conjugaux et sexuels (C)	Anamnèse; counselling	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	Priorité de recherche: déterminer la valeur des mesures préventives
44FM5	Troubles auditifs (B)	Anamnèse et examen clinique	Au cours des visites pour d'autres raisons	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostic précoce et des moyens de diagnostic disponibles
44FM6	Hypertension (A)	Mesure de la tension artérielle	Au moins tous les cinq ans	A chaque visite faite, pour d'autres raisons
44FM7	Caries dentaires (A) maladies périodontiques (C), cancer de la cavité buccale (C)	Examen de la cavité buccale; radiographie si jugé à propos; encourager l'hygiène buccale quotidienne	Annuellement	Priorité de recherche: particulièrement pour établir la fréquence optimale des examens

44F8	Rubéole (A)	Immunisation des femmes à risque	Une fois	Si l'immunisation n'a pas été faite antérieurement et pourvu que la femme ne soit pas enceinte et évite de le devenir pendant les trois mois suivants
44F9	Cancer du col utérin (B)	Frottis Papanicolaou	Au début de l'activité sexuelle, avec vérification au cours de l'année; ensuite tous les 3 ans jusqu'à l'âge de 35 ans; et tous les 5 ans par la suite	À tous les ans pour les femmes à risque élevé; surtout lorsque l'activité sexuelle à débuté à un jeune âge et avec differents partenaires. Priorité de recherche: déterminer l'âge optimum et la fréquence des frottis
44FR10	Dystrophie musculaire progressive (B)	Déterminer l'évaluation de la créatine phosphokinase sérique	Des épreuves répétées peuvent être nécessaires, puisqu'il peut y avoir chevauchement des concentrations entre les porteuses et les femmes non affectées	Parenté de sexe féminin des malades atteints de dystrophie musculaire progressive
44FMR11	Maladies infectieuses immunisables affectant les voyageurs internationaux (A)	Immunisation; prophylaxie	Varie selon les maladies	
44FMR12	Tuberculose (A)	Épreuve de la sensibilité à la tuberculine; vaccination BCG et chimioprophylaxie au besoin	Selon le jugement clinique	Pour toutes les personnes en contact avec des tuberculeux ou demeurant dans des collectivités ou le taux d'infection est élevé
44FMR13	Blennorragie (A)	Frottis du col, et/ou de l'urètre; culture des sécrétions du col et/ou de l'urètre et des premières urines	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	Les femmes enceintes doivent être examinées. L'incidence est plus élevée chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels
44FMR14	Syphilis (A)	Examen sérologique	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	Les femmes enceintes doivent être examinées. L'incidence est plus élevée chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels
44FMR15	Thalassémie (B)	Anamnèse; Dépistage de de laboratoire; counselling	Une fois	Par les Asiatiques, les Africains et les personnes de la région méditerranéenne en âge de procréer qui, ayant été avertis qu'aucune aide n'est disponible pour les porteurs, veulent toutefois se soumettre à un dépistage. Priorité de recherche: déterminer la valeur des mesures préventives
44FMR16	Anémie ferriprive (C) sous-alimentation (B)	Anamnèse; taux d'hémoglobine; mesure de la taille et du poids; détermination des protéines sériques	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	Les femmes désavantagées socio-économiquement, les Amérindiens et Inuit; les personnes avec des marottes alimentaires
44FMR17	Cancer de la peau (B)	Examen; counselling	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	Groupes à risque élevé: les personnes qui travaillent à l'extérieur et celles exposées au hydrocarbures polycycliques aromatisés
44FMR18	Maladie de Tay-Sachs (B)	Mesure de la résistance de l'hexosaminidase sérique à l'inactivation par la chaleur	Dépistage ou cours de l'examen prénuptial	Groupes à risque élevé: la race Ashkenazi juive; l'amniocentèse peut confirmer le diagnostique si les parents sont soupçonnés d'être porteurs
44FMR19	Cancer de la vessie (B)	Examen cytologique de l'urine	Si jugé à propos selon le jugement clinique	Groupes à risque élevé: les travailleurs exposés aux agents cancérigènes de la vessie et les fumeurs

* Même ensemble que 44FM, sauf 44F8 (rubéole), 44FMR15 (thalassémie) et 44FMR18 (maladie de Tay-Sachs) plus les quatres affections ci-haut mentionnées.

*Ensemble de protection sanitaire 64FM (Pour les femmes et les hommes âgés de 45 à 64 ans)**

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
64FM1	Cancer du colon et du rectum (B)	Recherche du sang occulte dans les selles	Pas plus d'une fois l'an	Priorité de recherche élevée: définir la sensibilité, la spécificité, l'acceptabilité, les effets secondaires et la fréquence appropriée pour les méthodes de dépistage simples
64FM2	Malaise associé à la retraite (C)	Avant la retraite, un dernier examen médical et counselling faisant partie d'une série d'examens médicaux périodiques	Une fois	
64F3	Cancer du sein (A)	Mammographie et examen clinique des seins	Annuellement Groupe âgé de 50-59	Priorité de recherche pour déterminer: - les bénéfices individuels de la mammographie et de l'examen clinique - la fréquence optimale des examens - les bénéfices pour les groupes d'âge autre que la 6^{e} décennie, plus particulièrement pour ceux de la 5^{e} décennie - les risques de l'irradiation émise selon les techniques courantes - l'acquiescement de la population non choisie - les bénéfices spécifiques de l'auto-examen - les avantages d'utiliser des professionnels de la santé associés pour des programmes de dépistage
64F4	Hypothyroidie (C)	Examen clinique des femmes ménopausées	Tous les 2 ans	Priorité de recherche élevés: déterminer si le traitement présymptomatique de l'hypothyroidie en modifie l'évolution naturelle

Ensemble de protection sanitaire 74FM (Pour les femmes et les hommes âgés de 65-74 ans)

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
74FM1	Tétanos et diphtérie (A)	Immunisation	Rappel tous les 10 ans (facultatif pour la diphtérie)	Seulement les personnes en bonne santé doivent être immunisées
74FM2	Grippe (A)	Immunisation	Annuellement	Les professionnels de la santé doivent être au courant des changements antigéniques au cours d'une telle année; contre-indication: allergie aux protéines de l'oeuf
75FM3	Troubles auditifs (B)	Anamnèse et examen clinique	Au cours des visites pour d'autres raisons	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostic précoce et des moyens de diagnostic disponibles

74FM4	Hypertension (A)	Mesure de la tension artérielle	Au moins tous les deux ans	À chaque visite faite pour d'autres raisons
74FM5	Caries dentaires (A) maladies périodontiques (C), cancer de la cavité buccale (C)	Examen de la cavité buccale; radiographie si jugé à propos; encourager l'hygiène buccale quotidienne	Annuellement	Priorité de recherche: particulièrement pour établir la fréquence optimale des examens
74FM6	Cancer du colon et du rectum (B)	Recherche du sang occulte dans les selles	Pas plus d'une fois l'an	Priorité de recherche élevée: définir la sensibilité, la spécificité, l'acceptabilité, les effets secondaires et la fréquence appropriée pour les méthodes de dépistage simples
74FM7	Sous-alimentation (C) (B-R) Incapacité progressive liée à l'âge (B)	Évaluation des activités physiques, sociales et psychologiques	Tous les deux ans	Les visites à domicile sont préférables pour le dépistage. Conserver les activités fonctionelles est plus important qu'établir un diagnostic. Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale et le contenu des évaluations
74F8	Hypothyroidie (C)	Examen clinique	Tous les 2 ans	Priorité de recherche élevée: déterminer si le traitement présymptomatique de l'hypothyroidie en modifie l'évolution naturelle
74FMR9	Maladies infectieuses immunisables affectant les voyageurs internationaux (A)	Immunisation; prophylaxie	Varie selon les maladies	
74FMR10	Tuberculose (A)	Épreuve de la sensibilité à la tuberculine; vaccination BCG et chimioprophylaxie au besoin	Selon le jugement clinique	Pour toutes les personnes en contact avec des tuberculeux ou demeurant dans des collectivités ou le taux d'infection est élevé
74FMR11	Cancer de la peau (B)	Examen; counselling	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	
74FMR12	Cancer de la vessie (B)	Examen cytologique de l'urine	Si jugé à propos selon le jugement clinique	Groupes à risque élevé: les travailleurs exposés aux agents cancérigènes de la vessie et les fumeurs
74FR13	Cancer du col utérin (B)	Frottis Papanicolaou	Tous les 5 ans ou à des intervalles appropriés selon le jugement clinique	Si les frottis antérieurs sont anormaux Priorité de recherche: déterminer l'âge et la fréquence optimale des examens

* Cet ensemble peut être fourni par un professionel de la santé associé préparé de façon adéquate.

*Ensemble de protection sanitaire 75FM (Pour les femmes et les hommes âgés de 75 ans et plus)**

Code	Affection visée et recommendation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
75+FM1	Tétanos et diphtérie (A)	Immunisation	Rappel tous les 10 ans (facultatif pour la diphtérie)	Seulement les personnes en bonne santé doivent être immunisées
75+FM2	Grippe (A)	Immunisation	Annuellement	Les professionnels de la santé doivent être au courant des changements antigéniques au cours d'une telle année; contre-indication: allergie aux protéines de l'oeuf
75+FM3	Troubles auditifs (B)	Anamnèse et examen clinique	Au cours des visites pour d'autres raisons	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostic précoce et des moyens de diagnostic disponibles de diagnostic
75+FM4	Hypertension (A)	Mesure de la tension artérielle	Au moins tous les deux ans	À chaque visite faite pour d'autres raisons
75+FM5	Cancer du colon et du rectum (B)	Recherche du sang occulte dans les selles	Pas plus d'une fois l'an	Priorité de recherche élevée: définir la sensibilité, la spécificité, l'acceptabilité, les effets secondaires et la fréquence appropriée pour les méthodes de dépistage simple
75+FM6	Cancer de la cavité buccale	Examen de la cavité buccale	Annuellement	Priorité de recherche surtout pour établir la fréquence des examens
75+FM7	Incapacité progressive liée à l'âge (B) Sous-alimentation (C) (B-R)	Évaluation des activités physiques, sociales et psychologiques	Annuellement	Cet examen est le plus important pour les personnes de ce groupe d'âge et doit de préférence être fait à domicile. Conserver les activités fonctionnelles est plus important qu'établir un diagnostic Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale et le contenu des évaluations
75+F8	Hypothyroidie (C)	Examen clinique	Tous les 2 ans	Priorité de recherche élevée: déterminer si le traitement présymptomatique de l'hypothyroidie en modifie l'évolution naturelle
75+FMR9	Maladies infectieuses immunisables affectant les voyageurs internationaux (A)	Immunisation; prophylaxis	Varie selon les maladies	
75+FMR10	Tuberculose (A)	Épreuve de la sansibilité à la tuberculine, vaccination BCG et chimioprophylaxie au besoin	Si jugé à propos selon le jugement clinique	Pour les personnes en contact avec des tuberculeux ou demeurant dans des collectivités où le taux d'infection est élevé
75+FMR11	Cancer de la peau (B)	Examen; counselling	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	
75+FMR12	Cancer de la vessie (B)	Examen cytalogique de l'urine	Si jugé à propos selon le jugement clinique	Groupes à risque élevé: les travailleurs exposés aux agents cancérigènes de la vessie et les fumeurs
75+FR13	Cancer du col utérin (B)	Frottis Papanicolaou	Tous les 5 ans ou à des intervalles approprié selon le jugement clinique	

Annexe

Le groupe d'étude remercie tous les consultants mentionnés ainsi que plusieurs scientifiques renommés qui ont apporté leur aide de façon non officielle.

Consultants au Groupe d'étude

Dr Douglas Anderson,
Bascom Palmer Institute,
P.O. Box 52009,
Miami, Florida.
U.S.A. 33152

Sir Ferguson Anderson,
Department of Geriatric Medicine,
University of Glasgow,
Glasgow, Scotland.

Dr John P. Anderson,
Izaak Walton Killam Hospital
for Children
5850 University Avenue,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 3G9

Dr Philip Bagnell,
Izaak Walton Killam Hospital,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 3G9

Dr Kenneth R. Bloom,
Assistant Professor of
Paediatrics,
The Hospital for Sick Children,
555 University Avenue,
Toronto, Ontario.
M5G 1X8

Dr N. F. Boyd,
Assistant Professor of
Medicine,
Princess Margaret Hospital,
Toronto, Ontario.
M4X 1K9

Professor J. C. Brocklehurst,
Department of Geriatric
Medicine,
University of Manchester,
Manchester, England.

Dr David P. Byar,
Head, Clinical and Diagnostic
Trials Section,
Biometry Branch,
National Cancer Institute,
London Building, Room 5C-09,
National Institute of Health,
Bethesda, Ind.
U.S.A. 20014

Dr Harold Colburn,
Direction des services
de la santé
Direction générale des services
et de la promotion de la santé
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Dr Sylvia Cruess,
Département de médecine
Hôpital Royal Victoria
Montréal (Québec)
H3A 1A1

Dr Dale Dauphinee,
Département de médecine
Hôpital Royal Victoria
Montréal (Québec)
H3A 1A1

Dr J. C. Dillon,
Médecin-nutritionniste
Centre de recherche en
nutrition
Pavillon Comtois
Université Laval
Québec (Québec)
G1K 7P4

Dr Jonathan E. Fielding,
Commissioner of Public Health,
Department of Public Health,
600 Washington Street,
Boston, Mass.
U.S.A. 02111

Dr Carol Buck,
Professor,
Department of Epidemiology
and Preventive Medicine,
University of Western Ontario,
Faculty of Medicine,
Kresge Building,
London, Ontario.
N6A 5B7

Dr Robin Eastwood,
Department of Psychiatry,
Clarke Institute of
Psychiatry,
Toronto, Ontario.
M5T 1R8

Dr Mervyn Fox,
Medical Director
London & District Crippled
Childrens Treatment Centre,
385 Hill Street,
London, Ontario.
N6B 1E4

Dr Robert Gardiner,
Directeur
Service d'endocrinologie
Département de médecine
Hôpital Général de Montréal
Montréal (Québec)
H3G 1A4

Dr Anthony Guzman,
Assistant Professor of Medicine,
194 Main Street,
Suite 209,
Ottawa, Ontario.
K1S 1C2

Dr Paul Harding,
Department of Obstetrics
and Gynaecology,
St. Joseph's Hospital,
London, Ontario.
N6A 4V2

M. Antoine Helewa,
Canadian Arthritis and
Rheumatism Society,
920 Yonge Street,
Suite 420,
Toronto, Ontario.
M4W 3J7

Dr Robert Knights,
Department of Psychology,
Carleton University,
Ottawa, Ontario.
K1S 5B6

Dr Daniel Leduc,
a/s Hôpital de Montréal
pour Enfants
Montréal (Québec)
H3H 1P3

Dr Donald N. Logsdon,
Medical Director,
Health Insurance Plan of
Greater New York,
625 Madison Avenue,
New York, N.Y.
U.S.A. 10022

Dr Michael MacLean,
École de Service social
Université McGill
Montréal (Québec)
H3A 2A7

Dr J. M. McKenzie,
Département de médecine
Hôpital Royal Victoria
Montréal (Québec)
H3H 1A1

Dr Takeshi Hirayama,
Chief, Epidemiology Division,
National Cancer Center,
Research Institute,
Tsukiji 5-chome,
Chuo
Tokyo, Japan.

Dr A. M. Hunt,
Director, Division of
Post-Graduate Dental Education,
Faculty of Dentistry,
University of Toronto,
124 Edward Street,
Toronto, Ontario.
M5G 1G6

Dr A. G. Jessamine,
Bureau d'épidémiologie
Immeuble L.L.M.
Parc Tunney
Ottawa (Ontario).
K1A 0L2

Dr Maurice Nanton,
Izaak Walton Killam Hospital
for Children,
5850 University Avenue,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 3G9

Dr Rudolph L. Ozere,
Izaak Walton Killam Hospital
for Children,
5850 University Avenue,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 3G9

Dr Alan Pyesmany,
Izaak Walton Killam Hospital
for Children,
5850 University Avenue,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 3G9

Dr M. Rang,
Department of Orthopaedic
Surgery,
Hospital for Sick Children,
555 University Avenue,
Toronto, Ontario.
M5G 1X8

Dr Jack Medalie,
Professor and Chairman,
Department of Family Medicine,
Faculty of Medicine,
Case Western Reserve University,
Cleveland, Ohio.
U.S.A. 44106

Dr A. B. Miller,
National Cancer Institute,
Department of Preventive
Medicine and Biostatistics,
University of Toronto,
121 St. Joseph Street,
Toronto, Ontario.
M5S 2R9

Dr Clifford Spratt,
Pièce C-1339
Hôpital de Montréal pour
Enfants
Montréal (Québec)
H3H 1P3

Dr Dora Stinson,
Grace Maternity Hospital,
University Avenue,
Halifax, Nova Scotia.
B3H 1W3

Dr Michael Terrin,
Fellow, Service de Pneumologie
a/s Département de médecine
Hôpital général de Montréal
Montréal (Québec)
H3G 1A4

Dr G. H. Thompson,
Hospital for Sick Children,
555 University Avenue,
Toronto, Ontario.
M5G 1X8

Dr Pierre Viens,
Professeur agrégé
Université de Montréal
Montréal (Québec)
H3G 3J7

Dr Brent Waters,
Psychiatrist,
Royal Ottawa Hospital,
1145 Carling Avenue,
Ottawa, Ontario.
K1A 7K4

Dr Rankin,
Medical Director,
Addiction Research Foundation,
33 Russell Avenue,
Toronto, Ontario.
M6H 3M4

Dr Sonia Salisbury,
Izaak Walton Killam Hospital
for Children
5850 University Avenue,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 3G9

Dr Alan Sniderman,
Département de médecine
Hôpital Royal Victoria
Montréal (Québec)
H3A 1Y1

Dr Ann Spence,
289 Dufferin Avenue,
London, Ontario.
N6B 1Z1

Professor J. Williamson,
Department of Geriatric Medicine,
University of Edinburgh,
Edinburgh, Scotland.

Dr J. Philip Welch,
Room C-R1,
Clinical Research Centre,
University Avenue,
Halifax, Nova Scotia.
B3H 4H7

Dr Alvin Zipursky,
Department of Paediatrics,
McMaster University,
Hamilton, Ontario.
L8S 4J9

Bibliographie

1. GOODWIN, J. W., DUNNE, J. T., THOMAS, B. W.: Antepartum identification of the fetus at risk. *Can. Med. Ass. J.,* 101: 458, 1969.
2. HOBEL, C. J.: Recognition of the high-risk pregnant woman, in *Management of the High-risk Pregnancy,* SPELLACY, W. N. (éd.), Univ. Park, Baltimore, Md, 1976, p. 1.
3. HOBEL, C. J., HYVARINEN, M. A., OKADA, D. M. et Coll. Prenatal and intrapartum high-risk screening. I. Prediction of the high-risk neonate. *Amer. J. Obstet. Gynecol.,* 117: 1, 1973.
4. OTT, W. J.: The current status of intrapartum fetal monitoring. *Obstet. Gynecol. Surv.* 31: 339, 1976.
5. STEINER, H., NELIGAN, G.: Perinatal cardiac arrest. Quality of the survivors. *Arch. Dis. Child.,* 50: 696, 1975.
6. MOUNTAIN, K. R., HIRSH, J., GALLUS, A. S.: Neonatal coagulation defect due to anticonvulsant drug treatment in pregnancy. *Lancet* 1: 265, 1970.
7. SUTHERLAND, J. M., GLUECK, H. I., GLESER, G.: Hemorrhagic disease of the newborn. *Amer. J. Dis. Child.,* 113: 524, 1967.
8. FIUMARA, N. J.: Syphilis in newborn children. *Clin. Obstet. Gynecol.,* 18: 183, 1975.
9. HARTER, C. A., BENIRSCHKE, K.: Fetal syphilis in the first trimester. *Amer. J. Obstet. Gynecol.,* 124: 705, 1976.
10. WILLCOX, R. R.: International aspects of the veneral diseases and nonvenereal treponematoses. *Clin. Obstet, Gynecol.,* 18: 207, 1975.
11. BARSAM, P. C.: Specific prophylaxis of gonorrheal ophthalmia neonatorum. A review. *New Engl. J. Med.,* 274: 731, 1966.
12. REMINGTON, J. S., KLEIN, J. O. (eds): *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant.* Saunders, Philadelphia, 1976.
13. SNOWE, R. J., WILFERT, C. M.: Epidemic reappearance of gonococcal ophthalmia neonatorum. *Pediatrics,* 51: 110, 1973.
14. DUSSAULT, J. H., COULOMBE, P., LABERGE, C., et Coll.: Preliminary report on a mass screening program for neonatal hypothyroidism. *J. Pediat.,* 86: 670, 1975.
15. DUSSAULT, J. H., PARLOW, A., LETARTE, J. et Coll.: TSH measurements from blood spots on filter paper: a confirmatory screening test for neonatal hypothyroidism. *J. Pediat.,* 89: 550, 1976.
16. KLEIN, A. H., MELTZER, S., KENNEY, F. M.: Improved prognosis in congenital hypothyroidism treated before age three months. *J. Pediat.,* 81: 912, 1972.
17. WALFISH, P. G.: Evaluation of three thyroid-function screening tests for detecting neonatal hypothyroidism. *Lancet,* 1: 1208, 1976.
18. CHILDS, B.: Genetic screening. *Ann. Rev. Genet,* 9: 67, 1975.
19. DOBSON, J., KOCH, R., WILLIAMSON, M. et Coll.: Cognitive development and dietary therapy in phenylketonuric children. *New Engl. J. Med.,* 278: 1142, 1968.
20. SCRIVER, C. R.: PKU and beyond: when do cost exceed benefits? *Pediatrics,* 54: 616, 1974.
21. STARFIELD, B., HOLTZMAN, N. A.: A comparison of effectiveness of screening for phenylketonuria in the United States, United Kingdom, and Ireland. *New Engl. J. Med.,* 293: 118, 1975.
22. BARLOW, T. G.: Congenital dislocation of the hip in the newborn. *Proc. Roy Soc. med.,* 59: 1103, 1966.
23. FREDENSBORG, N.: The results of early treatment of typical congenital dislocation of the hip in Malmo. *J. Bone Joint Surg.* [*Br*], 58: 272, 1976.
24. MACKENZIE, I. G.: Congenital dislocation of the hip. The development of a regional service. *J. Bone Joint Surg.* [*Br*], 54: 18, 1972.
25. SALTER, R. B., KOSTUIK, J., DALLAS, S.: Avascular necrosis of the femoral head as a complication of treatment for congenital dislocation of the hip in young children: a clinical and experimental investigation. *Can. J. Surg.,* 12: 44, 1969.
26. WALKER, J. M.: Congenital hip disease in a Cree-Objibwa population. A retrospective study. *Can. Med. As. J.,* 116: 501, 1977.
27. BROCK, D. J. H.: Prenatal diagnosis — chemical methods. *Brit. Med. Bull.* 32: 16, 1976.
28. HAGARD, S., CARTER, F., MILNE, R. G.: Screening for spina bifida cystica: a cost-benefit analysis. *Brit. J. Prev. Soc. Med.,* 30: 40, 1976.
29. HUNT, G., LEWIN, W., GLEAVE, J. et Coll.: Predictive factors in open myelomeningocele with special reference to sensory level. *Brit. Med. J.,* 4: 197, 1973.
30. MILUNSKY, A., ALPERT, E.: Prenatal diagnosis of neural tube defects: I. Problems and pitfalls: analysis of 2495 cases using the alpha-fetoprotein assay. II. Analysis of false positive and false negative alpha-fetoprotein results. *Obstet. Gynecol.,* 48: 1, 1976.
31. Maternal serum-alpha-fetoprotein measurement in antenatal screening for anencephaly and spina bifida in early pregnancy. Report of U. K. Collaborative Study on Alpha-fetoprotein in Relation to Neural Tube defects. *Lancet,* 1: 1323, 1977.
32. BOWMAN, B. H., BARNETT, D. R.: Recent advances in cystic fibrosis research. *Birth Defects,* 12: 197, 1976.
33. BRIMBLECOMBE, F. S. W., CHAMBERLAIN, J.: Screening for cystic fobrosis. *Lancet,* 2:1428, 1973.
34. MEARNS, M. B.: Treatment and prevention of pulmonary complications of cystic fibrosis in infancy and early childhood. *Arch. Dis. Child.,*47: 5, 1972.
35. SHWACHMAN, H., REDMOND, A., KHAW, K. R.: Studies in cystic fibrosis: report of 130 patients diagnosed under 3 months of age over a 20 year period. *Pediatrics,* 46: 335, 1970.
36. STEPHAN, U., BUSCH, E. W., KOLLBERG, H. et Coll.: Cystic fibrosis detection by means of a test-strip. *Pediatrics,* 55: 35, 1975.
37. WARWICK, W. J., POGUE, R. E., GERBER, H. U. et Coll.: Survival patterns in cystic fobrosis. *J. Chronic. Dis.,* 28: 609, 1975.
38. HUTTON, E. M., THOMPSON, M. W.: Carrier detection and genetic counselling in Duchenne muscular dystrophy: a follow-up study. *Can. Med. Ass. J.,* 115: 749, 1976.
39. ROSES, A. D., ROSES, M. J., MILLER, S. E. et Coll.: Carrier detection in Duchenne muscular dystrophy. *New Engl. J. Med.,* 294: 193, 1976.
40. ZELLWEGER, H., ANTONIK, A.: Newborn screening for Duchenne muscular dystrophy. *Pediatrics,* 55: 30, 1975.
41. ENGLE, M. A.: Ventricular septal defect. Status report for the seventies. *Cardiovasc. Clin.,* 4: 281, 1972.
42. KEITH, J. D., ROSE, V., COLLINS, G. et Coll.: Ventricular septal defect. Incidence, morbidity and mortality in various age groups. *Brit. Heart J.,* 33 (suppl): 81, 1971.
43. MOSS, A. J., SIASSI, B.: Natural history of ventricular septal defect. *Cardiovasc. Clin.,* 2: 139, 1970.
44. NADAS, A. S., ELLISON, R. C., WEIDMAN, W. H. (eds): Pulmonary stenosis, aortic stenosis, ventricular septal defect: clinical course and indirect assessment. Report from the Joint Study on the Natural History of Congenital Heart Defects. *Circulation,* 56 (suppl 1): 1977.
45. *A Report of the Ontario Council of Health, Senior Advisory Body to the Minister of Health: Genetic Services,* Ontario Council of Health, Toronto, 1976.
46. NADLER, H. L.: Prenatal diagnosis of inborn defects: a status report. *Hosp. Pract.,* 10: 41, juin 1975.

47. SIMPSON, N. E., DALLAIRE, L., MILLER, J. R. et coll.: Prenatal diagnosis of genetic disease in Canada: report of a collaborative study. *Can. Med. Ass. J.,* 115: 739, 1976.
48. Pregnancy in the heavy drinker (E). *Lancet,* 2: 647, 1977.
49. CLARREN, S. K., SMITH, D. W.: The fetal alcohol syndrome. *New Engl. J. Med.,* 298: 1063, 1978.
50. HANSON, J. W., JONES, K. L., SMITH, D. W.: fetal alcohol syndrome. Experience with 41 patients. *JAMA,* 235: 1458, 1976.
51. OUELLETTE, E. M., ROSETT, H. L., ROSMAN, N. P. et Coll.: Adverse effects on offspring of maternal alcohol abuse during pregnancy. *New Engl. J. Med.,* 297: 528, 1977.
52. Medical Research Council, measles subcommittee of committee on development of vaccines and immunization procedures: Clinical trial of live measles vaccine given alone and live vaccine preceded by killed vaccine. *Lancet,* 2: 571, 1977.
53. KRUGMAN, R. D., WITTE, J. J., PARKMAN, P. D.: combined administration of measles, mumps, rubella, and trivalent oral poliovirus vaccines. *Public Health Rep.,* 92: 220, 1977.
54. KRUGMAN, S.: Present status of measles and rubella immunization in the United States: a medical progress report. *J. Pediat.,* 90: 1, 1977.
55. LANDRIGAN, P. J.: Epidemic measles in a divided city. *JAMA,* 221: 567, 1972.
56. LEVINE, M. M., EDSALL, G., BRUCE-CHWATT, L. J.: Live-virus vaccine in pregnancy. Risks and recommendations. *Lancet,* 2: 34, 1974.
57. DUDGEON, J. A.: The control of diphtheria, tetanus, poliomyelitis, measles, rubella and mumps. *Practitioner, 215: 299, 1975.*
58. Whooping-cough immunization (E). *S. Afr. Med. J.,* 52: 546, 1977.
59. LINNEMANN, C. C. JR., NASENBENY, J.: Pertussis in the adult. *Ann. Rev. Med.,* 28: 179, 1977.
60. Whooping-cough vaccine. Statement by Joint Committee on Vaccination and Immunization of the Central Health Services Council and the Scottish Health Service planning council. *Brit. Med. J.,* 3: 687, 1975.
61. KRUGMAN, R. D., HARDY, G. E. JR., SELLERS, C. et Coll.: Antibody persistence after primary immunization with trivalent oral poliovirus vaccine. *Pediatrics,* 60: 80, 1977.
62. NIGHTINGALE, E.O.: Recommendation for a national policy on poliomyelitis vaccination. *New Engl. J. Med.,* 297: 249, 1977.
63. SCHOENBAUM, S. C., HYDE, J. N. JR., BARTOSHESKY, L. et Coll.: Benefit-cost analysis of rubella vaccination policy. *New Engl. J. Med.,* 294: 306, 1976.
64. EDSALL, G., ELLIOTT, M. W., PEEBLES, T. C. et Coll.: Excessive use of tetanus toxoid boosters. *JAMA,* 202: 17, 1967.
65. IPSEN, J.: Immunization of adults against diphtheria and tetanus. *New Engl. J. Med.,* 251: 459, 1954.
66. Collected recommendations of the Public Health Service advisory committee on immunization practices. *Morb. Mortal Wkly. Rep.,* 21 (suppl): 1, 1972.
67. KRUGMAN, S.: Viral hepatitis: recent developments and prospects for prevention. *J. Pediat.,* 87: 1067, 1975.
68. Medical Research Council, tuberculosis vaccines clinical trials committee: BCG and vole bacillus vaccines in the prevention of tuberculosis in adolescence and early adult life. *Bull WHO, 46: 371, 1972.*
69. FRAPPIER-DAVIGNON, L.: Effets spécifiques et non-spécifiques du vaccin BCG. *Vie Méd. Can. Fra.,* 4: 503, 1975.
70. GLASSROTH, J. L., WHITE, M. C., SNIDER, D. E. JR.: An assessment of the possible association of isoniazid with human cancer deaths. *Amer. Rev. Respir. Dis.,* 116: 1065, 1977.
71. TEN DAM, H. G., TOMAN, K., HITZE, K. L. et Coll.: Present knowledge of immunization against tuberculosis. *Bull WHO,* 54: 255, 1976.
72. Recommendations of the Public Health Service advisory committee on immunization practices: influenza vaccine. *Morb. Mortal Wkly. Rep.,* 26: 193, 1977.
73. WILLIAMS, M. C., DAVIGNON, L., McDONALD, J. C. et Coll.: Trials of aqueous killed influenza vaccine in Canada, 1968-69. *Bull WHO,* 49: 333, 1973.
74. AUSTRIAN, R.: Prevention of pneumococcal infection by immunization with capsular polysaccharides of *Streptococcus pneumoniae:* current status of polyvalent vaccines. *J. Infect. Dis.,* 136 (supp): S38, 1977.
75. Meningococal polysaccharide vaccines. Recommendations of the Public Health Services advisory committee on immunization practice. *Clin. Pediat.,* 16: 764, 1977.
76. Report of a WHO study group: Cerebrospinal meningitis control. *WHO Tech. Rep. Ser.,* 588: 1976.
77. GURWITH, M. J., WILLIAMS, T. W.: Gastroenteritis in children: a two-year review in Manitoba. 1. Etiology. *J. Infect. Dis.,* 136: 239, 1977.
78. LARSEN, S. A. JR., HOMER, D. R.: Relation of breast versus bottle feeding to hospitalization for gastroenteritis in a middle-class U.S. population. *J. Pediat.,* 92: 417, 1978.
79. MADELEY, C. R., COSGROVE, B. P., BELL, E. J. et Coll.: Stool viruses in babies in Glasgow. I. Hospital admissions with diarrhoea. *J. Hyg. (Camb),* 78: 261, 1977.
80. LASCH, E. E., FRANKEL, V., VARDY, P. A. et Coll.: Epidemic glomerulonephritis in Israel. *J. Infect. Dis.,* 124: 141, 1971.
81. WOOD, H. F., FEINSTEIN, A. R., TARATA, A. et Coll.: Comparative effectiveness of three prophylactic regimens in preventing streptococcal infections and rheumatic recurrences. *Ann. Intern. Med.,* 60 (suppl 5): 31, 1964.
82. ALLEN, C. M., SHINEFIELD, H. R., THOMAS, B. J. et Coll.: Testing for bacteriuria. Pediatric multiphasis health screening program: report no. 4. *Amer. J. Dis. Child,* 127: 504, 1974.
83. ASSCHER, A. W.: Urinary-tract infection. *Lancet,* 2: 1365, 1974.
84. DODGE, W. F., WEST, E. F., TRAVIS, L. B.: Bacteriuria in school children. Observations on outcome following detection in 110 girls. *Amer. J. Dis. Child.,* 127: 364, 1974.
85. FORBES, P. A., DRUMMOND, K. N.: Urine screening programs in schools. *Can. Med. Ass. J.,* 109: 979, 1973.
86. KUNIN, C. M.: New developments in the diagnosis and treatment of urinary tract infections. *J. Urol.,* 113: 585, 1975.
87. KUNIN, C. M., DEGROOT, J. E., UEHLING, D. et Coll.: Detection of urinary tract infections in 3- to 5-year-old girls by mothers using a nitrite indicator strip. *Pediatrics,* 57: 829, 1976.
88. MARR, T. J., TRAISMAN, H. S.: Detection of bacteriuria in pediatric outpatients. A new culture device. *Amer. J. Dis. Child,* 129: 940, 1975.
89. RANDOLPH, M. F., GREENFIELD, M.: The incidence of asymptomatic bacteriuria and pyuria in infancy. A study of 400 infants in private practice. *J. Pediat.,* 65: 56, 1964.
90 RICH, G., GLASS, N. J., SELKON, J. B.: Cost-effectiveness of two methods of screening for asymptomatic bacteriuria. *Brit. J. Prev. Soc. Med.,* 30: 54, 1976.
91. DESMONTS, G., COUVREUR, J.: Congenital toxoplasmosis. A prospective study of 378 pregnancies. *New Engl. J. Med.,* 290: 1110, 1974.

92. KRICK, J. A., REMINGTON, J. S.: Toxoplasmosis in the adult. An overview. *New Engl. J. Med.,* 298: 550, 1978.
93. VIENS, P., AUGER, P., VILLENEUVE, R. et Coll.: Serological survey for congenital toxoplasmosis among 4,136 pregnant women. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.,* 71: 136, 1977.
94. VIENS, P., MORISSET, R., STEFANESCU, I. et Coll.: La toxoplasmose en milieu Québecois. I. Résultats d'une enquête séro-épidémiologique par la technique d'immunofluorescence. *Union Méd. Canada,* 102: 2072, 1973.
95. MATSEN, J., M., TURNER, J. A.: Reinfection in enterobiasis (pinworm infection). Simultaneous treatment of family members. *Amer. J. Dis. Child,* 118: 576, 1969.
96. SIMON, R. D.: Pinworm infestation and urinary tract infection in young girls. *Amer. J. Dis. Child,* 128: 21, 1974.
97. COOPER, D. L., BERNSTEIN, G. S., IVLER, D. et Coll.: Gonorrhea screening program in a women's hospital outpatient department: results and analysis of risk factors. *J. Amer. Dis. Ass.,* 3: 71, 1976.
98. RENDTORFF, R. C., CURRAN, J. W., CHANDLER, R. W. et Coll.: Economic consequences of gonorrhea in women: experience from an urban hospital. *J. Amer. Vener. Dis. Ass.,* 1: 40, 1974.
99. SILVERSTONE, P. I., SNODGRASS, C. A., WIGFIELD, A. S.: Value of screening for gonorrhoea in obstetrics and gynaecology. *Brit. J. Vener. Dis.,* 50: 53, 1974.
100. RITCHEY, M. G., LEFF, A. M.: Venereal disease control among honosexuals. *JAMA,* 232: 509, 1975.
101. DAROUGAR, S.: Immunology of chlamydia, in *Sexually Transmitted Diseases,* CATTERALL RN, NICOL CS (eds), Acad Pr, New York, 1976, p 111.
102. EMBIL, J. A., OZERE, R. L., MacDONALD, S. W.: *Chlamydia trachomatis* and pneumonia in infants: report of two cases. *Can. Med. Ass. J.,* 119: 1199, 1978.
103. RICHMOND, S. J., SPARLING, P. F.: Genital chlamydial infections. *Amer. J. Epidemiol.,* 103: 428, 1976.
104 AMSTEY, M. S.: Genital herpes virus infection. *Clin. Obstet. Gynecol.,* 18: 89, 1975.
105. JOSEY, W. E., NAHMIAS, A. J., NAIB, Z. M.: The epidemiology of type 2 (genital) herpes simplex virus infection. *Obstet. Gynecol. Surv.,* 27 (suppl): 295, 1972.
106. DONOVAN, J. W.: Randomised controlled trial of antismoking advice in pregnancy, *Brit. J. Prev. Soc. Med.,* 31: 6, 1977.
107. LECKTIG, A. et Coll.: Influence of food supplementation during pregnancy on birthweight in rural Guatemala, in *Proceedings of the IXth International Congress on Nutrition,* Karger, Basel, 1974.
108. MEYER, M. B., JONAS, B. S., TONASCIA, J. A.: Perinatal events associated with maternal smoking during pregnancy. *Amer. J. Epidemiol.,* 103: 464, 1976.
109. SINGER, J. E., WESTPHAL, M., NISWANDER, K.: Relationship of weight gain during pregnancy to birth weight and infant growth and development in the first year of life. A report from the collaborative study on cerebral palsy. *Obstet. Gynecol.,* 31: 417, 1968.
110. WINICK, M.: Cellular growth in intrauterine malnutrition. *Pediat. Clin. N. Amer.,* 17: 69, 1970.
111. BERGNER, L., SUSSER, M. W.: Low birth-weight and prenatal nutrition: an interpretative review. *Pediatrics,* 46: 946, 1970.
112. *Maternal Nutrition and the Course of Pregnancy: Summary Report,* Public Health Service publ 2114, committee on maternal nutrition, food nutrition board, National Research Council-National Academy of Sciences, US Govt Printing Office, Washington, 1970.
113. *Dietary Standards for Canada (1975),* cat no H58-26/1975, health protection branch, KDNH&W, Ottawa, 1976.
114. JELLIFFE, D. B.: Nutrition in early childhood. *World Rev. Nutr. Diet.,* 16: 1, 1973.
115. *Screening Children for Nutritional Status. Suggestions for Child Health Programs,* DHEW publ no 2158, maternal and child health service, Dept of Health, Education, and Welfare, US Govt Printing Office, Washington, 1971.
116. McKIGNEY, J. I., MUNRO, H. N. (eds): *Nutrient Requirements in Adolescence,* MIT Pr, Cambridge, Mass, 1976.
117. Nutrition Canada: *Nutrition: a National Priority. National Survey: a Report by Nutrition Canada to the Department of National Health and Welfare,* DNH&W, Ottawa, 1973.
118. SCHLENKER, E. D., FEURIG, J. S., STONE, L. H. et Coll.: Nutrition and health of older people. *Amer. J. Clin. Nut.,* 26: 1111, 1973.
119. THOMSON, A. M., HYTTEN, F. E.: Nutrition during pregnancy. *World Rev. Nutr. Diet.,* 16: 22, 1973.
120. ZERFAS, A. J., SHORR, I. J., NEUMANN, G.G.: Office assessment of nutritional status. *Pediat. Clin. N. Amer.,* 24: 253, 1977.
121. GARN, S. M., CLARK, D. C.: Trends in fatness and the origin of obesity: ad hoc committee to review the ten-state nutrition survey. *Pediatrics,* 57: 443, 1976.
122. KNITTLE, J. L.: Childhood obesity. *Bull. N.Y. Acad. Med.,* 47: 579, 1971.
123. MANN, G. V.: The influence of obesity on health (two parts). *New Engl. J. Med.,* 291: 178, 226; 1974.
124. SELTZER, C. C., MAYER, J.: An effective weight control program in a public school system. *Amer. J. Public Health,* 60: 679, 1970.
125. American Academy of Pediatrics, committee on standards of child health care: *Standards of Child Health Care,* 2e éd. Am. Acad. Pediatr., Evanston, Ill, 1977.
126. GUYDA, H., FRIESEN, H., BAILEY, J. D. et Coll.: Medical Research Council of Canada therapeutic trial of human growth hormone: first 5 years of therapy. *Can. Med. Ass. J.,* 112: 1301, 1975.
127. LACEY, K. A., PARKIN, J. M.: Causes of short stature: a community study of children in Newcastle upon Tyne. *Lancet,* 1: 42, 1974.
128. McCLELLAND, C. O., BURNS, A. E.: Current concepts of screening in pediatrics. *Paediatrician,* 5: 107, 1976.
129. TANNER, J. M., WHITEHOUSE, R. H., HUGHES, P. C. R. et Coll.: Effect of human growth hormone treatment for 1 to 7 years on growth of 100 children, with growth hormone deficiency, low birthweight, inherited smallness, Turner's syndrome, and other complaints. *Arch. Dis. Child,* 46: 745, 1971.
130. BALDWIN, J. A., OLIVER, J. E.: Epidemiology and family characteristics of severely abused children. *Brit. J. Prev. Soc. Med.,* 29: 205, 1975.
131. BRAZELTON, T. B.: Anticipatory guidance. *Pediat. Clin. N. Amer.,* 22: 533, 1975.
132. FROMMER, E. A., O'SHEA, G.: Antenatal identification of women liable to have problems in managing their infants. *Brit. Psychiat.* 123: 149, 1973.
133. GALDSTON, R.: Dysfunction of parenting: the battered child, the neglected child, the exploited child, in *Modern Perspectives in International Child Psychiatry,* HOWELLS J. G. (ed), Oliver and Boyd, Edinburgh, 1969, p. 571.
134. GRAY, J., CUTLER, C., DEAN, J. et Coll.: Perinatal assessment of mother-baby interaction, in *Child Abuse and Neglect: the Family and the Community,* HELFER RE, KEMPE CH (eds), Ballinger Pub, Philadelphia, 1976, p. 377.
135. HELFER, R. E., KEMPE, C. H. (éd.): *Child Abuse and Neglect: the Family and the Community,* Ballinger Pub., Philadelphia, 1976.

136. KLAUS, M. H., KENNELL, J. H.: *Maternal-Infant Bonding. The Impact of Early Separation or Loss on Family Development,* Mosby, St. Louis, 1976.
137. KLEIN, M., STERN, L.: Low birth weight and the battered child syndrome. *Amer. J. Dis. Child,* 122: 15, 1971.
138. SMITH, S. M., HANSON, R.: 134 battered children: a medical and psychological study. *Brit. Med. J.,* 3: 666, 1974.
139. VAN STOLK, M.: *The Battered Child in Canada,* McClelland and Stewart, Toronto, 1972.
140. ARNOLD, L. E., BARNEBEY, N., McMANUS, J. et Coll.: Prevention by specific perceptual remediation for vulnerable first-graders. Controlled study and follow-up of lasting effects. *Arch. Gen. Psychiat.* 34: 1279, 1977.
141. CANTWELL, D. P. (éd.): *The Hyperactive Child: Diagnosis, Management, Current Research, Spectrum Pub, New York, 1975.*
142. GITTELMAN-KLEIN, R.: *Recent Advances in Child Psychopharmacology,* Human Sci Pr, New York, 1976.
143. PLESS, I. B., SATTERWHITE, B.: A Measure of family functioning and its application. *Soc. Sci. Med.,* 7: 613, 1973.
144. Report of a WHO study group: Statistical indices of family health. *WHO Tech Rep Ser* 587: 1976.
145. SKYNNER, A. C. R.: *Systems of Family and Marital Psychotherapy,* Brunner-Mazel, New York, 1976.
146. SMILKSTEIN, G.: The family Apgar: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam. Pract.,* 6: 1231, 1978.
147. The current status of lithium therapy: report of an APA task force. *Amer. J. Psychiat.,* 132: 997, 1975.
148. The Royal College of Psychiatrists memorandum on the use of electroconvulsive therapy. *Brit. J. Psychiat.,* 131: 261, 1977.
149. BARRACLOUGH, B. M., JENNINGS, C.: Suicide prevention by the Samaritans: a controlled study of effectiveness. *Lancet,* 2: 237, 1977.
150. EASTWOOD, M. R., BRILL, L., BROWN, J. H.: Suicide and prevention centres. *Can. Psychiat. Ass. J.,* 21: 571, 1976.
151. GOLDBERG, D.: Psychiatric disorders. *Lancet,* 2: 1245, 1974.
152. MILES, C. P.: Conditions predisposing to suicide: a review. *J. Nerv. Ment. Dis.,* 164: 231, 1977.
153. American Academy of Pediatrics, committee on youth: A new approach to teen-age smoking. *Pediatrics,* 57: 465, 1976.
154. RAW, M.: Persuading people to stop smoking. *Behav. Res. Ther.,* 14: 97, 1976.
155. ROSE, G.: Physician counseling and personal intervention, in *Smoking and Health. II. Health Consequences, Education, Cessation Activities, and Government Action; Proceedings of the 3rd World Conference on Smoking and Health,* STEINFELD, J., GAFFITH, W., BALL, K., et Coll. (éd), 1975, p. 515.
156. BAEKELAND, F., LUNDWALL, L., KISSIN, B.: Methods for the treatment of chronic alcoholism: a critical appraisal, in *Research Advances in Alcohol and Drug Problems,* vol. 2, GIBBINS, R., ISRAEL, Y., KALANT, H, et Coll. (éd.), Wiley, New York, 1975, P. 247.
157. EDWARDS, G., ORFORD, J., EGERT, S. et Coll.: Alcoholism: a controlled trial of "treatment" and "advice". *J. Stud. Alcohol,* 38: 1004, 1977.
158. PELL, S., D'ALONZO, C. A.: A five-year mortality study of alcoholics. *J. Occup. Med.,* 15: 120, 1973.
159. SCHMIDT, W., POPHAM, R. E.: Heavy alcohol consumption and physical health problems: a review of the epidemiological evidence. *Drug Alcohol Depend.,* 1: 27, 1975/76.
160. OLIVER, M.: Screening of pre-school children for ocular anomalies: I. Screening methods and their practicability at different ages. II. Amblyopia: prevalence and therapeutic results as different ages. *Brit. J. Ophthal.* 55: 462, 1971.
161. TIBBENHAM, A. D., PECKHAM, C. S., GARDINER, P. A.: Vision screening in children tested at 7, 11, and 16 years. *Brit. Med. J.,* 1: 1312, 1978.
162. KOHN, R., WHITE, K. L. (éd.): *Health Care: an International Study,* Oxford U. Pr., New York, 1976.
163. PECKHAM, C. S., GARDINER, P. A., GOLDSTEIN, H.: Acquired myopia in 11-year-old children. *Brit. Med. J.,* 1: 542, 1977.
164. SHAH, C. P., DALE, R., CHANDLER, D.: The challenge of hearing impairments in children. *Can. Fam. Physician,* 23: 175, 1977.
165. TILLIS, C. H., GRIMM, W. A.: Evaluation of the localization auditory screening test in children 6-18 months of age. *Amer. J. Public Health,* 68: 65, 1978.
166. ANDERSON, D. R., HOSKINS, H. D.: The management of elevated intraocular pressure with normal optic discs and visual fields: I. Therapeutic approach based on high risk factors. II. An approach to early therapy. *Surv Ophthalmol,* 21: 479, 1977.
167. GRAHAM, P. A.: Epidemiology of simple glaucoma and ocular hypertension. *Brit. J. Ophthal.,* 56: 223, 1972.
168. KITAZAWA, Y., HORIE, T., AOKI, S. et Coll.: Untreated ocular hypertension. A long-term prospective study. *Arch. Ophthal.,* 95: 1180, 1977.
169. PHELPS, C. D.: Ocular hypertension: to treat or not to treat? Ibid, p. 588.
170. POLLACK, I. P.: The challenge od glaucoma screening. *Surv. Ophthal.,* 13: 4, 1968.
171. SHAFFER, R.: 'Glaucoma suspect' or 'ocular hypertension'? (E). *Arch. Ophthal.,* 95: 588, 1977.
172. WILENSKY, J. T., PODOS, S. M.: Prognostic parameters in primary open angle glaucoma, in *Symposium on Glaucoma (Transactions of the New Orleans Academy of Ophthalmology),* ANDERSON, D. R., DRANCE, S. M., GALIN, M. A. et Coll. (ed.), Mosby, St. Louis, 1975, P. 7.
173. WILLIAMS, M. T., HAYAKAWA, J., VAUGHAN, D. G. et Coll.: Evolution of a prevention of blindness program in Santa Clara County. Special emphasis on glaucoma detection (1960-1970). *JAMA,* 219: 737, 1972.
174. DAVIS, C. E., HAVLIK, R. J.: Clinical trials of lipid lowering and coronary artery disease prevention, in *Hyperlipidemia: Diagnosis and Therapy,* RIFKIND, B. M., LEVY, R. I. (éd.), Grune, New York, 1977, p. 79.
175. MANN, G. V.: Diet-heart: end of an era. *New Engl. J. Med.,* 297: 644, 1977.
176. STONE, N. J., LEVY, R. I., FREDRICKSON, D. S. et Coll.: Coronary artery disease in 116 kindred with familial type II hyperlipoproteinemia. *Circulation,* 49: 476, 1974.
178. *A Report of the Ontario Council of Health: Hypertension,* Ontario Council of Health, Toronto, 1977.
179. FEIGENSON, J. S., McCARTHY, M. L., GREENBERG, S. D. et Coll.: Factors influencing outcome and length of stay in a stroke rehabilitation unit: Part 2. Comparison of 318 screened and 248 unscreened patients. *Stroke,* 8: 657, 1977.
180. ALTER, B. P., MODELL, C. B., FAIRWEATHER, D. et Coll.: Prenatal diagnosis of hemoglobinopathies. *New Engl. J. Med.,* 295: 1437, 1976.
181. NECHELES, T. F., CHUNG, S., SABBAH, R., et Coll.: Intensive transfusion therapy in thalassemia major: an eight-year follow-up. *Ann. NY Acad. Sci.,* 232: 179, 1974.

182. PEARSON, H. A., O'BRIEN, R. I., McINTOSH, S.: Screening for thalassemia trait by electronic measurement of mean corpuscular volume. *New Engl. J. Med.,* 288: 351, 1973.
183. PROPPER, R. D., COOPER, B., RUFO, P. R. et Coll.: Continuous subcutaneous administration of deferoxamine in patients with iron overload. *New Engl. J. Med.,* 297: 418, 1977.
184. ELWOOD, P. C., HUGHES, D.: Clinical trial of iron therapy on psychomotor function in anaemic women. *Brit. Med. J.,* 3: 254, 1970.
185. GARDNER, G. W., EDGERTON, V. R., BARNARD, R. J. et Coll.: Cardiorespiratory, hematological and physical performance responses of anemic subjects to iron treatment. *Amer. J. Clin. Nutr.,* 28: 982, 1975.
186. WEBB, T. E., OSKI, F. A.: Behavioural status of young adolescents with iron deficiency anemia. *J. Spec. Educ.,* 8: 153, 1974.
187. BURROWS, B., EARLE, R. H.: Course and prognosis of chronic obstructive lung disease. A prospective study of 200 patients. *New Engl. J. Med.,* 280: 397, 1969.
188. DOLL, R., HILL, A. B.: Mortality in relation to smoking: ten years' observations of British doctors. *Brit. Med. J.,* 1: 1399, 1460; 1964.
189. FLETCHER, C. M.: The natural history of chronic bronchitis. *Commun Health (Bristol),* 7: 70, 1975.
190. MACKLEM, P. T.: Workshop on screening programs for early diagnosis of airway obstruction. *Amer. Rev. Respir. Dis.,* 109: 567, 1974.
191. KUEPPERS, F., BLACK, L. F.: Alpha-l-antitrypsin and its deficiency. *Amer. Rev. Respir. Dis.,* 110' 176, 1974.
192. LIEBERMAN, J.: Alpha-l-antitrypsin deficiency and chronic pulmonary disease. *NY State J. Med.,* 76: 181, 1976.
193. MORSE, J. O., LEBOWITZ, M. D., KNUDSON, R. J. et Coll.: A community study of the relation of alpha-l-antitrypsin levels to obstructive lung diseases. *New Engl. J. Med.,* 292: 278, 1975.
194. BAUM, G.: The need for color coding in ultrasound mammography. *JCU,* 6 (2): 76, 1978.
195. MacMAHON, B., COLE, P., BROWN, J.: Etiology of human breast cancer: a review. *J. Nat. Cancer Inst.,* 50: 21, 1973.
196. MOSKOWITZ, M., RUSSELL, P. FIDLER, J. et Coll.: Breast cancer screening. Preliminary report of 207 biopsies performed in 4,128 volunteer screenees. *Cancer,* 36: 2245, 1975.
197. SHAPIRO, S., STRAX, P., VENET, L.: Periodic breast cancer screening in reducing mortality from breast cancer. *JAMA,* 215: 1777, 1971.
198. Cervical cancer screening programs. *Can. Med. Ass. J.,* 114: 1003, 1976.
199. GREEGOR, D. A.: Occult blood testing for detection of asymptomatic colon cancer. *Cancer* 28: 131, 1971.
200. KASSIRA, E., PARENT, L., VAHOUNY, G.: Colon cancer: an epidemiological survey. *Amer. J. Dig. Dis.,* 21: 205, 1976.
201. ZAMCHECK, N.: The present state of CEA in diagnosis, prognosis and evaluation of therapy. *Cancer,* 36: 2460, 1975.
202. MELAMED, M., FLEHINGER, B., MILLER, D. et Coll.: Preliminary report of the lung cancer detection program in New York. *Cancer,* 39: 369, 1977.
203. MILLER, A. B.: Recent trends in lung cancer mortality in Canada. *Can. Med. Ass. J.,* 116: 28, 1977.
204. PORTER, A. M. W., McCULLOUGH, D. M.: Counselling against cigarette smoking: a controlled study from a general practice. *Practitioner,* 209: 688, 1972.
205. CORREA, P., HAENSZEL, W., CUELLO, C. et Coll.: A model for gastric cancer epidemiology. *Lancet* 2: 58, 1975.
206. HISAMICHI, S., NOZAKI, K., KITAGAWA, M. et Coll.: Evaluation of mass screening program for stomach cancer. *Tohoku J. Exp. Med.* 118 (suppl): 69, 1976.
207. HUSAIN, O. A. N.: Cytological screening for cancer of the stomach. *Proc. Roy. Med.,* 69: 489, 1976.
208. LANGMAN, M. J. S.: The stomach — epidemiological considerations, in *The Prevention of Cancer,* RAVEN RW, ROE FJC (eds), Butterworths, London, 1967, p. 99.
209. RAVEN, R. W.: The stomach — experimental and clinical considerations. Ibid, p. 103.
210. BYER, D. P.: The Veterans Administration cooperative urological research group's studies of cancer of the prostate. *Cancer,* 32: 1126, 1973.
211. COUNE, A.: Carcinoma of the prostate, in *Randomized Trials in Cancer: a Critical Review by Sites,* STAQUET, M. J. (éd.), Raven, New York, 1978, p. 389.
212. FOTI, A. G., COOPER, J. F., HERSCHMAN, H. et Coll.: Detection of prostatic cancer by solid-phase radioimmunoassay of serum prostatic acid phosphatase. *New Engl. J. Med.,* 297: 1357, 1977.
213. MEARES, E. M. JR.: Current concepts in the management of carcinoma of the prostate gland. *Calif. Med.,* 117: 27, 1972.
214. OWEN, W. L.: Cancer of the prostate: a literature review. *J. Chronis Dis.,* 29: 89, 1976.
215. ROTKIN, I. D.: Studies in the epidemiology of prostatic cancer: expanded sampling. *Cancer Treat. Rep.,* 61: 173, 1977.
216. SCHUMAN, L. M., MANDEL, J., BLACKARD, C. et Coll.: Epidemiologic study of prostatic cancer: preliminary report. Ibid, p. 181.
217. ZEIGEL, R. F., ARYA, S. K., HOROSZEWICZ, J. S. et Coll.: A status report. Human prostatic carcinoma, with emphasis on potential for viral etiology. *Oncology,* 34: 29, 1977.
218. TROTT, P. A.: Cytological screening for cancer of the bladder. *Proc. Roy. Soc. Med.,* 69: 496, 1976.
219. EMMETT, E. A.: Occupational skin cancer: a review. *J. Occup. Med.,* 17: 44, 1975.
220. MIHM, M. C., JR, FITZPATRICK, TB: Early detection of malignant melanoma. *Cancer,* 37 (suppl): 597, 1976.
221. WEARY, P. E.: A two-year experience with a series of rural skin and oral cancer detection clinics. *JAMA,* 217: 1862, 1971.
222. ZAGULA-MALLY, Z. W., ROSENBERG, E. W., KASHGARIAN, M.: Frequency of skin cancer and solar keratoses in a rural southern county as determined by population sampling. *Cancer,* 34: 345, 1974.
223. BOYD, N. F., FEINSTEIN, A. R.: Symptoms as an index of growth rates and prognosis in Hodgkin's disease. *Clin. Invest. Med.,* 1: 25, 1978.
224. KAPLAN, H. S.: *Hodgkin's Disease,* Harvard U pr, Cambridge, Mass, 1972.
225. BOLTEN T. E.: Factors related to oral cancer, in *A Textbook of Preventive Dentistry,* CALDWELL, RC, STALLARD, RE (eds), Saunders, Philadelphia, 1977, p. 102.
226. MYERS, E. N.: The toluidine blue test in lesions of the oral cavity. *CA,* 20: 135, 1970.
227. Nutrition Canada: *Dental Report,* DNH&W, Ottawa, 1977.
228. WEIR, J. M., DUNN, J. E., JR, BUELL, P. E.: Smoking and oral cancer: epidemiological data, educational responses. *Amer. J. Public Health,* 59: 959, 1969.
229. CAHILL, G. F., ETZWILER, D. D., FREINKEL, N.: "Control" and diabetes (E). *New Engl. J. Med.,* 294: 1004, 1976.
230. CROFFORD, O.: *Reports to Congress of the National Commission on Diabetes,* DHEW publ (NIH) 76-1018, US Govt Printing Office, Washington, 1975.
231. FAJANS, S. S.: Current unsolved problems in diabetes management. *Diabetes,* 21 (suppl 2): 678, 1972.
232. GOODKIN, G.: Mortality factors in diabetes. A 20 year mortality study. *J. Occup. Med.,* 17: 716, 1975.

233. ORZECK, E. A., MOONEY, J. H., OWEN, J. A.: Diabetes detection with a comparison of screening methods. *Diabetes,* 20: 109, 1971.
234. PELL, S., D'ALONZO, C. A.: Factors associated with long-term survival of diabetics. *JAMA,* 214: 1833, 1970.
235. PROUT, T. E.: The use of screening and diagnostic procedures: the oral glucose tolerance test, in *Diabetes Mellitus,* 4e éd., American Diabetes Association, New York, 1975, P. 57.
236. The University Group Diabetes Program: A study of the effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult-onset diabetes: V. Evaluation of phenformin therapy. *Diabetes,* 24 (suppl 1): 1975.
237. FURSZYFER, J., KURLAND, L. T., McCONAHEY, W. M. et Coll.: 'Graves' disease in Olmsted County, MInnesota, 1935 through 1967. *Mayo Clin. Proc.,* 45: 636, 1970.
238. TUNBRIDGE, W. M. G., EVERED, D. C., HALL R. et Coll.: The spectrum of thyroid disease in a community: the Whickham survey. *Clin. Endocr.,* 7: 481, 1977.
239. BARBER, S. G., CARTER, D. J., BISHOP, J. M.: System for long-term review of patients at risk of becoming hypothyroid. Further experience. *Lancet,* 2: 967, 1977.
240. DETRE, T., HAYASHI, T. T., ARCHER, D. F.: Drug spotlight program: management of menopause. *Ann. Intern. Med.,* 88: 373, 1978.
241. MONROE, S. E., MENON, K. M. J.: Changes in reproductive hormone secretion during the climacteric and postmenopausal periods. *Clin. Obstet. Gynecol.,* 20: 113, 1977.
242. UTIAN, W. H.: Sciencific basis for post-menopausal estrogen therapy: the management of specific symptoms and rationale for long-term replacement, in *The Menopause — a Guide to Current Research and Practice,* BEARD, RJ (ed), MTP Pr, Cambridge, Mass, 1976, p. 175.
243. BOWMAN, J. M.: Prevention of haemolytic diseases of the newborn. *Brit. J. Haematol.,* 19: 653, 1970.
244. QUEENAN, J. T.: *Modern Management of the Rh Problem,* Har-Row, Scranton, Pa, 1967.
245. ZIPURSKY, A.: Rh hemolytic disease of the newborn — the disease eradicated by immunology. *Clin. Obstet. Gynecol.,* 20: 759, 1977.
246. FURSTENBERG, F. F., JR: The social consequences of teenage parenthood. *Fam. Plann. Perspect.,* 8: 148, 1976.
247. JEKEL, F., HARRISON, J. T., BANCROFT, D. R. E. et Coll.: A comparison of the health of index and subsequent babies born to school age mothers. *Amer. J. Public Health,* 65: 370. 1975.
248. TIETZE, C., BONGAARTS, J., SCHEARER, B.: Mortality associated with control of fertility. *Fam. Plann. Perspect.,* 8: 6, 1976.
249. BARTER, R. H., DUSBABEK, J. A., RIVA, H. L. et Coll.: Surgical closure of the incompetent cervix during pregnancy. *Amer. J. Obstet. Gynecol.,* 75: 511, 1958.
250. LIGGINS, G. S.: Intravenous infusion of salbutamol in the management of premature labour. *J. Obstet. Gynaecol. Brit. Comm.* 80: 29, 1973.
251. BYRD, J. R., ASKEW, D. E., McDONOUGH, P. G.: Cytogenic findings in fifty-five couples with recurrent fetal wastage. *Obstet. Gynecol. Surv.,* 32: 519, 1977.
252. GOWER, P. E., HASWELL, B., SIDAWAY, M. E. et Coll.: Follow-up of patients with bacteriuria of pregnancy. *Lancet,* 1: 990, 1968.
253. KINCAID-SMITH, P., BULLEN, M.: Bacteriuria in pregnancy. *Lancet,* 1: 395, 1965.
254. LAWSON, D. H., MILLER, A. W. F.: Screening for bacteriuria. A critical reappraisal. *Arch. Intern. Med.,* 132: 904, 1973.
255. SAVAGE, W. E., HAJJ, S. N., KASS, E. H.: Demographic and prognostic characteristics of bacteriuria in pregnancy. *Medicine (Baltimore).* 46: 385, 1967.
256. ZINNER, S. H., KASS, E. H.: Long-term (10 to 14 years) follow-up of bacteriuria of pregnancy. *New Engl. J. Med.,* 285: 820, 1971.
257. BURT, B. A.: Fluoridation of public water supplies, in *Dental Public Health. An Introduction to Community Dentistry,* SLACK, G. L., BURT, B. A. (éd.), Wright, Bristol, 1974, p. 45.
258. DAVIES, G. N.: Fluoride in the prevention of dental caries: a tentative cost-benefit analysis. *Brit. Dent. J.,* 135: 131, 173, 233, 293, 333, 1973.
259. KOCH, G., LINDHE, J.: The state of gingivae and the caries-increment in school-children during and after withdrawal of various prophylactic measures, in *Dental Plaque. A Symposium held in the University of Dundee, 1969,* McHUGH WD (ed), Livingstone, Edinburgh, 1970, p. 271.
260. MANDEL, I. D.: Effects of dietary modifications on caries in humans. J. Dent. Res. 49: 1201, 1970.
261. McHUGH, W. D.: Prevention in dental public health, in *Dental Public Health. An Introduction to Community Dentistry,* op. cit., p. 10.
262. NAVIA, J. M.: Nutrition and oral disease, in *A Textbook of Preventive Dentistry,* op. cit., p. 118.
263. SHEIHAM, A: Is there a scientific basis for six-monthly dental examinations? *Lancet,* 2: 442, 1977.
264. TORELL, P. ERICSSON, Y.: The value in caries prevention of methods for applying fluorides topically to the teeth. *Int. Dent. J.,* 17: 564, 1967.
265. ADLER, P., ARMSTRONG, W. D., BELL, M. E. et Coll.: Fluorides and human health. *WHO Monogr Ser,* 59: 1970.
266. REHAK, J. R.: Corrective orthodontics. *Dent. Clin. N. Amer.,* 13: 437, 1969.
267. *Children's Dental Health. Research Project, Report to the Minister of Health, British Columbia and the President, College of Dental Surgeons,* Queen's Printer, Vancouver, 1975.
268. THOMPSON, G. W., POPOWICH, F.: A longitudinal evaluation of the Burlington growth centre data. *J. Dent. Res.,* 56: C71, 1977.
269. SHAPIRO, L.: Periodontal disease: prevention and control, in *A Textbook of Preventive Dentistry,* op. cit., p. 244.
270 SUOMI, J. D.: Prevention and control of periodontal disease. *J. Amer. Dent. Assoc.,* 83: 1271, 1971.
271. GALASKO, C. S. B., EDWARDS, D. H.: The use of seat belts by motor car occupants involved in road traffic accidents. *Injury,* 6: 320, 1975.
272. HOSSACK, D., BROWN, G.: The hard facts of the influence of alcohol on serious road accident casualties. *Med. J. Aust.,* 2: 473, 1974.
273. KORCOK, M.: Conferences view auto deaths: the 'neglected disease'. *Can. Med. Ass. J.,* 111: 847, 1974.
274. RAFFLE, P. A. B.: The contribution of medical surveillance to road safety. *Proc. Roy. Soc. Med.,* 70: 240, 1977.
275. ALLAN, J. L.: Childhood accidents. *Aust. Paediatr. J.,* 12: 113, 1976.
276. DEETHS, T. M., BREEDEN, J. T.: Poisoning in children — a statistical study of 1,057 cases. *J. Pediatr.,* 78: 299, 1971.
277. DERSHEWITZ, R. A., WILLIAMSON, J. W.: Prevention of childhood household injuries: a controlled clinical trial. *Amer. J. Public Health,* 67: 1148, 1977.
278. MANHEIMER, D. I., DEWEY, J., MELLINGER, G. D. et Coll.: 50,000 child-years of accidental injuries. *Public Health Rep.,* 81: 519, 1966.
279. ANDRIACCHI, T. P., SCHULTZ, A. B., BELYTSCHKO, T. B. et coll.: Milwaukee brace correction of idiopathic scoliosis. A biomechanical analysis and a retrospective study. *J. Bone Joint Surg.* [*Am*], 58: 806, 1976.

280 MELLENCAMP, P. D., BLOUNT, W. P., ANDERSON, A. J.: Milwaukee brace treatment of idiopathic scoliosis. *Clin. Orthop.,* 126: 47, 1977.
281 PIGGOTT, H.: Treatment of scoliosis by posterior fusion, Harrington instrumentation and esrly walking. *J. Bone Joint Surg.* [*Br*], 58: 58, 1976.
282. PONDER, R. C., DICKSON, J. H., HARRINGTON, P. R. et Coll.: Results of Harrington instrumentation and fusion in the adult idiopathic scoliosis patient. *J. Bone Joint Surg.* [*Am*], 57: 797, 1975.
283. SCHLOSSTEIN, L., TERASAKI, P. I., BLUESTONE, R. et Coll.: High association of an HL-a antigen, W27, with ankylosing spondylitis. *New Engl. J. Med.,* 288: 704, 1973.
284. ACHESON, R. M., GINSBURG, G. N.: New Haven survey of joint diseases. XVI: Impairment, disability, and arthritis. *Brit. J. Prev. Soc. Med.,* 27: 168, 1973.
285. ALLANDER, E.: Conflict between epidemiological and clinical diagnosis of rheumatoid arthritis in a population sample.*Scand. J. Rheumatol.,* 2: 109, 1973.
286. WOOD, P. H. N., McLEISH, C. L.: Digest of data on the rheumatic diseases. 5. *Ann. Rheum. Dis.,* 33: 93, 1974.
287 SPITZER, W. O., HARTH, M., GOLDSMITH, C. H. et Coll.: The arthritic complaint in primary care: prevalence, related disability, and costs. *J. Rheumatol.,* 3: 88, 1976.
288. ANDERSON, W. E., ULLRICH, I. H., (éd.): The therapy of peptic ulcer disease. *W. VA. Med. J.,* 74: 57, 1978.
289. FORDTRAN, J. S.: Placebos, antacids and cimetidine for duodenal ulcer. *New Engl. J. Med.,* 298: 1081, 1978.
290. HOLLANDER, D., HARLAN, J.: Antacids vs placebos in peptic ulcer therapy. A controlled double-blind investigation. *JAMA,* 226: 1181, 1973.
291. PFEIFFER, C. J., FODOR, J., GEIZEROVA, H.: An epidemiologic study of the relationships of peptic ulcer disease in 50-54 year old urban males with physical, health and smoking factors. *J. Chronic Dis.,* 26: 291, 1973.
292. PINDER, R. M., BROGDEN, R. N., SAWYER, P. R. et Coll.: Carbenoxolone: a review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in peptic ulcer disease. *Drugs,* 11: 245, 1976.
293. WALLACE, W. A., ORR, C. M. E., BEARN, A. R.: Perforation of chronic peptic ulcers after cimetidine. *Brit. Med. J.,* 2: 865, 1977.
294. BELL, G. D., WHITNEY, B., DOWLING, R. H.: Gallstone dissolution in man using chenodeoxycholic acid. *Lancet,* 2: 1213, 1972.
295. COYNE, M. J., BONORRIS, G. G., CHEUNG, A. et Coll.: Treatment of gallstones with chenodeoxycholic acid and phenobarbital. *New Engl. J. Med.,* 292: 604, 1975.
296. DANZINGER, R. G., HOFMANN, A. F., SCHOENFIELD, L. J. et Coll.: Dissolution of cholesterol gallstones by chenodeoxycholic acid. *New Engl. J. Med.,* 286: 1, 1972.
297. DOWLING, R. H.: Chenodeoxycholic acid therapy of gallstones. *Clin. Gastroent.,* 6: 141, 1977.
298. FRIEDMAN, D. G., KANNEL, W. B., DAWBER, T. R.: The epidemiology of gallbladder disease: observations in the Framingham study. *J. Chronic Dis.,* 19: 273, 1966.
299.
300. INGELFINGER, F. J.: Digestive disease as a national problem. V. Gallstones. *Gastroenterology,* 55: 102, 1968.
301. THISTLE, J. L., HOFFMANN, A. F.: Efficacy and specificity of chenodeoxycholic acid therapy for dissolving gallstones. *New Engl. J. Med.,* 289: 655, 1973.
302. THISTLE, J. L., SCHOENFIELD, L. J.: Lithogenic bile among young Indian women: lithogenic potential decreased with chenodeoxycholic acid. *New Engl. J. Med.,* 284: 177, 1971.
303. DOHRENWEND, B. S., DOHRENWEND, B. P. (éd.): A brief historical introduction to research on stressful life events, in *Stressful Life Events: Their Nature and Effects,* Wiley, New York, 1974, p. 1.
304. DONAHUE, W., ORBACH, H. L., POLLAK, O.: Retirement: the emerging social pattern, in *Handbook for Social Gerontology: Societal Aspects of Aging,* TIBBITTS, C. (éd.), U. of Chicago, 1960, p. 330.
305. HEIDBREDER, E. M.: Factors in retirement adjustment: White-collar/blue-collar experience. *Indust. Gerontol.,* 12: 69, 1972.
306. JASLOW, P.: Employment, retirement and morale among older women. *J. Gerontol.,* 31: 212, 1976.
307. SHANAS, E.: Health and adjustment in retirement. *Gerontologist,* 10: 19, 1970.
308. STREIB, G. F., SCHNEIDER, C. J.: *Retirement in American Society,* Cornell U. Pr. Ithaca, NY, 1971.
309. THOMPSON, G. B.: Work versus leisure roles: an investigation of morale among employed and retired men. *J. Gerontol.,* 28: 339, 1973.
310. ANDERSON, F.: The effect of screening on the quality of life after seventy. *J. R. Coll. Physicians,* 10: 161, 1976.
311. BARBER, J. H., WALLIS, J. B.: Assessment of the elderly in general practice. *J. R. Coll. Gen. Pract.,* 26: 106, 1976.
312. LOWTHER, C. P., MacLEOD, R. D. M., WILLIAMSON, J.: Evaluation of early diagnostic services for the elderly. *Brit. Med. J.,* 3: 275, 1970.
313. PIKE, L. A.: Screening the elderly in general practice. *J. R. Coll. Gen. Pract.,* 26: 698, 1976.
314. WILLIAMSON, J., STOKOE, I. H., GRAY, S.: Old people at home — their unreported needs. *Lancet,* 1: 1117, 1964.
315. World Health Organization: *International Classification of Diseases, Adapted,* 9th rev., Geneva, WHO, 1977.
316. D'SOUZA, M. F., SWAN, A. V., SHANNON, D. J.: A long-term controlled trial of screening for hypertension in general practice. *Lancet* 1: 1228, 1976.
317. LALONDE, M.: *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document,* Govt. of Canada, Ottawa, 1974.
318. HAYNES, R. B., SACKETT, D. L., TAYLOR, D. W. et Coll.: Increased absenteeism from work, after detection and labeling of hypertensive patients. *New Engl. J. Med.,* 299: 741, 1978.

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
REÇU LE
JAN 18 1990

Index des matières

L'Union Médicale du Canada

Tome 108, 1979

A

Abcès de Bezold. A propos d'une observation d'
(Louise A. Monday) 55
Accidents chez les enfants. Les
(André L'Archevêque) 1 284
Accidents de travail. Implications psychiatriques de l'invalidité consécutive aux
(Robert Duguay, Robert Elie) 34
Achondroplastique. Une translocation t(16;20) (q11; q13) pat de novo chez un enfant
(Paul Genest et Marc-André Pouliot) 1 487
Acides aminés par chromatographie en phase gazeuse. Analyse d'
(D. Lecavalier et J. C. Crawhall) 566
Acide folique, grossesse et système nerveux.
(M. I. Botez et Bernard Lambert) 939
Activité physique dans la perspective du mieux-être des personnes âgées. L'
(Fernand Landry) 123
Adolescent: état du problème dans un contexte d'environnement. Consommation de drogues par l'
(Jean Wilkins) 231
Âge d'or. L'
(Louis E. K. Laflamme) 117
Âgées. L'activité physique dans la perspective du mieux-être des personnes
(Fernand Landry) 123
Âgées. Le programme de santé du centre de jour pour personnes
(Mme Colette Denhez et Louis-Emile K. Laflamme) ... 139
Agranulocytose sévère secondaire au mellaril. Observation d'une
(Jiri Toth) 929
Alcool et de drogues chez les étudiants: Consommation d'
I. Consommation, effets et raisons d'utilisation d'alcool chez les étudiants au niveau collégial (CEGEP).
(Yves Lamontagne, Léon Tétreault et Richard Boyer) . 219
II. Consommation et raisons d'utilisation de drogues chez les étudiants au niveau collégial (CEGEP).
(Yves Lamontagne, Léon Tétreault, Richard Boyer) ... 408
III. Milieu familial, secteurs d'études impliqués et comparaison entre étudiants et étudiantes alcooliques au niveau collégial (CEGEP).
(Yves Lamontagne, Léon Tétreault, Richard Boyer) ... 573
Alcool et induction enzymatique.
(Jean-Gil Joly) 576
Alcool par la mère sur le développement du foetus et les séquelles chez le nouveau-né et l'enfant. Effets nocifs potentiels de l'ingestion d'
(A. B. Morrison, M. O. Maykut) 443
Allaitement maternel ou biberon.
(Joëlle Lescop, Elizabeth Rousseau, Suzanne Fontaine, Jean Lambert) 1 329
Amylase/clearance créatinine dans la pancréatite. Valeur diagnostique du rapport clearance
(Johanne Côté, J.-C. Forest, M. Lacerte, B. Rousseau) 569
Anesthésie et cardiopathie — évolution des concepts et perspectives.
(Bernard Paiement, Marcel Boulanger, Jean Taillefer, Jean-Guy Maillé) 1 158
Angine de Prinzmetal. Utilité et risque du test à l'ergonovine dans l'
(Pierre Théroux, David D. Waters, Ihor Dyrda) 1 246
Angine instable. L'
(Henry F. Mizgala) 1 251
Antidépresseurs tricycliques sensibilisent le récepteur sérotoninergique: une étude iontophorétique chez le rat. Les
(C. de Montigny) 335
Antiplaquettaires. Prévention clinique des thromboses par les agents
(Jean-Gille Latour) 1 168
Aorto-coronariens. Après 10 ans, où allons-nous? Pontages
(Lucien Campeau) 1 139
Aorto-coronarien. Facteurs de retour au travail après pontage
(Paul David, Hélène David, Martial G. Bourassa, Henriette Tenaille) 1 204
Artérielle. Utilisation de l'ultrasonographie Doppler dans l'étude de la pathologie
(Gilles Hudon, Daniel Fagret, Martial G. Bourassa) ... 1 215
Arthrite et maladies inflammatoires digestives chez l'enfant.
(Simon Lecours, Claude Paré, Monique Camerlain) ... 1 048
Arthrite rhumatoïde juvénile. Traitement physique de l'
(Diane B. Breault, Elizabeth Churcher, Monique Camerlain) 375
Arthrite rhumatoïde. Médecine psychosomatique et
(Monique Camerlain, Daniel Myhal) 289
Arthroplastie totale de la hanche. Thrombo-embolies au cours de l'
(André Guimont et Jean-François Fradet) 43
Aspergillose allergique bronchopulmonaire: une maladie qui existe au Québec. L'
(J. Godin et J.-L. Malo) 245
Association des médecins de langue française du Canada et la recherche médicale. L'
(Michel Chrétien) 438
Asthme. Emotion, inhibition,
(N. Moamai) 48

Atélectasie pulmonaire par aspergillose bronchocentrique: une autre pneumoconiose du fermier.
(Louis Jacques, Raymond Bégin et Michel A. Bureau) 1 071
Athlètes. Effets d'un exercice court et violent sur des constituants sériques chez des jeunes
(Anthéa Kelly, Claude Petitclerc, Gilles Drapeau, Louis Munan, Raymond Nadon et Paul Deshaies) 549
Avortement. Propos sur l'
(Hubert Wallot) 301

B

BCG. Indications de la chimioprophylaxie contre la tuberculose chez les enfants vaccinés par le
(Helen F. Brickman et Pierre H. Beaudry) 1 342
Biochimie clinique. Besoins médicaux et précision des laboratoires de
(M. Pouliot, J. Talbot, G. Turcotte, C. Bourget, R. Carrier) 521
Biochimie médicale. La
(Jean Talbot) 588
Biochimie médicale: un effort de médicalisation nécessaire à l'actualisation de la discipline. De la chimie clinique à la
(J.-M. Loiselle) 588
Biochimique de la fonction exocrine du pancréas. L'évaluation
(Jean-Claude Forest, Bernard Rousseau et Marcel Lacerte) 531
Biographies de médecins.
(Edouard Desjardins) 100, 200, 307

C

Calcium. La maladie coronarienne et les antagonistes du
(Pierre Théroux, Martial G. Bourassa) 1 231
Cancer chez l'homme. Existe-t-il une réponse immune au
(Guy Pelletier, Guy Pelouze, Jean-Louis Bonenfant) ... 440
Cancer de l'estomac. Signification possible de la présence de cellules épithélioïdes dans le
(Guy Pelouze et Jean-Louis Bonenfant) 348
Cancéreux à la phase terminale. Le soin des
(Gérard Mignault) 862
Cancéreux. La participation des parents au traitement de l'enfant leucémique ou
(J. Demers, H. Salvador) 1 392
Carcinome gastrique intramuqueux à extension centrifuge ulcéré. Le
(Roger Gareau et Henri-Paul Lévesque) 14
Cardiaque aiguë et chronique. Indication des vasodilatateurs dans les traitements de l'insuffisance
(Denis C. Phaneuf, Pierre Théroux, David D. Waters, Guy B. Pelletier, Henri F. Mizgala) 791
Cardiaque à l'étude de la maladie coronarienne. L'apport de la radioscopie et de la cinéradiographie
(Jacques Saltiel, Réal Thuot, Martial G. Bourassa) ... 1 494
Cardiaques chez l'adulte. Utilité de l'échocardiographie unidimensionnelle dans l'investigation des signes et symptômes
(Lise-Andrée Mercier) 1 200
Cardiologie. Le recyclage des praticiens généralistes en
(Philippe Renault, Jean-François D'Ivernois, Hélène Leclerc, Yves Marquis) 236
Cardiopathie — évolution des concepts et perspectives. Anesthésie et
(Bernard Paiement, Marcel Boulanger, Jean Taillefer, Jean-Guy Maillé) 1 158
Cardiopathies courantes de l'adulte. L'échocardiographie bidimensionnelle dans les
(Robert Petitclerc, Bernard Lespérance, Fred Winsberg) 1 195
Cardiovasculaires de l'effort et de l'entraînement physique dans la maladie coronarienne. Effets
(Ronald J. Fergusson, Martial G. Bourassa, Bernard R. Chaitman) 1 187
Castonguay-Nepveu. Analyse des réformes sanitaires survenues au Québec.
II. La réforme proposée par la Commission Castonguay-Nepveu.
(Hubert Wallot) 846
III. Du rapport Castonguay-Nepveu à la loi 65.
IV. Analyse et conclusion.
(Hubert Wallot) 953
CEA et de la GGT dans le diagnostic des métastases hépatiques. Utilisation simultanée du
(M. Miron, J. Talbot, J.-P. Roy, L. Dionne, J.-M. Loiselle, M. Pagé) 542
Cellulaire en milieu semi-solide (metylcellulose) dans le diagnostic précoce de la transformation aiguë des leucémies myéloïdes. Le rôle de la culture
(Agathe Barry, Marcelle-D. Julien et Denise-M. Laroche) 166
Centre d'Accueil. Le jeune et le
(Marguerite Séguin-Desnoyers) 1 505
Chimie clinique à la biochimie médicale: un effort de médicalisation nécessaire à l'actualisation de la discipline. De la
(J.-M. Loiselle) 588

Chimioprophylaxie contre la tuberculose chez les enfants vaccinés par le BCG. Indications de la
(Helen F. Brickman et Pierre H. Beaudry) 1 342
Cholestérol dans l'hypercholestérolémie familiale. Epuration extracorporelle du
(Paul-J. Lupien, L.-Daniel Brun, Sital Moorjani, Claude Gagné et John Awad) 558
Cinéradiographie cardiaque à l'étude de la maladie coronarienne. L'apport de la radioscopie et de la
(Jacques Saltiel, Réal Thuot, Martial G. Bourassa) ... 1 494
Clinique de médecine de famille du CHUS de juillet à novembre 1978. Etude des patients se présentant sans rendez-vous à la
(A. F. Cousineau, D. Arguin, J. P. Despins, G. Houle et R. Bernier) 1 033
Connu et reconnu. D'être
(André Arsenault) 965
Convulsions fébriles — Etude de 291 cas. Evaluation de l'investigation des
(Pierre Rollin, Pierre Masson) 1 465
Coqueluche — Etude des cas de Ste-Justine (1973-1978). La
(Gilles Delage, Christian Hausser, Pierre Bélanger, Pierre Vincke, Léopold Medou) 1 478
Coraux et des hommes. Des prostaglandines, des
(La Rédaction) 612
Coronarien. Influence sur le retour au travail d'un programme de reconditionnement du
(J. de L. Mignault) 1 040
Coronarienne au moyen d'une analyse quantitative des résultats de l'épreuve d'effort. Le diagnostic de la maladie
(Bernard R. Chaitman, Martial G. Bourassa, Julio F. Tubau, Ronald J. Fergusson) 1 236
Coronarienne. Effets cardiovasculaires de l'effort et de l'entraînement physique dans la maladie
(Ronald J. Fergusson, Martial G. Bourassa, Bernard R. Chaitman) 1 187
Coronarienne. Epidémiologie de la maladie
(Gaston Godin) 1 028
Coronarienne et les antagonistes du calcium. La maladie
(Pierre Théroux, Martial G. Bourassa) 1 231
Coronarienne. Intérêt diagnostique de l'association de l'électrocardiogramme et du Thallium 201 à l'effort suivant la fréquence de la maladie
(Julio F. Tubau, Bernard R. Chaitman, Georges Dupras, David D. Waters, Martial G. Bourassa) 1 210
Corporation professionnelle des médecins du Québec et l'éducation médicale continue au Québec. La
(Augustin Roy et François Laramée) 725
Créatinine dans la pancréatite. Valeur diagnostique du rapport clearance amylase/clearance
(Johanne Côté, J.-C. Forest, M. Lacerte, B. Rousseau . 569
Culture. Les surprises de la
(Jean-Marie Delâge) 112
Cytogénétique à l'étude des hémopathies. L'apport de la
(Marcel Cadotte) 511

D

Décision. 1 — Un processus de prise de
(Clermont Bégin) 979
Décision clinique. 2 — Les éléments d'une
(Michel Vézina) 998
Décision. 3 — L'arbre de
(Jean-Jacques Martel) 1 003
Décision médicale et la qualité des soins. La
(Jean Rochon) 1 109
Dermatologique en médecine du travail — Hypothèse de travail. Evaluation de l'incapacité
(Louis-Philippe Durocher, Marie Francoeur) 1 023
Développement du foetus et séquelles chez le nouveau-né et l'enfant. Effets nocifs potentiels de l'ingestion d'alcool par la mère sur le
(A. B. Morrison, M. O. Maykut) 443
Diabétiques: dimensions scientifiques et sociales. Nouvelles approches dans le traitement des enfants
(Mimi M. Belmonte) 1 382
Diagnostic médical. Modèle d'évaluation des procédures diagnostiques cliniques et techniques. Le
(Gilles Turcotte et Marcel Bouchard) 515
Diphtérie, au tétanos et à la poliomyélite des adolescents de la province de Québec, 1976-1977. Etude de l'immunité à la
(Berthe Lavergne, Lise Frappier-Davignon et Mary Burr-Paxton) 1 347
Dopamine — exploitation pratique de ce système vasodilateur-natriurétique. Prostaglandines, kallicréine-kinine et
(Lucien Abenhaim et Otto Kuchel) 621
Drogues chez les étudiants: Consommation d'alcool et de
I. Consommation, effets et raisons d'utilisation d'alcool chez les étudiants au niveau collégial (CEGEP).
(Yves Lamontagne, Léon Tétreault et Richard Boyer) . 219
II. Consommation et raisons d'utilisation de drogues chez les étudiants au niveau collégial (CEGEP)
(Yves Lamontagne, Léon Tétreault, Richard Boyer) ... 408
III. Milieu familial, secteurs d'études impliqués et comparaison entre étudiants et étudiantes alcooliques au niveau collégial (CEGEP)
(Yves Lamontagne, Léon Tétreault, Richard Boyer) ... 573

Drogues par l'adolescent: état du problème dans un contexte d'environnement. Consommation de
(Jean Wilkins) 231
Dyskinésie tardive. Facteurs liés à la
(Guy Chouinard, Lawrence Annable et Andrée Ross-Chouinard) 356
Dystrophie musculaire de Duchenne en l'absence de traitement. Profils de la
(Y. Rideau) 61

E

Echocardiographie bidimensionnelle dans les cardiopathies courantes de l'adulte. L'
(Robert Petitclerc, Bernard Lespérance, Fred Winsberg) 1 195
Echocardiographie unidimensionnelle dans l'investigation des signes et symptômes cardiaques chez l'adulte. Utilité de l'
(Lise-Andrée Mercier) 1 200
Echographie dans les grandes douleurs de l'hypocondre droit. L'apport de l'
(Serge Ethier, Rino Bier, Jean Laperrière, Denis Bourdeau et Jacques Sylvestre) 1 057

Editorial:

L'ulcère gastrique cancérisé: mythe ou réalité.
(Marcel Cadotte) 10
La qualité de la pratique médicale.
(Jacques Genest) 11
Les surprises de la culture.
(Jean-Marie Delâge) 112
Espérance de vie
(André Arsenault) 113
L'univers dantesque de l'éducation.
(André Arsenault) 215
L'Association des médecins de langue française du Canada et la recherche médicale.
(Michel Chrétien) 438
Interaction entre recherche expérimentale et clinique en neuropsychopharmacologie.
(Louis J. Poirier et Paul J. Bédard) 439
Existe-t-il une réponse immune au cancer chez l'homme.
(Guy Pelletier, Guy Pelouze, Jean-Louis Bonenfant) .. 440
De la chimie clinique à la biochimie médicale: un effort de médicalisation nécessaire à l'actualisation de la discipline.
(J.-M. Loiselle) 588
La biochimie médicale.
(Jean Talbot) 588
La préhistoire de l'anatomie phathologique au Québec.
(Edouard Desjardins) 591
Les réactions immunologiques à médiation cellulaire — cellules et médiateurs.
(Micheline Pelletier et Serge Montplaisir) 731
Recueil d'organes et greffe.
(Louis Laplante) 732
La goutte: Une maladie conquise.
(André Lussier) 866
D'être connu et reconnu.
(André Arsenault) 965
La décision médicale et la qualité des soins.
(Jean Rochon) 1 109
L'angine instable.
(Henry F. Mizgala) 1 251
Les essais cliniques multicentres à l'Institut de Cardiologie de Montréal.
(Claude Goulet, Martial G. Bourassa) 1 253
Pour aider l'enfant à grandir.
(Joëlle Lescop, Lucette Lafleur) 1 403
La responsabilité sociale du pharmacien et du médecin.
(Jacques Tremblay) 1 511

Education. L'univers dantesque de l'
(André Arsenault) 215
Education médicale continue au Québec. La Corporation professionnelle des médecins du Québec et l'
(Augustin Roy et François Laramée) 725
Elastose de l'appendice. L'
(Roger Gareau) 495
Electrocardiogramme et du Thallium 201 à l'effort suivant la fréquence de la maladie coronarienne. Intérêt diagnostique de l'association de l'
(Julio F. Tubau, Bernard R. Chaitman, Georges Dupras, David D. Waters, Martial G. Bourassa) 1 210
Electronystagmographie. Le rôle de l'
(Louise A. Monday) 644
Emotion, inhibition, asthme.
(N. Moamai) 48
Enfant à grandir. Pour aider l'
(Joëlle Lescop, Lucette Lafleur) 1 403
Enfant. Ce qu'il faut savoir sur le strabisme chez l'
(Jean-Louis Jacob) 1 319
Enfant. La myosite aiguë épidémique de l'
(Pierre Masson, Fahed Halal, Bernadette McLaughlin) 1 472
Enfant: le MRTA (Modified Ragweed Tyrosine Absorbate). Nouvel agent hyposensibilisant dans le traitement de la rhinite allergique saisonnière (fièvre des foins) à l'herbe à poux chez l'
(John Weisnagel) 685
Enfant leucémique ou cancéreux. La participation des parents au traitement de l'
(J. Demers, H. Salvador) 1 392

Enfants de la maternelle à Montréal en 1976. Le statut d'immunisation des
(Claire Infante-Rivard) 1 336
Enfants diabétiques: dimensions scientifiques et sociales. Nouvelles approches dans le traitement des
(Mimi M. Belmonte) 1 382
Enfants et adolescents: étude de 125 cas. Les assauts sexuels chez les
(J. Wilkins, M. Bédard-Giasson, R. Gagné, G. Rivard, J.-Y. Frappier) 1 304
Enfants. Les accidents chez les
(André L'Archevêque) 1 284
Enfant sourd: dépistage précoce, diagnostic et réadaptation. Le médecin et l'
(Roger Desjardins) 1 326
Enfants vaccinés par le BCG. Indication de la chimioprophylaxie contre la tuberculose chez les
(Helen F. Brickman et Pierre H. Beaudry) 1 342
Entraînement post-gradué des médecins du tiers-monde. Le drame de l'
(Louis E. Roy) 295
Enzymatique. Alcool et induction
(Jean-Gil Joly) 576
Epicondylalgie. L'
(Pierre Lacoste) 387
Epidémiologie de la maladie coronarienne.
(Gaston Godin) 1 028
Epithélioïdes dans le cancer de l'estomac. Signification possible de la présence de cellules
(Guy Pelouze et Jean-Louis Bonenfant) 348
Ergonovine dans l'angine de Prinzmetal. Utilité et risque du test à l'
(Pierre Théroux, David D. Waters, Ihor Dyrda) 1 246
Espérance de vie.
(André Arsenault) 113
Etourdissements posturaux et anomalies glucido-lipidiques.
(Suzanne Rousseau) 403
Etudiants. Consommation d'alcool et de drogues chez les
I. Consommation, effets et raisons d'utilisation d'alcool chez les étudiants au niveau collégial (CEGEP).
(Yves Lamontagne, Léon Tétreault et Richard Boyer) . 219
II. Consommation et raisons d'utilisation de drogues chez les étudiants au niveau collégial (CEGEP).
(Yves Lamontagne, Léon Tétreault, Richard Boyer) ... 408
III. Milieu familial, secteurs d'études impliqués et comparaison entre étudiants et étudiantes alcooliques au niveau collégial (CEGEP).
(Yves Lamontagne, Léon Tétreault, Richard Boyer) ... 573

F

Fibres alimentaires: une revue. Les
(Maurice Verdy) 181
Flurazépam. Comparaison de l'activité hypnotique du Triazolam et du
(N. P. V. Nair et G. Schwartz) 187

G

Gériatrie. Les défis de la
(Roger R. Dufresne) 114
GGT dans le diagnostic des métastases hépatiques. Utilisation simultanée du CEA et de la
(M. Miron, J. Talbot, J.-P. Roy, L. Dionne, J.-M. Loiselle, M. Pagé) 542
Glucido-lipidiques. Etourdissements posturaux et anomalies
(Suzanne Rousseau) 403
Goutte: problèmes posés par la cristallisation "in vitro" de l'urate de sodium. Diagnostic de la
(Rinaldo de Médicis, Jean-Yves Dansereau, Henri-A. Ménard et André Lussier) 810
Goutte: une maladie conquise. La
(André Lussier) 866
Greffe. Recueil d'organes et
(Louis Laplante) 732
Grossesse et conséquences en périnatalogie. Virus de l'hépatite B au cours de la
(Serge Montplaisir, Michelle Gagné et Bernard Martineau) 1 377
Grossesse. Nutrition et
(Michel Lemay, Diane Marchand, Sylvain Gagnon, Guy Verschelden) 1 018
Grossesse. Tumeurs ovariennes et
(Louis Granger, Michel Lemay, Guy Verschelden) 50

H

Handicapés. Le droit des
(Gustave Gingras) 176
Hépatite B au cours de la grossesse et conséquences en périnatalogie. Virus de l'
(Serge Montplaisir, Michelle Gagné et Bernard Martineau) 1 377
Hôpital pour enfants. Les problèmes administratifs particuliers à l'
(Michel Vézina) 1 385
Hôtel-Dieu de Montréal: de sa création en 1896, à l'arrivée du professeur Pierre Masson en 1928. Historique du laboratoire de pathologie de l'
(Marcel Cadotte) 479
Hypercholestérolémie familiale. Epuration extra-corporelle du cholestérol dans l'
(Paul-J. Lupien, L.-Daniel Brun, Sital Moorjani, Claude Gagné et John Awad) 558
Hypogonadisme hypertrophique dû à une parotidite. Manifestations squelettiques en relation avec l'
(N. Gahhos) 922
Hystérectomie et troubles émotifs. Obésité,
(M. Verdy, L. Boyer, A. Boyer et B. Lambert) 819

I

Immunisation des enfants de la maternelle à Montréal en 1976. Le statut d'
(Claire Infante-Rivard) 1 336
Immunisations chez l'enfant: situation actuelle et perspectives d'avenir. Les
(Gilles Delage et Jean H. Joncas) 1 368
Immunité à la diphtérie, au tétanos et à la poliomyélite des adolescents de la province de Québec 1976-1977. Etude de l'
(Berthe Lavergne, Lise Frappier-Davignon et Mary Burr-Paxton) 1 347
Immunité cellulaire. Mécanismes de contrôle de la réponse immune anti-virale — rôle de l'
(Marek Rola-Pleszczynski) 1 091
Immunité: mécanisme et effets de l'activation des macrophages. Macrophages et
(André Dupont) 705
Immunologiques à médiation cellulaire — cellules et médiateurs. Les réactions
(Micheline Pelletier et Serge Montplaisir) 731
Immunologiques à médiation cellulaire. Mécanisme d'action des médiateurs lymphocytaires au cours des réactions
(Takeshi Yoshida) 698
Informatique et santé
(André Arsenault) 736
Inhibition, asthme. Emotion,
(N. Moamai) 48
Institut de Cardiologie de Montréal. Les essais cliniques multicentres à l'
(Claude Goulet, Martial G. Bourassa) 1 253
Institut de Cardiologie de Montréal. L'évolution de la recherche à l'
(Martial G. Bourassa, Claude Goulet) 1 128
Intoxication à l'eau chez un schizophrène traité à la thioridazine: étude des mécanismes physiopathologiques impliqués.
(C. Caron, K. Shooner, M. Martineau, G. E. Plante et M. Lacruz) 1 078
Intoxication grave à l'acide acétylsalicylique: quelques données épidémiologiques.
(Louis Laplante et Claude Beaudry) 280
Intoxications accidentelles: fréquence et aspect préventif. Les
(Pierre Rollin, Marcelle Parent, Luc Chicoine) 1 293
Intra-utérin. Le concept de retard de croissance
(Harry Bard, Jean-Yves Siriez) 259
Iontophorétique chez le rat. Les antidépresseurs tricycliques sensibilisent le récepteur sérotoninergique: une étude
(C. de Montigny) 335

J

Jeune et le Centre d'Accueil. Le
(Marguerite Séguin-Desnoyers) 1 505
Jeunes d'aujourd'hui et le surgissement d'une sensibilité nouvelle. Les
(Hubert Doucet) 1 394

K

Kallicréine-kinine et dopamine — exploitation pratique de ce système vasodilateur-natriurétique. Prostaglandines,
(Lucien Abenhaim et Otto Kuchel) 621

L

Laboratoires de biochimie clinique. Besoins médicaux et précision des
(M. Pouliot, J. Talbot, G. Turcotte, C. Bourget, R. Carrier) 521
Lécithine/spingomyéline et du test de la mousse pour la prédiction des cas de membranes hyalines. Etude comparative du rapport
(Jacques Lacroix, Jean-Claude Jequier, Raymond Chicoine, Gilles Chabot, Robert Rosenfeld, Pierre Guimond) 1 481
Leucémies myéloïdes. Le rôle de la culture cellulaire en milieu semi-solide (méthylcellulose) dans le diagnostic précoce de la transformation aiguë des
(Agathe Barry, Marcelle-D. Julien et Denise-M. Laroche) 166
Leucémique ou cancéreux. La participation des parents au traitement de l'enfant
(J. Demers, H. Salvador) 1 392
Leucocytoclasiques. Les vascularites
(Danielle Marcoux et Jean-Mario Giroux) 653
Livres reçus 308
Lymphocytaires au cours des réactions immunologiques à médiation cellulaire. Mécanismes d'action des médiateurs
(Takeshi Yoshida) 698

M

Macrophages et immunité: mécanismes et effets de l'activation des macrophages.
(André Dupont) 705
Malade chronique: un défi à relever. Le
(Michel Dupuis) 950
Maladie de Kawasaki: à propos de trois cas cliniques. Le syndrome adéno-cutanéo-muqueux ou
(Jacques E. Marcotte, Robert Rosenfeld, Damien Pomerleau) 267
Maladies inflammatoires digestives chez l'enfant. Arthrite et
(Simon Lecours, Claude Paré, Monique Camerlain) ... 1 048
Masson en 1928. Historique du laboratoire de pathologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal: de sa création en 1896, à l'arrivée du professeur Pierre
(Marcel Cadotte) 479
Masson. Raoul
(Paul Letondal) 87
Masson, vingt ans après. A la mémoire du Professeur Pierre
(Joseph-Luc Riopelle) 473
Médecin et l'enfant sourd: dépistage précoce, diagnostic et réadaptation. Le
(Roger Desjardins) 1 326
Médecine de famille du CHUS de juillet à novembre 1978. Etude des patients se présentant sans rendez-vous à la clinique de
(A. F. Cousineau, D. Arguin, J. P. Despins, G. Houle et R. Bernier) 1 033
Médecins. Biographies de
(Edouard Desjardins) 100, 200, 307
Médiation cellulaire — cellules et médiateurs. Les réactions immunologiques à
(Micheline Pelletier et Serge Montplaisir) 731
"Medical Letter". Version canadienne-française de la
(Pierre Biron) 305
Médicaments, quelle confusion! Les effets secondaires subjectifs des
(Sylvie Laganière, Pierre Biron) 919
Mellaril. Observation d'une agranulocytose sévère secondaire au
(Jiri Toth) 929
Métastases hépatiques. Utilisation simultanée de CEA et de la GGT dans le diagnostic des
(M. Miron, J. Talbot, J.-P. Roy, L. Dionne, J.-M. Loiselle, M. Pagé) 542
Mort. Les critères de détermination de la
(Commission de réforme du droit du Canada) 737
Motiline est-elle une hormone gastro-intestinale. La
(Pierre Poitras) 76

Motivation et réadaptation.
(Rodrigue Johnson) 412
Mousse pour la prédiction des cas de membranes hyalines. Etude comparative du rapport lécithine/spingomyéline et du test de la
(Jacques Lacroix, Jean-Claude Jequier, Raymond Chicoine, Gilles Chabot, Robert Rosenfeld, Pierre Guimond) 1 481
MRTA (Modified Ragweed Tyrosine Absorbate). Nouvel agent hyposensibilisant dans le traitement de la rhinite allergique saisonnière (fièvre des foins) à l'herbe à poux chez l'enfant: le
(John Weisnagel) 685
Myocarde: modalités actuelles et perspectives d'avenir. La protection peropératoire du
(Pascal R. Vouhé, Jacques Hélias, Claude M. Grondin) 1 223
Myosite aiguë épidémique de l'enfant. La
(Pierre Masson, Fahed Halal, Bernadette McLaughlin) 1 472
Myosphérulose. Sur deux cas de
(Sylvain Cousineau et Simon Lauzé) 507

N

NECROLOGIE
Auger, Antonio 313; Beaudet, Paul-Emile 102; Bertho, Emile 745; Biron, Louis 745; Boivin, Roch 313; Bouchard, Jean 313; Bourgie, Berthol 102; Butas, Nevra 745; Caron, Jean (Anonyme) 165; Chabot, Claude 102; Charles, Laerte 102; Fortin, Germain 102; Fournier, Flavien 745; Gagnon, Marc-André (Yves Lamontagne) 1258; Gauthier, Henri-E. 745; Gauthier, Paul-Emile 745; Gervais, Jean-Pierre 745; Gilbert, Jules 1258; Ladouceur, Léo 1258; Marchand, Claude (Pierre Biron) 722, 745; Marchildon, Roland B. 102; Marier, Pierre 1258; Morcos, Ikram 313; Nadeau, Gabriel (Edouard Desjardins) 313, 447; Nerette, Jacques 313; Péloquin, Louis-Philippe 102; Piché, Lucien Gérard 102; Poirier, J. Alphée 102; St-Hilaire, Louis-E. 313; Savage, Solange 745; Schiffman, Wanda (Albert Larbrisseau) 314; Simard, Roger 102; Sylvestre, Rodrigue 102; Tétreault, Adélard 313; Thibault, Jean-Paul 313.

Néoplasie et greffe rénale.
(Louise Archambault-Couture, Claude Beaudry, Louis-Philippe Legresley et Louis Laplante) 681
Neuropsychopharmacologie. Interaction entre recherche expérimentale et clinique en
(Louis J. Poirier et Paul J. Bédard) 439
Nitroglycérine: nouvelles indications pour un ancien médicament. La
(David D. Waters, Guy B. Pelletier, Georges S. Affaki) 1 241
Nutrition et grossesse.
(Michel Lemay, Diane Marchand, Sylvain Gagnon, Guy Verschelden) 1 018

O

Obésité, hystérectomie et troubles émotifs.
(M. Verdy, L. Boyer, A. Boyer, et B. Lambert) 819
Organes et greffe. Recueil d'
(Louis Laplante) 732

P

Palliatifs. L'unité des soins
(M. Falardeau, Y. Méthot, J. B. Xenos, Y. Quenneville, M. Farley, A. Gauvin, J. Paquin, L. Tremblay et M. Viana) 1 501
Pancréas. L'évaluation biochimique de la fonction exocrine du
(Jean-Claude Forest, Bernard Rousseau et Marcel Lacerte) 531
Parotidite. Manifestations squelettiques en relation avec l'hypogonadisme hypertrophique dû à une
(N. Gahhos) 922
Pathologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal: de sa création en 1896, à l'arrivée du Professeur Pierre Masson en 1928. Historique du laboratoire de
(Marcel Cadotte) 479
Pathologique au Québec. La préhistoire de l'anatomie
(Edouard Desjardins) 591
Pédagogique — développement d'un curriculum intégré à un programme de résidence.
Partie 1 — **Le modèle**
(Jacques E. Des Marchais) 672
Partie 11 — **L'implantation.**
(Jacques E. Des Marchais) 803
Pathologique. Quand la santé menace l'anatomie
(Jean-Louis Bonenfant) 585
Pédiatrie. Facteurs de vulnérabilité et prévention psycho-sociale en
(Gloria Jeliu) 1 273
Pharmacien clinicien. L'opinion pharmaceutique: outil efficace du
(Janine Matte) 1 437

Pharmacien clinique. Divers aspects du rôle du
(Dolorès Lepage-Savary) 1 417
Pharmacien-clinique et la révision de l'utilisation médicamenteuse. Le
(Jacques Tremblay) 1 425
Pharmacien et du médecin. La responsabilité sociale du
(Jacques Tremblay) 1 511
Pharmacien. Le rôle social du
(Jean Thibault) 1 459
Pharmacien. L'étude pharmacologique du dossier par le
(Pierre-Paul Leblanc) 1 447
Pharmaciens dans la communication de renseignements. La fidélité au régime thérapeutique: nécessité de la collaboration médecins-
(Jean-Pierre Grégoire) 1 451
Pharmacothérapie. Interaction psycho-dynamique entre la psychothérapie et la
(Gaëtan Grondin) 796
Pharmacovigilance en centre de soins prolongés.
(G. Barbeau et J. Y. Julien) 1 431
Philosophie ou physique — esprit ou molécules
(Herbert H. Jasper) 882-1112
Phonocardiogramme: L'apport des techniques récentes. Analyse spectrale du
(Louis-Gilles Durand et Robert Guardo) 842
Physique — esprit ou molécules. Philosophie ou
(Herbert H. Jasper) 882-1112
Pilule contraceptive chez la femme de 40 ans et plus
(J. A. Jacques Desrosiers) 909
Plasmocytome solitaire excrétant. Le
(M. Krulik, R. Sitruk-Ware, M. Mougeot-Martin, A. A. Audebert, D. Zylberait, J.-L. Harousseau et J. Debray) 152
Pneumoconiose du fermier. Atélectasie pulmonaire par aspergillose bronchocentrique: une autre
(Louis Jacques, Raymond Bégin et Michel A. Bureau) 1 071
Poliomyélite des adolescents de la province de Québec 1976-1977. Etude de l'immunité à la diphtérie, au tétanos et à la
(Berthe Lavergne, Lise Frappier-Davignon et Mary Burr-Paxton) 1 347
Politique scientifique. Urgent besoin d'une
(André Arsenault) 441
Porencéphalie. A propos de deux cas de
(V. T. Lam, Dan Bissoon-Doyal, Michel C. Copti, Louise-Hélène Lebrun, Raymonde Chartrand et François Lamoureux) 1 083
Praticiens généralistes en cardiologie. Le recyclage des
(Philippe Renault, Jean-François D'Ivernois, Hélène Leclerc, Yves Marquis) 236
Pratique médicale. La qualité de la
(Jacques Genest) 11
Prostaglandine E2, par voie orale dans le déclenchement du travail. Utilisation de la
(Jacques Gouin, Fernand Gauthier, Roger Leblanc, Carole Desmarais, Jean-Yves Langevin et Pierre Deschênes) 640
Prostaglandines, des coraux et des hommes. Des
(La Rédaction) 612
Prostaglandines, kallicréine-kinine et dopamine — exploitation pratique de ce système vasodilateur-natriurétique.
(Lucien Abenhaim et Otto Kuchel) 621
Psychiatrie du travail. Eléments pour une problématique de la
(Hubert Wallot) 69
Psychiatrique. La nouvelle classification
(Hubert Wallot) 661
Psychiatriques de l'invalidité consécutive aux accidents de travail. Implications
(Robert Duguay, Robert Elie) 34
Psycho-sociale en pédiatrie. Facteurs de vulnérabilité et prévention
(Gloria Jeliu) 1 273
Psychosomatique et arthrite rhumatoïde. Médecine
(Monique Camerlain, Daniel Myhal) 289
Psychothérapie et la pharmacothérapie. Interaction psychodynamique entre la
(Gaëtan Grondin) 796
Purpura par la sensibilisation aux auto-érythrocytes. Une observation de
(Georges Arjane) 826
Purpura post-transfusionnel: à propos d'une observation
(Pierre D'Auteuil) 1 063

R

Radioscopie et de la cinéradiographie cardiaque à l'étude de la maladie coronarienne. L'apport de la
(Jacques Saltiel, Réal Thuot, Martial G. Bourassa) ... 1 494
Réadaptation. Motivation et
(Rodrigue Johnson) 412
Récepteur sérotoninergique: une étude iontophorétique chez le rat. Les antidépresseurs tricycliques sensibilisent le
(C. de Montigny) 335
Recherche à l'Institut de Cardiologie de Montréal. L'évolution de la
(Martial G. Bourassa, Claude Goulet) 1 128

Recherche biomédicale. La rentabilité sociale de la
(Léon Courville, Denyse L. Dagenais et Marcel Dagenais) 329
Recherche expérimentale et clinique en neuro-psychopharmacologie. Interaction entre
(Louis J. Poirier et Paul J. Bédard) 439
Recherche médicale. L'Association des médecins de langue française du Canada et la
(Michel Chrétien) 438
Recherche. 4 — Un cadre de
(Georges Bordage) 1 009
Reconditionnement du coronarien. Influence sur le retour au travail d'un programme de
(J. de L. Mignault) 1 040
Reconnu. D'être connu et
(André Arsenault) 965
Réformes sanitaires survenues au Québec. Analyse des
1 — La participation dans le secteur de la santé.
(Hubert Wallot) 711
II — La réforme proposée par la Commission Castonguay-Nepveu
(Hubert Wallot) 846
III — Du rapport Castonguay-Nepveu à la loi 65
IV — Analyse — Conclusion
(Hubert Wallot) 953
Régimes amaigrissants. Les
(Léo Boyer, André Boyer, Serge Lalonde et Joffre Brouillet) 380
Rénale. Néoplasie et greffe
(Louise Archambault-Couture, Claude Beaudry Louis-Philippe Legresley et Louis Laplante) 681
Rentabilité sociale de la recherche biomédicale. La
(Léon Courville, Denyse L. Dagenais et Marcel Dagenais) 329

Résidence. Expérience pédagogique — développement d'un curriculum intégré à un programme de
Partie I — Le modèle
(Jacques E. Des Marchais) 672
Partie II — L'implantation
(Jacques E. Des Marchais) 803
Responsabilité sociale du pharmacien et du médecin. La
(Jacques Tremblay) 1 511
Revue des livres 279, 292
Rhinite allergique saisonnière (fièvre des foins) à l'herbe à poux chez l'enfant: Le MARTA (Modified Ragweed Tyrosine Absorbate). Nouvel agent hyposensibilisant dans le traitement de la
(John Weisnagel) 685
Rhumatologie au Québec. L'évolution de la
(Roger Demers) 771
Rotavirus dans les selles d'enfants.
Diagnostic rapide immuno-enzymologique des
(H. Peigue, M. Beytout-Monghal, A. Beytout, M. Bourges) 146

S

Sanitaires survenues au Québec. Analyse des réformes
I — La participation dans le secteur de la santé
(Hubert Wallot) 711
II — La réforme proposée par la Commission Castonguay-Nepveu
(Hubert Wallot) 846
III — Du rapport Castonguay-Nepveu à la loi 65
IV — Analyse — Conclusion
(Hubert Wallot) 953
Santé communautaire des centres hospitaliers (CH-DSC): son territoire et sa responsabilité. Le département de
(Gaétan Caron) 1 095
Santé du centre de jour pour personnes âgées. Le programme de
(Mme Colette Denhez et Louis-Émile K. Laflamme) ... 139
Santé. Informatique et
(André Arsenault) 736
Santé maternelle et infantile. Nouvelles tendances en
(Isabelle Laporte, Murielle Forget-Le Brun, Francine Hubert) 1 399
Santé: une valeur sûre? Les bilans de
(Francine Lortie, Serge Monette) 904
Saphène interne. Reflux fémoral et insuffisance ostiale de la
(Jean Ratte) 933
Sarcomes de la vulve. Les
(Marie José Guérard, François Paquin, Pierre Audet-Lapointe et Albert Charbonneau) 501
Sensibilité nouvelle. Les jeunes d'aujourd'hui et le surgissement d'une
(Hubert Doucet) 1 394
Sériques chez des jeunes athlètes. Effets d'un exercice court et violent sur les constituants
(Andréa Kelly, Claude PetitClerc, Gilles Drapeau, Louis Munan, Raymond Nadon et Paul Deshaies) 549
Sexuels chez les enfants et adolescents: étude de 125 cas. Les assauts
(J. Wilkins, M. Bérard-Giasson, R. Gagné, G. Rivard, J.-Y. Frappier) 1 304
Soins prolongés. Pharmacovigilance en centre de
(G. Barbeau et J.-Y. Julien) 1 431

Spingomyéline et du test de la mousse pour la prédiction des cas de membranes hyalines. Étude comparative du rapport lécithine/
(Jacques Lacroix, Jean-Claude Jequier, Raymond Chicoine, Gilles Chabot, Robert Rosenfeld, Pierre Guimond) 1 481
Spondylarthrite ankylosante expérimentale chez le rat. Prévention de la
(A. Lussier, R. de Médicis, L. Tétreault et H. Uhthoff) . 691
Strabisme chez l'enfant. Ce qu'il faut savoir sur le
(Jean-Louis Jacob) 1 319
Stress de l'immigration. Le médecin devant le phénomène et les troubles de l'assimilation culturelle. Le
(C. Benierakis et M. Dongier) 785
Stress psychique au travail. Le
(Pierre Turcot et Hubert Wallot) 421
Syndrome adéno-cutanéo-muqueux ou maladie de Kawasaki: à propos de trois cas cliniques. Le
(Jacques E. Marcotte, Robert Rosenfeld, Damien Pomerleau) 267
Syndrome de dysfonction cérébrale "minime" et la communication avec les parents dans notre société. Le
(Raymond Lafontaine) 1 309

T

Télésurveillance à l'hôpital du Sacré-Coeur. Profil d'opération en
(G. Pagé, A. Proulx, P. A. Mathieu, F. A. Roberge) ... 392
Tension artérielle chez 1211 enfants canadiens-français. Normes de
(P. Biron, J. G. Mongeau et M. Blanchard) 39
Tétanos et à la poliomyélite des adolescents de la province de Québec, 1976-1977. Étude de l'immunité à la diphtérie, au
(Berthe Lavergne, Lise Frappier-Davignon et Mary Burr-Paxton) 1 347
Thallium 201 à l'effort suivant la fréquence de la maladie coronarienne. Intérêt diagnostic de l'association de l'électrocardiogramme et du
(Julio F. Tubau, Bernard R. Chaitman, Georges Dupras, David D. Waters, Martial G. Bourassa) 1 210
Thérapeutique: nécessité de la collaboration médecins-pharmaciens dans la communication de renseignements. La fidélité au régime
(Jean-Pierre Grégoire) 1 451
Thrombo-embolies au cours de l'arthroplastie totale de la hanche.
(André Guimont et Jean-François Fradet) 43
Thromboses par les agents antiplaquettaires. Prévention clinique des
(Jean-Gilles Latour) 1 168
Tiers-monde. Le drame de l'entraînement post-gradué des médecins du
(Louis E. Roy) 295
Translocation t(16;20) (q11;q13) pat de novo chez un enfant achondroplasique. Une
(Paul Genest et Marc-André Pouliot) 1 487
Travail après pontage aorto-coronarien. Facteurs de retour au
(Paul David, Hélène David, Martial G. Bourassa, Henriette Tenaille) 1 204
Travail. Le stress psychique au
(Pierre Turcotte et Hubert Wallot) 421

Triazolam et du Flurazépam. Comparaison de l'activité hypnotique du
(N. P. V. Nair et G. Schwartz) 187
Trisomie 10 p: Étude clinique et biochimique. La
(Marcel Rochon, Julie Powell, Roger Blanchard, Claude Paré, Bernard Lemieux) 1 490
Troubles émotifs. Obésité, hystérectomie et
(M. Verdy, L. Boyer, A. Boyer et B. Lambert) 819
Tuberculinique chez les écoliers de trois groupes d'âge à Montréal. Enquête
(Lise Frappier-Davignon, José Ségura, Hugo Alphonso Sepulveda, Berthe Lavergne) 1 358
Tuberculose chez les enfants vaccinés par le BCG. Indications de la chimioprophylaxie contre la
(Helen F. Brickman et Pierre H. Beaudry) 1 342
Tumeurs ovariennes et grossesse.
(Louis Granger, Michel Lemay, Guy Verschelden) 50
Tumeur villeuse du duodénum.
(B. Rousseau et J. G. Martel) 823

U

Ulcère gastrique cancérisé: mythe ou réalité. L'
(Marcel Cadotte) 10
Ultrasonographie Doppler dans l'étude de la pathologie artérielle. Utilisation de l'
(Gilles Hudon, Daniel Fagret, Martial G. Bourassa) ... 1 215
Union Médicale du Canada. Le redressement de l'
(André Arsenault) 1 512
Urate de sodium. Diagnostic de la goutte: problèmes posés par la cristallisation "in vitro" de l'
(Rinaldo de Médicis, Jean-Yves Dansereau, Henri-A. Ménard et André Lussier) 810

V

Valvulaires: Où en sommes-nous? Où allons-nous? Les remplacements
(Pierre Grondin) 1 145
Vasodilatateurs dans le traitement de l'insuffisance cardiaque aiguë et chronique. Indication des
(Denis C. Phaneuf, Pierre Théroux, David D. Waters, Guy B. Pelletier, Henry F. Mizgala) 791
Vie. Espérance de
(André Arsenault) 113
Voies Visuelles. Maturation des
(Jacqueline Orquin) 1 313

Index des auteurs

L'Union Médicale du Canada

Tome 108, 1979

A

ABENHAIM, Lucien 621
AFFAKI, Georges S. 1 241
ANNABLE, Lawrence 356
ARCHAMBAULT-COUTURE, Louise 681
ARGUIN, D. 1 033
ARJANE, Georges 826
ARSENAULT, André 113, 215, 441, 736, 965, 1512
AUDEBERT, A. A. 152
AUDET-LAPOINTE, Pierre 501
AWAD, John 558

B

BARBEAU, G. 1 431
BARD, Harry 259
BARRY, Agathe 166
BEAUDRY, Claude 280, 681
BEAUDRY, Pierre H. 1 342
BEDARD, Paul J. 439
BEDARD-GIASSON, M. 1 304
BEGIN, Clermont 979
BEGIN, Raymond 1 071
BELANGER, Pierre 1 478
BELMONTE, Mimi M. 1 382
BENIERAKIS, C. 785
BERNIER, R. 1 033
BEYTOUT, D. 146
BEYTOUT-MAMOURET, A. 146
BEYTOUT-MONGHAL, M. 146
BIER, Rino 1 057
BIRON, P. 39, 305, 722, 919
BISSOON—DOYAL, Dan 1 083
BLANCHARD, M. 39
BLANCHARD, Roger 1 490
BONENFANT, Jean-Louis 348, 440, 585
BORDAGE, Georges 1 009
BOTEZ, M. I. 939
BOUCHARD, Marc 515
BOULANGER, Marcel 1 158
BOURASSA, Martial G. ..... 1 128, 1 187, 1 204, 1 210, 1 215, ... 1 231, 1 236, 1 253, 1 494
BOURDEAU, Denis 1 057
BOURGES, M. 146
BOURGET, C. 521
BOYER, André 380, 819
BOYER, Léo 380, 819
BOYER, Richard 219, 408, 573
BREAULT, Diane B. 375
BRICKMAN, Helen F. 1 342
BROUILLET, Joffre 380
BRUN, L.-Daniel 558
BUREAU, Michel A. 1 071
BURR-PAXTON, Mary 1 347

C

CADOTTE, Marcel 10, 479, 511
CAMERLAIN, Monique 289, 375, 1 048
CAMPEAU, Lucien 1 139
CARON, C. 1 078
CARRIER, R. 521
CHABOT, Gilles 1 481
CHAITMAN, Bernard R. 1 187, 1 210, 1 236
CHARBONNEAU, Albert 501
CHARTRAND, Raymonde 1 083
CHICOINE, Luc 1 293
CHICOINE, Raymond 1 481
CHOUINARD, Guy 356
CHRETIEN, Michel 438
CHURCHER, Elisabeth 375
COMMISSION de réforme du droit au Canada 737
COPTI, Michel C. 1 083
COTE, Johanne 569
COTE, Pierre 1 187
COURVILLE, Léon 329
COUSINEAU, A. F. 1 033
COUSINEAU, Sylvain 507
CRAWHALL, J. C. 566

D

DAGENAIS, Denyse L. 329
DAGENAIS, Marcel 329
DANSEREAU, Jean-Yves 810
D'AUTEUIL, Pierre 1 063
DAVID, Hélène 1 204
DAVID, Paul 1 204
DEBRAY, J. 152
DELAGE, Gilles 1 368, 1 478
DELAGE, Jean-Marie 112
DE MEDICIS, Rinaldo 691, 810
DEMERS, J. 1 392
DEMERS, Roger 771
DENHEZ, Mme Colette 139
DESCHENES, Pierre 640
DESHAIES, Paul 549
DESJARDINS, Edouard ..... 46, 100, 199, 200, ... 307, 447, 591
DESJARDINS, Roger 1 326
DESMARAIS, Carole 640
DES MARCHAIS, Jacques E. 672, 803
DESPINS, J. P. 1 033
DESROSIERS, J. A. Jacques 909
DIONNE, L. 542
D'IVERNOIS, Jean-François 236
DONGIER, M. 785
DOUCET, Hubert 1 394
DRAPEAU, Gilles 549
DUFRESNE, Roger R. 114
DUGUAY, Robert 34
DUMONT, André 705
DUPRAS, Georges 1 210
DUPUIS, Michel 950
DURAND, Louis-Gilles 842
DUROCHER, Louis-Philippe 1 023
DYRDA, Ihor 1 246

E

ELIE, Robert 34
ETHIER, Serge 1 057

F

FAGRET, Daniel 1 215
FALARDEAU, M. 1 501
FARLEY, M. 1 501
FERGUSSON, Ronald J. 1 187, 1 236
FONTAINE, Suzanne 1 329
FOREST, Jean-Claude 531, 569
FORGET-LE BRUN, Murielle 1 399
FRADET, Jean-François 43
FRANCOEUR, Marie 1 023
FRAPPIER, J.-Y. 1 304
FRAPPIER-DAVIGNON, Lise 1 347, 1 358

G

GAGNE, Claude 558
GAGNE, Michelle 1 377
GAGNE, R. 1 304
GAGNON, Sylvain 1 018
GAHHOS, N. 922
GAREAU, Robert 14
GAREAU, Roger 495
GARON, Gaétan 1 095
GAUTHIER, Fernand 640
GAUVIN, A. 1 501
GENEST, Jacques 11
GENEST, Paul 1 487
GINGRAS, Gustave 176
GIROUX, Jean-Mario 653
GODIN, Gaston 1 028
GODIN, J. 245
GOUIN, Jacques 640
GOULET, Claude 1 128, 1 253
GRANGER, Louis 50
GREGOIRE, Jean-Pierre 1 451
GRONDIN, Claude M. 1 223
GRONDIN, Gaëtan 796
GRONDIN, Pierre 1 145
GUARDO, Robert 842
GUERARD, Marie José 501
GUIMOND, Pierre 1 481
GUIMONT, André 43

H

HALAL, Fahed 1 472
HAROUSSEAU, J.-L. 152
HAUSSER, Christian 1 478
HELIAS, Jacques 1 223
HOULE, G. 1 033
HUBERT, Francine 1 399
HUDON, Gilles 1 215

I

INFANTE-RIVARD, Claire 1 336

J

JACOB, Jean-Louis 1 319
JACQUES, Louis 1 071
JASPER, Herbert H. 882, 1 112
JELIU, Gloria 1 273
JEQUIER, Jean-Claude 1 481
JOHNSON, Rodrigue 412
JOLY, Jean-Gil 576
JONCAS, Jean H. 1 368
JULIEN, J.-Y. 1 431
JULIEN, Marcelle-D. 166

K

KELLY, Anthéa 549
KRULIK, M. 152
KUCHEL, Otto 621

L

LACERTE, M. 531, 569
LACOSTE, Pierre 387
LACROIX, Jacques 1 481
LACRUZ, M. 1 078
LAFLAMME, Louis Emile K. 117, 139
LAFLEUR, Lucette 1 403
LAFONTAINE, Raymond 1 309
LAGANIERE, Sylvie 919
LALONDE, Serge 380
LALUQUE, J. B. 146
LAM, V. T. 1 083
LAMBERT, Bernard 819, 939
LAMBERT, Jean 1 329
LAMONTAGNE, Yves 219, 408, 573, 1 258
LAMOUREUX, François 1 083
LANDRY, Fernand 123
LANGEVIN, Jean-Yves 640
LAPERRIERE, Jean 1 057
LAPLANTE, Louis 280, 681, 732
LAPORTE, Isabelle 1 399
LARAMEE, François 725
LARBRISSEAU, Albert 314
L'ARCHEVEQUE, André 1 284
LAROCHE, Denise-M. 166
LATOUR, Jean-Gilles 1 168
LAUZE, Simon 507
LAVERAN, H. 146
LAVERGNE, Berthe 1 347, 1 358
LEBLANC, Pierre-Paul 1 447
LEBLANC, Roger 640
LEBRUN, Louise-Hélène 1 083
LECAVALIER, D. 566
LECLERC, Hélène 236
LECOURS, Simon 1 048
LEGRESLEY, Louis-Philippe 681
LEMAY, Michel 50, 1 018
LEMIEUX, Bernard 1 490
LEPAGE-SAVARY, Dolorès 1 417
LESCOP, Joëlle 1 329, 1 403
LESPERANCE, Bernard 1 195
LETONDAL, Paul 87
LEVESQUE, Paul-Henri 14
LOISELLE, J.-M. 542, 588
LORTIE, Francine 904
LUPIEN, Paul-J. 558
LUSSIER, A. 691, 810, 866

Mc

MCLAUGHLIN, Bernadette 1 472

M

MAILLE, Jean-Guy 1 158
MALO, J.-L. 245
MARCHAND, Diane 1 018
MARCOTTE, Jacques E. 267
MARCOUX, Danielle 653
MARQUIS, Yves 236
MARTEL, J. G. 823
MARTEL, Jean-Marc 1 003
MARTINEAU, Bernard 1 377
MARTINEAU, M. 1 078
MASSON, Pierre 1 465, 1 472
MATHIEU, P. A. 392
MATTE, Janine 1 437
MAYKUT, M. O. 443
MEDOU, Léopold 1 478
MENARD, Henri-A. 810
MERCIER, Lise-Andrée 1 200
METHOT, Y. 1 501
MIGNAULT, Gérard 862
MIGNAULT, J. de L. 1 040
MIRON, M. 542
MIZGALA, Henry F. 791, 1 251
MOAMAI, N. 48
MONDAY, Louise A. 55, 644
MONETTE, Serge 904
MONGEAU, J. G. 39
MONTIGNY, C. de 335
MONTPLAISIR, Serge 731, 1 377
MOORJANI, Sital 558
MORRISON, A. B. 443
MOUGEOT-MARTIN, M. 152
MUNAN, Louis 549
MYLHAL, Daniel 289

N

NADON Raymond 549
NAIR, N. P. V. 187

O

ORQUIN, Jacqueline 1 313

P

PAGE, G. 392
PAGE, M. 542
PAIEMENT, Bernard 1 158
PAQUIN, François 501
PAQUIN, J. 1 501
PARE, Claude 1 048, 1 490
PARENT, Marcelle 1 293
PEIGUE, H. 146
PELLETIER, Guy 440
PELLETIER, Guy B. 791, 1 241
PELLETIER, Micheline 731
PELOUZE, Guy 348, 440
PETITCLERC, Claude 549
PETITCLERC, Robert 1 195
PHANEUF, Denis C. 791
PLANTE, G. E. 1 078
POIRIER, Louis J. 439
POITRAS, Pierre 76
POMERLEAU, Damien 267
POULIOT, M. 521
POULIOT, Marc-André 1 487
POWELL, Julie 1 490
PROULX, A. 392

Q

QUENNEVILLE, Y. 1 501

R

RATTE, Jean 923
RENAULT, Philippe 236
RIDEAU, Y. 61
RIOPELLE, Joseph-Luc 473
RIVARD, G. 1 304
ROBERGE, F. A. 392
ROCHON, Jean 1 109
ROCHON, Marcel 1 490
ROLA-PLESZCZYNSKI, Marek 1 091
ROLLIN, Pierre 1 293, 1 465
ROSENFELD, Robert 267, 1 481
ROSS-CHOUINARD, Andrée 356
ROUSSEAU, Bernard 531, 569, 823
ROUSSEAU, Elizabeth 1 329
ROUSSEAU, Suzanne 403
ROY, Augustin 725
ROY, J.-P. 542
ROY, Louis E. 295

S

SALTIEL, Jacques 1 494
SALVADOR, H. 1 392
SCHWARTZ, G. 187
SEGUIN-DESNOYERS, Marguerite 1 505
SEGURA, José 1 358
SEPULVEDA, Hugo Alphonso 1 358
SHOONER, K. 1 078
SIRIEZ, Jean-Yves 259
SITRUK-WARE, R. 152
SYLVESTRE, Jacques 1 057

T

TAILLEFER, Jean 1 158
TALBOT, J. 521, 542, 588
TENAILLE, Henriette 1 204
TETREAULT, Léon 219, 408, 573, 691
THEROUX, Pierre 791, 1 231, 1 246
THIBAULT, Jean 1 459
THUOT, Réal 1 494
TOTH, Jiri 929
TREMBLAY, Jacques 1 425, 1 511
TREMBLAY, L. 1 501
TUBAU, Julio F. 1 210, 1 236
TURCOTTE, Gilles 515, 521
TURCOTTE, Pierre 421

U

UHTHOFF, H. 691

V

VERDY, Maurice 181, 819
VERSHELDEN, Guy 50, 1 018
VEZINA, Michel 998, 1 385
VIANA, M. 1 501
VINCKE, Pierre 1 478
VOUHE, Pascal R. 1 223

W

WALLOT, Hubert 69, 301, 421, 661, 711, 846, 953
WATERS, David D. 791, 1 210, 1 241, 1 246
WEISNAGEL, John 685
WILKINS, Jean 231, 1 304
WINSBERG, Fred 1 195

X

XENOS, J. B. 1 501

Y

YOSHIDA, Tekeshi 698

Z

ZYLBERAIT, D. 152