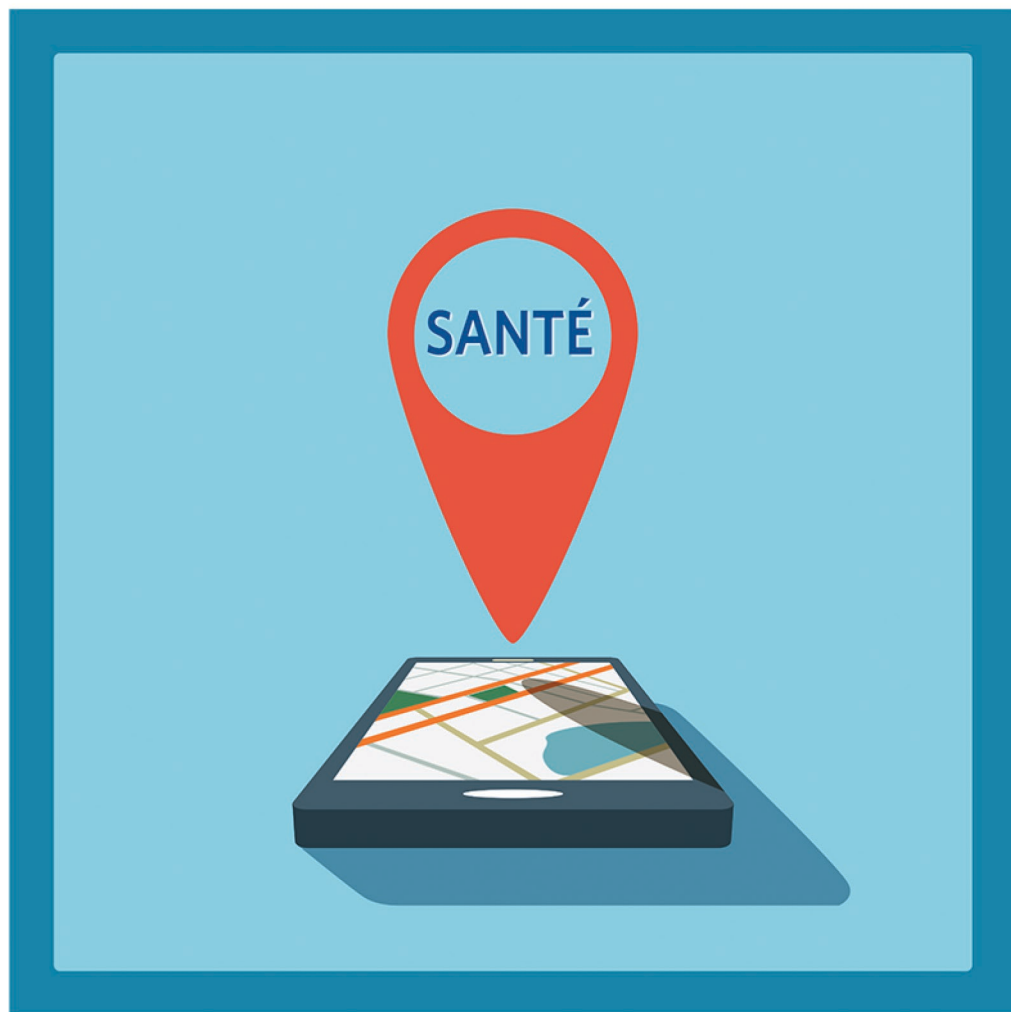




LE GPS : GUIDE PRIORITÉ SANTÉ

Les infirmières et le bilan de santé chez l'adulte





LE GPS : GUIDE PRIORITÉ SANTÉ

Les infirmières et le bilan de santé chez l'adulte



*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Est-de-
l'Île-de-Montréal*

Québec 

Une réalisation du secteur Services préventifs en milieu clinique

Direction de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

1301, rue Sherbrooke est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514-528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Auteures

Claire Gagné, M.D.
Andrée Gilbert, M.D., CCMF, M.Sc.
Sylvie Roberge, inf., B.Sc.

Collaborateurs

Claude Baillargeon, cancer du sein
Sylvie Belleville, déficit cognitif
Patrick Berthiaume, ITSS
Myriam Cayer, déficit auditif
Caroline Cejka, tabagisme et activité physique
Manon Dugas, ITSS
Marie-Claude Gélinau, alimentation
Ak'ingabe Guyon, introduction
Edith Guilbert, grossesses non planifiées
Diane Jolicoeur, cancer du sein
Claude Laberge, ITSS
France Laflamme, santé mentale
Monique Letellier, immunisation

Relecteurs

Irma Clapperton, Anne-Marie Denault, Yves Lambert, Mylène Leclerc, Valérie Lemieux, André Munger

Révision et mise en page

Jennifer Dunn

Comité consultatif

Manon Deguise, Anne-Marie Denault,
Julie Dupont, Claudia Houle, Mylène Leclerc,
André Néron, Teresa Petraglia,
Danielle Sasseville, Chantale Viens

Sarah-Amélie Mercure, ITSS
Randala Mouawad, alimentation
Michelle Normandeau, ordonnances collectives
Robert Perreault, santé mentale
Pierre A. Pilon, immunisation
Johanne Richard, cancer du sein
Carole Rondeau, ITSS
Anna Szuto, cancer du sein
Lynda Thibeault, cancer colorectal et du sein
Claude Thivierge, santé mentale
Diane Villeneuve, cancer du sein

Soutien technologique

Benoît Chiron, Yazid Ramla

Remerciements

Deborah Bonney, Linda Daneau, Mylène Drouin, Chantal Fortin, Mireille Gaudreau, Manon Girard, Julie Lajeunesse, Marie-Josée Paquet ainsi que les infirmières-conseils en prévention clinique de chacun des CSSS de Montréal

Nous soulignons la précieuse collaboration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec :
Suzanne Durand, inf., M.Sc., D.E.S.S. en bioéthique, Directrice, Développement et soutien professionnel
Barbara Harvey, inf., M.Sc., Infirmière-conseil, Développement et soutien professionnel

Ce document est disponible en ligne en totalité ou par modules à cette adresse :

www.santemontreal.qc.ca/guideprioritesante

Note : Dans le présent document, lorsque le féminin est utilisé, il désigne aussi bien les hommes que les femmes et ne vise qu'à alléger le texte.

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, 2015
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-479-5 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Mot du directeur

Le Guide Priorité Santé (GPS), c'est avant tout un guide de pratique destiné à soutenir les services de première ligne dans une optique de santé globale pour chaque personne. Il constitue un ouvrage de référence destiné aux infirmières bachelières qui interviennent dans le domaine du bilan de santé de l'adulte.

Avec ce guide, l'infirmière bachelière dispose d'un outil sur mesure, clé en main, pour l'accompagner dans son rôle, celui de soutenir la personne qui consulte. Différentes trajectoires d'interventions cliniques et ressources de soutien lui sont proposées. L'infirmière utilise pleinement son jugement clinique pour réaliser un bilan de santé, en collaboration avec d'autres professionnels, dont l'infirmière praticienne spécialisée en première ligne et le médecin.

Les milieux cliniques bénéficient d'un modèle pour offrir des soins de santé primaires en équipe interdisciplinaire. Le GPS propose une façon de réaliser un partage optimal des tâches des professionnels. Les différents milieux peuvent effectuer la « programmation » finale de l'outil selon leurs priorités et leurs ressources et l'adapter à la clientèle de leur territoire.

Lorsque la personne consulte l'infirmière, elle a l'occasion de faire son bilan de santé. Elle prend la route avec un objectif : arriver au but qu'elle s'est fixée, que ce soit obtenir un meilleur aperçu de sa condition physique, changer certaines habitudes de vie ou prendre connaissance de façon précoce des problèmes qui risquent de s'aggraver. Quoi qu'il en soit, c'est elle qui décide de la destination. Le bilan est conçu de manière à lui suggérer des itinéraires possibles.

Il permet à chaque personne de prendre certaines décisions et parfois, l'avise d'effectuer un virage prudent et nécessaire.

À tous, bonne route!

Le directeur de santé publique,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Richard Massé', written in a cursive style.

Richard Massé, M.D.

Mot de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Le Guide Priorité Santé constitue un ouvrage de référence pour toutes les infirmières qui sont appelées à intervenir dans le domaine du bilan de santé chez l'adulte, quel que soit leur lieu de pratique, et pour tous ceux qui participent à la gestion des programmes où les infirmières procèdent au bilan de santé.

Il définit les normes de bonne pratique dans ce domaine et précise les rôles et responsabilités de l'infirmière, tout en établissant des balises claires de référence vers l'IPS ou le médecin, le cas échéant.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec demande donc à ses membres de s'y conformer.

Résumé

La publication du **Guide Priorité Santé** par la Direction de santé publique de Montréal s'inscrit dans la perspective d'offrir du soutien aux milieux cliniques de première ligne, dans la dispensation de soins de santé primaires (SSP) à la population. Dans la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, les SSP mettent l'accent sur la promotion de la santé et du bien-être ainsi que la prévention des maladies. Ils favorisent l'autonomisation de la personne tout en utilisant le plus efficacement possible les ressources disponibles. Le guide propose un **bilan de santé**. Il s'agit d'une occasion, pour la personne de 18 ans et plus qui consulte, de faire son propre constat à l'égard de sa santé. Le bilan est effectué par une infirmière bachelière en collaboration avec des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) si disponibles, et un médecin répondant.

Le bilan de santé de l'adulte a pour objectifs de :

- Aider les personnes à identifier les facteurs pouvant avoir une influence sur leur santé (par exemple, habitudes de vie, contexte psychosocial)
- Vérifier leur intérêt (décision éclairée) à ce que certaines conditions ou maladies soient détectées précocement afin de diminuer leur impact sur la santé (par exemple, le diabète, ou certains cancers)
- Soutenir la personne dans l'adoption ou le maintien de comportements favorables à la santé, par exemple en matière d'habitudes de vie (tabagisme, activité physique, alimentation) ou d'immunisation
- Soutenir la personne dans un processus d'autonomisation à l'égard de sa santé (prise en charge de sa propre santé).

Il permet d'offrir des soins de santé primaires dans les deux contextes suivants :

➤ Des personnes sans médecin de famille

Dans ce contexte, le service permet aux personnes de bénéficier de soins préventifs et de soins de santé primaires dans l'attente d'avoir accès à un médecin de famille. L'IPSPL ou le médecin répondant agissent comme consultants lorsqu'un problème de santé est détecté par l'infirmière.

➤ Des personnes ayant un médecin de famille

Dans cette situation, le bilan de santé vise à favoriser l'intégration d'interventions préventives et d'interventions cliniques de soins infirmiers de façon complémentaire aux soins préventifs et curatifs déjà offerts par le médecin de famille. Il se veut un outil de systématisation permettant de définir les champs d'activités respectifs dans une optique de pratique collaborative (travailleurs de la santé de différentes formations offrant des services complets en travaillant avec les personnes) enrichissante et stimulante (par exemple un GMF ou une CRI).

La présentation du guide par « modules » permet à chaque milieu clinique une adaptation selon son contexte spécifique.

Le guide aborde:

Modules	Thèmes
Habitudes de vie	Alimentation, Activité physique, Tabagisme, Consommation d'alcool et drogues
Santé cardiométabolique	Excès de poids, Hypertension artérielle, Diabète et dyslipidémie
Cancers	Cancer du sein, Cancer du col utérin, Cancer colorectal, Cancer de la prostate, Cancer de la peau
Maladies évitables par la vaccination	Immunisation
Traumatismes liés aux chutes	Santé osseuse, Fragilité osseuse, Chutes
Déficits sensoriels et cognitifs	Déficit auditif, Déficit visuel, Déficit cognitif
Santé mentale	Stress, Humeur dépressive, Violence, Maltraitance envers les aînés
Santé sexuelle, reproductive et périconceptionnelle	Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), Grossesses non planifiées, Prévention périconceptionnelle

Chacun des modules regroupe donc plusieurs thèmes pour lesquels le guide propose **une intervention clinique** détaillée et tous les outils nécessaires. Plusieurs conditions s'avèrent essentielles au succès d'une telle entreprise : recruter une infirmière bachelière, planifier son rôle, recruter une IPSPL si possible et au moins un médecin répondant, définir les mécanismes de collaboration interprofessionnelle et établir des corridors de services. Le guide est un outil concret pour améliorer la pratique collaborative et la santé de la population.

TABLE DES MATIÈRES

Le bilan de santé de l'adulte	1
Partage des activités professionnelles : contexte législatif.....	13
HABITUDES DE VIE	21
Alimentation.....	23
Activité physique	29
Tabagisme	37
Alcool et drogues	45
SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE	51
Excès de poids	55
Hypertension artérielle	63
Diabète et dyslipidémies.....	71
CANCERS	77
Cancer du sein	81
Cancer du col utérin	91
Cancer colorectal.....	97
Cancer de la prostate	105
Cancer de la peau.....	109
IMMUNISATION	113
TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES	125
Santé osseuse.....	129
Fragilité osseuse.....	135
Chutes	141
DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS	149
Déficit auditif.....	151
Déficit visuel	157
Déficit cognitif	161
SANTÉ MENTALE	165
Stress et sommeil	169
Humeur dépressive	177
Violence.....	185
Maltraitance envers les personnes âgées.....	191
SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE	197
Infections transmissibles sexuellement et par le sang.....	201
Grossesses non planifiées	219
Prévention périconceptionnelle.....	225
Votre questionnaire de santé	229
Formulaire d'évaluation de l'infirmière	237
PLAN D'INTERVENTIONS CLINIQUES	241
ANNEXE 1	243
ANNEXE 2	375

Liste des acronymes

AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CAT	Centre d'abandon du tabac
CES	Centre d'éducation pour la santé
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CMQ	Collège des médecins du Québec
CRI	Clinique-réseau intégrée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS - SOV	Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun
DSP/ASSS-Mtl	Direction de santé publique de l'Agence de la santé et de services sociaux de Montréal
GACO	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
GECSSP	Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
GMF	Groupe de médecine de famille
GQDITSS	Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IP SPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
SCPE	Société canadienne de physiologie de l'exercice
SOC	Société d'ostéoporose du Canada
SSP	Soins de santé primaires
USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force



LE BILAN DE SANTÉ DE L'ADULTE

L'activité de l'infirmière dans une approche collaborative

Des soins de santé primaires accessibles et efficaces

Offrir du soutien aux milieux cliniques de première ligne, dans la dispensation de soins de santé primaires (SSP) à la population : c'est dans cette perspective essentielle que s'inscrit la publication de ce guide. La promotion de la santé, la prévention de la maladie, et la prise en charge de sa santé sont des éléments-clés des soins primaires. [1]

Il y a déjà plus de 35 ans, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) adoptait l'approche de soins de santé primaires comme « le meilleur moyen d'optimiser la santé de la population et de créer et de fournir des services de santé efficaces [...] Les SSP mettent l'accent sur la promotion de la santé et du bien-être ainsi que la prévention des blessures et des maladies [...] Ils favorisent l'habilitation en santé tout en utilisant le plus efficacement les ressources de la santé disponibles. » [2] L'accessibilité à des soins de santé primaires devrait donc être une priorité pour les sociétés.

Dans son plan stratégique 2010-2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) rappelle en effet l'importance d'agir en amont des problèmes de santé, particulièrement en soutenant l'intégration de la prévention dans les services de première ligne. [3] La promotion et le soutien des pratiques préventives sont des stratégies d'action en mesure d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Celles-ci regroupent le dépistage des maladies ou des facteurs de risque, le counseling relativement aux comportements favorables à la santé, l'immunisation, et la chimioprophylaxie.

En 2011, le Modèle montréalais et plan d'action 2011-2015 en prévention et gestion des maladies chroniques conviait également les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux à unir leurs efforts pour diminuer la mortalité et la morbidité liées aux maladies chroniques, notamment en réduisant la prévalence des facteurs de risque (hypertension, dyslipidémie, etc.) et la prévalence des comportements de santé défavorables (sédentarité, tabagisme, etc.). « Des efforts devront s'intensifier [...] pour intégrer la prévention dans les pratiques cliniques en 1^{re} ligne, et pour améliorer la capacité de la personne d'agir en vue de prévenir l'apparition de la maladie ou en éviter les complications. » [4]

L'accessibilité à de tels services est réduite du fait qu'une bonne proportion des adultes n'a pas de médecin de famille. De plus, le temps que le médecin peut consacrer à la prévention est souvent restreint lors de suivis des personnes aux prises avec des maladies chroniques.

Depuis bon nombre d'années, les systèmes de santé mondiaux tendent à réaliser le virage vers les soins de santé primaires et la première ligne pour améliorer l'accès, l'efficacité et l'efficience. [5] [6] Les pays les plus performants ont utilisé la contribution des infirmières pour effectuer ce virage et pour se hisser parmi les premiers au niveau de ces trois indicateurs. [7] Les infirmières du Québec sont donc conviées à jouer des rôles plus importants dans les soins de santé primaires, dont les soins préventifs. Elles assumeront de plus en plus de responsabilités en amont de l'intervention médicale permettant ainsi de hiérarchiser les services. Les infirmières seront impliquées dans la promotion, la prévention et la protection de la santé comme dans le maintien et le rétablissement de la santé. D'ailleurs, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) estime que l'avenir des rôles infirmiers pour 2020 se situe à ce niveau : l'infirmière sera la porte d'entrée des systèmes de santé et l'intervenante pivot qui aidera les personnes à s'y retrouver dans les services de santé leur étant dédiés. [8] En plus de son rôle d'évaluation et de surveillance clinique, l'infirmière joue un rôle crucial de coordination au sein des équipes multidisciplinaires comme généraliste. Elle oriente au bon endroit, au bon professionnel et au bon moment, selon les besoins.

De nouveaux modèles d'organisation de soins de première ligne, composés d'équipes multidisciplinaires, se développent au Québec : groupes de médecine de famille (GMF), cliniques-réseau, cliniques-réseau intégrées (CRI), etc. Le mandat de ces milieux prévoit l'intégration des soins préventifs, sans toutefois

pouvoir toujours bénéficier du soutien nécessaire à leur mise en œuvre. Le guide de pratique pour un bilan de santé effectué par une infirmière bachelière se veut donc un outil de soutien pour augmenter la portée populationnelle de la prévention et améliorer l'accès aux soins de santé primaires. De plus, repenser la dispensation de soins de santé primaires et optimiser les rôles professionnels ne peut qu'avoir un impact positif sur les services d'urgence et les services curatifs déjà débordés.

Une initiative gagnante

En 2010, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Sud-Ouest-Verdun (SOV) développe le *Centre de prévention clinique*, qui vise à offrir un bilan de santé aux personnes, sans problèmes de santé connus, qui sont en attente d'un médecin de famille, et inscrites au guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO - niveau 5 de priorité). Le bilan est effectué par une infirmière en collaboration avec des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) et un médecin. Une évaluation de ce projet, en 2012, met en évidence que la grande majorité des personnes qui consultent au *Centre de prévention clinique* bénéficient des interventions préventives prévues au bilan. Globalement 85 % des personnes sont satisfaites des services reçus. Peu de personnes sont dirigées vers un médecin étant donné que l'infirmière ou l'IPSPL sont le plus souvent en mesure de répondre à leurs besoins. La majorité des personnes présentaient au moins une habitude de vie à risque pour leur santé. Une personne sur deux avait un excès de poids. Lors d'un sondage réalisé trois semaines après leur rendez-vous, plus de la moitié des répondants mentionnent qu'ils ont identifié un changement concret à faire pour améliorer leur santé. Les tests ont aussi permis la détection précoce de certains problèmes de santé, surtout des dyslipidémies. [9]

À ce jour, le *Centre de prévention clinique* continue son œuvre et son développement. Ce nouveau modèle a reçu le Prix innovation clinique 2012 de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal-Laval ainsi que le Prix innovation clinique 2012 pour le Québec, remis lors du congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en octobre 2012. Il a été désigné comme pratique exemplaire par Agrément Canada et finaliste au Prix de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS).

Le guide de pratique souhaite donc poursuivre sur cette lancée et élargir cette initiative dans le réseau montréalais, passant ainsi d'une formidable initiative locale à un nouveau modèle régional.

Une vision positive et personnalisée de la santé

Le bilan de santé proposé est une occasion, pour la personne de 18 ans et plus qui consulte, de faire son propre constat à l'égard de sa santé. Cette dernière est définie par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». [10]

Le bilan cherche à intégrer de façon transversale, cette interrelation entre santé physique, santé mentale, et habitudes de vie, le tout dans une vision positive et centrée sur la personne. Il se rapproche du modèle de « *health assessment* », soit une collecte et une analyse des informations sur la santé de la personne pour identifier et renforcer les comportements bénéfiques tout en travaillant à changer les comportements nocifs.

En ce sens, il correspond bien à la définition de soins de santé primaires. « Par approche axée sur les SSP, on entend le fait de porter attention et de s'intéresser aux nombreux facteurs qui, dans l'environnement social, économique et physique des personnes, touchent leur santé : de l'alimentation à la qualité de l'environnement en passant par le revenu, l'éducation, les relations personnelles et sociales, le logement, le milieu de travail et la culture. » [11]

Le bilan de santé est conçu pour être effectué par une infirmière bachelière et se distingue d'une consultation médicale dans la mesure où il n'a pas pour objectif de poser le diagnostic d'un problème de santé existant. C'est pourquoi il n'intègre pas un questionnaire relatif aux symptômes que pourrait présenter la personne ni un examen physique complet. Il vise à détecter une condition au stade préclinique, c'est-à-dire en l'absence de symptômes ou signes suggestifs de la maladie. À ce titre, il se

situe au niveau de la prévention primaire et de la détection précoce dans le continuum de services, notamment en prévention et gestion des maladies chroniques.

L'infirmière vérifie si la personne a des préoccupations à l'égard de sa santé. Dans l'affirmative, elle évalue la condition de la personne et en présence d'une anomalie, elle réfère la personne à la ressource appropriée.

L'infirmière joue un rôle essentiel de guide et de soutien dans la démarche de réflexion de la personne. Une approche d'inspiration motivationnelle est mise de l'avant lorsqu'indiqué dans le counseling.

Le bilan de santé a pour objectifs de :

- Aider les personnes à identifier les facteurs pouvant avoir une influence sur leur santé (par exemple, habitudes de vie, contexte psychosocial)
- Vérifier leur intérêt (décision éclairée) à ce que certaines conditions ou maladies soient détectées précocement afin de diminuer leur impact sur la santé (par exemple, le diabète, ou certains cancers)
- Soutenir la personne dans l'adoption ou le maintien des comportements favorables à la santé (par exemple, habitudes de vie, immunisation)
- Soutenir la personne dans un processus d'autonomisation à l'égard de sa santé.

La démarche d'entrevue se veut interactive, orientée vers la résolution de problème, les buts à atteindre selon la motivation de la personne. L'infirmière est attentive à tout moment à l'état émotionnel de la personne, surtout lorsqu'il s'agit d'aborder des questions plus délicates, notamment concernant la santé mentale ou la santé sexuelle. Maintenir le climat de confiance, souligner les forces, les compétences et la résilience de la personne, et promouvoir son autonomisation sont au cœur de l'intervention. L'infirmière s'assure de bien respecter l'autonomie et la liberté de la personne dans un processus de décision éclairée, tout en mettant l'accent sur les messages de prévention et le feed-back approprié.

A nouveau, « l'approche axée sur les soins de santé primaires place les citoyens et les patients sur un pied d'égalité avec les professionnels de la santé à l'égard de la prise de décisions sur les questions de santé. » [11]

Une pratique infirmière dynamique

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. » [12]

Dans le champ d'exercice de l'infirmière défini par la *Loi sur les infirmières et infirmiers*, nous retrouvons les éléments fondamentaux pour la réalisation du bilan de santé par l'infirmière :

- Un champ d'exercice de la profession infirmière défini de façon très large et comprenant l'aspect préventif et les interventions cliniques favorisant la santé
- L'émergence de nouveaux rôles pour l'infirmière
- L'intervention selon une perspective globale de la personne au regard de sa santé
- L'éducation à la santé comme faisant partie intégrante de l'exercice infirmier
- La prise en compte des composantes de l'environnement pouvant influencer sur la santé de la personne
- Aucune limitation de clientèles, de domaines ni de lieux de pratique
- Un rôle accru des infirmières, une grande autonomie et une reconnaissance de leur jugement clinique : évaluation de l'état de santé d'une personne, amorce de mesures diagnostiques ou des traitements selon une ordonnance, droit de prescrire certains médicaments ou traitements à caractère préventif (le droit de prescrire des infirmières devrait être effectif au début de 2016), etc.

« En partage avec d'autres professionnels, les activités d'information, de promotion de la santé ainsi que de prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font aussi partie de l'exercice infirmier. » [12] Dans le cadre du bilan de santé, l'infirmière éduque, dépiste, identifie et intervient.

En résumé, les infirmières et infirmiers détiennent les compétences nécessaires et un champ d'exercice leur permettant d'intervenir en amont de l'activité médicale pour renforcer les stratégies de promotion, de prévention, de dépistage, et de maintien de la santé dans le continuum de soins, ce qui est essentiel à l'atteinte de l'habilitation en santé et de la réalisation de l'objectif de la santé pour tous. [2]

Des professionnels qui coopèrent de façon optimale

Le guide de pratique se veut un modèle d'intervention clinique permettant à une infirmière bachelière de réaliser un bilan de santé en collaboration avec des IPSPL ou des médecins et d'identifier les situations de santé prioritaires qui présentent des risques et qui nécessitent rapidement un autre niveau d'intervention.

Il permet d'offrir des soins de santé primaires dans les deux contextes suivants :

➤ Des personnes sans médecin de famille

Dans ce contexte, le service permet aux personnes de bénéficier de soins de santé primaires dans l'attente d'avoir accès à un médecin de famille. L'IPSPL ou le médecin répondant agissent comme consultants lorsqu'un problème de santé est détecté par l'infirmière lors du bilan. L'IPSPL ou le médecin répondant assurent le suivi uniquement des personnes dont la condition requiert des soins relevant de leurs compétences spécifiques (par exemple, poser un diagnostic ou prescrire un traitement pharmacologique). À noter que selon l'enquête régionale montréalaise TOPO 2012, 35 % des Montréalais n'ont pas de médecin de famille. [13]

➤ Des personnes ayant un médecin de famille

Dans cette situation, le bilan de santé effectué par une infirmière bachelière vise à favoriser l'intégration d'interventions préventives et d'interventions cliniques de soins infirmiers de façon complémentaire aux soins préventifs et curatifs déjà offerts par le médecin de famille. Il se veut un outil de systématisation permettant de définir les champs d'activités respectifs dans une optique de pratique collaborative enrichissante et stimulante. Le suivi est alors assuré conjointement par une infirmière (et l'IPSPL, lorsqu'elle fait partie de l'équipe de soins) et un médecin à l'intérieur d'un modèle de soins tel qu'un GMF ou une CRI. Il permet également une meilleure hiérarchisation, coordination et accessibilité aux services de santé. L'infirmière intervient en amont de l'activité médicale et contribue à l'accès priorisé aux médecins de famille selon les besoins réels de la personne, en temps opportun.

« L'Organisation mondiale de la Santé définit la pratique en collaboration dans les soins de santé lorsque de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer les soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention [...] Les études démontrent que la pratique collaborative interprofessionnelle centrée sur le patient peut influencer de manière positive sur les enjeux de santé actuels comme les temps d'attente, les milieux de travail favorisant la santé [...] les soins de santé primaires, la gestion des maladies chroniques et la santé et le bien-être de la population. » [14]

Quel que soit le milieu, le guide est conçu dans l'esprit d'optimiser le partage des tâches des professionnels tout en respectant les compétences de chacun.

Un contenu modulable

La présentation du guide par « modules » permet à chaque milieu clinique une adaptation selon son contexte spécifique. Une équipe de soins peut donc choisir les modules et les thèmes qu'elle souhaite intégrer à son bilan de santé en tenant compte entre autres des particularités de sa clientèle, de l'organisation des services de son établissement et des ressources disponibles sur son territoire.

Le guide aborde :

Modules	Thèmes
Habitudes de vie	Alimentation, Activité physique, Tabagisme, Consommation d'alcool et drogues
Santé cardiométabolique	Excès de poids, Hypertension artérielle, Diabète et dyslipidémie
Cancers	Cancer du sein, Cancer du col utérin, Cancer colorectal, Cancer de la prostate, Cancer de la peau
Maladies évitables par la vaccination	Immunisation
Traumatismes liés aux chutes	Santé osseuse, Fragilité osseuse, Chutes
Déficits sensoriels et cognitifs	Déficit auditif, Déficit visuel, Déficit cognitif
Santé mentale	Stress, Humeur dépressive, Violence, Maltraitance envers les aînés
Santé sexuelle, reproductive et périconceptionnelle	Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), Grossesses non planifiées, Prévention périconceptionnelle

Chacun des modules regroupe donc plusieurs thèmes pour lesquels le guide propose **une intervention clinique** détaillée. La démarche y est bien décrite :

- Évaluation clinique ciblée
- Mesures diagnostiques à initier
- Plan d'intervention :
 - Information échangée avec la personne
 - Mesures thérapeutiques et interventions de santé
 - Services disponibles pour la personne
 - Suivi à assurer par l'infirmière
 - Liens à faire avec les autres modules ou thèmes du bilan de santé

Le plus souvent, un algorithme décisionnel vient schématiser la démarche.

Des outils d'aide à la pratique sont présentés ensuite :

- Ressources utiles à la personne (lectures, sites Internet)
- Formations suggérées ou à prévoir pour l'infirmière
- Outils et lectures destinés à l'infirmière

Une section « résumé de l'information utile pour l'intervention » contient les principaux éléments dont l'infirmière a besoin pour mener à bien son intervention.

L'ensemble des interventions pour chaque module est intégré dans trois grands parcours cliniques : le questionnaire autoadministré (complété par la personne), le formulaire d'évaluation de l'infirmière, et l'intervention clinique.

Les annexes du guide comprennent :

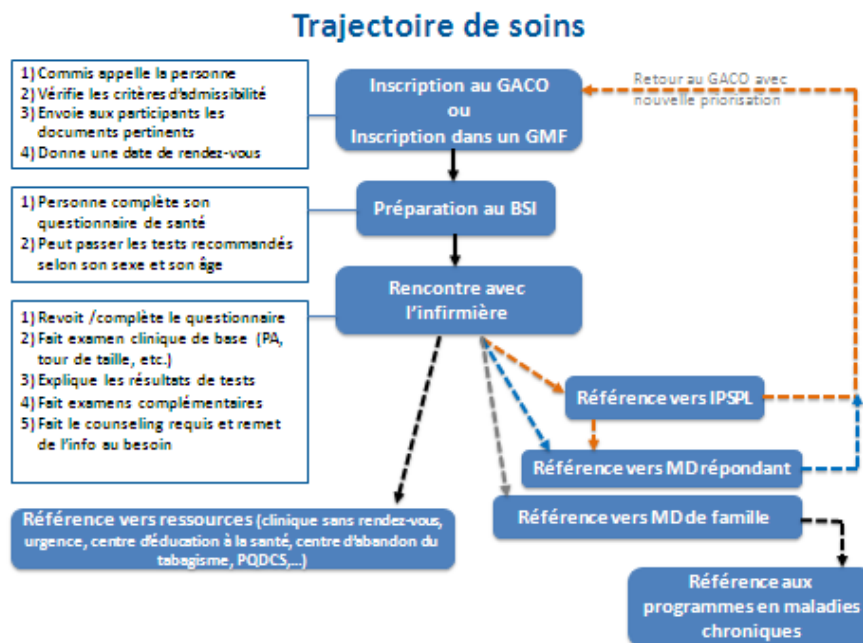
- Le résumé des recommandations des organismes consultés ayant servi à l'élaboration de chacune des interventions cliniques proposées
- La justification des auteurs quant à l'intervention clinique suggérée pour l'infirmière bachelière
- Des modèles d'ordonnance collective

Une visite planifiée

Le questionnaire autoadministré et le formulaire d'évaluation de l'infirmière peuvent être adaptés selon les interventions choisies (modules). Il est à noter que la démarche globale adopte une séquence qui permet d'explorer d'abord les sujets neutres pour terminer avec ceux qui peuvent être plus délicats pour la personne. Le questionnaire personnalisé a été conçu de manière à respecter cette séquence. L'approche par « modules » peut également permettre à un milieu clinique de proposer un bilan de santé qui se déroule en plus d'une consultation; l'équipe pourra définir les interventions cliniques à faire lors des consultations successives.

Deux scénarios peuvent survenir dans le modèle d'implantation du guide : l'un où la personne a complété son questionnaire avant la rencontre avec l'infirmière et l'autre où la cueillette d'informations se fait par l'infirmière au moment même de la rencontre. Le questionnaire autoadministré peut permettre d'optimiser le temps de consultation et peut également contribuer à ce que la personne amorce sa réflexion sur son bilan de santé. Le questionnaire autoadministré en format électronique pourrait être complété sur un poste d'ordinateur disponible sur le lieu de la consultation ou encore à la maison. Dans l'expérience du CSSS du SOV, le questionnaire format papier était acheminé par la poste au domicile de la personne qui le rapportait au moment de la consultation. La quasi-totalité des participants ont rapporté leur questionnaire rempli lors de la visite avec l'infirmière.

Voici le schéma d'un modèle de trajectoire de soins pour le bilan de santé effectué par une infirmière bachelière. Selon les milieux, ce modèle peut différer.



BSI = Bilan de santé fait par l'infirmière

Des conditions essentielles de mise en œuvre

Suite à l'expérience de l'implantation du *Centre de prévention clinique* du CSSS SOV et aux consultations régionales, plusieurs conditions s'avèrent essentielles au succès d'une telle entreprise :

1. Recrutement d'une infirmière bachelière désignée (trouver une nouvelle infirmière ou dégager du temps infirmière pour le bilan), idéalement le plus tôt possible dans le processus pour qu'elle puisse participer à la mise en œuvre du projet : ce nouveau rôle exige un grand intérêt en prévention clinique et en soins de santé primaires, une capacité à travailler en interdisciplinarité, la capacité de prendre des initiatives, et de bonnes habiletés de communication, en plus d'une capacité d'évaluation hors pair ainsi qu'un excellent jugement clinique. L'infirmière devra éventuellement détenir son permis de prescripteur de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec lorsque la modification à la Loi médicale sera effective (voir section suivante : *Partage des activités professionnelles : contexte législatif*)
2. Planification du rôle de l'infirmière bachelière à la pleine mesure de son champ d'exercice (appropriation et formations au besoin) : Effectuer toutes les interventions prévues au bilan (la durée d'un entretien est en moyenne de 45 minutes pour couvrir tous les modules) nécessite un temps d'appropriation pour le contenu et les protocoles d'interventions, des formations ou mises à niveau si nécessaires qui sont complétées avant la mise en place du service afin d'éviter les références non nécessaires vers les autres professionnels. Il faut aussi songer à mettre en place un processus de discussion clinique pour soutenir l'infirmière dans le développement de ses connaissances générales et spécifiques et renforcer la collaboration de tous, ainsi que de la formation continue.
3. Recrutement d'une IPSPL si possible et d'au moins un médecin répondant : les mêmes conditions s'appliquent que pour l'infirmière. Le rôle du médecin doit être bien établi dans chaque milieu mais peut varier : diagnostiquer et traiter uniquement les conditions en lien avec le bilan de santé, diagnostiquer et traiter aussi des conditions aiguës non reliées mais détectées par l'infirmière, prendre en charge les conditions chroniques détectées.
4. Établissement de la collaboration interprofessionnelle et des corridors de services : ce modèle requiert des corridors de services bien identifiés et formalisés, une étroite collaboration entre infirmière bachelière et IPSPL (d'où attitude d'ouverture et disponibilité de l'IPSPL et habiletés interpersonnelles des infirmières), un mécanisme de collaboration entre les professionnels (ententes formelles, ordonnances collectives) et un souci de garder les personnes concernées bien informées tout au long du processus.
5. Contribution des milieux cliniques : finaliser les choix de modules, adapter les outils proposés à leur milieu, définir clairement le cheminement de la personne, faire approuver les ordonnances collectives, ficeler les ententes formelles avec les autres programmes (Services en prévention et gestion des maladies chroniques : risque cardiométabolique, maladies pulmonaires obstructives chroniques, etc.), s'assurer de la liaison avec les laboratoires.

Des limites réalistes

Le guide se veut un soutien à des interventions préventives et à des soins de santé primaires et n'a pas pour objectif de définir la démarche de prise en charge ni de proposer un traitement lorsqu'un problème de santé est détecté. Par contre, pour que le bilan puisse avoir lieu, des trajectoires et une équipe formelles doivent être mises en place. Les éléments suivants n'ont pas été considérés dans le guide de pratique :

- Déterminer l'étiologie d'une condition détectée (par exemple effectuer le bilan paraclinique pour éliminer une cause secondaire à une hypertension artérielle ou à l'ostéoporose)
- Traiter une pathologie ou une condition de santé (par exemple, diabète *de novo*)
- Assurer le suivi conjoint, médecin et infirmière, d'une maladie chronique comme le diabète ou l'hypertension artérielle

Ces limites ne se veulent en aucun temps un frein à la pratique collaborative. Le suivi conjoint de maladies chroniques et le traitement des pathologies requièrent toutefois l'élaboration de protocoles, de règles de soin et d'ordonnances collectives qui débordent le cadre de ce guide de pratique.

Une élaboration collective

Deux médecins et une infirmière-conseil ont travaillé conjointement à la rédaction de ce guide de pratique, en collaboration avec un comité consultatif. Ce comité regroupe une infirmière clinicienne, une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, deux médecins cliniciens, deux patients partenaires, une conseillère cadre en soins infirmiers, une directrice locale de santé publique et des soins infirmiers ainsi qu'une gestionnaire des services généraux. Les représentant(e)s viennent de différents CSSS de Montréal ce qui permet de tenir compte de diverses réalités, notamment en regard de la population du territoire et de l'organisation des soins.

Noms	Titres
Claire Gagné	Médecin-conseil, Direction de santé publique de l'ASSSM
Andrée Gilbert	Médecin-conseil, Direction de santé publique de l'ASSSM
Sylvie Roberge	Infirmière-conseil, Direction de santé publique de l'ASSSM
Comité consultatif	
Manon Deguisse	Gestionnaire des services généraux
Anne-Marie Denault	Conseillère cadre en soins infirmiers, CSSS Sud-Ouest-Verdun
Julie Dupont	Médecin
Claudia Houle	Patiente partenaire
Mylène Leclerc	Infirmière clinicienne, CSSS Jeanne-Mance
André Néron	Patient partenaire
Teresa Petraglia	Médecin
Danielle Sasseville	Directrice locale de santé publique et des soins infirmiers
Chantale Viens	IPSPL, CSSS de la Montagne

Le travail consistait à concevoir un modèle d'intervention clinique et n'avait pas pour but de procéder à une revue systématique de la littérature (par exemple, sur l'efficacité des mesures préventives). Il fallait systématiser la démarche pour choisir les interventions à offrir, étoffer l'information entourant chacune d'elles, préciser et clarifier les concepts, et définir les assises théoriques du modèle. Les auteurs ont choisi de revoir les recommandations émises par les principaux organismes impliqués dans les soins préventifs. Le présent guide est donc largement inspiré des recommandations en provenance du ou des :

- Collège des médecins du Québec
- Collège des médecins de famille du Canada
- Groupes d'étude sur les soins préventifs (Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; *U.S Preventive Services Task Force*)
- Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008
- Recommandations des groupes d'experts, les plus souvent cités par les autres organismes (par exemple, l'Association canadienne du diabète, la Société d'ostéoporose du Canada, etc.)

Tout en analysant rigoureusement les données actuelles concernant l'efficacité des interventions cliniques selon les organismes retenus, le guide tient également compte de la réalité du contexte de son implantation, soit :

- Un bilan de santé offert par une infirmière bachelière
- La population ciblée, c'est-à-dire celle d'une métropole
- Un milieu marqué par des inégalités sociales et de santé
- Un niveau de littératie variable dans la population
- Une grande diversité ethnoculturelle

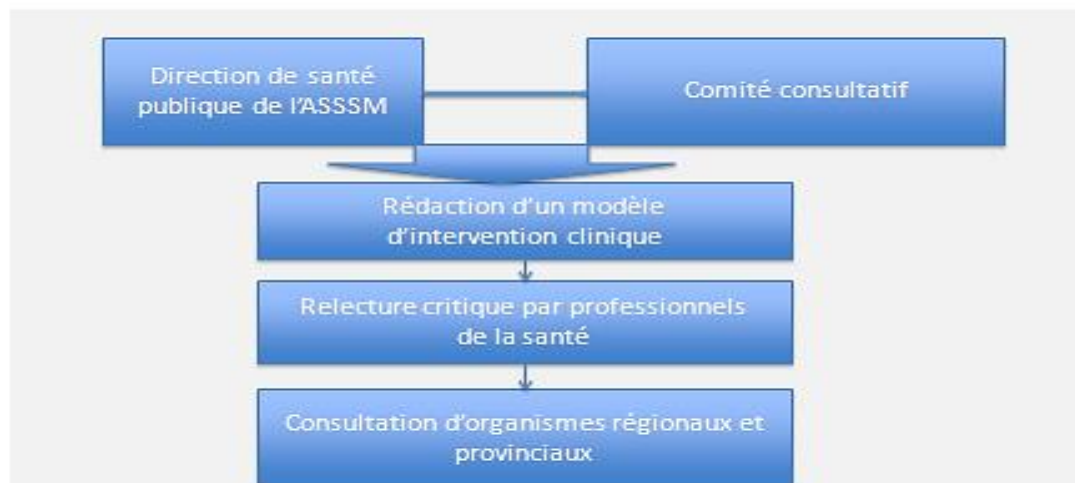
Il souligne la prévalence des principaux problèmes, leur impact sur la santé et peut s'adapter au contexte de mise en œuvre locale (population desservie, ressources disponibles, priorités retenues). Il inclut aussi des sections sur des phénomènes progressivement mieux reconnus et ayant fait l'objet de rapports synthèses de connaissances, de plans d'action gouvernementaux ou ayant des liens importants avec certains thèmes (ex. gestion du stress, maltraitance envers les personnes âgées, etc.).

Outre le comité consultatif, plusieurs professionnels de la santé (médecins, infirmières, nutritionnistes, kinésiologues, etc.), ayant une expertise dans un domaine abordé dans le guide ont fait une relecture critique des diverses sections de ce guide.

Enfin, plusieurs organismes régionaux et provinciaux ont été consultés avant la publication du guide.

Une mise à jour du bilan sera nécessaire au fil de son implantation.

Méthodologie



Conclusion

Dans le contexte actuel de ressources limitées en première ligne et même de saturation de la deuxième ligne, le guide de pratique se veut un outil sur mesure pour un meilleur partage des tâches mais également des ressources. L'idée de bien identifier mais aussi d'utiliser de façon optimale les ressources disponibles pour la personne dans les différents milieux est de plus en plus importante, afin de veiller à ne pas ouvrir de boîte de Pandore impossible à refermer. C'est pourquoi, à l'intérieur même de chaque module du bilan, un effort a été fait pour prioriser les actions de façon réaliste, bien s'articuler avec tous les professionnels de la santé et les programmes déjà existants pour transmettre les bons messages en prévention et en soins de santé primaires, et utiliser le plus possible les ressources déjà existantes sans réinventer la roue.

Le Guide Priorité Santé retient l'énoncé de position de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada : « la variété et la complexité des facteurs qui influencent la santé et le bien-être ainsi que la maladie exigent que les professionnels de diverses disciplines de la santé collaborent de manière approfondie. Par exemple, les particuliers ont besoin de renseignements sur la santé, de diagnostics pour leurs problèmes de santé, de soutien pour les changements de comportement, d'immunisation, de dépistage pour prévenir les maladies et de surveillance de plans de gestion pour les problèmes de santé chroniques.

Lorsqu'elles sont alliées, les connaissances et les compétences communes des professionnels de la santé forment un puissant mécanisme pour améliorer la santé de la population [...] » [14]

Référence :

1. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux - Mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 2000.
https://www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/finance/finance3_2.htm
2. Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Soins de santé primaires*.
<http://www.cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleure-sante/soins-de-sante-primaires>
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec; 2010. p. 1-55.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>
4. Barbeau C, Drouin M, Bélanger A, Cliche N, Lemieux V, Paquet M-J. La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais - Modèle montréalais et plan d'action 2011-2015. Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires et Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2012. p. 1-70.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-227-2.pdf
5. Aggarwal M, Hutchison B, on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement. Toward a Primary Care Strategy for Canada. Canadian Foundation for Healthcare Improvement 2012. p. 1-63.
<http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-EN.sflb.ashx>
6. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2008 - Les soins de santé primaires : Maintenant plus que jamais. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2008. p. 1-128.
www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf
7. OCDE. Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE. OCDE; 2013. p. 1-168.
<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>
8. Canadian Nurses Association, Villeneuve M, MacDonald J. Toward 2020 : Visions for NURSING. Canadian Nurses Association; 2006. p. 1-166.
<http://buydownload.cna-aiic.ca/shopexd.asp?id=27>
9. Hallouche K, Gilbert A, Leane V. Centre de prévention clinique, une initiative du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun : Rapport d'évaluation d'implantation. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2012. p. 1-60.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-224-1.pdf
10. Organisation mondiale de la Santé. La définition de la santé de l'OMS - Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

11. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Les soins de santé primaires et les soins infirmiers : Résumé des enjeux. Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2005. p. 1-6.
https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/bg7_primary_health_care_f.pdf?la=fr
12. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Champ d'exercice et activités réservées*.
<http://www.oiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice-et-activites-reservees>
13. Direction de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal. *TOPO. Faire le point sur l'état de santé des Montréalais* : 2012.
<http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/TOPO>
14. Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Collaboration interprofessionnelle*.
<http://www.cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleurs-soins/collaboration-interprofessionnelle>



Partage des activités professionnelles : contexte législatif

Le partage des activités professionnelles s'inscrit dans un cadre législatif, lequel est en constante évolution au Québec. Nous vous présentons une brève synthèse du cadre législatif qui est en vigueur au moment de la rédaction de ce guide. L'accent est mis sur les activités professionnelles liées au bilan de santé.

L'administration du bilan de santé tel que décrit dans le présent guide relève de la compétence d'une infirmière bachelière car il nécessite les connaissances et les compétences qui relèvent du niveau universitaire. Il repose sur la collaboration entre l'infirmière bachelière, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) et un médecin. Dans les sections suivantes, les activités de l'infirmière bachelière et de l'IPSPL sont précisées dans le cadre du bilan de santé.

L'exercice infirmier

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs ». [Lois sur les infirmières et les infirmiers; chapitre I-8, article 36]

« L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font également partie de l'exercice du membre d'un ordre, dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles ». [Code des professions; article 39.4]

Il existe 17 activités qui sont réservées aux infirmières. Les activités peuvent être réservées en exclusivité à une profession ou partagées entre diverses professions. L'exercice d'activités réservées peut être assorti d'une ou plusieurs conditions (par ex. : une ordonnance, une attestation de formation, une conformité à un plan de traitement infirmier, etc.) Le tableau 1 présente les activités réservées aux infirmières en lien avec le bilan de santé. Certaines activités nécessitent une ordonnance, individuelle ou collective ou se réfèrent aux activités autorisées pour les infirmières dans le cadre de la *Loi sur la santé publique* et de la *Loi médicale* en lien avec le droit de prescrire certains médicaments ou traitements qui sera effectif en 2016 et pour lequel l'infirmière aura besoin d'un permis de prescripteur.

Évaluation de l'état de santé de la personne

L'évaluation faite par l'infirmière est globale. Elle porte à la fois sur l'état de santé physique et mentale et elle inclut les facteurs de l'environnement physique, social, culturel et spirituel qui ont une incidence sur la situation de santé de la personne. L'évaluation d'une personne **symptomatique** est réservée à certains professionnels, dont les infirmières. Ceci n'exclut pas l'évaluation des personnes **asymptomatiques** puisque cette activité fait partie du champ d'exercice de l'infirmière.

L'évaluation de l'infirmière permet de déceler des problèmes de santé, de distinguer l'anormalité de la normalité. Elle n'a donc pas pour but de poser un diagnostic. L'évaluation de l'infirmière lui permet également de déterminer les besoins ou les problèmes qui requièrent un suivi clinique, de les prioriser et d'orienter les personnes vers d'autres professionnels (à l'exception des médecins spécialistes). Elle vise finalement à déceler rapidement les complications ou les situations requérant l'intervention urgente de l'infirmière, du médecin ou d'un autre professionnel.

Tableau 1 : Activités réservées aux infirmières en lien avec le bilan de santé

Activités exercées SANS ordonnance	Activités exercées AVEC ordonnance
Évaluation de l'état de santé de la personne	
Évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique	Initier des mesures diagnostiques
Appliquer des techniques invasives	Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs
Exercer une surveillance clinique des personnes dont l'état de santé comporte des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier	
Traitement et suivi	
Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes	Initier des mesures thérapeutiques Effectuer et ajuster les traitements médicaux
Exercer une surveillance clinique des personnes dont l'état de santé comporte des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier	
Activités dans le cadre de la Loi sur la santé publique	
Procéder à la vaccination Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage	
Activités dans le cadre de la loi médicale (chapitre M-9, a. 19, par. b)	
Droit de prescrire certains médicaments ou traitements	

Pour procéder à l'évaluation de santé physique et mentale d'une personne, l'infirmière a recours à toutes les sources de données cliniques disponibles telles que l'histoire de santé, l'examen physique et l'examen de l'état mental. Pour ce faire, l'infirmière peut avoir recours à des techniques invasives. Une technique est dite invasive lorsqu'elle comprend l'introduction d'un doigt, d'une main, d'un instrument dans divers orifices du corps humain (ex. : nez, pharynx, vagin). C'est dire que de procéder à l'examen visuel du col utérin à l'aide d'un spéculum ou procéder à un toucher vaginal ou rectal fait partie des techniques invasives que peut poser une infirmière (sans ordonnance) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'état de santé.

Suite à l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne, l'infirmière peut, selon les paramètres définis dans une ordonnance, initier des mesures diagnostiques (il y a des mesures diagnostiques qui ne nécessitent pas d'ordonnance collective – voir la section *Activités dans le cadre de la Loi sur la santé publique*). Les mesures diagnostiques comprennent, entre autres, les tests faits sur le sang, les radiographies, les tests de microbiologie. Pour certaines mesures diagnostiques, l'infirmière aura à procéder à une technique invasive, par exemple, lorsqu'il s'agit de procéder à un prélèvement des cellules du col utérin pour le dépistage du cancer du col utérin ou à un prélèvement urétral chez l'homme lors d'un dépistage d'ITSS. C'est donc dire que c'est la demande du test diagnostique qui exige une ordonnance, et non pas le geste qui sera posé par l'infirmière pour obtenir l'échantillon (de sang, de sécrétions urétrales, de cellules du col utérin, etc.) requis pour le test. Dans l'ordonnance, la conduite à tenir selon les résultats du test diagnostique doit être précisée (voir section *Ordonnance collective*).

Traitement et suivi

L'infirmière joue un rôle important dans le suivi des personnes aux prises avec un problème de santé chronique tel que le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies pulmonaires obstructives chroniques. La surveillance clinique fait partie de la pratique courante de l'infirmière; elle consiste à évaluer périodiquement l'évolution de l'état de santé de la personne et à procéder à l'ajustement du plan thérapeutique infirmier au besoin.

L'infirmière est fréquemment appelée à initier des mesures diagnostiques ou à ajuster des traitements médicaux selon des paramètres établis dans une ordonnance lorsqu'elle assure un suivi conjoint, avec une équipe médicale, de personnes aux prises avec des maladies chroniques. Par exemple, elle pourrait, si une ordonnance le permet, demander des tests de glycémie et HbA1c, de manière périodique dans le suivi d'une personne diabétique. De même, elle pourrait ajuster la médication (par exemple, l'insuline) selon des paramètres définis dans une ordonnance.

Activités dans le cadre de la Loi sur la santé publique

Deux activités, actuellement en vigueur, sont réservées à l'infirmière dans le cadre de l'application de la *Loi sur la santé publique* et ne nécessitent pas d'ordonnance : procéder à la vaccination en conformité avec le programme d'immunisation du Québec, et initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistages prévus dans le Programme national de santé publique. Ces activités de dépistage font l'objet de guides approuvés par les autorités de santé publique et ne concernent que les personnes asymptomatiques.

Actuellement, la principale activité de dépistage qui répond aux exigences de la Loi sur la santé publique est le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Pour que l'infirmière puisse procéder à cette activité de dépistage, elle doit posséder les connaissances et les compétences pour le faire en plus d'avoir le devoir déontologique d'en assurer le suivi.

Le champ des activités découlant de la *Loi sur la santé publique* est appelé à s'élargir dans l'éventualité où des programmes de dépistage systématique verront le jour (dépistage du cancer du col ou colorectal par exemple).

Activités dans le cadre de la Loi médicale

Un changement à la *Loi médicale* a été adopté par le Collège des médecins en 2014 et est en consultation par les instances ministérielles au moment de publier ce guide. La mise en œuvre est prévue pour 2016. Cette nouvelle réglementation autorisera certaines activités infirmières, dont le droit de prescrire certains médicaments et traitements selon certaines conditions précises. Ces activités feront l'objet de protocoles pour encadrer la pratique (GAZETTE OFFICIELLE DU QUÉBEC, 7 janvier 2015, 147^e année, no 1).

En lien avec le bilan de santé :

- La contraception hormonale, un stérilet ou la contraception orale d'urgence
- Un supplément vitaminique et l'acide folique en périnatalité en fonction du niveau de risque de malformation du tube neural
- Un médicament pour la cessation tabagique sauf la varenicline et le bupropion
- Un médicament pour le traitement d'une infection gonococcique ou une infection à Chlamydia trachomatis chez une personne asymptomatique ayant eu un résultat d'analyse positif au dépistage ainsi que chez une personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel d'une personne présentant l'une ou l'autre de ces infections

Les infirmières praticiennes spécialisées

En plus des activités réservées aux infirmières, l'IPS peut exercer cinq activités supplémentaires habituellement réservées aux médecins :

- Prescription de médicaments et d'autres substances
- Prescription d'examens diagnostiques
- Prescription de traitements médicaux
- Utilisation de techniques diagnostiques invasives
- Utilisation de techniques ou application de traitements médicaux invasifs

Contrairement à l'infirmière, l'IPS peut exercer ces activités sans ordonnance.

Évaluation et traitement des problèmes de santé courants

L'IPSP effectue une évaluation globale et exhaustive de la condition physique et mentale de la personne. Elle procède à l'histoire de santé ainsi qu'à l'examen physique et à l'évaluation de l'état mental. Elle peut émettre des impressions diagnostiques dans la mesure où il s'agit de problèmes de santé courants.

Un problème de santé courant a les caractéristiques suivantes :

- Il est fréquent
- Il touche généralement un seul système
- Il n'affecte pas l'état général de la personne
- Il guérit habituellement de manière rapide

Pour les conditions de santé courantes, l'IPSP peut prescrire des examens diagnostiques et le traitement approprié, qui peuvent requérir des techniques invasives.

Évaluation et traitement des maladies chroniques

Lorsque l'IPSP soupçonne une maladie chronique non diagnostiquée (ex. : dyslipidémie, diabète, hypertension artérielle), elle demande l'intervention du médecin de famille partenaire. Il revient en effet à ce dernier de poser le diagnostic initial et d'établir le plan de traitement lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique. Une fois le diagnostic établi et le traitement initial prescrit, l'IPSP pourra assurer le suivi, notamment en prescrivant les examens diagnostiques et en ajustant la médication au besoin.

Activités de promotion de la santé et de prévention des maladies

Tout comme l'infirmière, l'IPSP participe à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, en favorisant l'éducation à la santé ainsi que l'adoption de saines habitudes de vie ou en assurant un soutien aux personnes dans le développement de leurs capacités en autosoins. Par ailleurs, les activités de promotion et de prévention que peuvent effectuer les IPSP comprennent également le dépistage des conditions prévues dans un examen médical périodique comme le dépistage du cancer du col, du diabète, de l'ostéoporose, etc.

Partage des activités professionnelles

Le tableau 2 présente les principales interventions cliniques effectuées dans le cadre du bilan de santé et précise celles que les IPSP et les infirmières bachelières sont en mesure d'accomplir, avec ou sans ordonnance collective, dans le contexte légal en vigueur au moment de la rédaction du guide de pratique.

Ordonnance collective

Dans le cas de l'ordonnance collective, un médecin ou un groupe de médecins établit les activités qui peuvent être exécutées par des professionnels habilités, sans avoir à attendre une ordonnance individuelle et sans que la personne ait été vue par le médecin préalablement. L'ordonnance collective vise généralement un groupe de personnes.

L'ordonnance doit préciser ce qui doit être fait (geste à poser), qui peut le faire (quels professionnels, de quels services), quelles sont les personnes visées, les situations cliniques précises où l'ordonnance s'applique.

L'élaboration de l'ordonnance collective est une responsabilité médicale en collaboration avec les professionnels concernés. Les ordonnances collectives sont ensuite validées à la Direction des soins infirmiers de l'établissement dont relèvent les infirmières. En établissement (hôpital, CSSS), les ordonnances collectives doivent également être approuvées par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). En clinique médicale (hors établissement), il y a un ou des médecins qui sont signataires de l'ordonnance. Les médecins signataires (ou le CMPD) ont la responsabilité de s'assurer que l'ordonnance collective contient tous les éléments prévus dans la loi et qu'ils sont conformes aux lignes directrices et normes de pratique en vigueur. Ils doivent de plus s'assurer de la disponibilité d'un médecin pour être en mesure d'intervenir en cas de complications, pour répondre aux demandes de précisions des infirmières et pour assurer le suivi de la clientèle bénéficiant de l'ordonnance collective au besoin. Les infirmières s'assurent d'avoir les compétences nécessaires et elles doivent respecter les recommandations, contre-indications, protocoles de soins définis dans l'ordonnance collective. Elles sont responsables des gestes qu'elles posent dans le cadre de l'ordonnance collective.

Tableau 2 : Interventions cliniques pouvant être faites par les infirmières bachelières et les infirmières praticiennes spécialisées dans le cadre du bilan de santé

Interventions cliniques	Infirmière bachelière		IPSPL
	Sans ordonnance	Avec ordonnance	
Évaluation de l'état de santé			
Histoire clinique	✓		✓
Histoire des maladies personnelles ou familiales	✓		✓
Procéder à un examen physique	✓		✓
Détecter un problème de santé (anormalité)	✓		✓
Émettre une impression diagnostique (problème de santé courant)			✓
Émettre une impression diagnostique (maladie chronique)			✓
Déterminer l'urgence	✓		✓
Bilan paraclinique			
Demander des tests sanguins (glycémie, HbA1c, bilan lipidique)		✓	✓
Effectuer un test de grossesse urinaire	✓		✓
Demander une recherche de sang occulte dans les selles		✓	✓
Effectuer une spirométrie	✓		✓
Demander des radiographies (mammographie, ostéodensitométrie)		✓	✓
Effectuer un test de Pap		✓	✓
Effectuer un test de dépistage de la Chlamydia ou gonorrhée (prélèvement à l'endocol, urinaire, urétral) – personne asymptomatique	✓ (1)		✓
Demander des tests de dépistage ITSS (VIH, hépatite B, hépatite C) – personne asymptomatique	✓ (1)		✓
Traitement et suivi			
Donner de l'information, faire du counseling	✓		✓
Administrer un vaccin	✓		✓
Évaluer l'évolution de la condition de santé	✓		✓
Initier un traitement pour la cessation tabagique (médicaments autres que la varenicline et le bupropion)	✓(2)	✓	✓
Initier le traitement d'une ITSS chez une personne asymptomatique	✓(2)	✓	✓

Traitement et suivi (suite)			
Initier la contraception hormonale, contraception orale d'urgence et prescrire le stérilet	√(1)	√	√
Initier la prise d'acide folique (ou de supplément multivitaminique) – dose > 1 mg d'acide folique	√(1)	√	√
Initier le traitement d'un problème de santé courant		√	√
Initier le traitement d'une maladie chronique détectée au bilan (ex : HTA)		√ (2)	
Ajuster le traitement d'une maladie chronique selon un plan ou un protocole établi par le médecin		√	√
Orienter vers des ressources dont le PQDCS, autres professionnels (sauf md spécialiste), ressources communautaires	√		√

(1) : Lorsque le changement à la Loi médicale sera effectif

(2) : C'est possible mais c'est peu fréquent – généralement le médecin détermine le traitement initial



Habitudes de vie

Les habitudes de vie regroupent quatre thèmes possibles d'intervention : 1) alimentation; 2) activité physique; 3) tabagisme : cessation tabagique, exposition à la fumée de tabac dans l'environnement, et dépistage de la maladie pulmonaire obstructive chronique; 4) consommation d'alcool et de drogues.

Le bilan de santé s'adresse à une population adulte, en bonne santé générale, sans symptôme identifié ni maladies préétablies telles que l'hypertension artérielle, le diabète, l'hyperlipidémie ou les maladies cardiovasculaires par exemple. Le suivi de ces conditions comprend un ensemble de mesures, diagnostiques et thérapeutiques, qui déborde le cadre du bilan de santé. Il ne s'adresse pas non plus aux femmes enceintes, mais peut contenir des recommandations pour les femmes durant la période périconceptionnelle.

Nous suggérons d'adopter une approche motivationnelle puisque son efficacité a été démontrée en matière de changement des habitudes de vie. Dans la situation où il serait souhaitable pour une personne de modifier plusieurs habitudes de vie, nous proposons, dans l'esprit de l'approche motivationnelle, de focaliser sur une habitude. Dans la plupart des situations, il est suggéré d'aborder le changement de comportement que la personne souhaite modifier en priorité.

Dans certaines circonstances précises, il est pertinent que l'infirmière discute la modification des habitudes de vie même s'il ne s'agit pas au préalable d'une priorité de la personne (par exemple chez les femmes qui consomment de manière excessive de l'alcool et qui planifient une grossesse à court terme).

En ce qui concerne la consommation de produits du tabac, afin de suivre les lignes directrices canadiennes, nous proposons que l'infirmière recommande d'emblée la cessation tabagique, et offre ensuite un counseling bref ou des références vers des ressources, aux fumeurs motivés au changement.



HABITUDES DE VIE

Alimentation

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

Chez tous les adultes :

- Recueillir des informations sur l'alimentation
- Évaluer si l'alimentation de la personne correspond :
 1. Aux recommandations du Guide alimentaire canadien (GAC) OU
 2. Aux concepts de saine alimentation de l'outil *Un repas bien pensé*
- Vérifier si la personne envisage des changements dans son alimentation

Chez les personnes qui souhaitent changer plusieurs habitudes de vie, vérifier si les changements relatifs à l'alimentation sont prioritaires

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

Chez les personnes qui envisagent de faire des changements et dont la priorité est l'alimentation :

- Explorer les connaissances de la personne relativement à une [saine alimentation](#) et compléter l'information au besoin
- Explorer les raisons pour lesquelles la personne souhaite modifier ses habitudes alimentaires et les avantages qu'elle y voit
- Soutenir la personne dans sa motivation à vouloir modifier son alimentation

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

☐ Centre d'éducation pour la santé (CES)	▪ Personnes désirant un soutien pour augmenter sa motivation ou sa confiance pour atteindre ses objectifs de changement
☐ Nutritionniste	▪ Personnes nécessitant le soutien d'un professionnel spécialisé pour des raisons de santé (ex. : allergies ou intolérance alimentaire) ▪ Personnes ayant un risque accru de maladies cardiovasculaires (voir Santé cardiométabolique)

Suivi assuré par l'infirmière

Offrir, le cas échéant, un rendez-vous de suivi, pour soutenir la personne dans le maintien de saines habitudes alimentaires

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- L'alimentation peut être associée à diverses conditions de santé : excès de poids, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies, santé osseuse (voir **Santé cardiométabolique**, **Santé osseuse**)
- La malnutrition peut être associée à un risque accru de chute chez les personnes âgées (voir **Chutes**)
- Les habitudes alimentaires peuvent être influencées par la santé émotionnelle : stress, dépression (voir **Santé mentale**)
- Une alimentation riche en folates est recommandée chez les femmes qui planifient une grossesse (voir **Prévention périconceptionnelle**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

Selon l'approche de counseling choisie :

- Approche A : Counseling basé sur les recommandations du *Guide alimentaire canadien*
 - FEUILLET RÉSUMÉ. *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*. Santé Canada; 2011. p. 1-2.
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/view_eatwell_vue_bienmang-fra.pdf
 - OUTIL INTERACTIF. *Mon Guide alimentaire* (permet de personnaliser le Guide alimentaire selon âge, sexe, préférences alimentaires et activité physique pratiquée). Santé Canada; 2013.
<http://www.canadiensensante.gc.ca/eating-nutrition/food-guide-aliment/my-guide-mon-guide/index-fra.php>
- Approche B : Counseling basé sur les concepts de saine alimentation de l'outil *Un repas bien pensé*
 - FEUILLET RÉSUMÉ. *Un repas bien pensé* (sous forme de napperon). Direction de santé publique, ASSS de Montréal; 2010, mise à jour 2013. p. 1-2.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/un_repas_bien_pense.pdf

Formations suggérées à l'infirmière

Approche de l'entretien motivationnel

- Atelier de sensibilisation sur l'entretien motivationnel. Formation offerte par la Direction de santé publique, ASSS de Montréal.
 - Pour information, contacter l'infirmière-conseil en prévention clinique du territoire de CSSS

Ressources utiles à l'infirmière

Selon l'approche de counseling choisie :

- Approche A : Counseling basé sur les recommandations du *Guide alimentaire canadien*
 - PAGES WEB. *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*; section destinée aux éducateurs et communicateurs. Santé Canada; 2013.
<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/educ-comm/index-fra.php>
- Approche B : Counseling basé sur les concepts de saine alimentation de l'outil *Un repas bien pensé*
 - FEUILLET RÉSUMÉ. *Un repas bien pensé – Document d'accompagnement*. Direction de santé publique, ASSS de Montréal; 2010, mise à jour 2013. p. 1-2.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/doc_un_repas_bien_pense.pdf

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Counseling en matière de saine alimentation

Entretien motivationnel

- Le counseling en utilisant l'entretien motivationnel est une approche évaluée efficace, pour soutenir la personne dans un changement d'un comportement lié à la santé
- Suggestions de questions pour explorer la motivation de la personne à changer ses habitudes alimentaires :
 - Quels seraient les avantages pour vous de changer votre alimentation?
 - Qu'est-ce que ça vous apporterait de changer votre alimentation?

Deux approches suggérées pour offrir le counseling

Approche A : Counseling basé sur les recommandations du *Guide alimentaire canadien*

- *Guide alimentaire canadien* : nombre de portions recommandé chaque jour pour chacun des quatre groupes d'aliments
- Recommandations pour tous les adultes
- Nombre de portions du Guide alimentaire canadien recommandé chaque jour pour les adultes

Groupe alimentaire	19-50 ans		51 + ans	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Légumes et fruits	7-8	8-10	7	7
Produits céréaliers	6-7	8	6	7
Lait et substituts	2	2	3	3
Viandes et substituts	2	3	2	3

Source : Santé Canada, Guide alimentaire canadien, quelles quantités d'aliments avez-vous besoin chaque jour?

- Modèle de portions selon le *Guide alimentaire canadien*



Source : Santé Canada, Bien manger avec le Guide alimentaire canadien

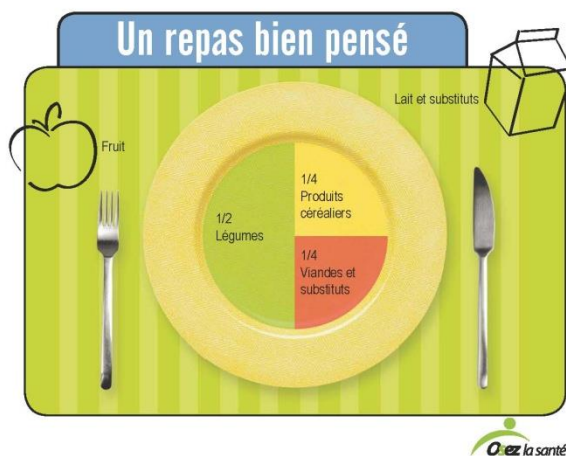
- Femmes en âge de procréer
 - Prendre chaque jour une multivitamine renfermant de l'acide folique (voir **Prévention périconceptionnelle**)
- Hommes et femmes de plus de 50 ans
 - Prendre, s'il y a lieu, un supplément de calcium ou de vitamine D (voir **Santé osseuse**)
- Personnes végétariennes
 - Certaines personnes végétariennes excluent la viande, mais mangent les œufs et les produits laitiers; d'autres excluent tout produit d'origine animale (œufs, lait, miel, etc.)
 - Le Guide alimentaire canadien convient aux végétariens avec les précautions suivantes :
 - Avoir une source de calcium et une source de protéines pour remplacer celles de la viande, par exemple : haricots secs, lentilles, œufs, tofu, substituts de la viande à base de soya, noix, beurres de noix et graines

Approche B : Counseling basé sur les concepts de saine alimentation de l'outil *Un repas bien pensé*

- Assiette *Un repas bien pensé* : proportion d'aliments de chacun des groupes alimentaires qui composent un repas
- Recommandations pour tous les adultes
- *Un repas bien pensé* conçu pour soutenir le counseling bref sur l'alimentation par les professionnels en 1^{re} ligne

1- napperon de l'assiette *Un repas bien pensé* (outil patient)

- Recto : napperon de l'assiette *Un repas bien pensé*
- Verso : informations sur chacun des items (groupes alimentaires) représentés sur le napperon
 - Pourquoi en manger ?
 - Trucs pour en manger



Un repas bien pensé

Voici des informations pour vous inspirer dans vos repas bien pensés.

Légumes et fruits

Pourquoi en manger ?

- Manger suffisamment de légumes et de fruits diminue le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète, d'obésité et de certains cancers. Aucune pilule n'en fait autant !

Trucs pour en manger :

- Manger des légumes et des fruits sous toutes leurs formes : crus ou cuits, frais, surgelés ou en conserve. Profiter des épices.
- Assaisonner les légumes : basilic, origan, gingembre, cumin, miel, jus de citron, graines de sésame grillées, etc.
- Varier la cuisson des légumes : à la vapeur, sautés, grillés.
- Ajouter des fruits dans les mets principaux : combiner raisins et poulet ou pommes et porc, par exemple – en mettre aussi dans le yogourt, les céréales ou les salades.

Lait et substituts

Pourquoi en manger ?

- Une femme sur quatre et un homme sur huit souffrent d'ostéoporose. Le calcium dans le lait et les substituts aide à prévenir cette maladie.
- Le lait n'est pas seulement pour les enfants. Nos os ont besoin de faire le plein de calcium tout les jours, quel que soit notre âge.
- Le lait est la meilleure source de calcium et de vitamine D.

Trucs pour en manger :

- En boire 500 ml (2 tasses) chaque jour.
- Caraméliser le lait si on n'en aime pas le goût : café au lait, lait au chocolat, porridge, gruaux, dessert au lait (pudding ou riz, par exemple).
- Privilégier un produit laitier à chaque repas que l'on sert à la maison, au travail ou au resto.
- Penser au yogourt comme dessert ou collation mais aussi au déjeuner dans des céréales ou sur des crêpes avec des fruits.

Produits céréaliers

Pourquoi en manger ?

- Manger des produits céréaliers de grains entiers parce qu'ils contiennent plus de fibres.
- Les fibres ne sont pas seulement bonnes pour soulager la constipation ! Elles peuvent aussi faciliter le contrôle du poids puisqu'elles aident à se sentir rassasié plus rapidement.

Trucs pour en manger :

- Pour reconnaître un produit de grains entiers : consulter la liste des ingrédients et rechercher les grains qui sont accompagnés du mot « entier » ou « grains entiers ». Ils doivent apparaître au début de la liste.
- Essayer plusieurs sortes de produits de grains entiers pour trouver celui que l'on aime (rouge anglais, pain pita, pâtes alimentaires, etc.).
- Découvrir de nouveaux accompagnements : couscous, orzo, riz brun.

Viandes et substituts

Pourquoi en manger ?

- Les viandes et les substituts fournissent des protéines. Contrairement à la croyance populaire, une petite quantité suffit à combler nos besoins.
- Les substituts de la viande comme le poisson et les légumineuses ont plusieurs avantages. En manger plus souvent.

Trucs pour manger plus de poisson et de légumineuses :

- Le poisson en conserve est parfait pour les lunchs. Profiter de la variété : saumon, thon blanc, sardines, hareng, maquereau, etc.
- Les légumineuses en conserve sont faciles à utiliser. Les ajouter dans la soupe, le riz, la sauce à spaghetti.
- Demander leurs recettes à ceux qui mangent régulièrement du poisson et des légumineuses.

Consultez le Guide alimentaire canadien pour en savoir plus : <http://www.santecanada.gc.ca/guidealimentaire>.

Agence de la santé et du bien-être Québec

2- document d'accompagnement (outil pour le professionnel)

- Recto : pistes pour amorcer le dialogue avec la personne, et exemple pratique inspiré de l'entretien motivationnel
- Verso : information sur chacun des items (groupes alimentaires) représentés sur le napperon

Document d'accompagnement

Un repas bien pensé

Counselling bref

Les messages en alimentation sont souvent complexes. L'assiette Un repas bien pensé permet d'illustrer simplement les concepts de base d'une alimentation saine. Voici quelques pistes pour utiliser cet outil afin d'amorcer le dialogue avec vos patients.

Questions utiles

Les opportunités de réfléchir concrètement à son alimentation sont rares. Voici des exemples de questions qui permettent l'évaluation rapide de l'alimentation par le médecin et le patient.

- Que pensez-vous de ce Repas bien pensé ?
- Comment vos repas se comparent-ils à cette assiette ?
- Qu'est-ce que vous faites qui correspond à l'assiette ?
- Que pourriez-vous améliorer si vous le décidez ?

Règle générale, le patient est davantage convaincu par ses propres raisons de changer que par celles qu'on serait tenté de lui proposer. Voici des questions qui amènent le patient à parler des avantages du changement :

- Quels seraient les avantages pour vous de changer votre alimentation ?
- Pourquoi pensez-vous que l'on recommande de manger selon cette répartition ?
- Qu'est-ce que cela vous apporterait de changer votre alimentation ?
- Comment votre alimentation influence-t-elle votre condition de santé (diabète, hyperlipidémie, etc.) ?

Le Centre d'éducation pour la santé

- Le Centre d'éducation pour la santé est un service gratuit axé essentiellement sur la motivation au changement. Vos patients y compléteront, entre autres, un bilan de leurs habitudes de vie dont les résultats vous seront envoyés.
- Ce rapport, combiné à une analyse sanguine, donne du poids à vos recommandations en permettant, par exemple, de faire le lien entre un cholestérol élevé et une consommation élevée de gras.
- Une référence au Centre d'éducation pour la santé : un plus à vos recommandations !

Exemple pratique

Madame Roy, 48 ans, n'a jamais eu de problèmes de santé mais depuis sa dernière visite, il y a un an, sa tension artérielle et son poids ont légèrement augmenté. Son médecin profite de l'occasion pour discuter de son alimentation.

Médecin : Qu'est-ce que vous diriez de prendre quelques minutes pour discuter de votre alimentation ?

Mme Roy : Bien sûr.

Médecin : Voici un repas qui illustre les recommandations sur l'alimentation : des légumes dans une moitié et l'autre moitié divisée entre la viande et les produits céréaliers. On complète avec un fruit et un produit laitier. Que pensez-vous de ce repas ?

Mme Roy : C'est beau en théorie mais c'est difficile de changer.

(La patiente soulève un obstacle. Pour diminuer la résistance de la patiente, le médecin choisit de mettre l'accent sur les avantages de changer.)

Médecin : Pourquoi pensez-vous qu'on recommande cette répartition ?

Mme Roy : Euh... j'imagine que c'est meilleur pour la santé.

Médecin : Ce que vous mangez influence votre santé. De quelle façon pensez-vous ?

Mme Roy : Vous m'avez déjà expliqué le lien entre mon poids et ma tension artérielle. Ce que je mange se retrouve sur la balance et sur votre appareil à pression !

Médecin : Le lien entre votre assiette, votre pression et votre poids qui augmentent est très clair pour vous. Comment voyez-vous la suite des choses ?

Mme Roy : Je ne souhaite pas prendre des pilules. Et je ne déteste pas les légumes...

Le processus est enclenché.



Document d'accompagnement

Un repas bien pensé

Informations

Voici quelques informations sur chacun des items représentés dans Un repas bien pensé.



Légumes et fruits

- Une consommation suffisante de légumes et de fruits permet de diminuer le risque de maladies chroniques.
- Toutes les formes de légumes et de fruits sont intéressantes : crus ou cuits, frais, surgelés ou en conserve. L'important est d'en manger.
- Seule exception : les jus. Ils sont une source de vitamines mais sont aussi très caloriques et pauvres en fibres.
- Le minimum de portions recommandées pour les adultes est de 7 à 8 portions par jour.
- Une portion équivaut à la grosseur d'une balle de tennis.



Lait et substituts

- On recommande de boire chaque jour 500 ml (2 tasses) de lait puisqu'il s'agit de la principale source alimentaire de calcium et de vitamine D.
- 2/3 des québécois ne consomment pas le minimum recommandé de 2 portions par jour.
- Les apports en calcium sont essentiels à chaque âge puisque la masse osseuse est en constante régénération tout au long de la vie.



Produits céréaliers

- Produits céréaliers = pains, céréales à déjeuner, pâtes alimentaires, riz, grains et céréales (orge, millet, bulgour, quinoa, etc.).
- La majorité des québécois en consomment une quantité adéquate, c'est la qualité qui fait défaut.
- Au moins la moitié des portions de produits céréaliers devrait être de grains entiers car ils sont plus riches en fibres.
- Les fibres contribuent à la sensation de satiété et aident à la gestion du poids.
- Les produits céréaliers sont naturellement faibles en gras. Par contre, les produits de boulangerie commerciaux comme les croissants et les muffins sont habituellement riches en gras, en sucre et en calories.



Viandes et substituts

- Substituts = poisson, légumineuses (pois chiches, haricots rouges, lentilles, etc.), tofu, œufs, fruits de mer, noix et graines.
- Pour combler nos besoins en protéines, il faut seulement 2 à 3 portions de viandes et substituts par jour. Cette quantité est suffisante pour se sentir rassasié après un repas.
- Une portion équivaut à la grosseur d'une souris d'ordinateur.
- On recommande de manger du poisson 2 fois par semaine.
- On gagne à faire la promotion des légumineuses. Elles ont tous les avantages de la viande (protéines et fer) sans les inconvénients (gras). En plus, elles contiennent des fibres et sont économiques.

Cet outil a été conçu dans le cadre du Système de prévention clinique. Pour en savoir plus, communiquez avec l'infirmière-conseil en prévention clinique de votre territoire.
© Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010.

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec



HABITUDES DE VIE

Activité physique

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

Chez tous les adultes :

- Recueillir des informations sur l'activité physique
- Évaluer si chaque type d'activité physique de la personne correspond aux recommandations d'experts
 - Fréquence
 - Effort fourni (intensité)
- Vérifier si la personne envisage des changements dans son niveau d'activité physique

Chez les personnes qui souhaitent changer plusieurs habitudes de vie, vérifier si les changements relatifs à la pratique de l'activité physique sont prioritaires

Chez les personnes qui envisagent d'augmenter la pratique de l'activité physique, vérifier l'[aptitude à l'activité physique](#)

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

Chez les personnes dont la priorité est le changement dans la pratique de l'activité physique et qui sont aptes à l'activité physique :

- Explorer les connaissances de la personne relativement à la [pratique de l'activité physique](#) et compléter l'information au besoin (dont la pratique d'activité physique selon l'aptitude)
- Explorer les raisons pour lesquelles la personne souhaiterait modifier son niveau d'activité physique et les avantages qu'elle y voit
- Soutenir la personne dans sa motivation à vouloir modifier sa pratique de l'activité physique

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

☐ Centre d'éducation pour la santé (CES)	▪ Personnes désirant un soutien pour augmenter sa motivation ou sa confiance pour atteindre ses objectifs de changement
☐ Kinésiologue	▪ Personnes nécessitant une aide spécialisée en activité physique (ex. : difficultés motrices, blessures antérieures) ▪ Personnes dont la condition de santé nécessite l'élaboration d'un programme d'entraînement adapté ▪ Personnes ayant un risque accru de maladies cardiovasculaires

☐ IPSPL ☐ Médecin	Personnes présentant des conditions nécessitant une évaluation médicale avant d'entreprendre ou de modifier la pratique de l'activité physique
☐ Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)	Personnes âgées de 65 ans et plus, qui ont peur de tomber, qui ont chuté ou qui présentent un problème d'équilibre ou à la marche (voir Chutes)

Suivi assuré par l'infirmière

Offrir, le cas échéant, un rendez-vous de suivi, pour soutenir la personne dans le maintien des saines habitudes en matière d'activité physique

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- La pratique de l'activité physique peut être associée à diverses conditions de santé : excès de poids, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies, santé osseuse (voir **Santé cardiométabolique, Santé osseuse**)
- La pratique de l'activité physique peut contribuer à réduire le risque de chutes chez les personnes âgées (voir **Chutes**)
- La pratique de l'activité physique peut s'inscrire dans une saine gestion du stress ou contribuer à améliorer une humeur dépressive (voir **Santé mentale**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- LISTE DE PUBLICATIONS. *Adultes et milieu de travail* (courts documents présentant des conseils pour la pratique de l'activité physique). Kino Québec; 2005.
<http://www.kino-quebec.qc.ca/adulte.asp>
- PAGES WEB. *On s'active* (informations et conseils aux personnes et à leur famille pour devenir plus actif). ParticipACTION; 2013.
<http://www.participaction.com/splash/>
- PAGES WEB. *Vie saine, activité physique*. Santé Canada; 2011.
<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/physactiv/index-fra.php>
- PAGES WEB. *Conseils sur l'activité physique pour les adultes (18 à 64 ans)*. Agence de la santé publique du Canada; 2012.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/07paap-fra.php>
- PAGES WEB. *Conseils sur l'activité physique pour les adultes (65 ans et plus)*. Agence de la santé publique du Canada; 2012
<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/08paap-fra.php>
- SITE WEB. *Fédération des kinésiologues du Québec* (information sur la profession et répertoire des kinésiologues).
<http://www.kinesiologue.com/>

Formations suggérées à l'infirmière

Approche de l'entretien motivationnel

- Atelier de sensibilisation sur l'entretien motivationnel. Formation offerte par la Direction de santé publique, ASSS de Montréal.
 - Pour information, contacter l'infirmière-conseil en prévention clinique du territoire de CSSS

Ressources utiles à l'infirmière

- FEUILLET RÉSUMÉ. *Directives canadiennes en matière d'activité physique – à l'intention des adultes âgés de 18 à 64 ans*. Société canadienne de physiologie de l'exercice; 2011. p. 1.
http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_adults_fr.pdf
- FEUILLET RÉSUMÉ. *Directives canadiennes en matière d'activité physique – à l'intention des adultes âgés de 65 ans et plus*. Société canadienne de physiologie de l'exercice; 2011. p. 1.
http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_older-adults_fr.pdf
- CAHIER. *Directives en matière d'activité physique et de comportement sédentaire : Votre plan pour une vie active au quotidien*. Société canadienne de physiologie de l'exercice; 2012. p. 1-32.
http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_Guidelines_Handbook_fr.pdf
- AVIS SCIENTIFIQUE. *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé : synthèse de l'avis du Comité scientifique de Kino-Québec*; 1999. p. 1-19.
<http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/SynthQteActivitePhysique.pdf>
- QUESTIONNAIRE. *Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous-Q-AAP+*. Société canadienne de physiologie de l'exercice; 2011. p. 1-5.
http://www.csep.ca/CMFiles/publications/parq/PARQplusSept2011version_ALL_FR.pdf

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Aptitude à l'activité physique

- Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous – Q-AAP+ (2012)
- Approuvé par la Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE)
- Vise à mieux cerner les personnes pour qui un examen médical est recommandé

Questionnaire section 1- santé générale (extrait du questionnaire original)

Veuillez lire attentivement les 7 questions ci-dessous et y répondre de façon honnête : cochez oui ou non.		OUI	NON
1.	Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffrez de troubles cardiaques ou d'hypertension artérielle?	☐	☐
2.	Ressentez-vous une douleur à la poitrine au repos, pendant vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique?	☐	☐
3.	Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements, ou avez-vous perdu conscience au cours des 12 derniers mois? Veuillez répondre non si vos étourdissements étaient associés à de l'hyperventilation (y compris durant un exercice vigoureux).	☐	☐
4.	Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'autres troubles médicaux chroniques (autre qu'une maladie du cœur ou l'hypertension artérielle)?	☐	☐
5.	Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour traiter un trouble médical?	☐	☐

Suite :		OUI	NON
6.	Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires qui pourraient être aggravés si vous pratiquez plus d'activité physique? Veuillez répondre non si vous avez eu un problème articulaire dans le passé, mais qu'il ne limite pas votre capacité actuelle à être physiquement actif. Par exemple, genou, cheville, épaule ou autre.	☐	☐
7.	Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous ne deviez participer qu'aux activités physiques supervisées par un professionnel de la santé?	☐	☐

- Réponse négative aux 7 questions : la personne peut pratiquer de l'activité physique en suivant les recommandations de la SCPE
- Réponse positive : la personne peut compléter la section 2 du questionnaire ou être dirigée vers un médecin ou un kinésiologue afin que son état de santé et sa capacité à pratiquer de l'activité physique soient évalués, et un programme adapté à sa condition soit élaboré.

Questionnaire, section 2- troubles médicaux chroniques : disponible en document électronique
http://www.csep.ca/CMFiles/publications/parg/PARQplusSept2011version_ALL_FR.pdf

Counseling en matière de pratique de l'activité physique

Entretien motivationnel

- Le counseling en utilisant l'entretien motivationnel est une approche évaluée efficace, pour soutenir la personne dans un changement d'un comportement lié à la santé
- Suggestions de questions pour explorer la motivation de la personne à changer sa pratique de l'activité physique :
 - Quels seraient les avantages pour vous de pratiquer régulièrement de l'activité physique (ou d'augmenter votre niveau d'activité physique)?
 - Qu'est-ce que ça vous apporterait de pratiquer régulièrement de l'activité physique (ou d'augmenter votre niveau d'activité physique)?

Bénéfices de la pratique régulière d'activité physique

- Chez tous les adultes :
 - Amélioration de la forme physique, de la force et de la santé mentale (moral, estime de soi, gestion du stress, sommeil)
 - Réduction du risque de décès prématuré, maladies du cœur, accidents vasculaires cérébraux, hypertension artérielle, cancer du côlon, cancer du sein, diabète type 2, ostéoporose, surpoids et obésité
- Chez les aînés :
 - Maintien de l'autonomie fonctionnelle, de la mobilité et de la santé osseuse. Amélioration de l'équilibre et prévention des chutes (chez les aînés à mobilité réduite)

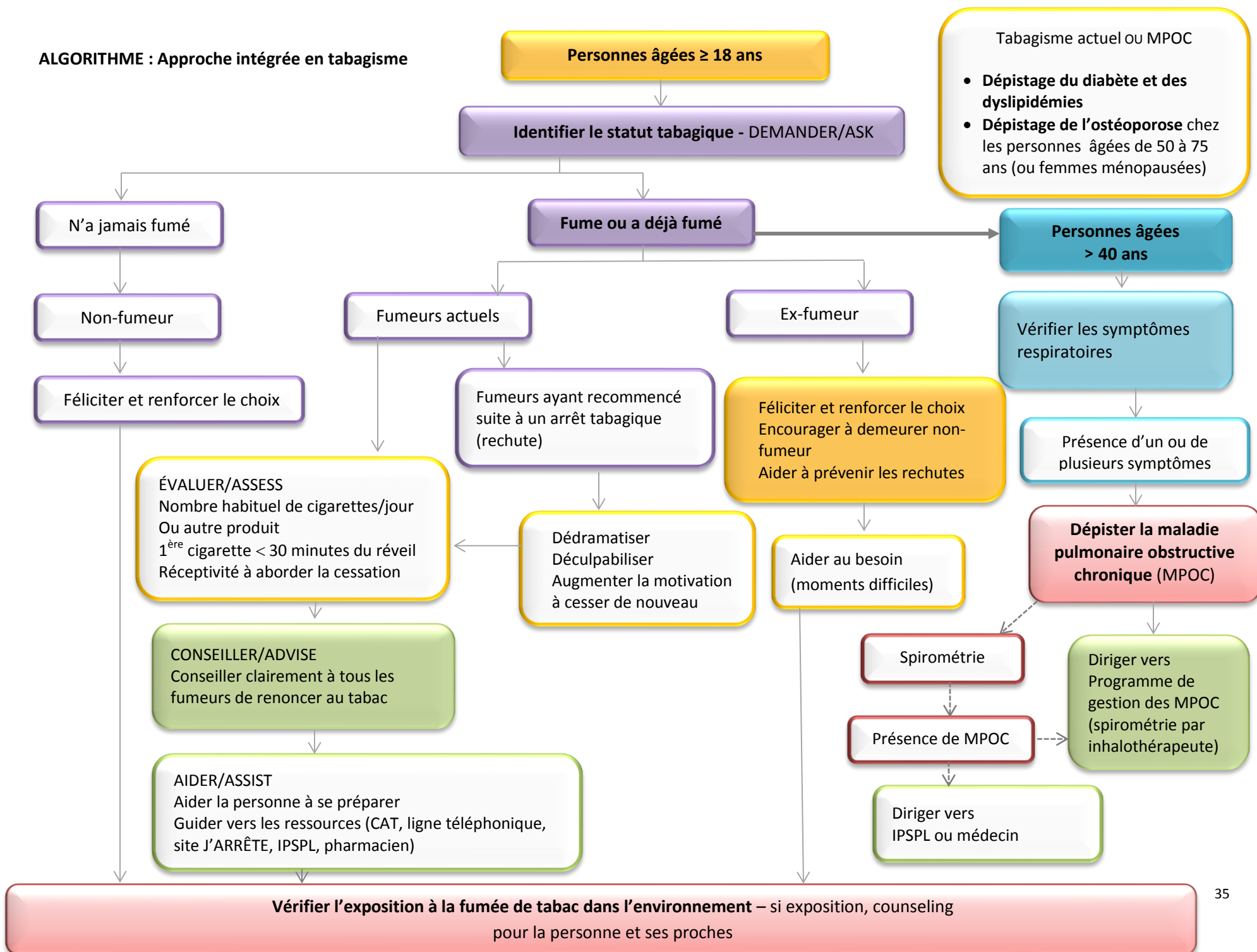
Recommandations de la Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice (SCPE)

- Réduire le temps consacré aux activités sédentaires (par ex. être assis pendant une longue période, regarder la télévision, passer du temps à l'ordinateur) et le remplacer par des activités physiques
 - Les comportements sédentaires tels que la position assise prolongée sont un facteur de risque en soi, indépendamment du temps consacré à l'activité physique. Les risques pour la santé peuvent donc être accrus même si les recommandations en matière d'activité physique sont respectées
 - La pratique d'activités physiques de faible intensité comme la marche ou simplement la position debout prolongée plutôt qu'assise, peut entraîner des bénéfices pour la santé

- Commencer par de plus petites quantités d'activité physique, puis augmenter graduellement la durée, la fréquence et l'intensité afin d'ultimement atteindre les recommandations
 - Faire chaque semaine au moins 150 minutes d'activité physique* aérobique d'intensité modérée à élevée par séances d'au moins 10 minutes
- Intégrer des activités pour renforcer les muscles et les os faisant appel aux groupes musculaires importants au moins deux jours par semaine
- Activité physique - niveau d'intensité (effort fourni)

INTENSITÉ FAIBLE	INTENSITÉ MODÉRÉE	INTENSITÉ ÉLEVÉE/TRÈS ÉLEVÉE
DÉFINITION		
▪ Le cœur bat un peu plus vite ▪ On se sent légèrement essoufflé mais on peut parler facilement ▪ On a un peu chaud	▪ Le cœur bat assez vite ▪ On se sent assez essoufflé mais on peut parler ▪ On a chaud	▪ Le cœur bat très vite ▪ On se sent très essoufflé et on a de la difficulté à parler ▪ On a très chaud
EXEMPLES		
▪ Marche d'un pas normal, travaux intérieurs ou extérieurs (ménage, tondre la pelouse), bicyclette (promenade), golf (voiturette électrique), quilles, aquaforme (mouvements lents), tennis de table, etc.	▪ Marche rapide ou léger jogging, bicyclette (randonnée ou transport), natation, ski de fond (sur le plat), tennis, aquaforme (vigoureux), golf (en transportant les bâtons), danse aérobique, etc.	▪ Course à pied, ski de fond (parcours accidenté) et bicyclette rapide, vélo de montagne sur pistes difficiles, montée d'escaliers, hockey, saut à la corde, squash, racquetball, soccer, etc.

ALGORITHME : Approche intégrée en tabagisme





HABITUDES DE VIE

Tabagisme

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

Consulter l'**algorithme : Approche intégrée en tabagisme**

Chez tous les adultes :

- Identifier et documenter le statut tabagique et son évolution :
 - Non-fumeur (n'a jamais fumé)
 - Fumeur actuel (dont personne ayant récemment recommencé à fumer)
 - Ex-fumeur (a cessé de fumer depuis plus de 6 mois)
- Vérifier l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement pour chaque adulte et ses proches

Chez les fumeurs actuels :

- Évaluer la consommation des produits du tabac
- Évaluer la réceptivité à aborder la cessation tabagique

Chez les personnes qui fument ou qui ont déjà fumé et âgées de plus de 40 ans :

- Questionner pour la présence de symptômes respiratoires (voir symptômes ci-dessous)

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

- Initier la [spirométrie](#) pour dépister précocement la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Selon le milieu clinique :

- ☐ L'infirmière dirige la personne vers l'inhalothérapeute
- ☐ L'infirmière effectue la spirométrie (dans la mesure où elle a suivi une formation)

Indications :

Initier le test de dépistage chez les personnes qui fument ou qui ont déjà fumé, âgées de plus de 40 ans, et présentant l'un des symptômes suivants :

- Toux régulière
- Expectorations fréquentes
- Dyspnée à l'effort léger
- Respiration sifflante à l'effort ou durant la nuit
- Infections des voies respiratoires fréquentes (≥ 3 /année) qui durent plus longtemps que chez les autres personnes

Contre-indications :

- La personne a subi récemment une chirurgie à l'un des sites suivants : cerveau, yeux, sinus, oreille, thorax, abdomen
- La personne présente l'une des conditions suivantes :
 - Grossesse
 - Anévrisme cérébral ou commotion cérébrale récente
 - Glaucome
 - Pneumothorax
 - Embolie pulmonaire récente

	○ Maladies cardiovasculaires (anévrisme de l'aorte important, hypotension, hypertension sévère, arythmie cardiaque, infarctus myocardique récent, insuffisance cardiaque) ○ Antécédent de syncope associé à une expiration forcée ou à la toux ○ Tuberculose active, hépatite B ○ Hémoptysie ou saignement buccal ○ Incapacité à suivre les consignes (par exemple : barrière linguistique, déficit cognitif, etc.)
--	---

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Renforcer le choix des non-fumeurs
- Féliciter; renforcer le choix des ex-fumeurs, encourager à le demeurer et aider à prévenir la rechute
- Procéder à un [counseling bref](#) relatif au tabagisme chez tous les fumeurs; dédramatiser et déculpabiliser les personnes ayant recommencé à fumer récemment
- Procéder, le cas échéant, à un [counseling sur l'exposition à la fumée de tabac](#) dans l'environnement pour tous les adultes et leurs proches
- Informer les personnes chez qui une spirométrie est indiquée de la nature du test de dépistage ainsi que des indications, des avantages et des inconvénients du dépistage

Initier des mesures thérapeutiques

(sans ordonnance collective *dans le cadre de la Loi médicale* – mise en œuvre prévue au début de 2016)

L'infirmière (détenant un permis de prescripteur) prescrit, le cas échéant, une aide à la cessation tabagique (thérapie de remplacement à la nicotine) selon le protocole (se référer au droit de prescrire)

Guider vers des services

☐ Centre d'abandon du tabagisme (CAT) ☐ Ligne d'aide téléphonique 1 866 JARRETE (527-7383) ou site http://www.jarrete.qc.ca ☐ Pharmacien : thérapies de remplacement de la nicotine (TRN)	▪ La personne désirant du soutien pour cesser de fumer
☐ IPSPL ☐ Médecin	▪ La personne désirant une aide pharmacologique autre que la TRN pour cesser de fumer
☐ IPSPL ☐ Médecin ☐ Programme de prévention des maladies chroniques (volet MPOC)	▪ La personne dont la spirométrie est anormale (critère correspondant à une MPOC : volume expiratoire maximal en une seconde/capacité vitale forcée < 0,70 après l'administration d'un bronchodilatateur)

Suivi assuré par l'infirmière

- Lorsque le test de spirométrie est anormal, aviser la personne et la diriger vers l'IP SPL ou le médecin répondant selon les ententes établies, afin qu'un diagnostic soit posé et, s'il y a lieu, qu'un traitement soit prescrit.
- Offrir, le cas échéant, un rendez-vous de suivi, pour soutenir la personne dans sa démarche de cessation tabagique

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- Le tabagisme peut s'ajouter à d'autres risques cardiométaboliques : excès de poids, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies, stress (voir **Santé cardiométabolique** et **Santé mentale**)
- Le tabagisme ou la présence d'une MPOC sont des facteurs de risque à considérer dans le dépistage du diabète et des dyslipidémies (voir **Diabète et dyslipidémies**)
- Le tabagisme ou la présence d'une MPOC sont des facteurs de risque à considérer dans le dépistage de l'ostéoporose chez les personnes âgées de 50 à 64 ans ou les femmes qui sont ménopausées (voir **Fragilité osseuse**)
- Le tabagisme peut être associé à la présence de stress (voir **Stress et sommeil**)
- Le counseling sur la cessation tabagique est recommandé chez les femmes qui fument et qui planifient une grossesse afin d'éviter les problèmes associés au tabagisme durant la grossesse (voir **Prévention périconceptionnelle**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

Aide à la cessation tabagique:

- SITE WEB. *Conseil québécois sur le tabac et la santé* (conseils, outil interactif, ressources).
<http://www.jarrete.qc.ca/>
- ARTICLE. *E-cigarette : une technologie prometteuse ou dangereuse?* Société canadienne du cancer; 2014. p. 1-3.
http://info-tabac.ca/wp-content/uploads/2014/07/info-tabac_no99_janv2014-ref.pdf

Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement :

- DÉPLIANT. *Autos et maisons sans fumée de tabac*. Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal. p. 1-2.
http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Services_preventifs/Tabagisme/automaisonsansfume.pdf
- DÉPLIANT. *Vivre sans fumée secondaire : Conseils pour chez vous, votre voiture, votre travail et l'extérieur*. Société canadienne du cancer; 2014. p. 1-17.
<http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Live%20free%20of%20second-hand%20smoke/Live-Free-of-Second-hand-Smoke-FR-2014.pdf>
- PAGES WEB. *Famille sans fumée* (informations, conseils sur la fumée secondaire). Capsana; 2014.
<http://famillesansfume.ca/>
- PAGES WEB. *Habitations sans fumée au Québec* (informations pour créer des environnements sans fumée). Association pour les droits des non-fumeurs.
<http://www.habitationssansfumeqc.ca/hsfq/>

Formations suggérées à l'infirmière

Intervention en cessation tabagique

- Consulter le site de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Approche basée sur l'entretien motivationnel

- Atelier de sensibilisation sur l'entretien motivationnel. Formation offerte par la Direction de santé publique, ASSS de Montréal.
 - Pour information, contacter l'infirmière-conseil en prévention clinique du territoire de CSSS

Ressources utiles à l'infirmière

- FORMULAIRE CLINIQUE. *Soutien médical à l'abandon du tabagisme chez tout fumeur ou ex-fumeur (moins de 6 mois)*. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec; 2014. p. 1-2.
<http://www.fmoq.org/fr/training/toolbox/support/Lists/Billets/Post.aspx?ID=3>
- GUIDE DE PRATIQUE. Nevala J et coll. *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario; 2007. p. 1-104.
http://tobaccofreernao.ca/sites/tobaccofreernao.ca/files/1179_Smoking_Cessation_2007_French.pdf
- LIGNES DIRECTRICES. CAN_ADAPTT. *Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme*. Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique et le Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2011. p. 1-53.
www.can-adaptt.net
- GUIDE DE PRATIQUE. Durand S et coll. *Counseling en abandon du tabac*. Orientations pour la pratique infirmière. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2006. p. 1-64.
<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/counseling-en-abandon-du-tabac>
- PAGES WEB. *Tabagisme* (statistiques, stratégies, liste de publications). Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal; 2014.
http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/tabagisme/problematique.html
- AVIS SCIENTIFIQUE. Poirier H et coll. *La cigarette électronique : État de la situation*. Institut national de santé publique du Québec; 2013. p. 1-30.
<http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=1691>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Counseling bref relatif au tabagisme

- Facteurs qui augmentent l'efficacité de l'intervention :
 - L'intensité est plus grande (durée de la séance plus longue et nombre de séances plus élevé)
 - Il y a combinaison d'approches (counseling et aide pharmacologique)
 - Plusieurs formats sont utilisés (individuel, en groupe, en ligne, ligne d'écoute)

DEUX APPROCHES SUGGÉRÉES DE COUNSELING

- A. Approche selon les Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme (outil des cinq A)* - Consulter l'**algorithme : Approche intégrée en tabagisme**

- DEMANDER (Ask) régulièrement le statut tabagique de toutes les personnes
 - « Fumez-vous, utilisez-vous des produits du tabac ou avez-vous déjà fumé? »
 - « Avez-vous utilisé une forme quelconque de tabac au cours des 6 derniers mois? »
- ÉVALUER (Assess) la volonté des personnes d'amorcer un traitement pour renoncer au tabagisme
 - « Si je vous parle d'arrêt tabagique, qu'auriez-vous à me dire? »
- CONSEILLER (Advise) aux personnes de renoncer au tabagisme (cette étape peut même se faire en deuxième position, avant l'évaluation)
 - « Si vous me le permettez et parce que comme infirmière je me préoccupe de votre santé : c'est certain que le meilleur conseil que je puisse vous donner serait d'envisager de cesser de fumer. »
- AIDER (Assist) toute personne qui exprime la volonté d'amorcer un traitement pour renoncer au tabagisme
 - « D'après vous, qu'est-ce qui pourrait vous aider dans votre démarche? »
- ORGANISER (Arrange) un suivi régulier sur l'évolution de la démarche de renoncement, offrir un soutien et orienter les personnes vers les ressources pertinentes existante.
 - « Me permettez-vous de vous remettre des informations sur des services qui pourraient vous aider? »
 - « Qu'en dites-vous? »

**Adapté de : Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme. CAN-ADAPTT (2011)*

B. Approche inspirée de l'entretien motivationnel

- Créer un climat d'ouverture, sans jugement
 - « Êtes-vous d'accord pour que nous discutons de votre tabagisme? »
 - « Qu'auriez-vous à me dire sur votre habitude de fumer? »
- Explorer, faire émerger la motivation à cesser de fumer
 - « Quels seraient les avantages pour vous de diminuer (ou cesser) de fumer? »
 - « Quels sont les inconvénients que vous voyez au fait de fumer? »
 - « Quelles sont les raisons qui vous amèneraient à modifier votre tabagisme? »
- Chez la personne qui a recommencé à fumer récemment
 - « Qu'est-ce qui vous avait amené à cesser de fumer? »
 - « Vous avez tenté à plusieurs reprises de cesser de fumer. Cela témoigne que c'est important pour vous.»
 - « Si vous tentiez de nouveau de cesser de fumer, qu'est-ce qui pourrait vous aider à demeurer non-fumeur? »
- Soutenir la personne dans son processus de changement; valoriser les efforts; augmenter le niveau de confiance
 - « Qu'est-ce qui pourrait vous aider à diminuer (ou à cesser) de fumer? »
 - « Vous faites beaucoup d'efforts pour arriver à diminuer de fumer. »

Exposition à la fumée secondaire de tabac dans l'environnement

- « La fumée de tabac dans l'environnement est nocive et rend malade. Pensez-vous être à risque, vous-même ou vos proches ? »
- La fumée secondaire comprend la fumée rejetée par les fumeurs et celle qui se dégage d'une cigarette, d'une pipe ou d'un cigare. Cette dernière est plus toxique que la fumée rejetée par le fumeur car elle :
 - Comporte plus de particules fines qui pénètrent plus profondément dans les poumons
 - A une concentration plus élevée de plusieurs composants chimiques (dont certains cancérigènes)
- Les substances chimiques qui sont présentes dans la fumée secondaire se déposent dans l'environnement (particulièrement, la poussière, les tapis, les vêtements, etc.) et polluent l'air ambiant. Ces substances peuvent être absorbées subséquentement par les voies respiratoires

- Les principaux problèmes de santé associés au tabagisme passif
 - Chez les adultes : risque accru de maladies cardiovasculaires et de cancer du poumon
 - Chez les nourrissons et les enfants (ils sont particulièrement à risque en raison de leurs petites tailles) : augmentation des infections des voies respiratoires inférieures (bronchite, pneumonie), développement et exacerbation de l'asthme, otites à répétition, syndrome de mort subite du nouveau-né
- La seule manière de protéger les personnes contre la fumée secondaire est d'éviter l'usage des cigarettes, cigares ou pipes dans les endroits visés (maison, automobile, etc.). Ouvrir la fenêtre d'une chambre ou de l'automobile ne constitue pas un système de ventilation efficace

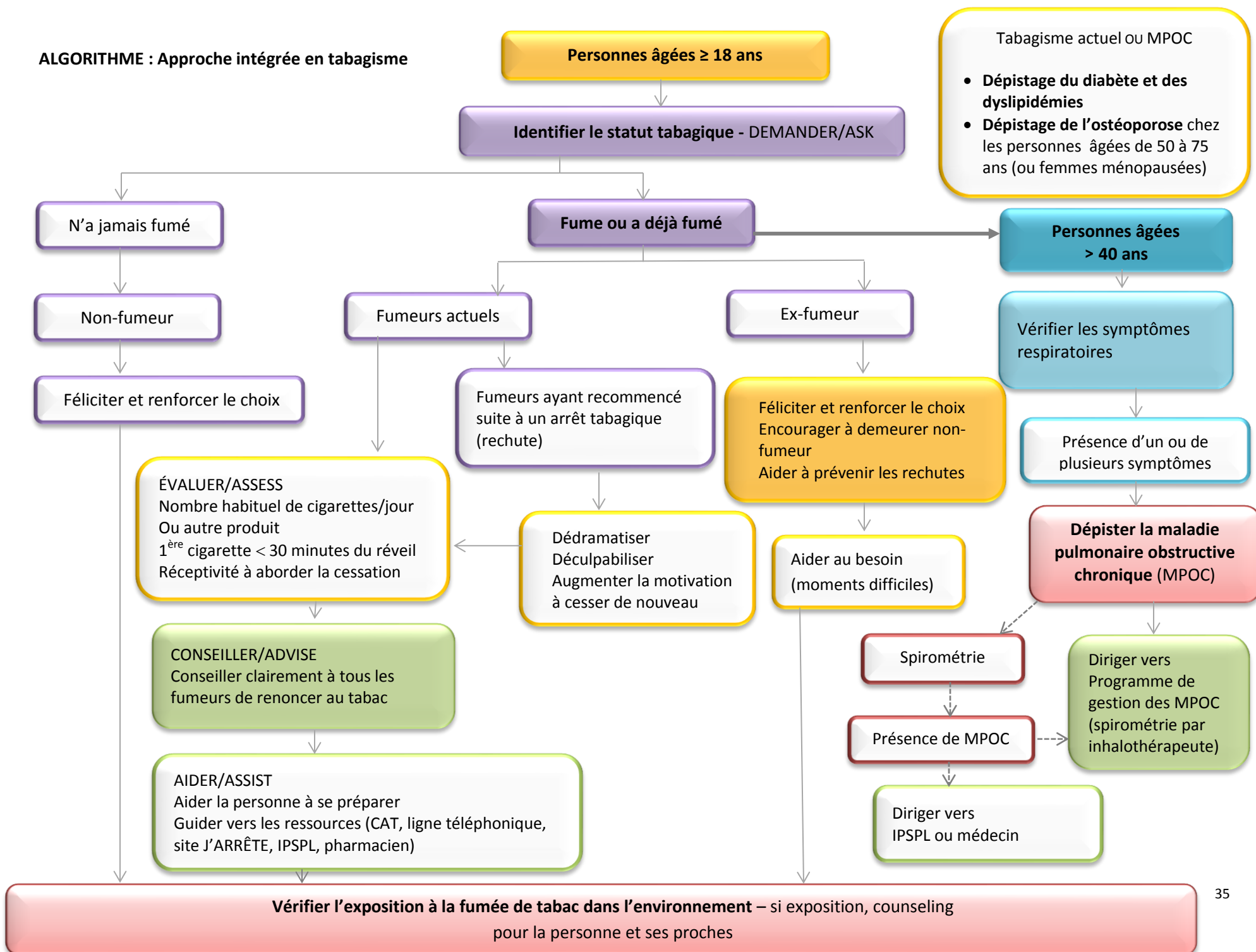
Aide pharmacologique

- L'utilisation d'une aide pharmacologique augmente les chances de succès relativement à la cessation tabagique
- Diverses aides pharmacologiques existent
 - Les thérapies de remplacement à la nicotine (timbre, gomme, pastille, inhalateur) diminuent les symptômes du sevrage nicotinique; on suggère d'envisager d'emblée l'emploi concomitant des timbres (libération lente et continue de nicotine) associés à l'utilisation d'une autre forme de thérapie de remplacement à absorption rapide (gommes, pastilles ou inhalateur) lors des fortes envies de fumer
 - Le bupropion (Zyban) diminue l'envie de fumer. Il est suggéré de l'utiliser en combinaison avec les timbres de nicotine (pour diminuer les réactions de sevrage de la nicotine)
 - La varénicline (Champix) diminue les symptômes de sevrage de la nicotine et atténue l'envie de fumer
- La cigarette électronique (CE)
 - Elle peut contenir ou non de la nicotine. Actuellement, il y a peu de contrôle au Québec sur la composition des CE. L'étiquetage ne reflète pas toujours le contenu réel des cartouches (présence de nicotine plus élevée que celle indiquée ou dans des CE étiquetées « sans nicotine ». Divers additifs peuvent s'ajouter : propylène glycol, glycérine, alcool (éthanol), eau, agents aromatisants, etc.
 - Certaines études ont montré l'efficacité des CE comme aide à la cessation tabagique (le mécanisme étant probablement une augmentation rapide de la nicotine dans le sang). Toutefois, d'autres études cliniques rigoureuses doivent être faites pour évaluer l'efficacité des CE
 - On ne connaît pas actuellement les effets à long terme des CE (notamment les effets secondaires à l'inhalation des composés autres que la nicotine)

Spirométrie

- Déroulement de l'examen : la personne prend une inspiration maximale et souffle rapidement dans un dispositif buccal
- Elle permet d'évaluer les fonctions pulmonaires (pour détecter des maladies telles que l'asthme ou la MPOC, suivre leur évolution, évaluer la réponse au traitement)
- Avantage de dépister précocement la MPOC : permet d'offrir des traitements (pharmacologique, cessation tabagique, etc.) afin de diminuer la progression de la MPOC
- Inconvénients de la spirométrie : L'examen entraîne une augmentation de la pression intra-thoracique, intra-abdominale et intracrânienne. Il exige un certain effort cardiaque. C'est pourquoi, l'examen est contre-indiqué en présence de certaines conditions (voir liste précédemment). En l'absence de ces conditions, il y a peu ou pas de conséquences négatives associées à cet examen

ALGORITHME : Approche intégrée en tabagisme





HABITUDES DE VIE

Alcool et drogues

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

Consulter l'**algorithme Approche intégrée : Alcool et drogues**

Chez tous les adultes, procéder au [repérage de la consommation d'alcool et de drogues](#) :

- Vérifier si la personne consomme de l'alcool
 - Chez la personne qui en consomme, évaluer sa consommation quotidienne et hebdomadaire
- Vérifier si elle fait actuellement usage de drogues ou a déjà fait usage dans le passé d'une drogue injectable
- Vérifier si elle envisage des changements au niveau de sa consommation d'alcool ou de drogues
 - Chez les personnes qui souhaitent changer plusieurs habitudes de vie, vérifier si les changements relatifs à la consommation d'alcool ou de drogues sont prioritaires

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

Chez les personnes dont la consommation n'excède pas la [consommation à faible risque](#) pour la santé :

- Faire valoir le comportement positif
- Remettre, le cas échéant, les informations relatives à une consommation d'alcool à faible risque (voir [Ressources utiles pour la personne](#))
- Refaire le dépistage une fois par an

Chez les personnes dont la consommation d'alcool excède la consommation à faible risque pour la santé :

- Explorer les connaissances de la personne sur la consommation à faible risque pour la santé et compléter l'information au besoin
- Si la consommation excessive d'alcool a des répercussions sur sa santé et sur son bien-être (voir ci-haut), vérifier si la personne connaît l'association entre sa consommation d'alcool et les problèmes qu'elle présente

Chez les personnes dont la consommation d'alcool ou de drogues est problématique, qui envisagent de modifier leur consommation et dont c'est la priorité :

- Explorer les raisons pour lesquelles la personne souhaiterait modifier sa consommation d'alcool ou de drogues et les avantages qu'elle y voit
- Soutenir la personne dans sa motivation à vouloir modifier sa consommation d'alcool ou de drogues
- Vérifier si elle désire de l'aide et la guider en ce sens

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

☐ Alcochoix +	▪ Adultes qui désirent du soutien et prenant de 10 à 35 consommations d'alcool par semaine
☐ Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire	▪ Adultes qui désirent du soutien et prenant plus de 35 consommations d'alcool par semaine ▪ Personnes ayant une dépendance à l'alcool, aux drogues ou au jeu

Suivi assuré par l'infirmière

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- La consommation excessive d'alcool peut être associée à divers problèmes de santé : excès de poids, hypertension artérielle, augmentation des triglycérides (voir **Santé cardiométabolique**)
- Le partage de matériel lors de la consommation de drogues par injection ou par inhalation est un facteur de risque à considérer dans le dépistage des ITSS et dans l'immunisation contre l'hépatite A et l'hépatite B (voir **ITSS** et **Immunisation**)
- La consommation excessive d'alcool est un facteur de risque à considérer dans le dépistage de l'ostéoporose chez les personnes âgées de 50 à 64 ans et les femmes ménopausées (voir **Fragilité osseuse**)
- La consommation excessive d'alcool est un facteur qui peut contribuer au risque accru de chutes (voir **Chutes**)
- La consommation excessive d'alcool peut être associée à diverses conditions psychosociales : stress, troubles du sommeil, humeur dépressive, violence ou maltraitance (voir **Santé mentale**)
- Le counseling sur la consommation d'alcool est recommandé chez les femmes qui planifient une grossesse afin d'éviter les problèmes associés à la consommation d'alcool durant la grossesse (voir **Prévention périconceptionnelle**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- BROCHURE. *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2013.
<http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2012-Canada-Low-Risk-Alcohol-Drinking-Guidelines-Brochure-fr.pdf>
- BROCHURE. *Alcool et santé : les niveaux d'alcool à faible risque 2-3-4-0*. Éduc'alcool; 2007. p. 1-12.
http://educalcohol.qc.ca/wp-content/uploads/2011/08/Alcool_et_Sante_5_Fr.pdf
- BROCHURE. *Alcohol and Health: low-risk drinking 2-3-4-0*. Éduc'alcool; 2007. p. 1-12.
http://educalcohol.qc.ca/wp-content/uploads/2011/08/Alcool_et_Sante_5_En.pdf
- SITE WEB. *Éduc'alcool* (informations, conseils, application: calculateur d'alcoolémie).
<http://educalcohol.qc.ca>
- PAGES WEB. *Programme Alcochoix+* (information sur le programme, liste des établissements offrant le programme). MSSS; 2014.
http://www.dependances.gouv.qc.ca/index.php?alcochoix_accueil
- SITE WEB. *Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire* (description des services, coordonnées, publications).
<http://dependancemontreal.ca/>

Formations suggérées à l'infirmière

Approche basée sur l'entretien motivationnel

- Atelier de sensibilisation sur l'entretien motivationnel. Formation offerte par la Direction de santé publique, ASSS de Montréal.

Pour information, contacter l'infirmière-conseil en prévention clinique du territoire de CSSS

Ressources utiles à l'infirmière

- PAGES WEB. *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*. Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2011.
http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/alcohol/Pages/low_risk_drinking_guidelines.aspx.
- AVIS SCIENTIFIQUE. Butt P et coll. *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2011. p. 1-72.
<http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-fr.pdf>
- GUIDE CLINIQUE. *Dépistage, intervention brève et aiguillage pour l'alcool : un guide clinique*. Le Collège des médecins de famille du Canada et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2012. p. 1-2.
<http://www.sbir-diba.ca/docs/default-document-library/2012-screening-brief-intervention-and-referral-clinical-guide-fr.pdf?sfvrsn=6>
- GUIDE CLINIQUE. *Les niveaux de consommation d'alcool à faible risque : Guide pour les infirmières et les infirmiers*. OIIQ et Educ'alcool; 2012. p. 1-16.
http://www.oiiq.org/sites/default/files/educalcohol_version_finale_web.pdf
- LIGNES DIRECTRICES. Anderson P et coll. *Repérage d'une consommation d'alcool à risque ou nocive dans l'alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*; 2008. p. 63-84 (Questionnaire AUDIT et autres outils de repérage).
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>
- SITE WEB. *RISQ - Recherche et interventions sur les substances psychoactives du Québec* (Outils, questionnaires sur le repérage d'alcool, de drogues, dont de DÉBA-A/D).
https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw030?owa_no_site=3472

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Repérage de la consommation d'alcool et de drogues

- Suggestions de questions pour le repérage de la consommation d'alcool (dérivées de celles suggérées par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et le Collège de médecins de famille du Canada) :
 - « Depuis les 12 derniers mois, avez-vous consommé de l'alcool? (bière, vin, coolers ou autres boissons alcoolisées)? »
 - « En moyenne combien de jours par semaine buvez-vous une boisson alcoolisée? »
 - « Combien de verres buvez-vous lors d'une journée typique de consommation? »
 - Calculer le nombre de verres par semaine
- Si les quantités quotidiennes ou hebdomadaires dépassent les limites proposées de consommation d'alcool à faible risque :
 - « Est-ce que ça vous occasionne des problèmes? »
 - « Voulez-vous apporter des changements à ce niveau? »

- Suggestion de questions pour le repérage de la consommation de drogues :
 - « Depuis les 12 derniers mois, avez-vous consommé une ou des drogues ou utilisé un médicament (avec ou sans ordonnance) pour des raisons non-médicales? »
 - « Est-ce que ça vous occasionne des problèmes? »
 - « Voulez-vous apporter des changements à ce niveau? »
- D'autres outils sont disponibles pour procéder au repérage de la consommation d'alcool (voir référence dans ressources utiles pour l'infirmière) :
 - AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*)
 - Questionnaire auto-administré qui comporte 10 questions (AUDIT-C est une version abrégée qui inclut seulement les 3 premières questions)
 - Validé en français et en anglais
 - Utile dans la population générale pour détecter la consommation actuelle (12 derniers mois), à risque ou nocive, et identifier les symptômes de dépendance et les problèmes associés
 - CAGE (Acronyme correspond aux questions-clefs en anglais : *Cut down/Annoyed/Guilty/Eye-opener*)
 - Comprend 4 questions
 - Instrument dont l'utilisation est optimale chez les hommes caucasiens d'âge moyen; moins optimale chez les femmes, les ethnies autres que les Caucasiens et les personnes âgées
 - Sert à détecter les personnes avec une dépendance à l'alcool (et non une consommation nocive d'alcool)
 - Concerne la consommation à vie
 - DÉBA-A/D (Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Alcool/Drogues)
 - Permet de classer la gravité des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues en trois catégories, correspondant à des niveaux de service
 - Permet également d'établir le plan d'intervention pour les services de première ligne, d'où son nom.
 - Temps de passation varie d'une minute (chez les personnes ayant une faible consommation) à 15 minutes (lorsque la consommation d'un individu est complexe)
 - Formation de trois heures est fortement recommandée pour l'utiliser
- Il existe peu de mesures en ce qui concerne les drogues :
 - DAST (*Drug Abuse Screening Test*)
 - Permet de détecter la consommation problématique de drogues dans les 12 derniers mois
 - Comprend 28 questions ou existe en versions abrégées de 20 ou 10 items
 - CAGE-AID
 - Version modifiée du CAGE
 - Question unique
 - « How many times in the past year have you used an illegal drug or used a prescription medication for non-medical reasons? »

Consommation d'alcool à faible risque

Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada :

« Boire de l'alcool est un choix personnel. Si vous décidez de boire, ces directives vous aideront à décider où, quand, comment et pourquoi le faire. »

- Dans ces directives, un « verre » correspond à :
 - Un verre de 341 ml (12 oz) de bière, de cidre ou de « cooler » à 5 % d'alcool
 - Un verre de vin de 142 ml (5 oz) à 12 % d'alcool
 - Un verre de spiritueux (ex. : rye, gin ou rhum) de 43 ml (1,5 oz) à 40 % d'alcool

- Afin de diminuer les risques à long terme pour la santé en respectant les limites suivantes :
 - 10 verres par semaine pour les femmes – au plus 2 verres par jour, la plupart des jours de la semaine
 - 15 verres par semaine pour les hommes – au plus 3 verres par jour, la plupart des jours de la semaine
 - Chaque semaine, prévoyez des jours sans alcool pour ne pas développer une habitude
- Afin de diminuer les risques de blessures et de méfaits :
 - Éviter de boire plus de 3 verres (femmes) et de 4 verres (hommes) en une même occasion
 - Boire dans un milieu sûr et respecter la limite hebdomadaire
- Éviter de boire dans certaines circonstances :
 - Grossesse ou planification d’une grossesse et allaitement (voir **Prévention périconceptionnelle**)
 - Situations exigeant de la vigilance (lors de l’utilisation d’un véhicule, une machine ou un outil, lors de la pratique d’une activité physique dangereuse, lors de la surveillance de la sécurité d’autres personnes, lors de la prise de décision importante)
 - Possibilité d’interaction avec un médicament ou autre substance

Pour en savoir plus sur les directives de consommation d’alcool à faible risque du Canada et pour consulter des rapports connexes, voir le site Web du [Centre canadien de lutte contre les toxicomanies](#).

Alcochoix +

- Programme de prévention secondaire qui vise à éviter que le problème de consommation d’alcool ne s’aggrave
- Plusieurs formules possibles (autonome, guidée, groupe)
- Utilise DÉBA-A/D pour outil de dépistage. Une évaluation confidentielle et gratuite par un professionnel permet de s’assurer que le programme Alcochoix+ convient aux besoins de la personne. Le programme est offert dans les CLSC des centres de santé et de services sociaux



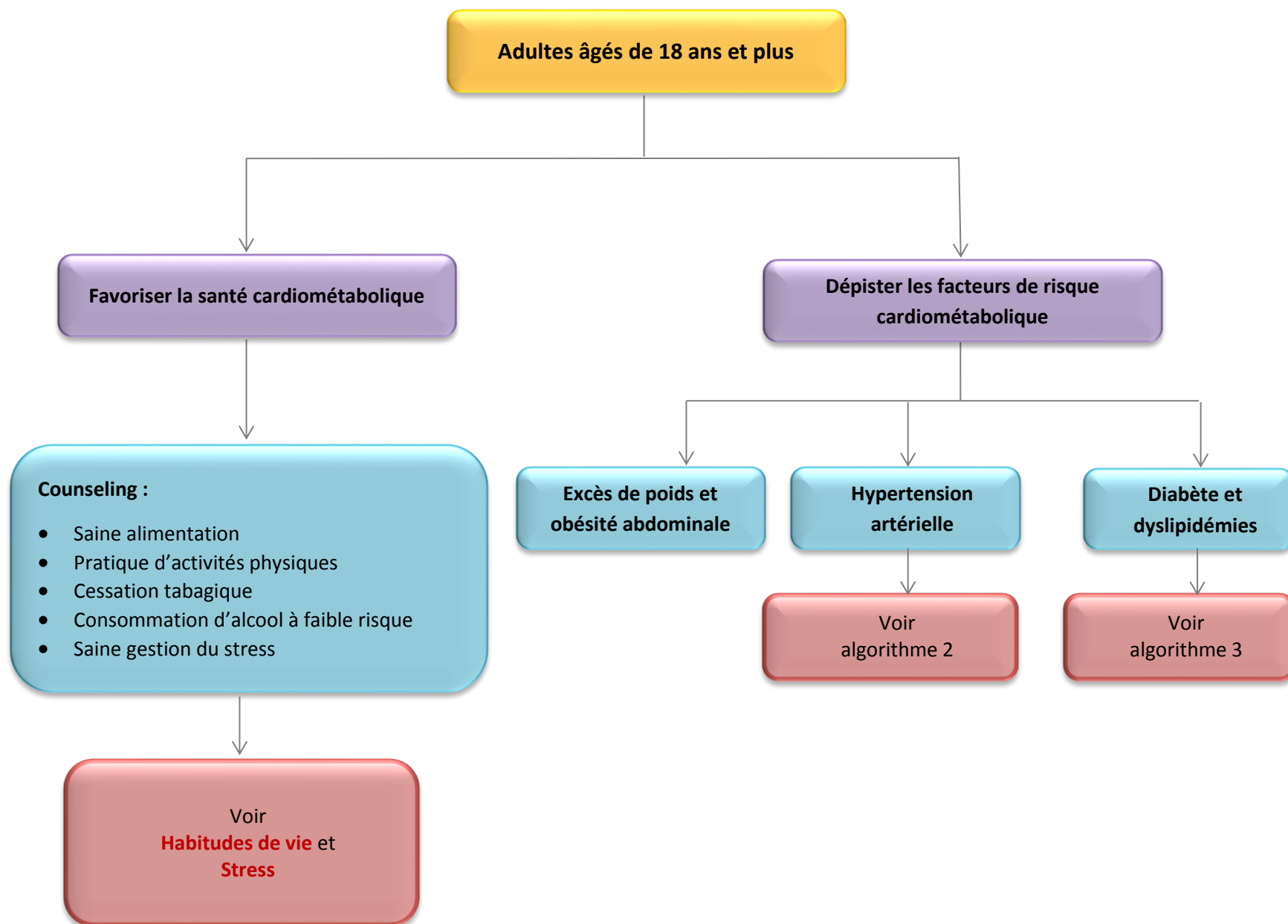
Santé cardiométabolique

On utilise le terme « risque cardiométabolique » pour regrouper les facteurs associés à l'apparition de maladies cardiovasculaires ou du diabète. Ces pathologies ont, en effet, des facteurs de risque en commun tels que la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'excès de poids. De plus, le diabète et les maladies cardiovasculaires sont étroitement liés puisque ces dernières sont une complication fréquente du diabète. Le syndrome métabolique comprend une combinaison de facteurs : obésité abdominale, hypertension artérielle, diabète et dyslipidémie. Cette association de facteurs accroît considérablement le risque de maladies cardiovasculaires.

Pour toutes ces raisons, l'excès de poids, l'hypertension artérielle, le diabète et les dyslipidémies sont abordés dans une perspective intégrée de santé cardiométabolique. Les algorithmes 1, 2 et 3 résument cette approche. La promotion des saines habitudes de vie est discutée dans une section précédente.

Dans le cadre du bilan de santé, la prévention en matière de santé cardiométabolique concerne les adultes sans diagnostics antérieurs de : prédiabète ou diabète, dyslipidémies, hypertension artérielle et maladies cardiovasculaires.

ALGORITHME 1 : Approche intégrée en matière de santé cardiométabolique





SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE

Excès de poids

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

(ne s'applique pas)

Examiner

Chez tous les adultes :

- Mesurer le poids et la taille et calculer l'[indice de masse corporelle](#) (IMC)
- Mesurer le [tour de taille](#) à la partie supérieure de la crête iliaque

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- En présence d'un $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ou une mesure du tour de taille supérieure aux valeurs recommandées :
 - Vérifier les connaissances que la personne a quant au lien entre le poids et la santé puis compléter l'information au besoin
 - Évaluer sommairement les habitudes de vie associées à la santé cardiométabolique
 - Prodiguer des conseils basés sur une approche d'une [saine gestion du poids](#), si la personne démontre un intérêt à ce sujet
- Lorsque la personne manifeste le désir de perdre du poids en présence d'un $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$ et d'une mesure du tour de taille correspondant aux valeurs recommandées :
 - Explorer la possibilité d'une [préoccupation excessive à l'égard du poids](#)

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

☐ Centre d'éducation pour la santé	Personnes désirant un soutien pour augmenter sa motivation ou sa confiance pour atteindre ses objectifs de changement
☐ Nutritionniste ☐ Kinésiologue	Personnes désirant le soutien d'un professionnel spécialisé
☐ Équipe multidisciplinaire	Personnes dont $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$
☐ IPSPL ☐ Médecin ☐ Programme de gestion des maladies chroniques	Personnes ayant un excès de poids et un problème de santé associé (HTA, dyslipidémie, trouble du sommeil, anomalies de la glycémie, etc.)
☐ Programme « Choisir de maigrir »	Femmes ayant des préoccupations importantes à l'égard de leur poids et leur image corporelle

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- L'excès de poids ou l'obésité abdominale peuvent être associés à diverses habitudes de vie : alimentation, activité physique, consommation d'alcool (voir **Habitudes de vie**)
- L'excès de poids ou l'obésité abdominale peuvent s'ajouter à d'autres risques cardiométaboliques : tabagisme, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies, stress (voir **Santé cardiométabolique** et **Bien-être psychosocial**)
- L'excès de poids (IMC > 27 kg/m²) ou une mesure du tour de taille supérieure aux valeurs recommandées sont des facteurs de risque à considérer dans le dépistage du diabète et des dyslipidémies (voir **Diabète et des dyslipidémies**)
- Les troubles du sommeil sont fréquemment associés à l'excès de poids – obésité (voir **Excès de poids**)
- L'efficacité de la contraception orale d'urgence est moindre chez les femmes ayant un poids > 75 kg (voir **Grossesses non planifiées**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

(Voir **Habitudes de vie – alimentation, activité physique**)

- SITE WEB. *ÉquiLibre* : (Conseils, information crédible sur la gestion du poids et l'image corporelle par des professionnels de la santé). *ÉquiLibre* (organisme sans but lucratif).
<http://www.equilibre.ca/public-cible/grand-public/>
- GRILLE D'ÉVALUATION. Évaluer une méthode de perte de poids. *Équilibre* (organisme sans but lucratif).
<http://www.equilibre.ca/approche-et-problematique/le-point-sur-les-dietes/evaluer-une-methode-de-perde-de-poids/>

Formations suggérées à l'infirmière

Approche de l'entretien motivationnel

- Atelier de sensibilisation sur l'entretien motivationnel. Formation offerte par la Direction de santé publique, ASSS de Montréal
- Ateliers sur la saine gestion du poids et les enjeux des régimes et produits amaigrissants
 - Pour information, contacter l'infirmière-conseil en prévention clinique du territoire de CSSS

Ressources utiles à l'infirmière

(Voir **Habitudes de vie – alimentation, activité physique**)

- AVIS SCIENTIFIQUE. Venne M et coll. *Bénéfices, risques et encadrement associés à l'utilisation des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA)*. Institut national de santé publique du Québec; 2008. p. 1-88.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/763_rapport_psm.pdf
- LIGNES DIRECTRICES. Lau DC, et coll. *Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants (sommaire)*. JAMC. 2007;176(8):SF1-SF11.
<http://www.cmaj.ca/content/176/8/SF1.full.pdf>
- LIGNES DIRECTRICES. Chatterjee A et coll. *Prise en charge des risques cardiométaboliques en soins primaires : Résumé de la déclaration consensuel de 2011*. Le médecin de famille canadien. 2012;58:e196-e201.
<http://www.cfp.ca/content/58/4/e196.full.pdf>

- SITE WEB. *Équilibre* (coordonnés des établissements offrant le programme « Choisir de maigrir »).
<http://www.equilibre.ca/public-cible/grand-public/participez-a-choisir-de-maigrir/>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Indice de masse corporelle (IMC)

- Calcul de l'IMC :
 - Pour calculer l'IMC, utiliser la formule suivante : $IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille (m)}^2$ ou se référer au nomogramme de l'IMC
 - IMC ne doit pas être utilisé chez les femmes enceintes ou qui allaitent
 - Il est recommandé de combiner la mesure de l'IMC et le tour de taille pour évaluer le risque cardiométabolique

- Classification de l'IMC :

Catégorie	IMC (kg/m ²)	Risques de développer des problèmes de santé
Poids insuffisant	<18,5	Accru
Normal	18,5-24,9	Moindre
Excès de poids (embonpoint)	25,0-29,9	Accru
Excès de poids (obésité)	30,0-34,9	Élevé
	35,0-39,9	Très élevé
	≥40	Extrêmement élevé

- La classification précédente peut sous-estimer ou surestimer les risques pour la santé dans certaines situations, par exemple, les jeunes n'ayant pas terminé leur croissance, les personnes qui sont naturellement très minces, celles qui ont une forte musculature
- Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, l'intervalle qui correspond au risque le plus faible pour la santé se situe probablement à un niveau plus élevé que celui établi pour les adultes plus jeunes; l'intervalle varie selon les études; on estime que l'intervalle va d'une valeur légèrement supérieure à 20 jusqu'à une valeur qui se situe entre 25 et 29 (par exemple, de 22 à 28 kg/m²)

Tour de taille

- Mesure du tour de taille :
 - La personne doit se tenir debout, les jambes écartées d'environ 30 cm, les bras placés le long du corps ou croisés sur les épaules. L'abdomen ne doit pas être compressé par un vêtement
 - Prendre la mesure à la fin d'une expiration. Le ruban doit être appliqué de manière ajustée sur l'abdomen sans le comprimer
 - Placer la partie inférieure du ruban sur le rebord supérieur de la crête iliaque, au niveau de la ligne médio-axillaire. Le ruban à mesurer doit être placé horizontalement de manière à être parallèle avec le plancher
 - On peut demander à la personne de tenir le ruban à une extrémité et de tourner sur elle-même

Mesure du tour de taille correspondant à une obésité abdominale :

Pays d'origine ou origine ethnique	Seuils par catégorie	
	Hommes	Femmes
Canada, États-Unis, population européenne	≥ 102 cm	≥ 88 cm
Population moyenne-orientale, sub-saharienne ou méditerranéenne orientale	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Population d'origine asiatique, sud-américaine ou centraméricaine	≥ 90 cm	≥ 80 cm

Source: Cardiometabolic Risk Working Group, 2011.

Impacts potentiels du poids sur la santé

- L'obésité représente un facteur de risque pour : diabète de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémies, maladies cardiovasculaires, maladies de la vésicule biliaire, apnée du sommeil et certains types de cancer
- L'insuffisance pondérale est associée à : malnutrition, ostéoporose et diminution de la fonction immunitaire

Liens entre le poids et la santé

- L'obésité représente un facteur de risque pour différents problèmes de santé: diabète de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémies, maladies cardiovasculaires, maladies de la vésicule biliaire, apnée du sommeil et certains types de cancer
 - Toutefois, le poids est un facteur de risque parmi plusieurs autres. La sédentarité, une alimentation déséquilibrée, le tabagisme et le stress ont autant d'impact sur la santé sans égard au poids
 - La modification des habitudes de vie peut améliorer la santé de façon significative, même sans perte de poids (approche de saine gestion du poids ou « health-at-every-size »)
- L'insuffisance pondérale est associée à : malnutrition, ostéoporose et diminution de la fonction immunitaire.

Counseling sur la saine gestion du poids

- Encourager et valoriser l'amélioration des habitudes de vie et de la santé plutôt que la perte de poids, par exemple être plus actif, améliorer ses habitudes alimentaires, gérer son stress différemment, etc.
 - Aucune démarche de perte de poids (régime, diète) n'a été démontrée efficace à ce jour, et 95% des gens reprennent le poids perdu au bout de cinq ans
 - On ne contrôle pas notre poids autant qu'on le croit : 40 à 70 % de notre poids est déterminé génétiquement. Il vaut donc mieux se mettre comme objectif d'améliorer les paramètres biologiques (lipides sanguins, glycémie, pression artérielle, etc.) que de diminuer le nombre de kilos sur la balance
- Informer des risques associés aux régimes à répétition et autres méthodes ou produits amaigrissants
 - Les tentatives répétées de perte de poids sont associées à :
 - Changement dans le métabolisme de base et dans la composition corporelle
 - Regain de poids avec un risque plus élevé de prendre du poids à long terme
 - Réduction de l'efficacité des tentatives subséquentes de perdre du poids
- Le poids qui convient à une personne est le poids qu'elle peut atteindre et maintenir tout en profitant de la vie
- Le succès d'une démarche de saine gestion du poids peut se décliner de plusieurs manières: meilleure qualité de vie, vie plus active, maintien du poids ou perte de poids modeste, meilleur estime de soi, plus d'énergie, etc.

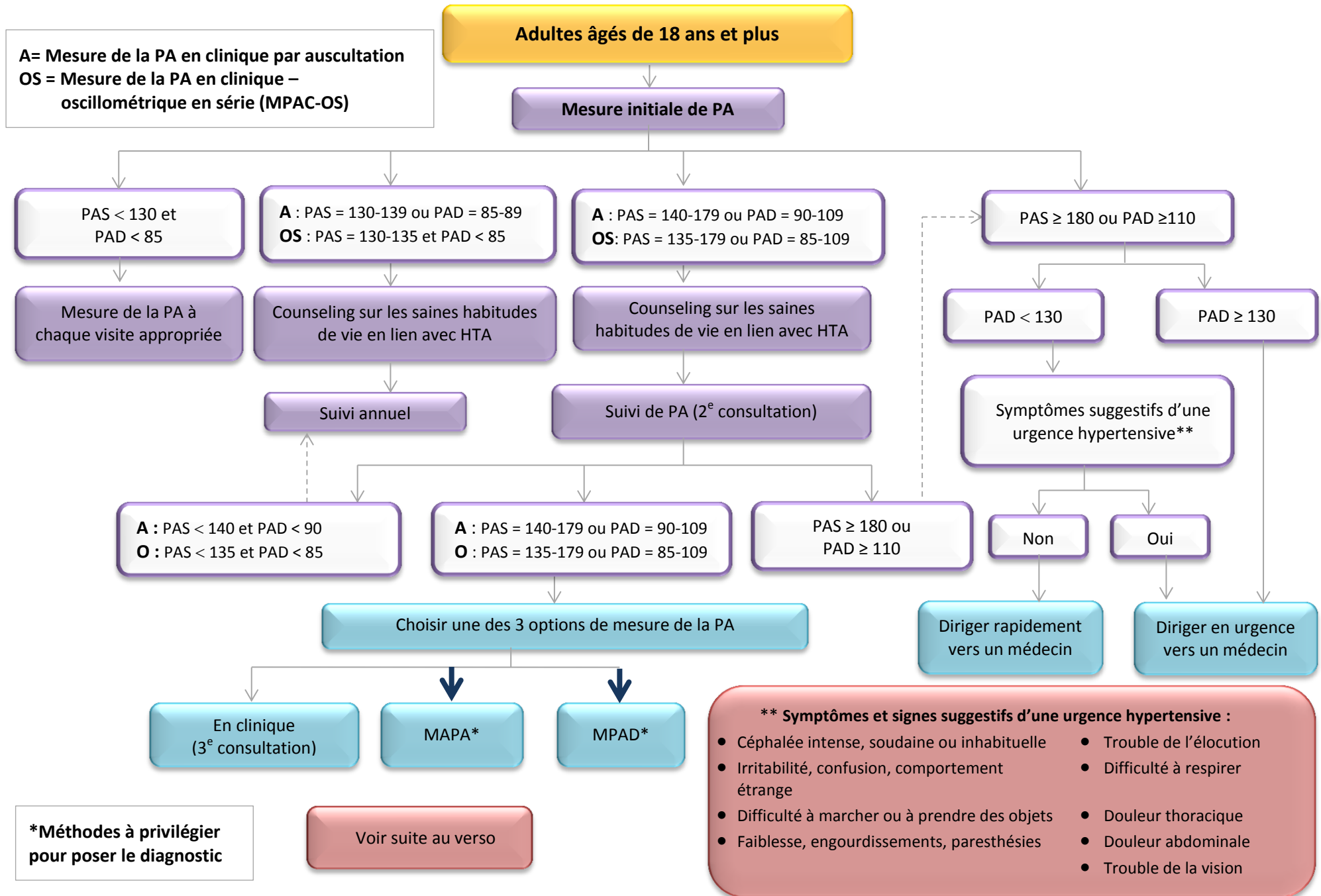
Préoccupation excessive à l'égard du poids

- Un aspect à ne pas négliger lorsqu'il est question de la gestion du poids
- Les régimes répétitifs contribuent au gain de poids (y compris chez les personnes dont le poids est normal au départ)
- L'association entre tentatives répétées de restriction alimentaire et apparition de désordres alimentaires (particulièrement chez les adolescents et adolescentes) est démontrée
- La perte de poids chez les personnes de poids normal devrait être découragée par les professionnels

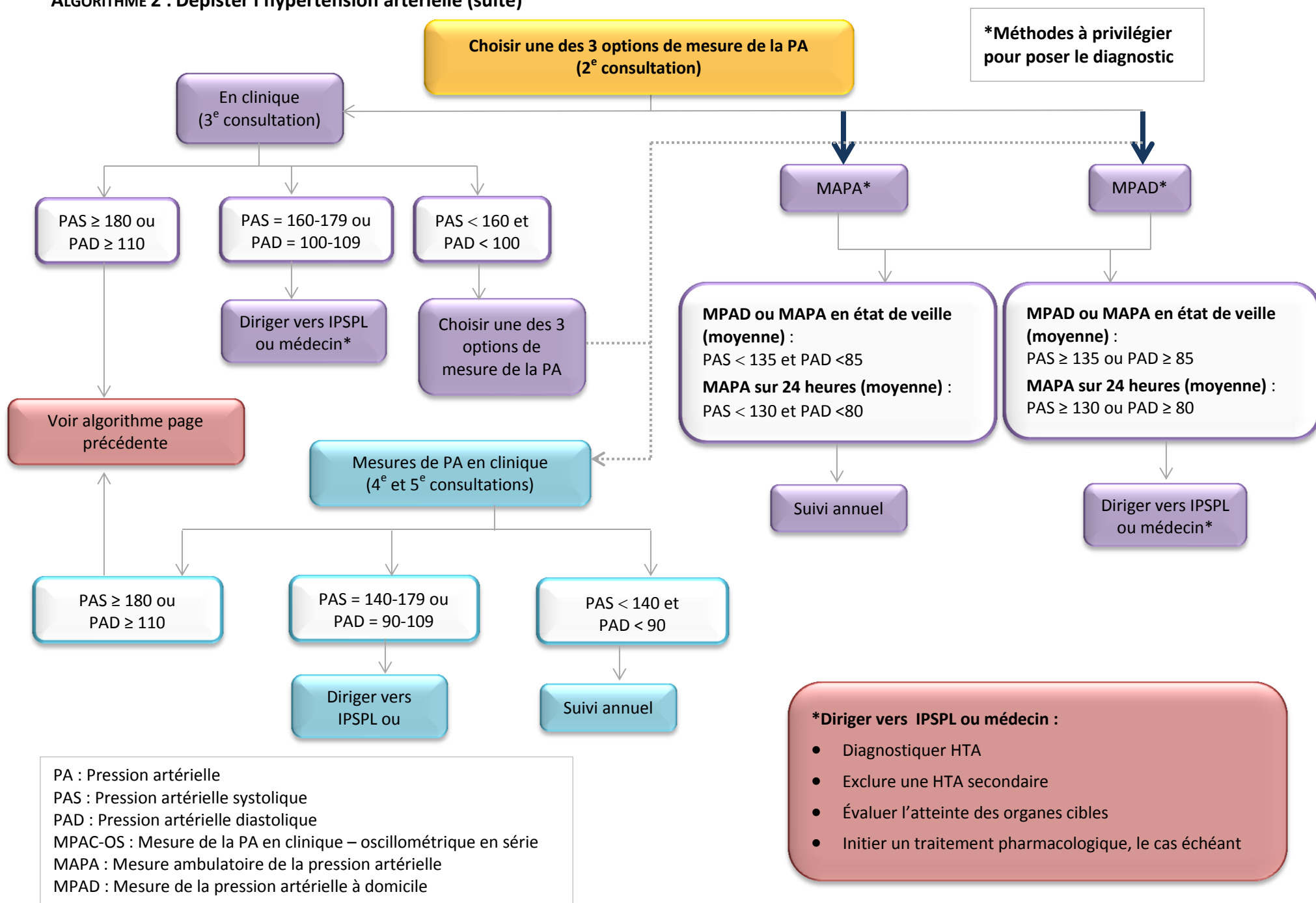
Programme « Choisir de maigrir »

- But du programme : favoriser une saine gestion du poids basée sur une approche biopsychosociale et sur l'autonomie de la personne
- Clientèle visée : femmes préoccupées par leur poids et leur image corporelle
- Nature du programme : rencontres hebdomadaires, en petit groupe, pendant 13 semaines et animées par des professionnels de la santé (diététiste-nutritionniste, intervenant psychosocial, spécialiste en activité physique)
- Lieux : CSSS, centres de femmes, centres communautaires ou cliniques privées
- Pour les coordonnées, voir : <http://www.equilibre.ca/public-cible/grand-public/participez-a-choisir-de-maigrir/>

ALGORITHME 2 : Dépister l'hypertension artérielle



ALGORITHME 2 : Dépister l'hypertension artérielle (suite)





SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE

Hypertension artérielle

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

(ne s'applique pas)

Examiner

[Mesurer la pression artérielle](#) (PA)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Aviser la personne de son résultat de PA
- Si la PAS = 130-179 ou PAD = 85-109 :
 - Évaluer sommairement les facteurs pouvant avoir une influence sur la PA et la santé vasculaire
 - Effectuer, s'il y a lieu, un [counseling bref sur les habitudes de vie en lien avec la PA](#)
- En présence d'une pression artérielle (PA) très élevée, vérifier la présence de [symptômes suggestifs d'une urgence hypertensive](#)

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

☐ IPSPL ☐ Médecin ☐ Programme de gestion des maladies chroniques (risque cardiométabolique : HTA)	(voir Algorithme 2) Personnes ayant des mesures ▪ PAS =140-179 ou PAD = 90-109 (moyenne des mesures par auscultation en cabinet) ▪ PAS ≥ 135 ou PAD ≥ 85 (moyenne des MPAD, MAPA en état de veille, mesure de PA en clinique – oscillométrie en série) ▪ PAS ≥ 130 ou PAD ≥ 80 (moyenne des MAPA sur 24 heures)
☐ Diriger rapidement vers un médecin	▪ Personnes dont la PAS ≥ 180 ou la PAD = 110-130 sans symptômes suggestifs d'une urgence hypertensive
☐ Diriger de manière urgente vers un médecin	▪ Personnes dont la PAD ≥ 130 (avec ou sans symptômes) ▪ Personnes dont la PAS ≥ 180 ou la PAD = 110-130 et présentant des symptômes suggestifs d'une urgence hypertensive
☐ Centre d'éducation pour la santé (CES) ☐ Centre d'abandon du tabagisme (CAT) ☐ Ressources d'aide en toxicomanie	Personnes ayant un intérêt à recevoir du soutien pour modifier une habitude de vie

Suivi assuré par l'infirmière

(voir **Algorithme 2**)

Lors de la mesure initiale de PA :

- Si la PA < 130/85 : mesure de la PA aux visites appropriées (visite périodique, renouvellement d'ordonnances, etc.)
- Si la PAS = 130-139 ou PAD = 85-89 : suivi annuel
- Si la PAS = 140-179 ou PAD = 90-109, donner un rendez-vous de suivi, idéalement, dans le mois suivant. Si la PA est élevée à la 2^e visite, confirmer la présence d'une PA élevée à l'aide d'une des 3 méthodes suivantes (prioriser les mesures 2 et 3) :
 1. [Mesure de la PA en clinique – oscillométrique en série \(MPAC-OS\)](#)
 2. [Mesure ambulatoire de la PA \(MAPA\)](#)
 3. [Mesure de la PA à domicile \(MPAD\)](#)
- Fournir les informations pertinentes et assurer le suivi selon la méthode choisie et les mesures de PA
- Lorsque la pression artérielle est anormale (selon les critères relatifs à chaque méthode de mesure), aviser la personne et la guider vers la ressource appropriée selon les ententes établies afin qu'un diagnostic soit posé et, s'il y a lieu, qu'un traitement soit prescrit

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- Plusieurs habitudes de vie peuvent avoir une influence sur la PA : alimentation (dont l'apport en sel), activités physiques, consommation d'alcool, stress, excès de poids et obésité abdominale (voir **Habitudes de vie, Excès de poids** et **Santé mentale**)
- L'hypertension artérielle peut s'ajouter à d'autres risques cardiométaboliques : tabagisme, excès de poids, diabète, dyslipidémies, stress (voir **Santé cardiométabolique** et **Santé mentale**)
- Une pression artérielle normale haute (pression systolique entre 130 et 139 et pression diastolique entre 85 et 89) est un facteur de risque à considérer dans le dépistage du diabète et des dyslipidémies (voir **Diabète et Dyslipidémies**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

(voir **Habitudes de vie – alimentation, activité physique, tabagisme, alcool et drogues**)

- SITE WEB. *Société québécoise d'hypertension artérielle* (informations sur HTA, appareils de mesure de PA recommandés, conseils sur les habitudes de vie en lien avec la PA, etc.).
<http://www.hypertension.qc.ca/content.asp?node=4>
- OUTIL CLINIQUE. *Carnet : Ma tension artérielle*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2013.
- PAGES WEB. *Sodium 101* (informations sur le sodium alimentaire). Hypertension Canada.
<http://www.sodium101.ca>
- PAGES WEB. *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*. Santé Canada; 2011.
<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php>
- OUTIL. *L'actimètre* (outil pour mesurer l'activité physique). Kino-Québec; 2005.
<http://www.kino-quebec.qc.ca/actimetre.asp>

Formations suggérées à l'infirmière

- Cloutier, Lyne, Mesure de la pression artérielle, activité d'apprentissage, Cd-rom DVD, Société québécoise d'hypertension artérielle et Université du Québec à Trois-Rivières, 2008
 - Commander par la Société québécoise d'hypertension artérielle – SQHA (Coût : 20.95\$) :
<http://www.hypertension.qc.ca/content.asp?node=309>
- Formation de 15 heures accessible en ligne, offerte par la Société québécoise d'hypertension artérielle : prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi de l'hypertension artérielle
 - Renseignements : téléphone : 514-337-3937

Ressources utiles à l'infirmière

- PAGES WEB. *Programme éducatif canadien sur l'hypertension artérielle (PECH) recommandations 2014*. Hypertension Canada; 2014.
<http://www.hypertension.ca/fr/chep>
- LIGNES DIRECTRICES. Hypertension Canada. *Programme éducatif canadien sur l'hypertension artérielle (PECH) : recommandations 2014*. Hypertension Canada; 2014. p. 1-35.
http://www.hypertension.ca/images/CHEP_2014/2014_CompleteCHEPRecommandations_FR_HCP1009.pdf
- SITE WEB. *Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA)*.
<http://www.hypertension.qc.ca/>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Mesure de la pression artérielle

- Choix de la mesure de PA :
 - Prioriser des mesures réalisées en ambulatoire
- Conditions à respecter par la personne lors de la mesure de la PA (auscultatoire, oscillométrique en série) :
 - Éviter de faire de l'activité physique 30 minutes avant la mesure de la PA
 - Ne pas consommer d'aliments ou de produits pouvant affecter la PA (tabac ou produit contenant de la nicotine, caféine, médicaments tels que décongestionnant, etc.)
 - Ne pas avoir pris un repas copieux dans les 2 heures précédentes
 - Ne pas porter un vêtement à manches serrées
 - S'assurer de ne pas avoir envie d'uriner ou d'aller à la selle au moment de la mesure de la PA
 - Éviter de mesurer la PA en situation de grande anxiété ou de forte douleur
 - Au moment de la mesure de la PA
 - Être au repos et détendu, sans parler, dans une pièce tranquille, au moins 5 minutes avant la mesure
 - Être assis, le dos appuyé, et le bras soutenu à la hauteur du cœur, les pieds touchant le sol et les jambes décroisées
 - Placer le brassard sur un bras nu ou une manche légère

Mesure de la PA en clinique (MPAC)

- S'assurer que les conditions précédentes sont respectées
- Évaluer la MPAC, de préférence au moyen de tensiomètres électroniques (oscillométrique en série), sinon auscultatoire (appareil mercure/anéroïde)
- Choisir un brassard gonflable qui convient à la circonférence du bras (mesurée à mi-distance entre l'épaule et le coude)
 - Appareil électronique : choisir la taille de brassard recommandée par le fabricant

- Lors d'une mesure par auscultation, la largeur du brassard devrait atteindre environ 40 % de la circonférence du bras et la longueur, de 80 % à 100 % de la circonférence

Circonférence du bras (cm)	Taille du brassard (cm)
18 à 26	9 X 18 (petit;enfants)
26 à 33	12 X 23 (normal;adultes)
33 à 41	15 X 23 (grand;adultes)
> 41	18 X 36 (très grand;adultes obèses)

- Placer le brassard de façon à ce que :
 - Le bord inférieur se trouve à 3 cm au-dessus du pli du coude
 - Le milieu du brassard soit au-dessus du pouls brachial
- Lors de la mesure initiale, mesurer la PA aux 2 bras, à moins de contre-indications, et utiliser le bras dont la valeur est la plus élevée pour les mesures subséquentes (en aviser la personne)
- Prendre 3 mesures au même bras; attendre au moins 1 minute entre chaque lecture (le brassard complètement dégonflé); écarter la première mesure et faire la moyenne des 2 dernières
- Lors d'une mesure de la PA en clinique à l'aide d'un appareil OS (par ex. BpTRU, Omron) :
 - Prendre la première mesure pour bien positionner le brassard et valider la mesure
 - Laisser le patient seul après la 1^{re} mesure; l'appareil prend automatiquement 6 mesures, à 1 ou 2 minutes d'intervalle, écarte la 1^{re} mesure et fait la moyenne des 5 suivantes
- Lors d'une mesure de la PA en clinique par auscultation :
 - Augmenter rapidement la pression pour la porter à 30 mm Hg au-dessus de laquelle le pouls radial disparaît (pour écarter la possibilité d'un trou auscultatoire systolique)
 - Diminuer la pression du brassard à une vitesse d'environ 2 mm Hg par battement (pour permettre une lecture adéquate de PAS et PAD)
 - PAS correspond à la pression lorsque le premier son net apparaît
 - PAD correspond à la pression au moment où le son disparaît; dans le cas où les sons persistent jusqu'à des valeurs près de 0; prendre la valeur de PA au moment où les sons s'assourdissent
 - Noter les valeurs à 2 mm Hg près (ou à 1 mm Hg près avec un appareil électronique). Les chiffres ne doivent pas être arrondis à la baisse ou à la hausse

Mesure ambulatoire de la PA (MAPA)

- MAPA est particulièrement utile dans les situations suivantes :
 - Les mesures de la PA sont très variables en cabinet
 - Une suspicion d'un syndrome de la blouse blanche, d'une hypertension masquée ou d'épisodes d'hypotension
 - Une HTA réfractaire au traitement
- Donner les consignes concernant la MAPA :
 - Port d'un brassard et d'un appareil d'enregistrement pendant 24 à 48 heures
 - Enregistrement de la PA se fait à une fréquence programmée, généralement aux 15 à 20 minutes durant le jour et aux 30 à 60 minutes durant la nuit
 - Appareil léger et jugé peu encombrant par la plupart des personnes; la mesure de la PA durant la nuit peut affecter la qualité du sommeil
 - Se procurer un appareil de MAPA homologué (pharmacies ou CSSS); utiliser un brassard adapté à la circonférence du bras
 - Mener les activités habituelles durant le port de l'appareil sauf la pratique d'exercices physiques importants (porter l'appareil une journée représentative des activités habituelles de la personne)
 - Placer le brassard sur le bras non dominant et maintenir le bras étendu et détendu lors des mesures de la PA

- Consigner les activités pour permettre les corrélations avec les valeurs de la PA
- Revoir la personne avec les résultats de la MAPA

Mesure de la PA à domicile (MPAD)

- MPAD est particulièrement utile pour :
 - Confirmer rapidement une PA élevée
 - Identifier un syndrome de la blouse blanche (PA élevée en cabinet mais normale en ambulatoire) ou une hypertension masquée (PA normale en cabinet mais élevée en ambulatoire)
- Conditions où la MPAD peut ne pas convenir :
 - Forme du bras ne convenant pas au brassard (ex. forme conique)
 - Pouls irrégulier ou arythmie cardiaque
 - Anxiété importante causée par la présence d'une PA élevée
 - Difficulté de la personne à comprendre les consignes liées à la mesure de la PA
- Guider la personne dans le choix d'un appareil et la grandeur de brassard à utiliser :
 - Liste des appareils recommandés sur le site <https://www.hypertension.ca/fr/appareils-approuves-par-hypertension-canada> ou un appareil portant le  logo
 - Précision de l'appareil doit être vérifiée (comparer la mesure prise par l'appareil avec la mesure prise par un appareil en clinique et calibrer au besoin); vérifier régulièrement (2 fois/année)
- Informer la personne des conditions dans lesquelles la PA devrait être mesurée (voir ci-haut) et lui enseigner comment utiliser l'appareil. Vérifier régulièrement la technique
- Donner les consignes concernant la MPAD :
 - Mesurer la PA, 2 fois par jour, à peu près à la même heure : une fois le matin, avant de déjeuner et de boire du café, et le soir au coucher, pour une période initiale de 7 jours
 - Prendre 2 mesures à chaque fois
 - Mesurer la PA sur le même bras (celui dont la valeur est la plus élevée)
 - Noter les mesures, en indiquant le jour et l'heure
- Prodiger les conseils sur la pertinence de consulter un professionnel de la santé selon les valeurs de la MPAD
- Revoir la personne avec les mesures prises à domicile : écarter les lectures de la 1^{re} journée; faire la moyenne des lectures de PAS et PAD pour les 6 jours subséquents

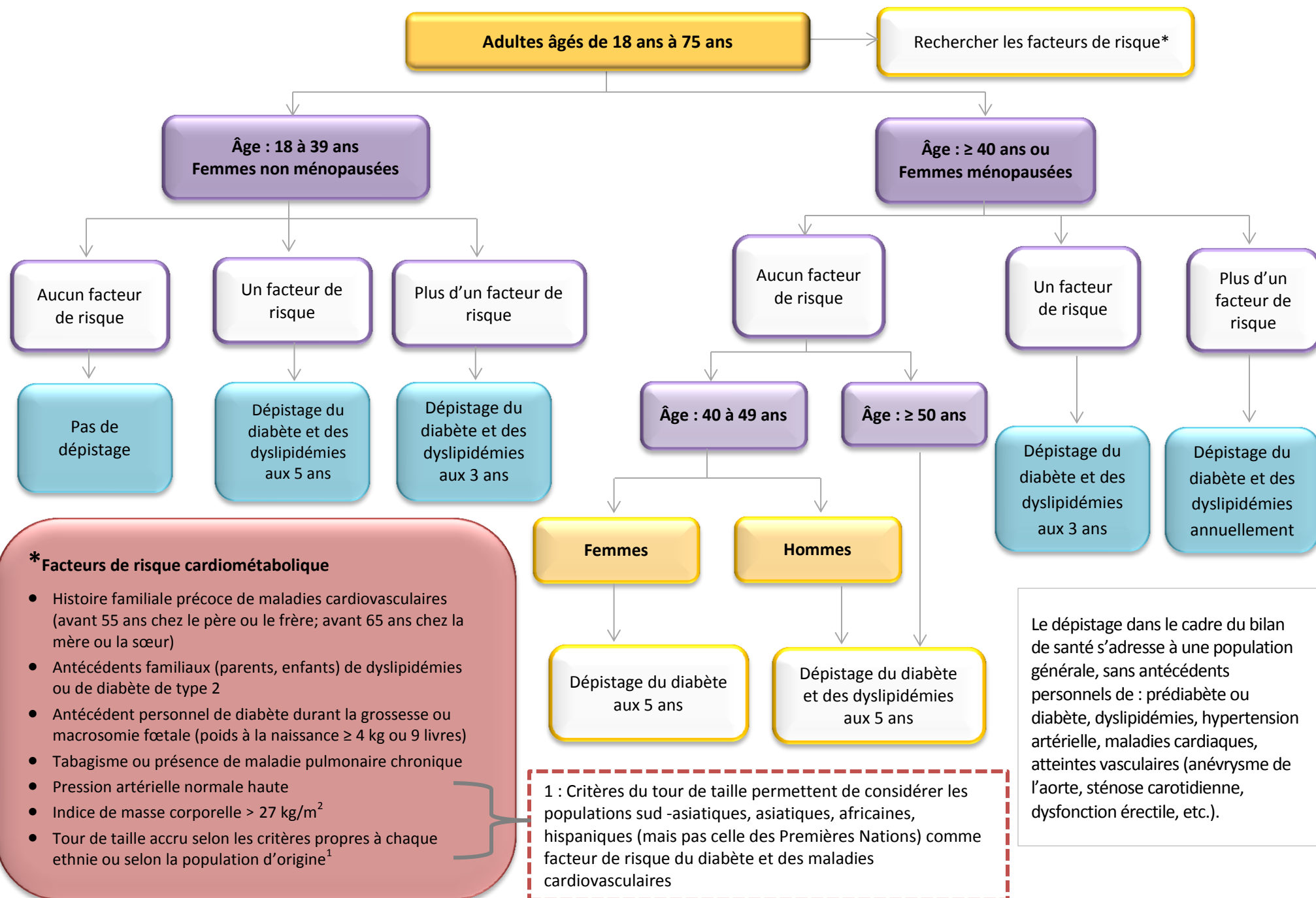
Symptômes suggestifs d'une urgence hypertensive

- On peut soupçonner une urgence hypertensive, lorsque la PAD ≥ 130 (symptomatique ou pas) ou lorsqu'une élévation importante de la PA est accompagnée d'un ou des éléments suivants :
 - Céphalée intense, soudaine ou inhabituelle
 - Irritabilité et confusion, comportement étrange
 - Difficulté à marcher ou à prendre des objets
 - Faiblesse, engourdissements, paresthésies
 - Troubles de la vision ou de l'élocution
 - Difficulté à respirer
 - Douleur thoracique
 - Douleur abdominale

Counseling bref sur les habitudes de vie encounseling HTA lien avec la PA

- L'adoption et le maintien de saines habitudes de vie sont un moyen efficace de prévenir et de traiter l'HTA et de diminuer le risque de maladies cardiovasculaires :
 - Pratique d'activités physiques (30 à 60 minutes/jour d'activités modérées, 4 à 7 jours/semaine en plus des activités quotidiennes)
 - Saine alimentation (régime DASH – Dietary Approaches to Stop Hypertension) :
 - Riche en : fruits et légumes; produits laitiers à faible teneur en matières grasses; fibres alimentaires solubles; grains entiers; et protéines d'origine végétale
 - Pauvre en : graisses saturées et cholestérol
 - Apport en sodium limité :
 - Pour abaisser la PA, diminuer l'apport en sodium pour le ramener à 2000 mg/jour (5 g de sel ou 87 mmol de sodium)
 - Réduire l'utilisation du sel en cuisinant et éviter d'en ajouter à table
 - Favoriser la consommation de produits non transformés
 - Choisir à l'aide des étiquettes nutritionnelles les produits transformés ayant une faible teneur en sodium
 - Consommation d'alcool à faible risque
 - Saine gestion du stress (par ex. technique de relaxation)
 - Maintien d'un poids santé
 - Absence de tabagisme

ALGORITHME 3 : Dépister le diabète et les dyslipidémies





SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE

Diabète et dyslipidémies

INTERVENTION CLINIQUE

Contexte du dépistage

Dans le cadre du bilan de santé, le dépistage du diabète de type 2 et des dyslipidémies, s'adresse à une population adulte. Il ne s'adresse pas aux personnes ayant l'une des caractéristiques suivantes :

- Présence de [symptômes ou signes suggestifs de diabète ou de dyslipidémies](#)
- Antécédents personnels de :
 - Prédiabète, diabète
 - Dyslipidémies
 - Hypertension artérielle
 - Maladies cardiaques (angine, infarctus)
 - Atteinte vasculaire (anévrisme de l'aorte, sténose carotidienne ou des membres inférieurs, dysfonction érectile)
 - Insuffisance rénale chronique

Guider, le cas échéant, ces personnes vers les ressources appropriées afin qu'elles bénéficient du suivi requis

Évaluer

Chez tous les adultes :

- Rechercher les facteurs de risque cardiométabolique (voir ci-dessous)

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques (avec ordonnance collective)

- Initier le dépistage du diabète à l'aide d'un des tests suivants : ☐ Glycémie à jeun ou ☐ HbA1c
- Initier le dépistage des dyslipidémies à l'aide du test suivant : bilan lipidique (Cholestérol total; cholestérol-HDL; cholestérol-LDL; triglycérides)

Indications :

- Voir ci-haut le contexte du dépistage
- Indications d'initier le test de dépistage du diabète et des dyslipidémies :

Âge	Risque cardiométabolique		
	Aucun facteur	Un facteur	Plus d'un facteur
Moins de 40 ans	Aucun dépistage	Aux 5 ans	Aux 3 ans
40 ans et plus ou Femmes de tout âge ménopausées	Aux 5 ans*	Aux 3 ans	Annuellement

*Chez les femmes, non ménopausées, âgées de 40 à 49 ans, n'ayant aucun facteur de risque cardiométabolique, effectuer le dépistage du diabète seulement (aux 5 ans)

Facteurs de risque cardiométabolique à considérer :

- Histoire familiale précoce de maladies cardiovasculaires (avant 55 ans chez le père ou le frère; avant 65 ans chez la mère ou la sœur)
- Antécédents familiaux (parents, enfants) de dyslipidémies ou de diabète de type 2
- Antécédent personnel de diabète gestationnel ou accouchement d'un bébé ayant un poids élevé à la naissance (≥ 4 kg ou ≥ 9 livres)
- Tabagisme actuel ou présence d'une maladie pulmonaire chronique
- Pression artérielle normale haute (pression systolique entre 130 et 139; pression diastolique entre 85 et 89)
- Indice de masse corporelle $> 27 \text{ kg/m}^2$
- Mesure du tour de taille supérieure aux valeurs recommandées (selon le pays d'origine ou l'origine ethnique)*
- Membres des Premières Nations*

* : Critères du tour de taille permettent de considérer les populations sud -asiatiques, asiatiques, africaines, hispaniques (mais pas celle des Premières Nations) comme facteur de risque du diabète et des maladies cardiovasculaires

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Informer de la [nature des tests ainsi que les indications, les avantages et les inconvénients du dépistage](#)
- Convenir du mode de communication des résultats

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

- ☐ IPSPL
- ☐ Médecin

- Les personnes ayant l'une des conditions suivantes :
 - Glycémie à jeun $\geq 6,1 \text{ mmol/L}$
 - HbA1c $\geq 6,0 \%$
 - Triglycérides $\geq 1,7 \text{ mmol/L}$
 - Personne ayant un risque cardiovasculaire sur 10 ans estimé à l'aide du score de Framingham :
 - $\geq 20\%$ (risque élevé)
 - Entre 10 et 20% (risque modéré) ainsi que C-LDL $> 3,5 \text{ mmol/L}$ ou rapport cholestérol total/C-HDL > 5
 - $< 10\%$ (risque faible) et C-LDL $\geq 5 \text{ mmol/L}$
 - Personne ayant des symptômes ou signes suggestifs de diabète ou de dyslipidémies

Suivi assuré par l'infirmière

- Estimer le risque de maladies cardiovasculaires sur 10 ans à l'aide de l'outil standardisé ([score de Framingham](#))
- Si le résultat d'un test de dépistage est anormal :
 - En informer la personne
 - Vérifier les connaissances que la personne a quant aux impacts potentiels sur sa santé
 - Diriger la personne vers l'IPSPL ou le médecin répondant selon les ententes établies afin qu'un diagnostic soit posé et, s'il y a lieu, qu'un traitement soit prescrit
 - Prodiguier des conseils appropriés en matière de maintien et adoption de saines habitudes de vie (voir **Habitudes de vie**) et offrir, le cas échéant, un rendez-vous de suivi.

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- Le tabagisme, la présence d'une MPOC, un excès de poids (IMC 27 kg/m²), une mesure du tour de taille accrue ou une pression artérielle normale haute sont des facteurs de risque à considérer dans le dépistage du diabète et des dyslipidémies (voir **Tabagisme**, **Excès de poids**, **Hypertension artérielle**)
- Une élévation de la glycémie ou une perturbation du bilan lipidique peuvent être associées à diverses habitudes de vie : alimentation, activité physique, consommation d'alcool (voir **Habitudes de vie**)
- Une élévation de la glycémie ou une perturbation du bilan lipidique peuvent s'ajouter à d'autres risques cardiométaboliques : tabagisme, excès de poids, hypertension artérielle, stress (voir **Santé cardiométabolique** et **Santé mentale**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- SITE WEB. *Diabète Québec* (informations sur le diabète, la prévention, etc.)
<http://www.diabete.qc.ca>
- SITE WEB. *Fondation des maladies du cœur et de l'AVC* (informations sur les dyslipidémies, les habitudes de vie en lien avec la santé cardiovasculaire, outils pour calculer le risque cardiovasculaire, etc.)
<http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kplQKVOxFoG/b.3669779/k.BC38/Accueil.htm>

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- LIGNES DIRECTRICES. Ekoé JM et coll. *Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada : dépistage du diabète de type 1 et de type 2*. Can J Diabetes 2013; 37 (suppl 5) : S373-S376.
http://guidelines.diabetes.ca/CDACPG_resources/cpg_2013_full_fr.pdf
- LIGNES DIRECTRICES. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults*. CMAJ 2012; 184(15) : 1687-1696.
<http://www.cmaj.ca/content/184/15/1687.full.pdf>
- LIGNES DIRECTRICES. Anderson TJ et coll. *2012 Update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult*. Canadian Journal of Cardiology 2013; 29: 151-167.
<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0828-282X/PIIS0828282X12015103.pdf>
- LIGNES DIRECTRICES. Leiter LA, et al. *Cardiometabolic Risk in Canada: A Detailed Analysis and Position Paper by the Cardiometabolic Risk Working Group*. Canadian Journal of Cardiology 2011; 27 : e1– e33.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Cardiometabolic_risk_working_group.pdf
- OUTIL CLINIQUE. *Êtes-vous à risque de développer le diabète?* (questionnaire CANRISK). Agence de la santé publique du Canada; 2014. p. 1-5.
<http://canadiantaskforce.ca/perch/resources/ctfphccanriskfr140826final.pdf>
- OUTIL CLINIQUE. *Dépistage du diabète de type 2 chez la population adulte 2012* (basé sur le questionnaire FINDRISK). Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2012. p. 1-2.
<http://canadiantaskforce.ca/perch/resources/diabetes-clinician-algorithm-fr13-06-27-1.pdf>

- OUTIL CLINIQUE. *Feuilles de travail des scores de Framingham*. Société canadienne de cardiologie; 2012. p.1. http://www.ccs.ca/images/Guidelines/Tools_and_calculators_Fr/Lipids_Gui_2012_FRS_BW_FR.pdf

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Symptômes et signes suggestifs de diabète ou de dyslipidémies

- Principaux symptômes du diabète : fatigue, somnolence, augmentation du volume des urines, soif intense, faim exagérée, amaigrissement, vision embrouillée, paresthésies aux doigts ou aux pieds
- Signes liés aux dyslipidémies : le plus souvent asymptomatiques; dépôt de gras autour des yeux (xanthélasma), sous-cutané (xanthomes) ou de l'iris (arc cornéen). Se voient surtout dans les formes génétiques (hypercholestérolémie familiale)

Information sur la nature des tests ainsi que sur les indications, les avantages et les inconvénients du dépistage

Diabète

- But du dépistage : détecter précocement le prédiabète et le diabète afin de prévenir l'apparition des complications :
 - Diabète de type 2 peut être asymptomatique durant une période prolongée ce qui met les personnes à risque d'être exposées aux complications associés à une hyperglycémie non traitée
 - Efficacité du dépistage systématique dans une optique de diminuer les complications et la mortalité associées au diabète de type 2 est démontrée chez les personnes à risque élevé. Chez les personnes à risque moindre, l'efficacité du dépistage systématique est moins évidente
 - Des interventions efficaces pour traiter le diabète sont disponibles : modification des habitudes de vie et traitement pharmacologique
 - Peu ou pas d'inconvénients associés au dépistage du diabète (« étiquetage » de la personne; anxiété associée au diagnostic; éventuellement, effets secondaires associés à la médication)
- Complications du diabète : microvasculaires (rétinopathie et cécité, néphropathie et insuffisance rénale, neuropathie) et macrovasculaires (infarctus, accident vasculaire cérébral, atteinte des artères de membres inférieurs et amputation)
- Test de dépistage : glycémie à jeun, taux d'hémoglobine glycosylée (HbA1c) ou hyperglycémie provoquée :
 - Glycémie à jeun : bonne standardisation des résultats; importantes variations quotidiennes; test le moins coûteux
 - Taux d'HbA1c : ne nécessite pas d'être à jeun; reflet de la glycémie des 3 derniers mois; ne convient pas dans les conditions où il y a une anomalie de l'hémoglobine (hémoglobinopathie héréditaire, splénectomie)
 - Hyperglycémie provoquée : généralement réservée pour détecter un diabète chez les personnes présentant une anomalie à la glycémie
- Critères de prédiabète et de diabète :

Mesure	Prédiabète	Diabète
Glycémie à jeun	6,1 – 6,9 mmol/L	≥ 7 mmol/L
HbA1c	6,0 % – 6,4 %	≥ 6,5 %
Glycémie 2 heures post 75 gr de glucose	7,8 – 11 mmol/L	≥ 11 mmol/L

Dyslipidémies

- But du dépistage : détecter précocement les dyslipidémies afin de prévenir l'apparition des complications :
 - Les dyslipidémies sont généralement asymptomatiques ce qui justifie le dépistage
 - L'efficacité du dépistage systématique des dyslipidémies dans une optique de diminuer l'incidence des maladies cardiovasculaires et la mortalité associée a été démontrée, particulièrement chez les hommes et les femmes à risque de maladies cardiovasculaires
 - Des interventions efficaces pour traiter les dyslipidémies sont disponibles : modification des habitudes de vie et traitement pharmacologique
 - Inconvénients associés au dépistage des dyslipidémies (« étiquetage » de la personne; anxiété associée au diagnostic; éventuellement, effets secondaires associés à la médication)
- Test de dépistage : bilan lipidique comprenant le cholestérol total, cholestérol-HDL, cholestérol-LDL et triglycérides

Score de Framingham

- Le score :
 - Permet d'évaluer le risque d'événements coronariens dans les 10 prochaines années
 - Considère les facteurs de risque suivants : âge, sexe, cholestérol total, C-HDL, statut tabagique, pression artérielle systolique, diabète
 - Outil de calcul disponible sur le site de la Société canadienne de cardiologie : <http://www.ccs.ca/index.php/fr/ressources/outils-et-outils-de-calcul>
 - Score est multiplié par 2 s'il y a présence d'une histoire familiale de maladies cardiovasculaires précoces et majoré en cas de syndrome métabolique (surclasser selon la « gravité » du syndrome métabolique)
- Définition harmonisée du syndrome métabolique : présence d'au moins trois facteurs

Critère	Seuils, par catégorie	
	Hommes	Femmes
Obésité abdominale (seuils propres à chaque pays, ou à l'origine ethnique) :		
Canada, États-Unis, population européenne	≥ 102 cm	≥ 88 cm
Population moyenne-orientale, sub-saharienne ou méditerranéenne orientale	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Population d'origine asiatique, japonaise, sud-américaine ou centraméricaine	≥ 90 cm	≥ 80 cm
Hypertriglycéridémie*	≥ 1,7 mmol/L	
Faible taux de cholestérol-HDL*	< 1,0 mmol/L	< 1,3 mmol/L
Hypertension*	PA systolique ≥ 130 ou PA diastolique ≥ 85	
Glycémie à jeun élevée*	≥ 5,6 mmol/L	

* Une condition sous traitement spécifique peut également servir d'indicateur



Cancers

Cette section aborde essentiellement le dépistage des cancers du sein, du col utérin, colorectal et de la prostate. Il est question également du counseling relié à la prévention du cancer de la peau.

Le dépistage du cancer initié par l’infirmière dans le cadre du bilan de santé exclut les personnes avec un diagnostic antérieur de cancer ou de pré-cancer ainsi que celles à risque élevé (par exemple, présence d’une mutation génétique familiale, histoire familiale de polypose). Le bilan vise toutefois à détecter ces personnes à risque élevé qui seront orientées vers l’infirmière praticienne spécialisée en première ligne ou le médecin répondant afin qu’elles bénéficient du suivi approprié.

Il va sans dire que l’infirmière ne peut interpréter un résultat annonciateur d’un diagnostic ni définir le pronostic ou les traitements médicaux. Elle peut initier un test ou un examen diagnostique selon une ordonnance et contribuer par la suite à l’annonce du résultat. Elle doit pour ce faire être en mesure de répondre aux questions ou de gérer la situation engendrée par l’annonce. Dans le cadre du bilan, l’infirmière doit posséder la formation, l’expertise et les connaissances nécessaires pour ce faire. En plus, des balises formelles et des trajectoires de services doivent être bien définies afin que l’infirmière puisse orienter la personne vers la ressource appropriée de manière à ce que celle-ci soit en mesure de recevoir les services requis par sa condition.

ALGORITHME : Dépister le cancer du sein

Ces recommandations ne s'appliquent que si la femme :

Est asymptomatique et n'a pas un risque beaucoup plus élevé de cancer du sein : antécédent personnel de cancer du sein, anomalie lors d'une biopsie antérieure, antécédent personnel ou familial de mutation génétique, région des seins déjà exposée aux radiations

Pour toutes les femmes, vérifier : histoire familiale de cancer du sein ou de l'ovaire et origine juive ashkénase

Chez les femmes de moins de 40 ans avec critères indiqués et chez les femmes de 40 ans et plus, vérifier les préoccupations particulières concernant le cancer du sein et son dépistage

- 1 parent du 1^{er} degré ou du 2^e degré avec cancer du sein ≤ 50 ans ou bilatéral
- 2 parents du 1^{er} degré ou du 2^e degré avec cancer du sein avant 60 ans
- 3 cas ou plus de parents du 1^{er} degré, du 2^e degré ou du 3^e degré (cousins)
- 1 parent du 1^{er} degré ou du 2^e degré avec cancer des ovaires
- Cancer du sein chez un homme de la famille, parent du 1^{er} degré ou du 2^e degré
- Femme de descendance juive ashkénase

Si Oui
Référence à l'IP SPL ou au médecin pour approfondir l'histoire familiale, définir le niveau de risque et suivi

Si Non : Âge de la patiente et décision éclairée

Moins de 50 ans

Le dépistage n'est pas recommandé (pour les 40 à 49 ans)
Référence à IP SPL ou médecin si autres préoccupations personnelles

50 à 74 ans

50 à 69 ans

Le dépistage par mammographie aux 2-3 ans est recommandé et encadré par le PQDCS
Référence au PQDCS ou ordonnance collective ou individuelle

70 à 74 ans

Le dépistage par mammographie aux 2-3 ans est recommandé mais n'entre pas dans les balises du PQDCS
Si ordonnance collective : initier mammographie de dépistage
Sinon, référence IP SPL ou médecin

75 ans et plus

Il n'y a pas de recommandation claire
Possibilité d'évaluation avec IP SPL ou médecin



CANCERS

Cancer du sein

INTERVENTION CLINIQUE

Contexte

Dans le cadre du bilan de santé, le dépistage du cancer du sein s'adresse aux femmes de la population générale, à risque moyen de cancer du sein. Il ne s'adresse pas aux femmes ayant l'une des caractéristiques suivantes :

- Présence de [symptômes ou de signes suggestifs d'une atteinte au sein](#)
- Antécédent personnel de cancer du sein ou autre anomalie lors d'une biopsie antérieure
- Antécédent personnel ou familial de mutation génétique associée à un risque accru de cancer du sein
- Irradiation antérieure au niveau du thorax (par exemple, pour le traitement d'un lymphome)

Guider, le cas échéant, ces personnes vers les ressources appropriées afin qu'elles bénéficient du suivi requis

Évaluer

Chez toutes les femmes, vérifier les facteurs de risque suivants :

- Histoire familiale de cancer du sein
- Histoire familiale de cancer de l'ovaire
- Origine juive ashkénase

Chez les femmes âgées de moins de 40 ans présentant les [critères indiquant la nécessité de préciser l'histoire familiale ou les prédispositions génétiques](#) et chez les femmes âgées de 40 ans et plus, vérifier si elles ont des préoccupations concernant le cancer du sein et son dépistage

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques (avec ordonnance*)

- Initier le dépistage du cancer du sein :
- ☐ Mammographie de dépistage

Indications :

- Femmes de **50 à 69** ans n'ayant pas eu de mammographie de dépistage depuis au moins 2 ans
- Voir contexte du dépistage

Contre-indications :

- Aucune contre-indication

**Selon l'une des options suivantes : ordonnance régionale (utiliser de préférence la lettre d'invitation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein ou la faire émettre à nouveau en téléphonant au PQDCS) ordonnance collective, ordonnance individuelle (orienter la femme vers le médecin ou IPSPL) pour les femmes qui souhaitent la mammographie sans participer au PQDCS*

Initier des mesures diagnostiques (avec ordonnance*)

- Initier le dépistage du cancer du sein :
- ☐ Mammographie de dépistage

Indications :

- Femmes âgées de **70-74** ans, n'ayant pas eu de mammographie de dépistage depuis au moins 2 ans
- Voir ci-haut le contexte du dépistage

Contre-indications :

- Aucune

**Selon l'une des options suivantes : ordonnance collective; ordonnance individuelle (orienter la femme vers le médecin ou IPSPL)*

Plan d'intervention

Échanger de l'information

Chez les femmes dont l'histoire familiale ou les prédispositions génétiques sont à préciser et chez les femmes ayant des préoccupations relatives à ce cancer :

- Explorer les connaissances que la personne possède sur le [cancer du sein](#) et compléter l'information au besoin
- Discuter de la [nature du test de dépistage](#) ainsi que les [avantages et les inconvénients du dépistage](#) (mammographie)
- Explorer les préférences de la personne quant au dépistage et s'assurer d'une prise de décision éclairée

Chez les femmes dont l'histoire familiale ou les prédispositions génétiques sont à préciser : informer qu'un suivi pourrait être indiqué plus précocement et que des tests différents ou supplémentaires (examens cliniques, tests génétiques, examens radiologiques) pourraient être indiqués selon le cas

Chez les femmes pour qui la mammographie est indiquée et qui acceptent d'avoir le test de dépistage :

- Convenir du mode de communication des résultats
- Informer la femme des [consignes pour se préparer à la mammographie](#)

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

☐ PQDCS
[Programme québécois de dépistage du cancer du sein](#)

- Femmes de 50 à 69 ans, admissibles au programme, n'ayant pas eu de mammographie de dépistage depuis au moins 2 ans

☐ IPSPL
☐ Médecin

- Femmes âgées de 50 à 69 ans qui refusent de participer au PQDCS et qui désirent une mammographie de dépistage et n'ayant pas eu de mammographie de dépistage depuis au moins 2 ans*
- Femmes âgées de 70 à 74 ans, n'ayant pas eu de mammographie de dépistage depuis au moins 2 ans*

**Dans la situation où l'infirmière ne peut initier un test de dépistage (mammographie)*

☐ IPSPL
☐ Médecin

- Femmes âgées de 40 à 49 ans qui font le choix personnel de débiter plus tôt le dépistage
- Femmes âgées de 75 ans et plus, qui veulent poursuivre le dépistage (et dont l'état de santé global permet d'anticiper que le dépistage apporte un bénéfice)
- Femmes dont l'histoire familiale répond aux critères indiqués
- Femmes ayant des symptômes ou des signes suggestifs d'une atteinte au sein
- Femmes dont le résultat de la mammographie est anormal

Suivi assuré par l'infirmière

- Informer, le cas échéant, du résultat de la mammographie
- Si le résultat de la mammographie est anormal, diriger la personne vers l'IPSPL ou le médecin répondant selon les ententes établies, afin que l'investigation soit complétée

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan

- Certains facteurs de risque ou de protection associés au cancer du sein peuvent être modifiés : tabagisme, consommation d'alcool, excès de poids, pratique d'activité physique (voir **Habitudes de vie**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- BROCHURE. *Participez au Programme québécois de dépistage du cancer du sein : votre décision*. MSSS; 2013. p. 1-7.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-243-01F.pdf>
- PAGES WEB. *Portail Santé Montréal - Dépistage du cancer du sein*. Gouvernement du Québec; 2014.
<http://www.santemontreal.qc.ca/PQDCS>
- SITE WEB. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein - Région de la Capitale-Nationale*.
www.depistagesein.ca.
- LIGNE TÉLÉPHONIQUE. *Ligne Info-Mammo* : 514-528-2424 (mise à la disposition du public pour répondre aux questions concernant le PQDCS). Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal.
- ADRESSE COURRIEL. pqdc06@santepub-mtl.qc.ca (mise à la disposition du public pour répondre aux questions concernant le PQDCS). Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal.

Formations suggérées à l'infirmière

- Soutien à la prise de décision éclairée concernant le dépistage du cancer du sein :
 - Formation en ligne du MSSS, Gouvernement du Québec, 2012-2013.
<http://campusvirtuel.inspq.qc.ca/pages/decision-sein>

Ressources utiles à l'infirmière

- LIGNES DIRECTRICES. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 74 ans présentant un risque moyen*. JAMC 2011. DOI :10.1503/cmaj.110334. p. 1-12.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2012/01/16/183.17.1991.DC2/bcancer-tonelli-f.pdf>
- PAGES WEB. *Dépistage du cancer du sein (2011) - Résumé des recommandations pour les cliniciens et les responsables des politiques*. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.
<http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2011-breast-cancer/?lang=fr-CA>
- PAGES WEB. *Cancer du sein—Risques & Bénéfices, 40–49 ans*. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.
<http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2011-breast-cancer/risks-and-benefits-age-40-49/>
- PAGES WEB. *Cancer du sein—Risques & Bénéfices, 50–69 ans*. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.
<http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2011-breast-cancer/risks-and-benefits-age-50-69/>
- PAGES WEB. *Cancer du sein—Risques & Bénéfices, 70–74 ans*. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.
<http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2011-breast-cancer/risks-and-benefits-age-70-74/>
- PAGES WEB. *Tout sur le sein - Risques personnels*. Programme québécois de dépistage du cancer du sein - Région de la Capitale-Nationale; 2014.
<http://www.depistagesein.ca/risques-personnels/>

- AVIS SCIENTIFIQUE. National Breast and Ovarian Cancer Centre. Surry Hills, NSW. *Breast cancer risk factors: a review of the evidence*; 2009. p. 1-76.
http://canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/rfrw-breast-cancer-risk-factors-a-review-of-the-evidence_504af03f5c512.pdf
- ARTICLE SCIENTIFIQUE. Richard J. *Cancer du sein, facteurs de risque et patientes à risque*. Le Patient 2013;7(3):48-53.
<http://www.lepatient.ca/wp-content/uploads/2013/08/vol7no3.pdf>
- PAGES WEB. *La mammo j'y crois. Et toi?* Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein (PQDCS) - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<https://agence.santemontreal.qc.ca/prevenir-et-soigner/pratiques-cliniques-preventives/programme-quebecois-de-depistage-du-cancer-du-sein/>
- LIGNE TÉLÉPHONIQUE. 514-528-2445 (mise à la disposition des professionnels pour répondre aux questions concernant le PQDCS). Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal.

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Critères indiquant la nécessité de préciser l'histoire familiale ou les prédispositions génétiques

- **Femmes ayant les antécédents familiaux suivants :**
 - Un parent du 1^{er} degré (parents, fratrie, enfants) ou du 2^e degré (oncles, tantes, neveux et nièces, grands-parents, petits-enfants) avec l'une des conditions suivantes :
 - Cancer du sein ≤ 50 ans
 - Cancer du sein bilatéral
 - Cancer des ovaires
 - Cancer du sein chez un homme
 - Deux parents du 1^{er} degré ou du 2^e degré avec cancer du sein avant 60 ans
 - Trois cas ou plus de parents du 1^{er} degré, du 2^e degré ou du 3^e degré (cousins)
- **Femmes de descendance juive ashkénase**

Note : faire une histoire familiale détaillée, tant du côté paternel que maternel, sur trois générations, en vérifiant quels membres de la famille ont eu un cancer, de quel type était ce dernier, à quel âge le cancer a été diagnostiqué, etc. pour ensuite définir les investigations et le suivi nécessaires, peut s'avérer un long processus. C'est pourquoi les critères suivants sont présentés pour aider l'infirmière à identifier les personnes pour qui une référence à l'IPSP ou au médecin serait importante afin de mieux définir le niveau de risque de la personne.

Symptômes ou signes suggestifs d'une atteinte au sein

- Le signe le plus fréquent d'un cancer du sein : masse, ne causant généralement pas de douleur, peut être sensible au toucher, différente du tissu mammaire (dure, irrégulière, accolée à la peau), ne variant pas de volume avec le cycle menstruel
- Autres signes : changement de taille ou de la forme du sein, atteinte du mamelon (rétraction, lésions, inversion soudaine, écoulement particulièrement si unilatéral et sanguinolent), changement au niveau de la peau du sein (rougeur, enflure, peau repliée vers l'intérieur)

Cancer du sein

Caractéristiques du cancer du sein :

- Cancer le plus fréquent chez la femme (en excluant les cancers de la peau autres que mélanomes)
- Deux types les plus fréquents : carcinome canalaire (origine des cellules qui tapissent les canaux qui transportent le lait des glandes au mamelon); carcinome lobulaire (origine des cellules des glandes productrices de lait, regroupées en lobules)

- Ces deux types de cancer peuvent demeurer in situ (demeurer confinés à leur emplacement d'origine), envahir les tissus mammaires voisins ou encore se propager à l'extérieur du sein (ganglions, os, foie, poumons, etc.). Le degré « d'expansion » de la tumeur sert à déterminer le stade du cancer et est un facteur important dans le pronostic.
- En 2009, les statistiques prévoyaient qu'une Canadienne sur 9 serait atteinte de ce cancer au cours de sa vie et que 1 sur 30 en mourrait (Statistiques canadiennes sur le cancer, 2011).
- **Traitement du cancer du sein** : principaux traitements possibles : chirurgie (partielle avec radiothérapie ou mastectomie totale), chimiothérapie, hormonothérapie

Facteurs de risque du cancer du sein :

Ces facteurs, listés ci-après, n'ont pas tous le même poids et certains sont toujours à l'étude :

- *Facteurs constitutionnels* :
 - Âge : facteur le plus important
 - Race : les femmes de race noire seraient plus susceptibles que les femmes asiatiques ou de race blanche
 - Antécédent personnel de lésions aux seins :
 - Cancer du sein
 - Hyperplasie canalaire ou lobulaire atypique ou néoplasie lobulaire in situ
 - Certains problèmes bénins trouvés à la biopsie (facteur de risque moins important que dans les deux conditions précédentes)
 - Femme avec une densité mammaire élevée
 - Antécédent personnel de radiothérapie au niveau du thorax avant l'âge de 30 ans
- *Histoire familiale* :
 - Antécédents familiaux de cancer du sein (particulièrement s'il s'agit de parentes du 1^{er} degré; le risque augmente avec le nombre de cas dans la famille)
 - Femme porteuse d'une mutation des gènes BRCA 1 et BRCA 2 (risque accru d'avoir un cancer à jeune âge, un cancer bilatéral et un cancer ovarien) : environ 5 à 10 % des cancers du sein sont attribuables à une mutation génétique
 - Femmes de descendance juive (ashkénase)
 - Femme porteuse d'un trouble génétique rare
- *Facteurs hormonaux* :
 - Puberté précoce (avant 12 ans)
 - Nulliparité ou première grossesse tardive (après 30 ans)
 - Ménopause tardive (après 55 ans)
 - Allaitement (une femme qui allaite au moins un an au cours de sa vie diminue légèrement son risque)
 - Prise de contraceptifs oraux (risque légèrement accru lors de la prise mais qui chute dès l'arrêt; cancer du sein plutôt rare dans ce groupe d'âge)
 - Prise d'hormones à la ménopause (selon certaines études, la prise d'hormonothérapie de remplacement combinée augmente légèrement le risque et ce risque augmente avec le nombre d'années d'utilisation mais diminue lors de l'arrêt)
- *Habitudes de vie (risques modifiables)* :
 - Consommation régulière d'alcool
 - Prise de poids après la ménopause
 - Tabagisme et exposition à la fumée de tabac secondaire (une tendance à l'augmentation du risque semble probable)
 - Activité physique (faire de l'exercice régulièrement diminue le risque)

- Travail de nuit sur une période de plusieurs années (risque possible)

Les éléments qui ne sont pas des facteurs de risque : les antisudorifiques, les désodorisants, les implants mammaires et les soutiens-gorge. Des preuves importantes démontrent qu'il n'existe aucun lien entre ces facteurs et le cancer du sein

Tiré de : Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) - Région de la Capitale-Nationale; National Breast and Ovarian Cancer Centre; Richard J. Cancer du sein, Facteurs de risque et patientes à risque.

Nature du test de dépistage

Mammographie :

- La mammographie est une radiographie du sein (risque extrêmement faible qu'un nouveau cancer se développe à cause des radiations). On distingue la mammographie de dépistage (pratiquée chez une femme asymptomatique - le dépistage requiert moins de clichés) et la mammographie diagnostique (pratiquée en présence d'une lésion ou de signes cliniques – qui dans ce cas, requiert plusieurs clichés)
- La mammographie de dépistage sert à déceler des lésions avant qu'elles ne soient palpables et à détecter un cancer à un stade précoce. Les résultats de la mammographie sont classifiés selon les catégories : normale, anomalies bénignes, anomalies probablement bénignes, anomalies suspectes ou anomalies hautement suspectes
- En présence d'une anomalie à la mammographie de dépistage, des examens complémentaires devront être faits afin de préciser le diagnostic (mammographie diagnostique, échographie, biopsie, etc.). Dans 95 % des cas de mammographie de **dépistage** anormale, les examens complémentaires sont normaux

Avantages et inconvénients du dépistage (à l'aide de la mammographie)

Inconvénients	Avantages
▪ Nécessité, lorsque la mammographie révèle une anomalie, d'effectuer des examens complémentaires (mammographie diagnostique, échographie, biopsie) ▪ Anxiété causée par l'attente des résultats de ces examens ▪ Fausses alertes : risque de subir des examens qui n'auraient pas été nécessaires sans le dépistage. Près de 95 % des tests complémentaires faits à la suite d'une mammographie de dépistage sont normaux ▪ Être faussement rassurée : Tous les cancers ne peuvent pas être détectés et le dépistage ne garantit pas que toutes les femmes survivront à un cancer du sein ▪ Surdiagnostic : risque de trouver des cancers qui n'auraient jamais été diagnostiqués s'il n'y avait pas eu de dépistage. Ces cancers n'auraient jamais eu de conséquence sur la santé de la personne. Parmi les cancers dépistés, il est impossible de déterminer lesquels sont en fait des cas de surdiagnostic ▪ Risque extrêmement faible qu'un nouveau cancer se manifeste à cause des radiations ▪ Inconfort pendant l'examen	▪ Améliorer la survie : ○ Permet de trouver un cancer plus tôt, ce qui augmente les chances de guérison et réduit le risque d'avoir de la chimiothérapie ○ Le risque de décès par cancer du sein diminue chez les femmes de 50 à 69 ans qui participent au dépistage ▪ Être rassurée : permet d'avoir l'esprit plus tranquille lorsque les résultats sont normaux; la grande majorité des femmes (près de 98 %) n'auront pas de cancer si on n'en trouve pas à la mammographie ou examens complémentaires

Chez 1000 femmes de 50-69 ans ayant participé au dépistage aux 2 ans pendant 20 ans :

- 170 femmes de plus passent au moins un examen complémentaire
- 23 cancers de plus sont dépistés
- 7 décès de moins surviennent
- 10 cancers sont découverts et traités pour rien (surdiagnostics)

(Données tirées de *Participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein : votre décision. MSSS 2013*)

- Le tableau ci-dessous illustre bien l'importance de la prévalence d'un problème de santé (ici le cancer du sein) lorsqu'on effectue un dépistage dans une population. On voit que :
 - Lorsque la prévalence est plus faible (par ex. chez les femmes de 40 à 49 ans), il faudra dépister davantage de femmes pour trouver un cas réel si on compare à une population où la prévalence est plus élevée (femmes âgées de 70 à 74 ans)
 - De même, davantage de femmes auront un test faussement positif lorsque le dépistage est fait dans une population où la prévalence est plus faible
- Il y a des évidences qu'un cancer du sein qui survient chez une femme plus jeune a tendance, de manière générale, à évoluer plus rapidement; à l'inverse, un cancer qui survient chez une femme très âgée a plutôt tendance à évoluer plus lentement
 - D'où la difficulté d'identifier les cancers possiblement agressifs dans une population où la prévalence est plus faible (femmes de moins de 50 ans) et de ne pas surdiagnostiquer les cancers lentement évolutifs dans une population où la prévalence est plus élevée
 - Prendre en compte les facteurs de risque chez les femmes plus jeunes permet de définir une sous-population où la prévalence sera plus élevée. Ceci permet de réduire le nombre de personnes soumises inutilement à des examens (mammographie et examens complémentaires) tout en augmentant la possibilité d'identifier précocement un cancer pouvant évoluer rapidement
 - À l'inverse, chez les femmes plus âgées, il faut tenir compte des autres conditions de santé afin d'éviter de traiter un cancer qui n'aurait pas eu le temps de se manifester s'il n'avait pas été dépisté

GECSSP*	Femmes de 40-49 ans	Femmes de 50-69 ans	Femmes de 70-74 ans
Pour éviter un décès par cancer du sein sur une période d'environ 11 ans, par groupe d'âge	▪ environ 2100 femmes devront subir un test de dépistage tous les 2 à 3 ans ▪ 75 femmes devront subir une biopsie mammaire inutile ▪ environ 690 femmes obtiendront des résultats de mammographie faussement positifs menant à de l'anxiété et à des tests de suivi inutiles	▪ environ 720 femmes devront subir un test de dépistage tous les 2 à 3 ans ▪ 26 femmes devront subir une biopsie mammaire inutile ▪ environ 204 femmes obtiendront des résultats de mammographie faussement positifs menant à de l'anxiété et à des tests de suivi inutiles	▪ environ 450 femmes devront subir un test de dépistage tous les 2 à 3 ans ▪ 11 femmes devront subir une biopsie mammaire inutile ▪ environ 96 femmes obtiendront des résultats de mammographie faussement positifs menant à de l'anxiété et à des tests de suivi inutiles
	Pour 1 000 femmes ayant passé un test de dépistage sur une période d'environ 11 ans : ▪ environ 5 femmes se soumettront inutilement à une chirurgie pour un cancer du sein		

(*Données tirées de : *Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 74 ans présentant un risque moyen. 2011*)

- Les cliniciens doivent discuter des risques et des bénéfices de la mammographie avec la patiente de même que des valeurs et préférences de cette dernière :
 - La mammographie est le seul examen de dépistage reconnu scientifiquement comme pouvant réduire le nombre de décès dus au cancer du sein
 - Elle est généralement recommandée chez les femmes de 50 à 74 ans, chaque 2 ans
 - Chez les femmes âgées de 40 à 49 ans, le dépistage systématique n'est pas recommandé. Certains auteurs soulignent tout de même l'importance de la possibilité pour une femme de pouvoir commencer le dépistage à 40 ans, selon ses valeurs et préférences, après discussion sur les avantages et les inconvénients. Idéalement, le dépistage dans cette catégorie d'âge doit être individualisé selon une évaluation spécifique du risque de chaque femme et selon le contexte de la personne. Par exemple, les femmes avec un risque modérément augmenté pourraient bénéficier d'un dépistage annuel dès l'âge de 40 ans, avec mammographie et examen des seins
 - Chez les femmes à haut risque le dépistage annuel commencerait vers l'âge de 25 - 30 ans, à l'aide d'une IRM, une mammographie et un examen des seins. Sont considérées à haut risque, les femmes ayant l'une des caractéristiques suivantes :
 - Personne avec une mutation BRCA
 - Parent du premier degré avec mutation BRCA mais patiente non-testée
 - Femme ayant une histoire familiale suggérant une prédisposition génétique selon les modèles, ou une combinaison de facteurs représentant un risque élevé (facteurs évalués à l'aide d'un outil validé)
 - Histoire d'exposition thoracique aux radiations
 - Chez les femmes âgées de 75 ans et plus, il peut être opportun de poursuivre le dépistage dans la mesure où l'espérance de vie est de plus de 5 à 10 ans

Examen clinique des seins :

L'examen clinique des seins par un professionnel de la santé n'est pas recommandé comme méthode de dépistage car aucune étude ne démontre que cette méthode peut contribuer à réduire la mortalité par ce cancer

Auto-examen des seins :

Enseigner à la femme une méthode d'auto-examen n'est pas nécessaire. On suggère que les femmes connaissent bien l'aspect normal de leurs seins (en les regardant et en les palpant) de manière à être en mesure d'y observer les changements inhabituels et de consulter si tel est le cas (même si une mammographie antérieure est normale)

[Consignes pour se préparer à la mammographie](#)

- Éviter les robes (l'examen exige d'être torse nu; un vêtement deux pièces rend l'examen plus aisé)
- Éviter tous les cosmétiques sur vos seins et autour de cette zone (le parfum, la crème, le déodorant sont des produits qui peuvent fausser les résultats de la mammographie)
- Éviter de porter des bijoux (les bijoux devront être enlevés)
- Apporter la lettre de prescription du PQDCS ou la prescription faite par le professionnel de la santé
- Prendre un rendez-vous 10 jours après le début des menstruations (s'il y a une sensibilité aux seins durant le cycle menstruel; la pression exercée par l'appareil sera moins désagréable)

Programme québécois de dépistage du cancer du sein

- Toutes les Québécoises, lorsqu'elles atteignent l'âge de 50 ans, reçoivent, par la poste, une lettre d'invitation à participer au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS)
 - La lettre est une prescription en soi
 - Si la femme n'a plus la lettre en sa possession, elle peut appeler pour qu'une nouvelle lettre soit émise (tél. 514-528-2424)
- La femme prend rendez-vous dans un des centres désignés de dépistage (la liste est jointe à la lettre)
 - Les centres de dépistage désignés sont des cliniques radiologiques qui répondent aux normes de qualité du programme (certification des appareils, agrément, formation du personnel)
- La femme reçoit une lettre avec le résultat de la mammographie (normale ou anomalie nécessitant un suivi)
 - Un rapport détaillé est envoyé à son médecin (à un médecin répondant du PQDCS si la femme n'a pas de médecin)
- Si des examens complémentaires sont nécessaires suite à une mammographie de dépistage anormale, ils pourront être faits dans des centres de référence désignés affiliés au PQDCS
- La femme doit signer le formulaire de consentement à chaque fois qu'elle passe une mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS :
 - Elle accepte de participer au programme
 - Elle autorise que ses résultats soient communiqués au PQDCS (ce qui permet de lui communiquer le résultat et d'évaluer le PQDCS)
- Si la femme refuse :
 - Elle ne fera plus partie du programme (elle ne recevra plus la lettre d'invitation)
 - Elle pourra par la suite passer gratuitement des mammographies de dépistage mais elle devra obtenir une prescription (d'un médecin ou IPSPL) à cet effet (elle ne recevra plus la lettre l'informant du résultat de sa mammographie). Il est toujours possible de changer d'avis et de s'inscrire au programme



CANCERS

Cancer du col utérin

INTERVENTION CLINIQUE

Contexte

Dans le cadre du bilan de santé, le dépistage du cancer du col utérin s'adresse aux femmes de la population générale, n'ayant pas subi d'hystérectomie totale (avec ablation du col). Il ne s'adresse pas aux personnes ayant l'une des caractéristiques suivantes :

- Diagnostic antérieur de lésions cancéreuses ou précancéreuses du col utérin
- Symptômes ou signes suggestifs d'une anomalie au col utérin
- Grossesse actuelle
- Immunodéficience
- Infection au VIH

Guider, le cas échéant, ces personnes vers les ressources appropriées afin qu'elles bénéficient du suivi requis

Évaluer

Chez toutes les femmes, vérifier :

- Si elles ont ou ont eu des activités sexuelles (toutes formes de contact génital, avec ou sans pénétration vaginale, avec des partenaires masculins ou féminines)

Chez les femmes qui ont ou ont eu des activités sexuelles, vérifier :

- Délai depuis la dernière cytologie du col
- Présence de [symptômes](#) pouvant suggérer une anomalie au niveau du col utérin

Examiner

Identifier les [signes](#) pouvant suggérer une anomalie au niveau du col utérin lors du prélèvement

Initier des mesures diagnostiques (avec ordonnance collective*)

Initier un test de dépistage du cancer du col utérin :

- ☐ Cytologie cervicale (test de Pap)
- ☐ Cytologie en milieu liquide

Indications :

- Femmes âgées de 21 ans à 65 ans, qui ont ou ont eu des activités sexuelles et qui n'ont pas eu de test de dépistage dans les 24 derniers mois
- Voir contexte

Contre-indications :

- Aucune

*Selon les milieux cliniques : avec une ordonnance collective ou orienter la personne vers le médecin ou IPSPL

Plan d'intervention

Échanger de l'information

Chez les femmes pour qui le dépistage du cancer du col utérin est indiqué :

- Explorer les connaissances que la personne possède sur le [cancer du col utérin](#) et compléter l'information au besoin
- Discuter de la [nature du test de dépistage](#) ainsi que les [avantages et les inconvénients du dépistage](#) (cytologie)
- Explorer les préférences de la personne quant au dépistage et s'assurer d'une prise de décision éclairée

Chez les femmes qui acceptent d'avoir le test de dépistage : convenir du mode de communication des résultats

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">☐ IPSPL☐ Médecin | <ul style="list-style-type: none">▪ Femmes ayant des symptômes ou des signes suggérant une anomalie au niveau du col utérin▪ Femmes âgées de 21 à 65 ans chez qui le dépistage du cancer du col utérin est indiqué*▪ Femmes âgées de plus de 65 ans et dont le dépistage antérieur du cancer du col utérin est sous-optimal▪ Femmes dont la cytologie du col est anormale |
|---|--|

* Dans les situations où l'infirmière ne peut initier le test de dépistage

Suivi assuré par l'infirmière

- Informer, le cas échéant, du résultat de la cytologie du col utérin
 - Si la cytologie est anormale, diriger la personne vers l'IPSPL ou le médecin selon les ententes établies, afin que l'investigation soit complétée
 - Lorsque le résultat indique que le spécimen est inadéquat, offrir à la personne de reprendre le prélèvement

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan

- La vaccination contre le VPH permet de réduire le risque de contracter une infection aux VPH et de diminuer le risque de cancer du col utérin; la vaccination est indiquée chez les femmes âgées de 18 à 45 ans (voir **ITSS** et **Immunisation**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- PAGES WEB. *Cancer du col de l'utérus*. Société canadienne du cancer; 2014.
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/cervical/overview/?region=qc>
- PAGES WEB. *Dépistage par test de Pap*. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.
<http://sogc.org/fr/publications/depistage-par-test-de-pap/>

Formations suggérées à l'infirmière

- Formation pratique sur les habiletés techniques pour effectuer le prélèvement requis pour la cytologie cervicale

Ressources utiles à l'infirmière

- AVIS SCIENTIFIQUE. Groupe de travail sur les lignes directrices pour le dépistage du cancer du col utérin. Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec. Institut national de santé publique du Québec; 2011. p.1-40.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1279_LignesDirectDepistCancerColUterin.pdf

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Cancer du col utérin

- Caractéristiques du cancer du col utérin :
 - Deux types : cancer épidermoïde (le plus fréquent, origine des cellules épithéliales); adénocarcinome (origine des glandes présentes dans l'endocol)
 - État précancéreux : dysplasie (différents stades)
 - Peut demeurer in situ (confiné au site d'origine), envahir les tissus voisins ou se propager à distance (ganglions, abdomen). Le degré « d'expansion » de la tumeur permet d'en déterminer le stade et est un facteur important dans le pronostic
- Principaux facteurs de risque pour le cancer du col utérin :
 - Infection au virus du papillome humain (est l'agent causal dans la presque totalité des cas)
 - Antécédent personnel de lésions de haut grade ou de cancer du col utérin
 - Immunodéficiência
 - Infection au VIH
 - Exposition in utero au diéthylstilbestrol (autre forme de cancer, rare)
- Traitement du cancer du col utérin :
 - Chirurgical : exérèse en cône (résection limitée à la lésion au niveau du col); hystérectomie totale ou radicale
 - Complications liées à l'exérèse en cône : principalement une légère augmentation du risque de naissances prématurées
 - Radiothérapie et chimiothérapie possibles

Principaux symptômes ou signes suggestifs d'une anomalie au niveau du col

- Saignement vaginal inexplicable (saignements post coïtaux, saignements après la ménopause, saignements inter-menstruels)
- Lésion au col (ulcération, tuméfaction, induration)

Nature du test de dépistage

- Cytologie du col utérin (conventionnelle ou en milieu liquide) :
 - Les deux méthodes sont similaires :
 - Conventiennelle (les cellules prélevées au col sont fixées sur une lame)
 - En milieu liquide (les cellules sont mises dans un liquide et étalées en laboratoire)
 - Sensibilité et spécificité similaires
 - Méthode en milieu liquide permet d'effectuer des tests supplémentaires (recherche de VPH, dépistage de la chlamydia et de l'infection à gonorrhée)
- Test de détection du VPH :
 - Recherche d'ADN de souches oncogènes du VPH au niveau des sécrétions vaginales
 - Plus sensible (moins de faux négatif) et moins spécifique (davantage de faux positif) que la cytologie
 - Non indiqué chez les femmes âgées de moins de 30 ans
 - Utilisation optimale de ce test n'est pas encore déterminée ni la conduite à tenir en cas de test positif
 - Au Québec : utilisé pour préciser la conduite lorsqu'il y a une anomalie équivoque à la cytologie
 - Disponible en laboratoire privé (100 \$) et certains laboratoires hospitaliers
- But du dépistage :
 - Détecter les cancers à un stade précoce
 - Identifier les lésions de haut grade (lésions précancéreuses) avant qu'elles ne progressent vers un cancer

- Suite à la détection d'une anomalie à la cytologie, conduites possibles :
 - Répétition des cytologies
 - Test de VPH
 - Colposcopie (visualisation du col à l'aide d'une lentille grossissante) et biopsie pour préciser le diagnostic

Avantages et inconvénients du dépistage

Inconvénients	Avantages
▪ Nécessité, lorsque la cytologie révèle une anomalie, d'effectuer des examens complémentaires (colposcopie et biopsie, répéter les cytologies) ▪ Anxiété causée par l'attente des résultats de ces examens ▪ Fausses alertes : risque de subir des examens qui n'auraient pas été nécessaires sans le dépistage. Peu fréquent étant donné la spécificité élevée de la cytologie ▪ Être faussement rassurée : cytologie est normale malgré la présence de lésions précancéreuses ou cancéreuses (sensibilité de la cytologie est plutôt faible); Importance de répéter régulièrement le dépistage et de diriger pour investigation s'il y a des symptômes ou signes suggestifs d'une atteinte au niveau du col utérin ▪ Surdiagnostic : Possibilité de traiter des lésions qui auraient régressé spontanément (plus élevée chez les jeunes femmes). Parmi les cancers dépistés, il est très difficile de déterminer lesquels sont en fait des cas de surdiagnostic ▪ Inconfort pendant l'examen et saignement	▪ Permettre de trouver un cancer plus tôt, ce qui : ○ Augmente les chances de guérison ○ Permet un traitement moins agressif ▪ Permettre de détecter des lésions dysplasiques et de traiter avant qu'elles ne deviennent cancéreuses ▪ Être rassurée : permet d'avoir l'esprit plus tranquille lorsque les résultats sont normaux

- Les cliniciens doivent discuter des risques et des bénéfices de la cytologie avec la femme de même que des valeurs et préférences de cette dernière
- Au Québec, les recommandations actuelles sont à l'effet de :
 - Effectuer le dépistage, aux 2 à 3 ans, à partir de l'âge de 21 ans dans la mesure où la femme a eu des activités sexuelles
 - Envisager de débiter le dépistage plus tôt chez :
 - Les personnes ayant eu des contacts sexuels à un âge précoce (p. ex. en cas d'abus sexuel)
 - Les personnes immunodéprimées (ces dernières étant plus à risque qu'une lésion précancéreuse évolue rapidement en cancer)
 - Ne pas faire de dépistage avant l'âge de 21 ans pour éviter de traiter inutilement des anomalies au niveau du col qui vont régresser spontanément
 - Au Québec, on recommande de cesser le dépistage après l'âge de 65 ans dans la mesure où :
 - La femme a eu régulièrement des tests de dépistage et
 - Que les 2 derniers tests, faits dans les 10 années précédentes, sont normaux

ALGORITHME : Dépister le cancer colorectal

Ces recommandations ne s'appliquent que si la personne :

Est asymptomatique; n'a pas un risque beaucoup plus élevé de cancer colorectal (antécédent personnel de cancer colorectal ou de polypes ou autre cancer, maladie inflammatoire intestinale, antécédent personnel ou familial de mutation génétique)

Pour tous les adultes de moins de 40 ans avec certaines conditions* et ceux de 40 ans et plus, vérifier :

- Préoccupations particulières concernant le cancer colorectal
- Antécédents familiaux de cancer colorectal
- Origine afro-américaine

*Conditions :

Adultes de tout âge ayant :

- Un parent du 1^{er} degré (parents, fratrie, enfants) avec un cancer colorectal ou des polypes intestinaux avant 60 ans
- Un parent du 2^e degré avec un cancer colorectal ou des polypes intestinaux avant 50 ans
- 2 parents (2 parents du 1^{er} degré ou 1 parent du 1^{er} degré + 1 parent du 2^e degré) avec un cancer colorectal ou des polypes intestinaux peu importe l'âge

Adultes âgés de 40 à 49 ans ayant :

- Origine afro-américaine
- Un parent (1^{er} degré) avec un cancer colorectal ou des polypes intestinaux à 60 ans et plus
- Un parent (2^e degré ou 3^e degré) avec un cancer colorectal peu importe l'âge
Si positif : référence IPSPL ou médecin

Âge du patient

50 à 75 ans

76 à 85 ans

Le dépistage par recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans est recommandé
Voir PQDCCR et ordonnance collective ou ordonnance individuelle

Il n'y a pas de recommandation claire
Possibilité d'évaluation avec IPSPL ou médecin



CANCERS

Cancer colorectal

INTERVENTION CLINIQUE

Contexte

Dans le cadre du bilan de santé, le dépistage du cancer colorectal s'adresse aux adultes de la population générale. Il ne s'adresse pas aux personnes ayant l'une des caractéristiques suivantes :

- Présence de [symptômes ou de signes suggestifs d'un cancer colorectal](#)
- Risque plus élevé de cancer colorectal :
 - Antécédent personnel ou familial de mutation génétique associée à un risque accru de cancer colorectal
 - Antécédents personnels de :
 - Cancer colorectal
 - Polypes intestinaux
 - Maladies inflammatoires de l'intestin

Guider, le cas échéant, ces personnes vers les ressources appropriées afin qu'elles bénéficient du suivi requis

Évaluer

Chez tous les adultes, vérifier les facteurs de risque suivants :

- Histoire familiale de cancer colorectal
- Origine afro-américaine

Chez les adultes âgés de moins de 40 ans ayant les [critères indiquant la nécessité de préciser l'histoire familiale ou les prédispositions génétiques](#) et chez tous les adultes âgés de 40 ans et plus :

- Vérifier s'ils ont des préoccupations concernant le cancer colorectal et son dépistage

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques (avec ordonnance*)

Initier le test de dépistage du cancer colorectal :

Recherche de sang occulte dans les selles par test immunochimique :

☐ RSOSi ou Fit Test

Indications :

- Adultes âgés de 50 à 75 ans, n'ayant pas eu de test de dépistage du cancer colorectal par :
 - RSOSi dans les 2 dernières années
 - Coloscopie dans les 10 dernières années
- Voir contexte ci-haut

Contre-indications :

- Aucune contre-indication

** Selon les milieux cliniques, une des options suivantes : ordonnance collective; ordonnance régionale ([Programme québécois de dépistage du cancer colorectal](#)); ordonnance individuelle (orienter la personne vers le médecin ou IPSPL)*

Plan d'intervention

Échanger de l'information

Chez les personnes de moins de 40 ans dont l'histoire familiale est à préciser pour le cancer colorectal et celles âgées de 40 ans et plus :

- Explorer les connaissances que la personne possède sur le [cancer colorectal](#) et compléter l'information au besoin

- Discuter de la [nature du test de dépistage](#) ainsi que les [avantages et les inconvénients du dépistage](#) (recherche de sang dans les selles)
- Explorer les préférences de la personne quant au dépistage et s'assurer d'une prise de décision éclairée
- Chez les personnes dont l'histoire familiale est à préciser : informer qu'un suivi pourrait être indiqué plus précocement et que des tests différents ou supplémentaires (tests génétiques, coloscopie) pourraient être indiqués selon le cas

Chez les personnes pour qui la recherche de sang dans les selles est indiquée et qui acceptent d'avoir le test de dépistage :

- Convenir du mode de communication des résultats
- Informer la personne des [consignes relatives au test de dépistage](#)

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

- ☐ IPSPL
- ☐ Médecin

- Adultes âgés de **50 à 75 ans**, chez qui le dépistage du cancer colorectal est indiqué*

**Dans les situations où l'infirmière ne peut initier le test de dépistage (recherche de sang dans les selles)*

- ☐ IPSPL
- ☐ Médecin

- Personnes ayant les critères indiquant la nécessité de préciser l'histoire familiale ou les prédispositions génétiques
- Personnes âgées de **76 à 85 ans** qui souhaitent un dépistage du cancer colorectal
- Personnes dont le résultat du test de dépistage est positif

Suivi assuré par l'infirmière

- Informer, le cas échéant, du résultat de la recherche de sang dans les selles
- Si la recherche de sang occulte dans les selles est positive, diriger la personne vers l'IPSPL ou le médecin répondant selon les ententes établies afin que l'investigation soit complétée

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan

- Certains facteurs de risque ou de protection associés au cancer colorectal peuvent être modifiés : tabagisme, consommation d'alcool, pratique d'activité physique, alimentation (voir **Habitudes de vie**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- PAGES WEB. *Portail Santé mieux-être - Dépistage du cancer colorectal*. Gouvernement du Québec; 2014. <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pqdccr/index.php?PHPSESSID=6a64315ad92c47242e51db1916276200>
- PAGES WEB. *Portail Santé mieux-être - Cancer colorectal*. Gouvernement du Québec; 2014. <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/cancer-colorectal/>
- PAGES WEB. *Signes et symptômes du cancer colorectal*. Société canadienne du cancer; 2014. <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/colorectal/signs-and-symptoms/?region=on>

- SITE WEB. *Association canadienne du cancer colorectal* (information sur le dépistage, traitement, ressources, etc.)
En français : <http://www.colorectal-cancer.ca/fr/>
En anglais : <http://www.colorectal-cancer.ca/en/>
- PAGES WEB. *Patient information: Colon and rectal cancer screening (Beyond the Basics)*. UptoDate; 2014.
<http://www.uptodate.com/contents/colon-and-rectal-cancer-screening-beyond-the-basics>

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- PAGES WEB. *Portail Santé mieux-être - Cancer colorectal*. Gouvernement du Québec; 2014.
<http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/cancer-colorectal/>
- PAGES WEB. *Informations aux professionnels - Dépistage du cancer colorectal*. MSSS; 2014.
<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pgdccc/>
- PRATIQUE CLINIQUE. Benhabrou-Brun D. *Dépistage du cancer colorectal : où en sommes-nous?* Perspectives infirmières 2013; 10(3) : 52-55.
<http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol10no3/DepistageCancerColon.pdf>
- PAGES WEB. *Portail Santé mieux-être - Directives pour le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi)*. Gouvernement du Québec; 2014.
<http://www.sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/directives-pour-le-test-immunochimique-de-recherche-de-sang-occulte-dans-les-selles-rsosi/>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Critères indiquant la nécessité de préciser l'histoire familiale ou les prédispositions génétiques

- Adultes de tout âge ayant :
 - Un parent du 1^{er} degré (parents, fratrie, enfants) avec un cancer colorectal ou des polypes intestinaux avant 60 ans
 - Un parent du 2^e degré avec un cancer colorectal ou des polypes intestinaux avant 50 ans
 - 2 parents (2 parents du 1^{er} degré ou 1 parent du 1^{er} degré + 1 parent du 2^e degré) avec un cancer colorectal ou des polypes intestinaux peu importe l'âge
- Adultes âgés de 40 à 49 ans ayant :
 - Origine afro-américaine
 - Un parent (1^{er} degré) avec un cancer colorectal ou des polypes intestinaux à 60 ans et plus
 - Un parent (2^e degré ou 3^e degré) avec un cancer colorectal peu importe l'âge

Note : faire une histoire familiale détaillée, tant du côté paternel que maternel, sur trois générations, en vérifiant quels membres de la famille ont eu un cancer, de quel type était ce dernier, à quel âge le cancer a été diagnostiqué, etc. pour ensuite définir les investigations et le suivi nécessaires, peut s'avérer un long processus. C'est pourquoi les critères suivants sont présentés pour aider l'infirmière à identifier les personnes pour qui une référence à l'IPSPL ou au médecin serait importante afin de mieux définir le niveau de risque de la personne.

Symptômes ou signes pouvant indiquer la présence d'un cancer colorectal

(non spécifique; d'autres pathologies peuvent occasionner ces symptômes ou signes) :

- Changement persistant au niveau des selles : mucus persistant, changement du volume, diarrhée ou constipation persistante
- Rectorragie, méléna
- Malaise abdominal : douleur, ballonnement, masse
- Atteinte de l'état général : fatigue, perte de poids

Cancer colorectal

- **Caractéristiques du cancer colorectal :**
 - Troisième forme de cancer la plus couramment diagnostiquée au Canada (en excluant les cancers de la peau autres que les mélanomes)
 - Type le plus fréquent : adénocarcinome (origine des cellules glandulaires)
 - Forme précancéreuse : polypes adénomateux ou syndrome de polyposé
 - Peut rester confiné à l'intérieur du site d'origine, envahir les tissus voisins ou se propager à distance (ganglions, foie, poumons, os, etc.). Le degré « d'expansion » de la tumeur sert à déterminer le stade du cancer et est un facteur important dans le pronostic
- **Principaux facteurs de risque pour le cancer colorectal :**
 - Âge (augmente avec l'âge; la plupart des personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer ont plus de 50 ans)
 - Histoire personnelle de cancer colorectal ou de polypes adénomateux
 - Histoire personnelle de colite ulcéreuse ou de maladie de Crohn
 - Origine ethnique (afro-américains : l'American College of Physicians recommande de commencer le dépistage à 40 ans [1])
 - Histoire familiale de cancer colorectal, de polypes ou de mutation génétique
 - Habitudes de vie (risques modifiables) :
 - Alimentation riche en gras, en viande rouge ou transformée et/ou pauvre en fibres
 - Sédentarité
 - Consommation d'alcool
 - Tabagisme
- **Traitement du cancer colorectal :**
 - Chirurgical (résection de polypes, résection partielle ou totale du colon ou du rectum selon le degré d'atteinte)
 - Radiothérapie (cancer du rectum); chimiothérapie possible

[1] Annals of Internal Medicine. *Screening for Colorectal Cancer: A Guidance Statement From the American College of Physicians*. Vol.156, no 5, pp. 378-387

Nature du test de dépistage

- **Recherche de sang occulte dans les selles par test immunochimique (RSOSi) :**
 - Le cancer et les polypes dans le côlon laissent souvent des traces de sang, invisibles à l'œil nu, dans les selles
 - Test recommandé : recherche de sang occulte fondée sur la détection immunologique de l'hémoglobine humaine (RSOSi); il est plus avantageux que le Gaïac.
 - Le dépistage vise à détecter le cancer avant l'apparition de signes ou de symptômes et à intervenir à un stade plus précoce

- En cas de test positif, des investigations supplémentaires sont nécessaires pour préciser l'origine du saignement, généralement une coloscopie longue
- Il existe d'autres méthodes de dépistage du cancer colorectal (voir [tableau 1](#)) :
 - Le recours à la coloscopie à grande échelle comporte d'importantes restrictions (coûts élevés, qualité variable des procédures, accès limité, risques associés)
 - La RSOSi est le moyen de dépistage recommandé chez les personnes à risque moyen
 - La coloscopie est utilisée pour le dépistage chez les personnes à risque plus élevé de cancer colorectal

Avantages et inconvénients du dépistage

Inconvénients	Avantages
▪ Nécessité, lorsque la RSOSi révèle la présence de sang, d'effectuer des examens complémentaires (coloscopie – avec les risques associés à cet examen) ▪ Anxiété causée par l'attente des résultats de ces examens ▪ Fausses alertes : risque de subir des examens qui n'auraient pas été nécessaires sans le dépistage ▪ Être faussement rassuré : 2 fois sur 10, le test ne détectera pas de sang dans les selles même s'il y a un cancer. D'où l'importance de répéter le test aux 2 ans ▪ Possibilité de surdiagnostic : d'après la recherche, toutefois, on sait que la plupart des cancers colorectaux sont dangereux et qu'il importe de détecter et de traiter la maladie aussi rapidement que possible	▪ Permettre de trouver un cancer plus tôt, ce qui : ○ Augmente les chances de guérison ○ Permet un traitement moins agressif ▪ Permettre de détecter des polypes et d'en faire l'exérèse avant qu'ils ne deviennent cancéreux ▪ Être rassuré : permet d'avoir l'esprit plus tranquille lorsque les résultats sont normaux

Sur 1000 personnes qui passent le test de RSOSi : 36 recevront un résultat de test anormal et passeront ensuite une coloscopie longue. Sur ces 36 personnes :

- 4 auront un cancer
- 17 se feront enlever un ou plusieurs polypes
- 15 n'auront ni cancer, ni polypes

(Données tirées *Cancer colorectal*. Portail Santé mieux-être, Gouvernement du Québec, 2014)

Consignes relatives au test de dépistage

- Se procurer la trousse au Centre de prélèvement et suivre les directives indiquées :
 - Aucune restriction alimentaire ou médicamenteuse
 - Pour recueillir un échantillon de selles :
 - Utiliser le papier à placer dans la cuvette de la toilette fourni avec la trousse OU
 - Utiliser un contenant de plastique ou de métal
 - À l'aide du petit bâtonnet fourni dans la trousse, prélever un échantillon de selle suffisant pour couvrir le bout de la tige et placer la tige dans le tube. Bien refermer le tube
 - Placer le tube au **réfrigérateur** après l'avoir mis dans le sac de plastique fourni avec la trousse, et le rapporter au centre de prélèvement, dans les **48 heures suivantes**

Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)

- Est en voie d'être déployé par le MSSS

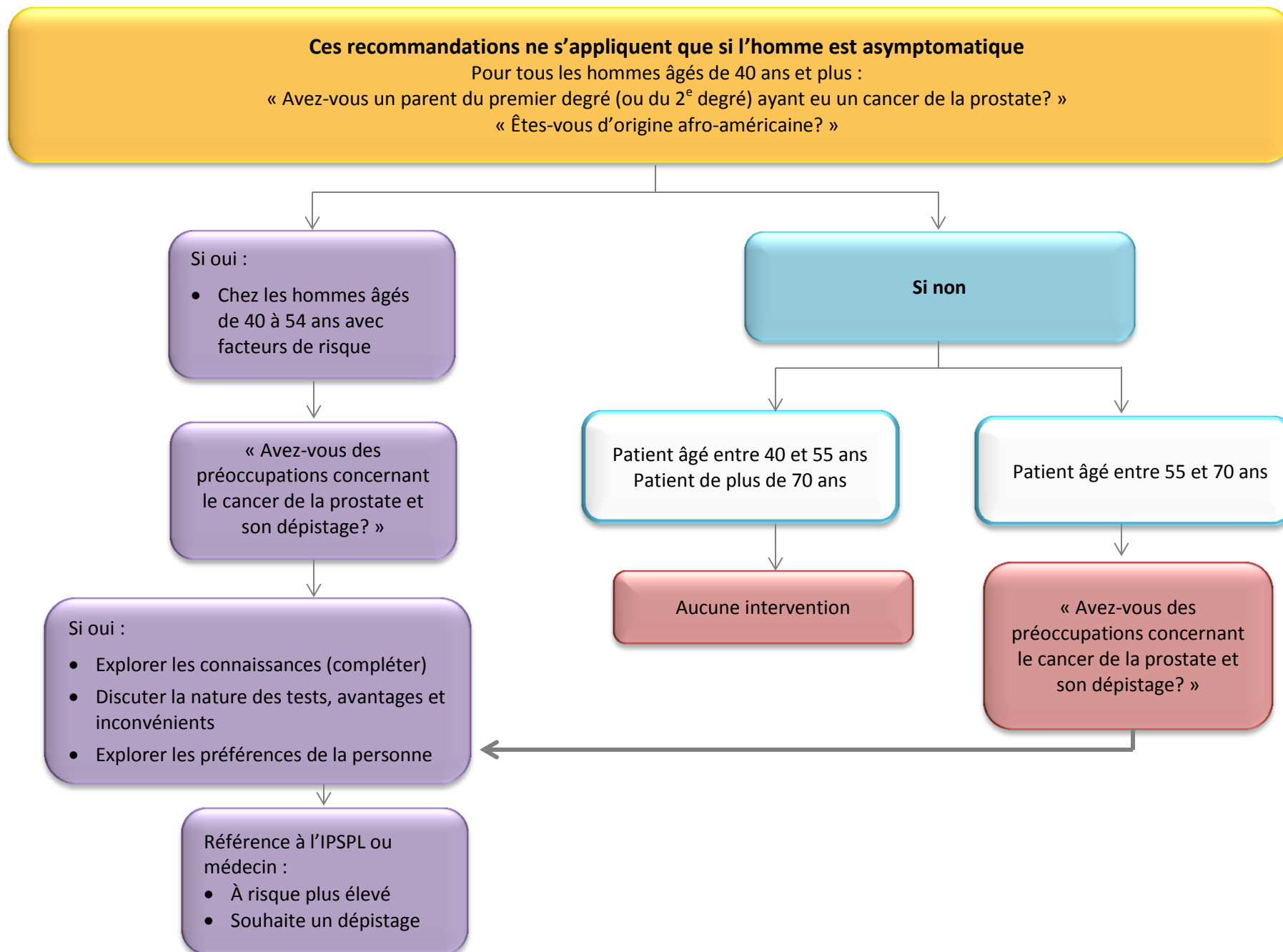
- Phase 1 : Amélioration des normes cliniques et gestion de l'accès à la coloscopie
- Phase 2 : Invitation à la population du territoire (population à risque moyen) résidant sur les sites de démonstration du projet à procéder au dépistage (à l'aide du test FIT - *Fecal Immunochemical Test*)
- 8 sites de démonstration actuellement dont à Montréal (CSSS du Sud-Ouest-Verdun, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital Général de Montréal du Centre universitaire de santé McGill)

Tableau 1 : Méthodes de dépistage du cancer colorectal*

Méthode de dépistage	Procédure	Avantages	Inconvénients	Recommandation (adulte, absence de facteurs de risque)
Coloscopie optique	Préparation nécessaire et sédation légère Le tube permet de voir l'intérieur de tout le côlon	Détecte de petits polypes et presque tous les gros polypes et les cancers (biopsies possibles) Permet d'enlever certains polypes ou cancers	Saignement (1/1000 cas), perforation (1/10 000 cas) Disponibilité limitée	Généralement tous les 10 ans
Sigmoïdoscopie	Préparation Pas d'anesthésie Le tube permet de voir l'intérieur du rectum et du côlon descendant (gauche)	Détecte polypes et cancers du côlon descendant avec un degré élevé d'efficacité	Perforation rare Ne peut détecter les lésions du côlon droit (1/3 des lésions environ)	
Coloscopie virtuelle	Préparation Pas de sédation Un scan prend des images du côlon entier après injection d'air et de sulfate de baryum par le rectum	Non-invasif Détecte les polypes	Si une lésion est détectée, la coloscopie optique est nécessaire Peut détecter d'autres lésions que polypes ou cancers (faux +) Coût Radiations	
RSOSg : Recherche de sang occulte dans les selles (Gaïac)	Recherche de sang dans les selles Plusieurs échantillons Restrictions alimentaires et médicamenteuses avant le test	Peu coûteux Non-invasif	Détecte mal les polypes car ceux-ci saignent rarement 2 à 5 % des tests positifs sont en réalité des cancers Si test positif, coloscopie nécessaire	Est remplacé par RSOSi
RSOSi (Immunochimie)	Recherche de sang dans les selles 1 échantillon Pas de restrictions	Non-invasif	Plus sensible et spécifique que Gaïac) Si test positif, coloscopie nécessaire	Tous les 1-2 ans Voir PQDCCR

* Au Québec, le dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque moyen sans symptômes se fait à l'aide de la RSOSi. Ce tableau est destiné à informer l'infirmière quant aux avantages et inconvénients des autres méthodes

ALGORITHME : Dépister le cancer de la prostate





CANCERS

Cancer de la prostate

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

Chez les hommes âgés de 40 ans et plus, vérifier la présence des facteurs de risque suivants :

- Histoire familiale de cancer de la prostate (surtout parent du 1^{er} degré; le risque augmenterait si plus d'un parent a eu la maladie et si le diagnostic était à un jeune âge, par exemple avant 65 ans)
- Origine afro-américaine (race noire)

Chez les hommes âgés de 40 à 54 ans avec facteurs de risque pour le cancer de la prostate et tous les hommes âgés de 55 à 70 ans, vérifier s'ils ont des préoccupations concernant le cancer de la prostate et son dépistage

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

Chez les hommes, âgés de 40 ans et plus, avec facteurs de risque pour le cancer de la prostate et chez les hommes âgés de 55 à 70 ans ayant des préoccupations relatives au cancer de la prostate :

- Explorer les connaissances de la personne sur le [cancer de la prostate](#) et compléter l'information au besoin
- Discuter la [nature des tests de dépistage](#) ainsi que les [avantages et les inconvénients du dépistage](#)
- Explorer les préférences de la personne quant au dépistage

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

- | | |
|----------------------------------|--|
| ☐ IPSPL | ▪ Hommes ayant des facteurs de risque de cancer de la prostate |
| ☐ Médecin | ▪ Hommes souhaitant avoir un dépistage |

Suivi assuré par l'infirmière

(ne s'applique pas)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- BROCHURE. *Le dépistage du cancer de la prostate : une décision qui VOUS appartient!* Collège des médecins du Québec; 2013. p. 1-5.
<http://www.cmq.org/frCA/Public/Profil/Commun/Nouvelles/2013/~media/Files/Depliant/Depliant-depistage-cancer-prostate-2013.pdf?101329>

- BROCHURE. *Le cancer de la prostate, parlons-en*. Société canadienne du cancer; 2011. p. 1-5.
<http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Talking%20about%20prostate%20cancer/Talking-about-prostate-cancer-2011-FR.pdf>
- OUTIL CLINIQUE. *Outil d'aide à la décision pour le dépistage du cancer de la prostate*. Université Laval; 2013.
<https://infoprostate.fmed.ulaval.ca/Cours/Prostate/index.aspx>

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- LIGNES DIRECTRICES. Collège des médecins du Québec. *Le dépistage du cancer de la prostate - mise à jour 2013*. Collège des médecins du Québec; 2013. p. 1-33.
<http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/EnoncesGuidesLignes.aspx>
- OUTIL CLINIQUE. *Le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) pour dépister le cancer de la prostate* (outil d'aide à la décision). Université Laval; 2013. p. 1-2.
<http://www.decisionbox.ulaval.ca/fileadmin/documents/decisionbox/document/Dbox.prostate.FR.ov2013.pdf>
- OUTILS CLINIQUES. *Patient decision aids* (Liste et description des outils d'aide à la décision pour un ensemble de conditions de santé – en anglais). Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa.
<http://decisionaid.ohri.ca/AZlist.html>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Counseling en lien avec le dépistage

Cancer de la prostate

- Caractéristiques du cancer de la prostate :
 - Cancer le plus fréquent chez l'homme (en excluant les cancers de la peau autres que mélanomes) :
 - En 2009, les statistiques prévoyaient qu'un Canadien sur 8 serait atteint de ce cancer au cours de sa vie et que 1 sur 28 en mourrait (Statistiques canadiennes sur le cancer, 2011)
 - Le cancer peut demeurer à l'intérieur de la prostate ou encore se propager à l'extérieur de la prostate (ganglions, rectum, vessie, os, poumons, etc.). Le degré « d'expansion » de la tumeur sert à déterminer le stade du cancer qui est un facteur important dans le pronostic
 - Bon nombre de cancers de la prostate évoluent lentement et ont peu d'effets sur la durée et la qualité de vie. Certains cancers évoluent plus rapidement et nécessitent un traitement immédiat. Il n'est pas possible de distinguer d'emblée les cancers qui vont évoluer de ceux qui ne le feront pas
- Facteurs de risque du cancer de la prostate :
 - Âge (rare avant l'âge de 50 ans; diagnostiqué le plus souvent après l'âge de 65 ans)
 - Antécédents familiaux de cancer de la prostate (surtout parents du 1^{er} degré : père, frère ou fils mais une méta-analyse fait mention de parents du deuxième degré [1]); particulièrement si plus d'une personne est touchée dans la famille ou si le cancer est survenu à un jeune âge (avant 65 ans)
 - Origine africaine (prévalence plus élevée)

[1] Cancer Research UK. *Prostate cancer risk factors*. Révision mars 2013.

- **Symptômes et signes** possiblement associés à un cancer de la prostate (non spécifiques au cancer; hyperplasie bénigne de la prostate peut avoir une présentation similaire au cancer) :
 - Perturbation de la miction (nycturie, miction en deux temps, difficulté à initier ou à terminer la miction, urgence mictionnelle, faible jet urinaire, hématurie, douleur à la miction)
 - Autres : hématospermie, fatigue, perte de poids
- **Traitement du cancer de la prostate** :
 - Chirurgie (résection généralement totale de la prostate), radiothérapie et hormonothérapie
 - Complications possibles associées à la chirurgie : dysfonction érectile (dans environ 50 % des cas), incontinence urinaire (environ le quart des cas)

Nature des tests de dépistage

- Le dépistage du cancer de la prostate se fait par un toucher rectal et une prise de sang pour doser l'antigène prostatique spécifique (APS)
- Le dosage de l'APS est le reflet de ce qui se passe dans la prostate. Il peut être augmenté en raison de différentes affections (augmentation de volume, prostatite, cancer, etc.)
- Seuil généralement utilisé pour distinguer un résultat positif (risque élevé de cancer de la prostate) d'un résultat négatif (risque faible) : 4 ng/ml
- S'il y a une élévation de l'APS, il est possible que l'on propose une biopsie de la prostate pour préciser l'origine de cette élévation. Il se peut également que le médecin propose une surveillance périodique du dosage de l'APS

Avantages et inconvénients du dépistage

Inconvénients	Avantages
▪ Nécessité, lorsque le test est anormal d'effectuer des examens complémentaires (tests sériés ou biopsie) ▪ Anxiété causée par l'attente des résultats de la biopsie ou de la surveillance des tests d'APS ▪ Fausse alertes : risque de subir des examens qui n'auraient pas été nécessaires sans le dépistage. Un certain nombre auront des complications liées à la biopsie : fièvre, difficultés urinaires passagères, hospitalisation ▪ Être faussement rassuré : Il peut arriver que le dépistage ne détecte pas des cancers graves ▪ Surdiagnostic : est le fait de trouver des cancers qui n'auraient jamais eu de conséquence sur la santé de la personne et qui n'auraient jamais été diagnostiqués s'il n'y avait pas eu de dépistage. Parmi les cancers dépistés, il est difficile de déterminer lesquels sont en fait des cas de surdiagnostic. Il est estimé pour le dépistage du cancer de la prostate à 40 % (ces hommes ont donc été soumis à des traitements et ont subi des complications inutilement, dont la dysfonction érectile et l'incontinence urinaire)	▪ Améliorer la survie (diminuer la mortalité et les métastases) : ○ Données scientifiques sont incertaines (faible qualité) ○ Dépistage et suivi effectués sur 100 hommes pendant 11 ans permettraient d'éviter 0,1 décès et des métastases dans 0,2 cas ○ Dépistage et suivi effectués sur 100 hommes à vie permettraient d'éviter 1 décès et des métastases dans 1,4 cas ▪ Être rassuré par un résultat négatif

(Données tirées de l'étude ERSPC citées dans *Le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) pour dépister le cancer de la prostate (outil d'aide à la décision)*. Universités Laval, McGill et McMaster, 2013.)

- **Faire ou ne pas faire le dépistage sont deux options acceptables.** Les organismes recommandent une prise de décision éclairée par la personne :
 - Connaître les risques et la gravité de la maladie à prévenir
 - Comprendre l'intervention préventive, dont ses avantages et ses risques ainsi que les incertitudes qui l'entourent
 - Pondérer les bienfaits potentiels et les risques associés à l'intervention préventive selon ses propres valeurs
 - Prendre librement une décision avec laquelle la personne se sent à l'aise
- Il existe quelques outils d'aide à la décision en matière de dépistage du cancer de la prostate. Les hommes qui utilisent ces outils sont moins enclins à opter pour le dépistage, tout en améliorant leurs connaissances et en étant plus à l'aise avec leur décision (voir Ressources utiles pour la personne)

Recommandations du Collège des médecins du Québec [2] :

- « Les médecins doivent envisager le dépistage du cancer de la prostate chez leurs patients âgés de 55 à 70 ans ayant une espérance de vie de plus de 10 ans et peuvent l'envisager avant l'âge de 55 ans chez leurs patients à plus haut risque de cancer de la prostate (antécédents familiaux ou de race noire)
- Étant donné les incertitudes, les médecins doivent informer ces patients des avantages et des inconvénients du dépistage, au moyen d'outils d'aide à la décision, afin que ces derniers décident, de façon éclairée, de faire ou de ne pas faire de dépistage
- Les médecins ne doivent pas proposer le dépistage du cancer de la prostate à leurs patients âgés de plus de 70 ans, ni à ceux dont l'espérance de vie est estimée à moins de 10 ans
- Les médecins devraient faire un toucher rectal aux patients qui optent pour le dépistage, en plus du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS). »

[2] Collège des médecins du Québec. *Le dépistage du cancer de la prostate – mises à jour 2013 : Lignes directrices du Collège des médecins du Québec*. Juin 2013. 33p.



CANCERS

Cancer de la peau

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

Chez tous les adultes, vérifier si la personne :

- A des préoccupations à l'égard du [cancer de la peau](#)
- S'expose au soleil et si elle utilise une protection solaire adéquate
- A noté des changements au niveau d'une tache cutanée
- A des antécédents familiaux de mélanome chez un parent du 1^{er} degré (parents, fratrie, demi-frère, demi-sœur, enfants) ou du 2^e degré (grands-parents, oncles et tantes, neveux et nièces)

Examiner

Chez les personnes qui rapportent un changement au niveau d'une tache,

- Procéder à l'[examen de la peau](#)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Explorer les connaissances de la personne sur les [effets de l'exposition](#) au soleil sur la peau et sur les [moyens de se protéger](#) et compléter l'information au besoin

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

- | | |
|----------------------------------|--|
| ☐ IPSPL | ▪ Personnes ayant une lésion cutanée suspecte |
| ☐ Médecin | ▪ Personnes ayant des antécédents familiaux de mélanome et ayant besoin d'un suivi (examen périodique de la peau) ou d'un counseling |

Suivi assuré par l'infirmière

(ne s'applique pas)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- PAGES WEB. *Portail santé mieux-être - Se protéger du soleil et des rayons UV*. Gouvernement du Québec; 2014.
<http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/se-protger-du-soleil-et-des-rayons-uv/>
- PAGES WEB. *Cancer de la peau* (photos de diverses formes de cancer). Association canadienne de dermatologie; 2014.
<http://www.dermatology.ca/fr/peau-cheveux-ongles/la-peau/cancer-de-la-peau/>

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- PAGES WEB. *Cancer de la peau* (photos de diverses formes de cancer). Association canadienne de dermatologie; 2014.
<http://www.dermatology.ca/fr/peau-cheveux-ongles/la-peau/cancer-de-la-peau/>
- PAGES WEB. *Cancer de la peau autre que mélanome*. Société canadienne du cancer; 2014.
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/skin-non-melanoma/overview/?region=qc>
- PAGES WEB. *Mélanome*. Société canadienne du cancer; 2014.
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/skin-melanoma/overview/?region=qc>
- PAGES WEB. *Soleil et rayons UV*. MSSS; 2014.
<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/environnement/index.php?soleil-et-rayons-uv>
- PAGES WEB. *Portail santé mieux-être - Se protéger du soleil et des rayons UV*. Gouvernement du Québec; 2014.
<http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/se-protger-du-soleil-et-des-rayons-uv/>
- ÉNONCÉ DE POSITION. Association des dermatologistes du Québec. Énoncé de position de l'Association des dermatologistes du Québec sur le dépistage des cancers cutanés par les omnipraticiens lors de l'examen médical périodique, 2012. p. 1-4.
http://www.adq.org/doc_publicue/Enonce_de_position_ADQ.pdf

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Cancer de la peau

- Caractéristique du cancer de la peau :
 - Deux grands types de cancer de la peau :
 - Cancers autres que les mélanomes (qui regroupent principalement les carcinomes basocellulaires et les carcinomes spinocellulaires)
 - Mélanomes
- Cancers autres que les mélanomes :
 - Ont peu ou pas tendance à se propager aux autres organes
 - La taille et l'emplacement de la tumeur, la différenciation des tissus influencent le pronostic
- Mélanomes :
 - Prennent naissance au niveau des mélanocytes (le plus souvent au niveau de la peau; très rarement au niveau des muqueuses, par exemple de la bouche ou du vagin)
 - Peuvent demeurer in situ (demeurer confinés à leur emplacement d'origine), envahir les tissus cutanés voisins ou se propager à distance (ganglions, poumons). Le degré « d'expansion » de la tumeur sert à déterminer le stade du cancer et est un facteur important dans le pronostic

- Facteurs de risque du cancer de la peau :
 - Histoire familiale de mélanome
 - Histoire personnelle de carcinomes cutanés ou de mélanome
 - Personnes avec des évidences de dommages solaires (ex. kératose actinique)
 - Personnes blondes ou rousses, aux yeux bleus, ou avec des taches de rousseur
 - Personnes qui ont plusieurs naevi, particulièrement s'ils sont atypiques
 - Personnes ayant (ou ayant eu) une exposition solaire intermittente (mélanome) et chronique (carcinomes), notamment celles qui :
 - Fréquentent ou ont fréquenté les salons de bronzage
 - Ont un travail ou font des activités de loisirs à l'extérieur
 - Ont reçu des traitements de photothérapie
 - Personnes immunosupprimées

Examen de la peau

- Rechercher les signes de lésions cutanées suspectes :
 - Signes de présentation des carcinomes cutanés :
 - Papule, plaque ou nodule, rosé à érythémateux, ulcéré, croûteux
 - Hyperkératosique (carcinome spinocellulaire)
 - Perlé avec des télangiectasies (carcinome basocellulaire)
 - Signe important : **qui ne guérit pas**
 - Signes de présentation du mélanome (ABCDE) :
 - Macule, papule, tache, plaque ou nodule, brunâtre ou noirâtre, **Asymétrique**
 - **Bordure** irrégulière
 - **Couleur** hétérogène
 - **Diamètre** augmente avec le temps et/ou
 - **Qui a Évolué**
- Voir les photos de diverses formes de cancer de la peau à la page Web *Cancer de la peau*, Association canadienne de dermatologie (voir le lien dans Ressources utiles pour l'infirmière)
- Les zones où on doit porter une attention particulière, puisque ce sont à ces sites que les mélanomes se retrouvent le plus souvent, sont : le dos chez les hommes de 50 ans et plus et les membres inférieurs chez les femmes

Effets de l'exposition du soleil sur la peau

- Une exposition répétée et excessive aux rayons ultra-violets du soleil peut :
 - Endommager la peau - érythème (exposition aiguë); dégénérescence des tissus (vieillesse prématurée de la peau, photodermatoses et kératoses actiniques)
 - Causer des lésions aux yeux (cataractes)
 - Augmenter le risque de cancer de la peau
- Les personnes à la peau pâle, aux yeux bleus ou ayant des cheveux blonds ou roux sont plus sensibles aux rayons ultraviolets et donc plus à risque de subir des dommages après avoir été exposées à ces rayons

Counseling sur l'exposition au soleil et la protection solaire

Principaux messages

- Le bronzage est un signe que la peau a subi des dommages
- Afin de réduire les risques liés à une exposition au soleil, il est conseillé de :
 - Éviter de se faire bronzer (au soleil ou sous des lampes de bronzage)
 - Rester à l'ombre le plus possible
 - Appliquer adéquatement une crème solaire et un baume pour les lèvres, FPS 30 ou plus, si l'exposition ne peut être évitée
 - Porter des vêtements et un chapeau protecteurs
 - Porter des lunettes de soleil, idéalement qui filtrent totalement (99 à 100 %) les rayons UVA et UVB
 - Éviter de s'exposer au soleil sans protection entre 10h et 16h (moment où l'intensité des rayons est la plus élevée)
 - Ne pas oublier de se protéger lors de la pratique de sport d'hiver
 - Prendre garde à certains médicaments qui peuvent rendre la peau plus sensible (porter attention aux consignes formulées par le pharmacien à cet effet)
 - S'assurer que les enfants sont bien protégés
- En cas de lésion cutanée, les signes à surveiller par le patient sont :
 - Toute modification de la forme, de la couleur ou de la taille d'une tache de naissance ou d'un grain de beauté
 - Taches qui paraissent différentes des autres ou même dont la sensation est différente, qui évoluent différemment des autres grains de beauté
 - Toute nouvelle excroissance sur la peau, nodules, croûtes, plaques, **qui ne guérit pas** (saigne, suinte, ect.)



Immunisation

Le *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ) est l'outil par excellence pour tous les professionnels de la santé qui administrent des vaccins dans la province. Il a préséance sur les monographies. Il peut être consulté à l'adresse suivante :

http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq_complet.pdf

Il est important de vérifier chaque mise à jour.

Il existe un certain nombre de vaccins que doivent recevoir tous les adultes. L'administration d'autres vaccins doit par ailleurs être adaptée, dans chaque cas, au risque inhérent au travail, aux voyages à l'étranger, aux maladies sous-jacentes, au mode de vie et à l'âge.

Le bilan de santé ne couvre pas les indications particulières d'immunisation pour les personnes souffrant de maladies chroniques diagnostiquées, pour une situation d'emploi ou de stage (travailleurs de la santé), ou de voyage.

ALGORITHME : Prévention des maladies infectieuses évitables par la vaccination

Le bilan s'adresse ici aux adultes en bonne santé, sans maladies préétablies, non-enceintes, et ne couvre pas les indications d'immunisation pour une situation d'emploi, de stage ou de voyage

L'infirmière s'informe du statut vaccinal de tous les adultes :

1. « Au meilleur de vos connaissances, avez-vous reçu tous vos vaccins de base? » (vérification du carnet si disponible)

OUI

NON ou
ne sait pas

- Donner les informations de base sur la vaccination souhaitable
- Diriger vers CSSS
- Diriger vers une clinique médicale ou de santé-voyage si le vaccin est payant

2. Y a-t-il lieu de donner une dose de rappel d'un vaccin ou un vaccin pour une situation spécifique?

Prévoir le **vaccin dcaT** : Une dose du composant contre la coqueluche doit être donnée à toute personne ne l'ayant pas reçue à l'âge adulte. L'intervalle à respecter est de 10 ans depuis la dose du composant coqueluche reçue à l'adolescence, le cas échéant. Puis prévoir le **vaccin dt** tous les 10 ans.

Homme et Femme
(F) de 18 à 26 ans F
de 27 à 45 ans à
risque d'ITSS

Femme en
âge de
procréer

Homme et
Femme de
18 à 50 ans

Homme et
Femme nés
après 1970

Homme et
Femme
50 ans

Homme et
Femme
60 ans et +

Contacts domiciliaires de
malades chroniques,
parents d'enfants âgés de
moins de 24 mois, tout
individu avec de
nombreux contacts avec
ces groupes (travail ou
activités)

HARSAH et
utilisateurs
de drogues

Personnes qui ont eu récemment
une ITS et
personnes
qui ont
plusieurs
partenaires
sexuels

Vaccin contre
le papillome
humain VPH (\$)

Rubéole (sauf si
preuve vaccinale ou
sérologie positive)
Varicelle si la personne
est réceptive (sauf
anamnèse, preuve
vaccinale ou sérologie
positive)

Varicelle si la
personne est
réceptive (sauf
anamnèse,
preuve vaccinale ou
sérologie
positive)

**Rougeole
Oreillons**

**Diphtérie et
tétanos** à mettre à
jour si non reçu
depuis 10 ans
Zona (\$) à
envisager si
personne réceptive
à varicelle

Influenza
(annuellement)
Zona (\$)

Influenza
(annuellement)

**Hépatite A
Hépatite B
Pneumocoque
Influenza**
(annuellement)

Hépatite B

Selon les milieux cliniques, l'infirmière peut procéder à la vaccination lorsque celle-ci est possible ou diriger la personne à son CSSS (équipe de vaccination) ou à une clinique médicale ou de santé-voyage si le vaccin est payant

IMMUNISATION

INTERVENTION CLINIQUE

Contexte

Dans le cadre du bilan de santé, l'immunisation s'adresse à une population adulte, en bonne santé générale. Il ne s'adresse pas aux femmes enceintes.

Il ne couvre pas les indications particulières d'immunisation pour les personnes souffrant de maladies chroniques diagnostiquées, pour une situation d'emploi ou de stage (travailleurs de la santé), ou de voyage.

Évaluer

Voir l'**Algorithme : Prévention des maladies infectieuses évitables par la vaccination**

Chez tous les adultes

- [S'informer du statut vaccinal](#) (idéalement à l'aide du carnet de vaccination – demander à la personne de l'apporter au moment de la prise de rendez-vous)
- Vérifier s'il y a lieu de donner :
 - une dose de rappel d'un vaccin (tétanos)
 - un [vaccin pour une situation spécifique](#)

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

Chez les personnes chez qui une vaccination serait souhaitable :

- Vérifier les connaissances que possède la personne sur la vaccination et compléter, s'il y a lieu, les informations de base
- Informer les adultes concernés que des vaccins peuvent être recommandés selon certaines conditions, certaines circonstances ou selon l'âge
- Informer les personnes en termes clairs des risques et des avantages du ou des vaccins qui seront administrés
- Obtenir un consentement éclairé (que ce soit un accord ou un refus à l'égard de la vaccination)

Initier des mesures thérapeutiques (sans ordonnance collective – dans le cadre d'une activité découlant de la *Loi sur la santé publique*)

Lorsque l'infirmière procède à l'immunisation dans le cadre du bilan de santé :

- Administrer le(s) vaccin(s) selon les indications et les directives contenues dans le Protocole d'immunisation du Québec – PIQ
- Consigner toutes les données sur la vaccination de façon exacte et complète

Guider vers des services

☐ CSSS (équipe de vaccination)	Personnes chez qui un vaccin couvert par le Programme québécois d'immunisation est indiqué (dans les situations où l'infirmière ne procède pas à la vaccination)
☐ Clinique médicale ☐ Clinique santé-voyage	Personnes chez qui un vaccin non couvert par le programme québécois d'immunisation est indiqué

Suivi assuré par l'infirmière

- Assurer le suivi selon les recommandations du PIQ (si l'infirmière procède à la vaccination)
- Signaler de façon rapide et exhaustive les manifestations cliniques graves ou inhabituelles pouvant être liées à la vaccination conformément aux exigences de la *Loi sur la santé publique*

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- Il est recommandé de vérifier le statut vaccinal à l'égard de la rubéole et la varicelle et de procéder, le cas échéant, à la vaccination contre ces agents infectieux chez les femmes en âge de procréer afin de prévenir une infection par le virus de la rubéole ou de la varicelle chez une femme enceinte et ses conséquences négatives associées (voir **Prévention périconceptionnelle**)
- Le partage de matériel lors de la consommation de drogues par injection ou par inhalation est un facteur de risque à considérer dans l'immunisation contre l'hépatite A et l'hépatite B (voir **Alcool et drogues** et **ITSS**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

[Liste des Cliniques santé-voyage de la région de Montréal](#)

Clinique Santé-Voyage St-Luc de la fondation du CHUM

1001, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 3H9

Téléphone : 514 890-8332

Télécopieur : 514 412-7309

Site internet : www.santevoyage.com

Clinique Santé-Voyage CSSS de l'Ouest-de-l'Île, CLSC de Pierrefonds

13 800, boul. Gouin Ouest, Pierrefonds (Québec) H8Z 3H6

Téléphone : 514 630-2225, poste 1709

Site internet : www.csssouestdelile.qc.ca

Clinique Santé-Voyage de Montréal

6865, rue Sherbrooke Est, 2^e étage (angle Haig), Montréal (Québec) H1N 1C7

Téléphone : 514 252-3890

Télécopieur : 514 252-1370

Site internet : www.vaccin.ca

Centre des maladies tropicales de l'Université McGill, Hôpital général de Montréal,

1650, av. Cedar, Pavillon L, 10^e étage, salle 509, Montréal (Québec) H3G 1A4

Téléphone : 514 934-8049

Télécopieur : 514 934-8529

Site internet : www.muhc.ca

Clinique Santé-Voyage Médisys

500, rue Sherbrooke Ouest, 11^e étage, Montréal (Québec) H3A 3C6

Téléphone : 514 845-1211 et 1-800-499-1394

Télécopieur : 514 252-1370

Site internet : www.medisys.ca

Clinique du Voyageur du Grand Montréal

1055, Côte du Beaver Hall, suite 301, Montréal (Québec) H2Z 1S5

Téléphone : 514 360-1102 ou sans frais : 855 551-9859

Clinique Santé-Voyage de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

1575, boul. Henri-Bourassa Ouest, 2^e étage, Montréal (Québec) H3M 3A9

Téléphone : 514 338-3169 (seulement le mardi en 2013-2014)

Clinique Santé-Voyage Plexo (D' Landry)

6100, av. du Boisé, 2^e étage, Montréal (Québec) H3S 2W1

Téléphone : 514 739-5646, poste 2

Site internet : www.plexo.ca

Note : Il peut exister d'autres cliniques qui offrent la vaccination pré-voyage et les conseils préventifs appropriés

- PAGES WEB. *Vaccination - Foire aux questions* (informations détaillées sur la vaccination et les vaccins). MSSS; 2014.

http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?foire_aux_questions

Formations suggérées à l'infirmière

- L'infirmière et la vaccination : vers une pratique vaccinale optimale :
 - Voir site de l'OIIQ
- Immunologie de la vaccination : au-delà de la réponse immunitaire
 - Voir site de l'OIIQ
- Formation de base en ligne sur l'immunisation (organisée par l'INSPQ)
 - Voir site de l'OIIQ

Ressources utiles à l'infirmière

- LIGNES DIRECTRICES. Ministère de la santé et des services sociaux. *Protocole d'Immunisation du Québec*. Gouvernement du Québec; 2013, mise à jour 2014. p. 1-505.
http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq_complet.pdf
- FICHE. *Fiche indicative à l'intention des médecins concernant la vaccination gratuite contre l'influenza et contre les infections à pneumocoque*. MSSS; 2014.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-278-26F.pdf>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

- Les cliniciens ont un rôle important à jouer pour améliorer la couverture vaccinale chez les adultes en :
 - Profitant de toutes les consultations cliniques pour s'enquérir du statut vaccinal des personnes et, au besoin, les vacciner ou les informer des vaccins qu'il serait souhaitable qu'elles reçoivent (que ces vaccins fassent partie ou non des programmes soutenus financièrement par le MSSS)
 - Ne reportant ou en n'omettant la vaccination qu'en présence de contre-indications réelles
 - Administrant toutes les doses vaccinales auxquelles la personne est admissible à chaque consultation
 - Informant les personnes en termes clairs des risques et des avantages du vaccin qui sera administré

S'informer du statut vaccinal de tous les adultes

Recommandations pour l'immunisation des personnes qui ne peuvent pas prouver leur statut vaccinal (PIQ, Chapitre 9, section 9.11, p.208)

- En général, une preuve écrite n'est pas nécessaire pour confirmer le statut vaccinal d'un adulte
- Les éléments suivants peuvent aider à connaître le statut vaccinal d'une personne :
 - Une histoire antérieure de vaccination
 - L'âge de la personne
 - La date d'introduction des vaccins au Québec (voir le chapitre 4, *Programmes et noms commerciaux des vaccins*)
 - Les histoires antérieures de maladies ou de consultations pour une blessure
 - Le souvenir des parents
- Si l'on a de bonnes raisons de croire que la primovaccination a été complétée, on administre des injections de rappel, s'il y a lieu. Dans le cas contraire, on peut entreprendre la vaccination selon le calendrier adapté pour les personnes âgées de 18 ans et plus
- Les vaccins contre la rougeole, la rubéole, les oreillons, la polio, Hib, l'hépatite B et la grippe peuvent être administrés sans problème, car il a été prouvé que l'administration répétée de ces vaccins ne provoque pas d'effets indésirables
- Les personnes qui ont fait une réaction locale importante (ex. : phénomène d'Arthus) à la vaccination primaire avec les vaccins comprenant les composants diphtérique et tétanique devraient faire l'objet d'une évaluation individuelle avant de recevoir une nouvelle dose de ces vaccins
- Si le dossier antérieur de vaccination contre le pneumocoque n'est pas disponible et que la personne ignore son statut vaccinal, le vaccin polysaccharidique peut être administré lorsque la vaccination est indiquée
- Au moment de la vérification du statut vaccinal, une personne âgée de 18 ans ou plus est considérée comme adéquatement vaccinée si elle a reçu - (voir PIQ, Chapitre 9, section 9.7.1, p.202) :

Diphtérie-tétanos	4 doses de vaccins contenant les composants diphtérique et tétanique, dont 1 à l'âge de 4 ans ou plus si la 1 ^{re} dose a été administrée avant l'âge de 4 ans OU 3 doses de vaccins contenant les composants diphtérique et tétanique si la 1 ^{re} dose a été administrée à l'âge de 4 ans ou plus ET 1 dose de rappel dans les 10 dernières années
Coqueluche	1 dose de dcaT à l'âge adulte – l'intervalle doit être 10 ans depuis la dose du composant coqueluche reçue à l'adolescence (voir la section 10.1.2, p.233)
Polio (VPI ou VPO)	La vaccination systématique des adultes (18 ans et plus) n'est pas nécessaire au Canada (voir la section 10.1.3)
Rougeole-rubéole-oreillons-varicelle	Voir indications ci-dessous et les sections 10.2.1, 10.2.2 et 10.2.3
Influenza (en saison)	1 dose annuellement pour les personnes âgées de 60 ans et plus
Pneumocoque	1 dose unique du vaccin polysaccharidique pour les personnes âgées de 65 ans et plus

- Si la vaccination de base n'est pas complétée : entreprendre la vaccination selon le calendrier adapté pour les personnes âgées de 18 ans et plus

Calendrier pour amorcer la vaccination des personnes âgées de 18 ans et plus à la 1^{re} visite

(PIQ, chapitre 9, section 9.6, p.198)

Moment propice à l'immunisation	Vaccins
1 ^{re} visite ^{(1) (2)}	dcaT
4 semaines à 2 mois après la 1 ^{re} visite	dT
6 à 12 mois après la 2 ^e visite	dT ⁽³⁾
50 ans	dT ⁽⁴⁾
60 ans	Inf ⁽⁵⁾
65 ans	Pneu-P-23

⁽¹⁾ La vaccination contre la poliomyélite ne devrait être offerte qu'à certains groupes d'adultes (voir la section 10.1.3)

⁽²⁾ La vaccination contre la **rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle** devrait être offerte à certains groupes d'adultes (voir la section 10.2). Utiliser le vaccin RRO-Var pour les personnes réceptives à la varicelle et à au moins 1 des 3 autres maladies. Sinon, utiliser le RRO

⁽³⁾ Par la suite, rappel de dT tous les 10 ans

⁽⁴⁾ Comme la majorité des adultes ne reçoivent pas leur rappel de dT tous les 10 ans, il est recommandé, à cet âge, de mettre à jour le statut vaccinal

⁽⁵⁾ Administrer ce vaccin annuellement

- Si l'on a de bonnes raisons de croire que la primovaccination a été complétée : administrer les injections de rappel s'il y a lieu :
 - Prévoir **dcaT** - une dose du composant contre la coqueluche doit être donnée à toute personne ne l'ayant pas reçue à l'âge adulte. L'intervalle à respecter est de 10 ans depuis la dose du composant coqueluche reçue à l'adolescence, le cas échéant
 - Puis **dT** à tous les 10 ans (comme la majorité des adultes ne reçoivent pas leur rappel de dT tous les 10 ans, il est recommandé de mettre à jour le statut vaccinal à l'âge de 50 ans)
 - Les personnes qui ont fait une réaction locale importante (ex. : phénomène d'Arthus) à la vaccination primaire avec les vaccins comprenant les composants diphtérique et tétanique devraient faire l'objet d'une évaluation individuelle avant de recevoir une nouvelle dose de ces vaccins

Indications spécifiques, chez l'adulte, selon certaines conditions, certaines circonstances, ou selon l'âge

(voir **Algorithme : Prévention des maladies infectieuses évitables par la vaccination**)

VPH :

- La vaccination est indiquée chez :
 - Femmes âgées de 18 à 45 ans (Gardasil ou Cervarix)
 - Hommes âgés de 18 à 26 ans (Gardasil)
- La vaccination est gratuite chez les femmes et les hommes âgés de 18 à 26 ans immunodéprimés ou infectés par le VIH
- Idéalement, la vaccination devrait être offerte avant le début des activités sexuelles. Le vaccin peut être administré même si la personne a déjà contracté une infection au VPH (il existe plusieurs souches et l'immunité est spécifique à la souche)

Rubéole :

- Sont considérées comme protégées, les personnes qui :
 - Ont la preuve écrite qu'elles ont reçu une dose du vaccin (même si sérologie négative)
 - Ont une sérologie positive (titre ≥ 10 UI/ml)
- Des antécédents de rubéole ne sont pas un indicateur fiable d'immunité
- Il n'est pas indiqué de procéder à une sérologie avant de vacciner contre la rubéole (dans le doute, on peut administrer le vaccin)
- L'objectif de la vaccination contre la rubéole est de prévenir l'infection durant la grossesse (voir **Prévention périconceptionnelle**). Il faut donc porter une attention particulière à vacciner les femmes en âge de procréer, non enceintes, et non protégées contre la rubéole

Rougeole :

- Sont considérées comme protégées les personnes qui :
 - Sont nées avant 1970
 - Sont nées entre 1970 et 1979 et ont reçu 1 dose du vaccin* (sauf les stagiaires et le personnel de la santé, recrues militaires, ainsi que les voyageurs chez qui 2 doses sont requises, intervalle de 4 semaines)
 - Sont nées depuis 1980 et ont reçu 2 doses du vaccin, intervalle de 4 semaines*
 - Ont une sérologie positive
 - Ont une attestation médicale confirmant qu'elles ont eu la rougeole avant 1^{er} janvier 1996 (après cette date, tous les cas de rougeole diagnostiqués doivent être confirmés par une sérologie, une recherche virale ou la présence de manifestations cliniques compatibles et d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé)

*Preuve écrite; vaccin vivant à partir de l'âge d'un an

- La vaccination est indiquée chez les adultes nés après 1970

Varicelle :

- Sont considérées comme protégées, les personnes qui :
 - Ont une histoire de varicelle à partir de l'âge d'un an ou de zona peu importe l'âge
 - Ont une sérologie positive
 - Ont une preuve écrite qu'elles ont reçu le nombre requis de doses selon l'âge (1 dose chez les 1 à 12 ans; 2 doses chez les 13 ans et +)
- Si l'histoire est négative ou douteuse, il est généralement indiqué de faire une sérologie avant d'administrer le vaccin chez les adultes (car l'immunité contre cette infection peut être démontrée chez 70 à 95 % de ces personnes; sauf chez les adultes originaires des pays tropicaux où cette immunité est moindre)
- On peut toutefois vacciner sans danger une personne qui possède déjà des anticorps contre la varicelle. La vaccination est indiquée chez les adultes réceptifs, âgés de 18 à 50 ans (à partir de l'âge de 50 ans, il est préférable de donner le vaccin contre le zona). Le vaccin contre la varicelle est offert gratuitement
- Porter une attention particulière à vacciner les personnes suivantes :
 - Femmes en âge de procréer et leur entourage (voir **Prévention périconceptionnelle**)
 - Immigrants et réfugiés issus de pays tropicaux (moins protégés de façon naturelle)
- Le vaccin contre la varicelle n'est pas indiqué pour prévenir le zona

Zona :

- Le vaccin contre le zona est indiqué pour les personnes âgées de 60 ans ou plus, chez qui le zona est plus fréquent et plus grave
 - Il peut être administré dès l'âge de 50 ans quoiqu'il y ait moins d'expérience en ce qui concerne la vaccination contre le zona chez les personnes âgées entre 50 et 60 ans
 - À compter de 50 ans, préférer ce vaccin-ci plutôt que le vaccin contre la varicelle pour les adultes non protégés contre la varicelle

- On peut vacciner une personne contre le zona indépendamment de ses antécédents de varicelle ou de vaccination contre la varicelle
- Il n'y a pas encore de programme gratuit de vaccination contre le zona

Influenza :

- Vacciner annuellement les personnes suivantes :
 - Les personnes âgées de 60 ans et plus
 - Les contacts domiciliaires de malades chroniques, parents d'enfants âgés de moins de 24 mois, tout individu avec de nombreux contacts avec ces groupes (travail ou activités)

Pneumocoque :

- Donner une dose du vaccin polysaccharidique 23 valent (Pneumovax 23) aux personnes de 65 ans ou plus

Hépatite B :

- La vaccination est indiquée (principales indications pour le bilan; pour les indications complètes, voir PIQ, section 10.4.2) chez les :
 - Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)
 - Personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels
 - Personnes qui ont eu récemment une infection transmissible sexuellement et leurs partenaires sexuels
 - Utilisateurs de drogues par injection
 - Les utilisateurs de drogues dures par inhalation (ex. crack, cocaïne) qui partagent leur matériel de consommation (ex. paille, cuillère)
 - Personnes qui ont des contacts sexuels ou qui vivent avec un porteur du virus de l'hépatite B ou avec un cas d'hépatite B aiguë

Hépatite A :

- La vaccination est indiquée (principales indications pour le bilan; pour les indications complètes, voir PIQ, section 10.4.1) chez les :
 - Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)
 - Utilisateurs de drogues illicites par voie orale, par inhalation ou par injection dans des conditions non hygiéniques
 - Personnes faisant partie des communautés dans lesquelles surviennent des éclosions d'hépatite A (ex. la communauté hassidique) ou dans lesquelles l'hépatite A est endémique (pour connaître les régions où l'hépatite A est endémique consulter le Guide d'intervention santé-voyage de l'INSPQ à : <http://www.inspq.qc.ca/sante-des-voyageurs/ccqsv>)

Programme québécois d'immunisation

- Le *Programme québécois d'immunisation* est constitué de divers programmes de vaccination, gratuits et volontaires, visant la prévention de maladies spécifiques. La vaccination n'est pas obligatoire au Québec mais fortement recommandée
- Dans le PIQ (Chapitre 3, section 3.6.1, p. 92), dans les sections spécifiques des vaccins, des lettres accompagnent les indications. Ces lettres correspondent à différentes recommandations de vaccination

Lettres correspondant aux différentes recommandations de vaccination

Lettre	Signification	Contexte	Action
G	Gratuit Vaccin soutenu financièrement par le Ministère	Vaccin inclus dans un programme de vaccination	Le vaccinateur doit recommander le vaccin selon les indications
R	Recommandé Vaccin recommandé par un organisme consultatif canadien en vaccination (CCNI ou CIQ*)	Vaccin non soutenu financièrement par le Ministère Peut être financé par d'autres instances (ex. : CSST, employeur)	Le vaccinateur doit informer les personnes visées , sur une base individuelle
A	Autorisé Vaccin autorisé à être administré selon les indications de la monographie inscrites dans le PIQ	Vaccin homologué, mais n'ayant pas fait l'objet de recommandation par un organisme consultatif canadien en vaccination	Le vaccinateur peut informer les personnes visées

* Lorsque les recommandations sont différentes (entre celles du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) et celles du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ), la recommandation du CIQ a prépondérance



Traumatismes liés aux chutes

La prévention des traumatismes liés aux chutes regroupe trois axes d'intervention :

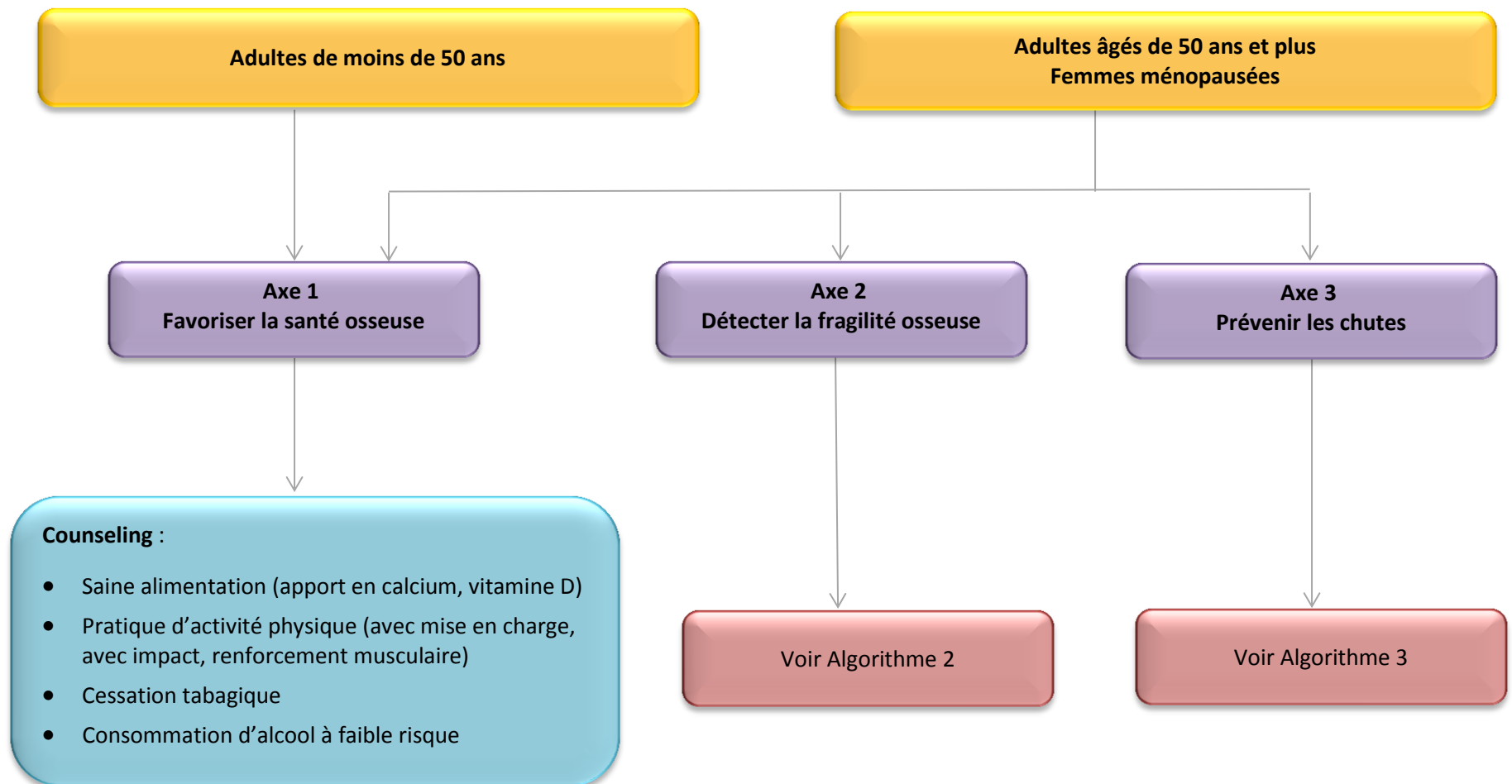
1. Favoriser la santé osseuse
2. Détecter la fragilité osseuse
3. Prévenir les chutes

Les interventions concernent principalement les personnes âgées de 50 ans et plus, exception faite des mesures visant à favoriser la santé osseuse qui touchent les adultes de tout âge. Les algorithmes 1, 2 et 3 illustrent les trois axes d'intervention.

Le bilan de santé s'adresse à une population adulte générale, vivant à domicile, sans conditions associées à un risque accru de déminéralisation telles que la prise prolongée de glucocorticoïdes, l'hyperparathyroïdie, l'arthrite rhumatoïde, un syndrome de malabsorption, une immobilisation prolongée, etc. Le suivi de ces conditions comprend un ensemble de mesures, diagnostiques et thérapeutiques, qui débordent le cadre du bilan de santé.

ALGORITHME 1 : Approche intégrée en prévention des traumatismes liés aux chutes

Dans le cadre du bilan de santé, la prévention des traumatismes liés aux chutes s'adresse à la population générale vivant à domicile, sans diagnostic d'ostéoporose et excluant les personnes ayant un risque accru de déminéralisation osseuse tel que la prise prolongée de glucocorticoïdes, l'hyperparathyroïdie, la polyarthrite rhumatoïde, une malabsorption, etc.





TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES

Santé osseuse

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

- Chez tous les adultes, vérifier :
 - [Apport en calcium](#) et en [vitamine D](#)
 - Prise de suppléments en calcium, en vitamine D ou multivitamines
 - [Pratique d'activité physique](#) – exercices de renforcement musculaire, avec mise en charge et avec impact
 - Statut tabagique
 - Consommation d'alcool

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Counseling, s'il y a lieu, au sujet de :
 - Apport en calcium et en vitamine D requis pour combler les besoins nutritionnels selon l'âge et le sexe
 - Pratique d'activité physique
 - Cessation tabagique
 - Consommation d'alcool à faible risque

Initier des mesures thérapeutiques (sans ordonnance collective)

- ☐ [Supplément de calcium](#) sous forme de carbonate ou de citrate qui n'excède pas 500 mg par jour de calcium élémentaire

Ajuster la dose des suppléments de manière à combler les besoins nutritionnels selon l'âge et le sexe

([Considérer y ajouter un supplément de vitamine D](#))

Conditions :

- Adultes dont l'alimentation ne parvient pas à combler les besoins nutritionnels en calcium

Contre-indications :

- Allergie au supplément de calcium
- Insuffisance rénale
- Hypercalcémie, hypercalciurie
- Prise de diurétiques de types thiazidiques
- Constipation chronique
- Sarcoïdose

☐ <u>Supplément de vitamine D₃</u> (400 à 800 UI par jour) Ajuster la dose des suppléments de manière à combler les besoins nutritionnels selon l'âge et le sexe (Avec ou sans supplément calcique selon les individus; S'assurer que l'apport en calcium est suffisant lorsqu'on suggère la prise d'un supplément de vitamine D)	Conditions : ▪ Adultes dont l'apport quotidien n'est pas suffisant pour combler les besoins nutritionnels en vitamine D Contre-indications : ▪ Allergie au supplément de vitamine D ▪ Lithiase urinaire ▪ Hypercalcémie ou hypercalciurie
Guider vers des services	
☐ Pharmacien	Les personnes ayant besoin d'un supplément de calcium ou de vitamine D
☐ Centre d'éducation pour la santé ☐ Centre d'abandon du tabagisme ☐ Services de réadaptation ou d'aide (consommation nocive d'alcool)	Les personnes ayant besoin d'un soutien pour changer une habitude de vie (Voir Habitudes de vie)
Suivi assuré par l'infirmière	
▪ Offrir, le cas échéant, un rendez-vous de suivi, notamment pour prodiguer des conseils appropriés en matière de maintien et adoption de saines habitudes de vie	
Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé	
▪ La santé osseuse est associée à diverses habitudes de vie : alimentation (aliments riches en calcium et en vitamine D); activité physique (pratique d'activité avec mise en charge et avec impact; renforcement musculaire); absence de tabagisme; consommation d'alcool à faible risque (voir Habitudes de vie)	

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- PAGES WEB. *L'ostéoporose d'un coup d'œil* (informations sur l'ostéoporose : nutrition, activité physique, diagnostic, traitement). Ostéoporose Canada; 2014.
<http://www.osteoporosecanada.ca/osteoporose-et-vous>
- PAGES WEB. *Osteoporosis at-a-glance*. Osteoporosis Canada.
<http://www.osteoporosis.ca/osteoporosis-and-you>
- PAGES WEB. *Activités et loisirs - Mise en forme* (information sur la mise en forme pour les personnes âgées de plus de 50 ans). Réseau FADOC - Fédération de l'Âge d'Or du Québec.
<http://www.fadoq.ca/fr/Activites-et-loisirs/Mise-en-forme/>

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- OUTIL CLINIQUE. *Calculatrice de calcium*. Ostéoporose Canada; 2014.
<http://www.osteoporosecanada.ca/osteoporose-et-vous/la-nutrition/calculiez-votre-apport-en-calcium>

- PAGES WEB. *Les ressources pour les professionnels de la santé sur l'ostéoporose*. Ostéoporose Canada; 2014. <http://www.osteoporosecanada.ca/les-professionnels-de-la-sante/les-ressources-pour-les-professionnels-de-la-sante>
- AVIS SCIENTIFIQUE. Blanchet C et coll. *Activité physique et santé osseuse. Avis du Comité scientifique de Kino-Québec*. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport; 2008. p. 1-40. <http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/santeosseuse.pdf>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Apport en calcium

- Besoins nutritionnels quotidiens :
 - Adultes de 19 à 50 ans et les hommes de 51 à 70 ans : 1000 mg
 - Femmes de 51 à 70 ans et adultes > 70 ans : 1200 mg
- Sources principales de calcium : produits laitiers (lait, yogourt, fromage) et boissons enrichies de calcium (soya, jus); poissons en conserve avec arêtes molles (saumon, sardine); noix et légumineuses sont une source de moindre quantité en calcium
- Règle générale, une alimentation variée avec 2 portions de produits laitiers (ou boissons enrichies de calcium) comble les besoins nutritionnels quotidiens de la plupart des adultes

Supplément de calcium

- L'apport en calcium devrait idéalement provenir de l'alimentation
- Suggérer les suppléments de calcium à base de carbonate ou de citrate
- Considérer la quantité de calcium élémentaire contenu dans le supplément pour déterminer la dose
- Prise d'un supplément calcique
 - Ne pas prendre plus d'un comprimé à la fois
 - Prendre le carbonate de calcium avant ou après les repas (meilleure absorption). Le citrate de calcium peut être pris n'importe quand dans la journée
 - Prendre le calcium avec beaucoup d'eau
 - Il existe plusieurs formes (comprimé, comprimé à croquer ou effervescent)
 - Les multivitamines ne contiennent pas suffisamment de calcium
- Principaux effets secondaires
 - Maux d'estomac, nausées, constipation
- Considérer l'ajout d'un supplément de vitamine D s'il y a prise d'un supplément calcique :
 - Les sources alimentaires en calcium et en vitamine D sont semblables. Les besoins nutritionnels en vitamine D sont plus difficiles à combler que ceux en calcium. Par conséquent, un apport alimentaire insuffisant en calcium s'accompagne généralement d'un apport alimentaire insuffisant en vitamine D. La synthèse de vitamine D secondaire à l'exposition au soleil peut parfois compléter l'apport alimentaire chez certaines personnes (voir ci-dessous)
 - La vitamine D permet une meilleure absorption intestinale du calcium et diminue son excrétion rénale
 - Risque potentiellement accru d'événements coronariens associé à la supplémentation en calcium (sans ajout de vitamine D)
 - Études relativement peu nombreuses et présentent des failles méthodologiques
 - Association n'a pas été démontrée lors d'une prise combinée d'un supplément de calcium et de vitamine D (ou avec la prise de vitamine D seule)
 - Il peut être prudent d'associer la prise de la vitamine D à la prise d'un supplément calcique jusqu'à ce que d'autres études permettent d'apporter des précisions

Apport en vitamine D

- Besoins nutritionnels quotidiens
 - Adultes 19 à 70 ans : 600 UI
 - Adultes > 70 ans : 800 UI
- Sources principales de vitamine D : Poissons gras (saumon, truite); jaune d'œuf; lait (obligatoirement enrichi); produits dont certains sont enrichis de vitamine D (enrichissement optionnel pour yogourt, jus, boissons de soya – vérifier l'étiquette nutritionnelle)
- Il est difficile de combler les besoins nutritionnels en vitamine D par la seule alimentation; par exemple, une portion de poisson gras et deux portions de produits laitiers fournissent environ 600 UI de vitamine D
- Autre source de vitamine D : transformation du déhydrocholestérol en vitamine D au niveau de la peau suite à l'exposition au soleil. Les besoins nutritionnels ont été établis sans tenir compte de cet apport car il est recommandé d'éviter l'exposition au soleil sans protection pour diminuer le risque de cancer de la peau
- Apport en vitamine D provenant de l'exposition au soleil varie selon :
 - Degré d'exposition au soleil sans protection
 - Âge
 - Couleur de peau
 - Saison (au Canada, l'exposition au soleil ne permet pas une production cutanée de vitamine D en hiver)
- Exposition au soleil de mi-journée, bras et jambes nus, pendant 4-5 minutes, sans écran solaire, procure environ 1000 UI de vitamine D chez un jeune à la peau blanche (exposition plus longue pour obtenir le même apport chez les personnes à peau foncée ou plus âgées)

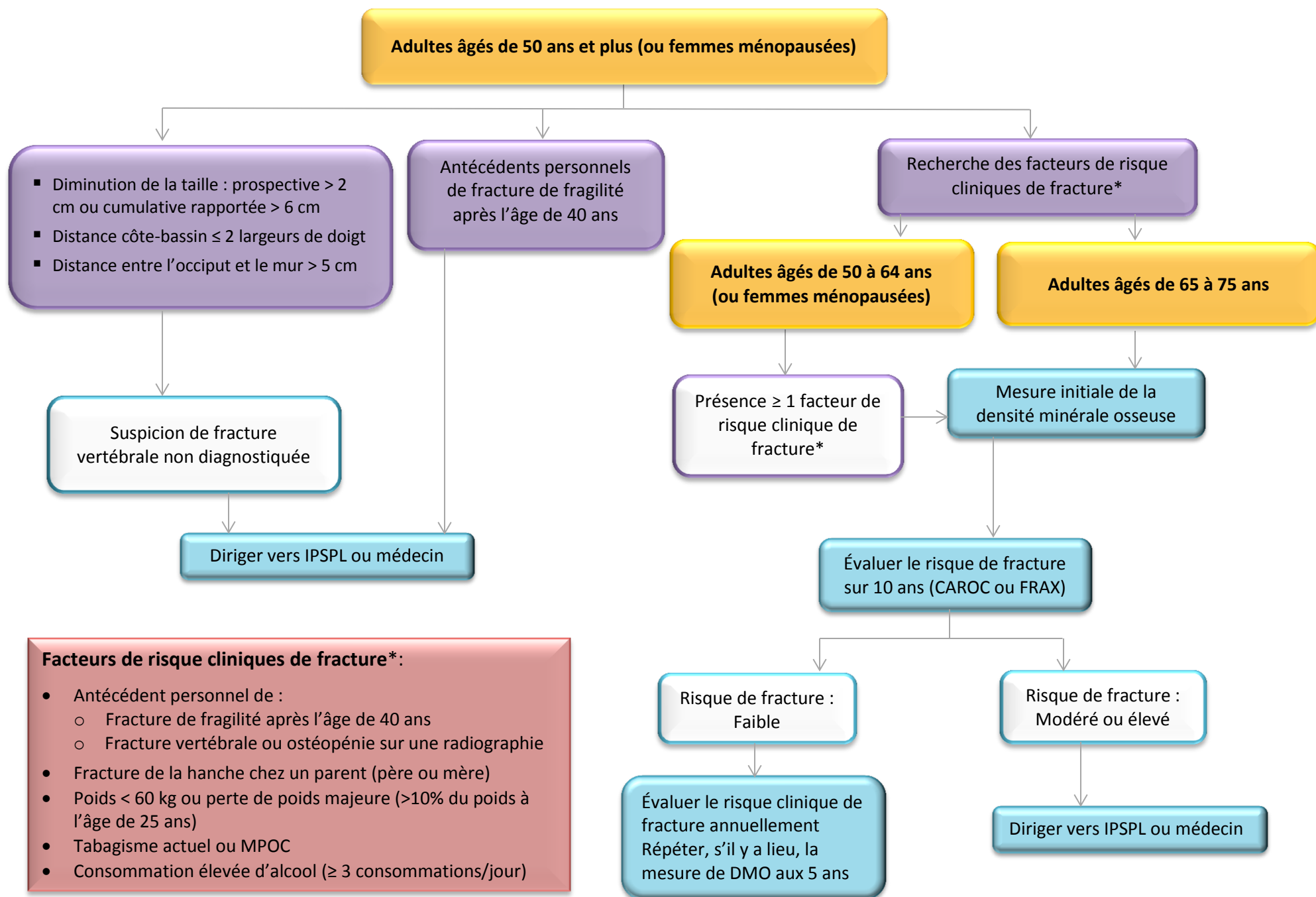
Supplément de vitamine D

- Recommandations quant à la prise de suppléments de vitamine D : elles varient selon les organismes. Les évidences sont contradictoires quant à l'efficacité de la prise d'un supplément de vitamine D, seule ou en association avec un supplément de calcium, pour un objectif de santé autre que celui de favoriser la santé osseuse
- Recommandations dans le bilan : besoins nutritionnels pour la population générale afin de maintenir une santé osseuse. Il est possible que certaines personnes, davantage à risque d'ostéoporose, de déficit en vitamine D ou de fractures de fragilité nécessitent des doses de vitamine D plus élevées
- Rôle principal de la vitamine D : maintenir le calcium sérique à son niveau physiologique. Si l'apport en calcium est inadéquat, la vitamine D va causer une résorption osseuse (l'organisme va chercher le calcium dans la réserve osseuse). D'où l'importance de s'assurer que l'apport en calcium est suffisant lorsqu'on suggère la prise d'un supplément de vitamine D

Pratique d'activité physique

- Les activités physiques qui créent un stress sur l'os augmentent la résistance osseuse. Il est donc suggéré de pratiquer des activités physiques :
 - Avec mise en charge (ex. marche, danse; en comparaison de la natation ou du vélo qui sont des activités où le corps est supporté)
 - Avec impact au sol (sauter, courir, taper du pied, pratiquer des sports tels que tennis, badminton)
 - De renforcement musculaire (lever des poids; travailler avec des bandes extensibles; exercices où le corps agit comme résistance tels que redressement assis, pompes); activités quotidiennes telles que creuser, pelleter, lever et transporter des objets, etc.). Mieux vaut souvent (2 fois/semaine) et de courte durée (une quinzaine de minutes) que rarement et longtemps
- Adapter la pratique d'activité physique selon l'âge et le risque de fracture; par exemple, en présence d'ostéoporose, réduire les activités avec sauts ou à risque élevé de chutes et favoriser les activités permettant de développer agilité, souplesse et équilibre (voir **Chutes**)

ALGORITHME 2 : Prévention des traumatismes liés aux chutes : Détecter la fragilité osseuse (axe 2)





TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES

Fragilité osseuse

INTERVENTION CLINIQUE

Contexte

- Dans le cadre du bilan de santé, le dépistage de la fragilité osseuse ne s'adresse pas aux personnes ayant l'une des caractéristiques suivantes :
 - Diagnostic antérieur d'ostéoporose
 - Présence de conditions pouvant être associées à une perte osseuse rapide ou à un risque accru de fracture telles que : polyarthrite rhumatoïde, hypogonadisme, hyperparathyroïdie primaire, diabète de type 1, ostéogénèse imparfaite, hyperthyroïdie non maîtrisée, maladie de Cushing, malnutrition ou malabsorption chroniques, maladie hépatique chronique, maladies inflammatoires chroniques (ex. maladies inflammatoires de l'intestin)
 - Prise d'une médication pouvant interférer avec la minéralisation osseuse (par ex. glucocorticoïdes, médicaments pour traiter le cancer du sein ou de la prostate)

Guider, le cas échéant, ces personnes vers les ressources appropriées afin qu'elles bénéficient du suivi requis

Évaluer

Cette démarche s'adresse aux personnes âgées ≥ 50 ans et aux femmes ménopausées

- Rechercher annuellement les facteurs de risque d'ostéoporose et de fracture (voir facteurs ci-dessous)

Examiner

- Mesurer annuellement :
 - [Distance côte-bassin](#)
 - [Distance occiput-mur](#)

Initier des mesures diagnostiques (avec ordonnance collective)

☐ Ostéodensitométrie	Indications : ▪ Voir contexte ci-haut ▪ Chez toutes les personnes âgées de 65 à 75 ans n'ayant pas eu de test de dépistage (ostéodensitométrie) depuis au moins 5 ans ▪ Les personnes âgées de 50 à 64 ans et les femmes ménopausées n'ayant pas eu de test de dépistage (ostéodensitométrie) depuis au moins 5 ans et ayant au moins un des facteurs suivants : ○ Antécédents de fracture de fragilité après l'âge de 40 ans ○ Fracture vertébrale ou ostéopénie identifiée sur la radiographie ○ Fracture de la hanche chez un parent (mère ou père) ○ Faible poids corporel (< 60 kg) ou perte de poids majeure (> 10 % du poids corporel à l'âge de 25 ans) ○ Tabagisme actuel ou MPOC ○ Consommation élevée d'alcool (≥ 3 consommations par jour) Contre-indications : ▪ Aucune contre-indication
---	--

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Informer de la [nature du test d'ostéodensitométrie](#) ainsi que sur les indications, les [avantages et les inconvénients du dépistage](#)
- Informer la personne des [consignes pour se préparer à l'examen](#)
- Convenir du mode de communication des résultats

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

☐ IPSPL ☐ Médecin	Diriger la personne dans les situations suivantes ▪ Suspicion d'une fracture vertébrale non diagnostiquée : ○ Diminution de la taille (prospective > 2 cm en 2 ans; cumulative rapportée > 6 cm) ○ Distance côte-bassin ≤ 2 doigts ○ Distance occiput-mur > 5 cm ▪ Antécédent de fracture de fragilité à l'un des sites suivants : bassin, colonne dorsolombaire, hanche, humérus proximal, poignet ▪ Ostéodensitométrie indique la présence d'une ostéoporose ▪ Risque de fracture à 10 ans élevé (> 20 %) calculé à l'aide d'un outil standardisé (FRAX ou CAROC)
--	---

Suivi assuré par l'infirmière

- Calculer le risque de fracture à 10 ans à l'aide d'un outil standardisé ([FRAX](#) ou [CAROC](#)), si non indiqué sur le rapport d'ostéodensitométrie. Diriger la personne en présence d'un risque de fracture élevé (> 20 %)
- Si le résultat de l'ostéodensitométrie est anormal, diriger la personne vers l'IPSPL ou le médecin répondant, selon les ententes établies, afin qu'un diagnostic soit posé et, s'il y a lieu, qu'un traitement soit prescrit

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- Le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et le faible poids corporel sont des facteurs de risque à considérer dans le dépistage de la fragilité osseuse (ostéoporose) chez les personnes âgées de 50 à 64 ans et chez les femmes ménopausées : (voir **Tabagisme**, **Alcool et drogues**, **Excès de poids**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- PAGES WEB. *L'ostéoporose d'un coup d'œil* (informations sur l'ostéoporose : nutrition, activité physique, diagnostic, traitement). Ostéoporose Canada; 2014.
<http://www.osteoporosecanada.ca/lostéoporose-et-vous>
- PAGES WEB. *Osteoporosis at-a-glance*. Osteoporosis Canada.
<http://www.osteoporosis.ca/osteoporosis-and-you>

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- PAGES WEB. *Les ressources pour les professionnels de la santé sur l'ostéoporose*. Ostéoporose Canada; 2014.
<http://www.osteoporosecanada.ca/les-professionnels-de-la-sante/les-ressources-pour-les-professionnels-de-la-sante>
- OUTIL CLINIQUE. *Évaluation du risque de fracture sur 10 ans (CAROC)*. Ostéoporose Canada.
http://www.osteoporosecanada.ca/multimedia/pdf/CAROC_FR.pdf
- OUTIL CLINIQUE. *FRAX® - Outil d'Évaluation des Risques de Fractures*. World Health Organization Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases.
<http://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=fr>
- LIGNES DIRECTRICES. Papaionnou A et al. *Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada – Sommaire*. JAMC. 2010;182(17):1-11.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2011/08/02/cmaj.100771.DC3/francais.pdf>
- GUIDE CLINIQUE. Dodin. S. *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué à l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique*. MSSS; 2013. p. 1-66.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-272-01W.pdf>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Distance côte-bassin

- Sert à détecter la possibilité d'une fracture lombaire
- Mesurer la distance entre les côtes et la crête iliaque à la ligne hémi-axillaire en utilisant la largeur des doigts

Distance occiput-mur

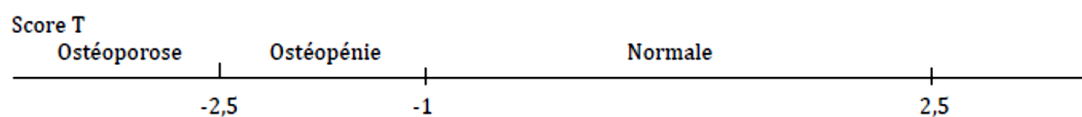
- Sert à détecter la possibilité d'une fracture de la colonne thoracique
- Mesurer la distance, en centimètres, entre l'occiput et le mur, lorsque la personne est en position debout, les talons et le dos contre le mur

Fracture de fragilité

- Fractures survenant sans traumatisme ou suite à un traumatisme minimal qui ne suffirait pas à fracturer un os normal (par exemple, une chute d'une hauteur correspondant à la taille d'une personne ou moins)
- Considérer les sites suivants : bassin, colonne dorsolombaire, hanche, humérus proximal, poignet

Nature du test (Ostéodensitométrie)

- Mesure de la densité minérale osseuse (DMO) généralement au niveau de la colonne lombaire et des hanches (hanche totale et col du fémur)
- Résultat exprimé selon un score T (écart entre la DMO de la personne et la DMO moyenne d'une jeune femme caucasienne)



- Une faible DMO est un indicateur de fragilité osseuse

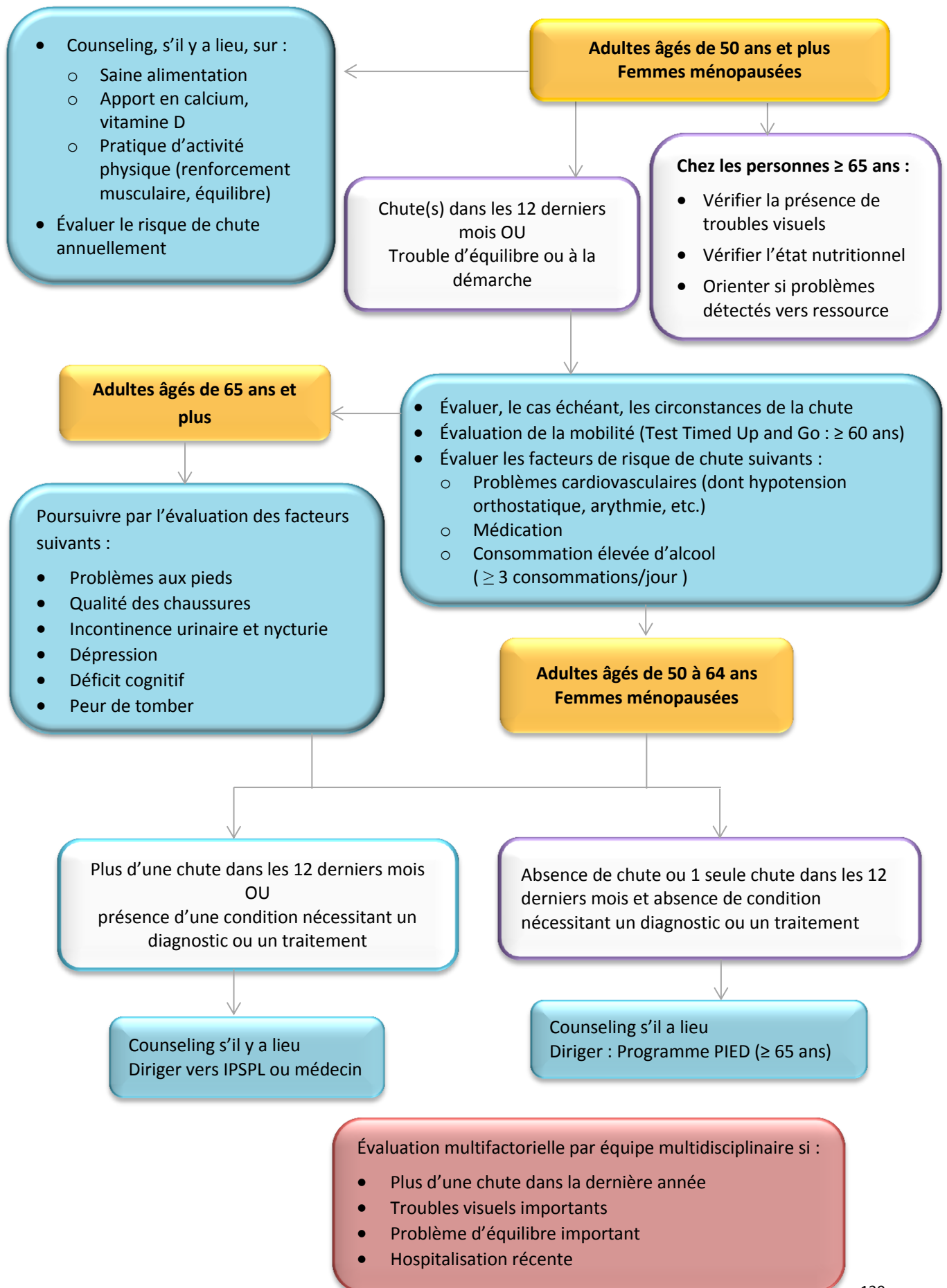
Avantages et inconvénients du dépistage

- Avantages du dépistage : le dépistage de la fragilité osseuse permet d'offrir, le cas échéant, des interventions, pharmacologiques ou non, afin de réduire le risque de fracture
- Inconvénients : Faible exposition à des radiations qui est sans danger pour la santé de la personne

Consignes pour se préparer à l'examen

- Ne pas prendre de suppléments de calcium, la journée de l'ostéodensitométrie
- La personne ne doit pas avoir passé de scintigraphie osseuse ou d'examens radiologiques avec produits de contraste (ex. lavement baryté) dans la semaine précédant l'ostéodensitométrie

ALGORITHME 3 : Prévention des traumatismes liés aux chutes : Prévenir les chutes (axe 3)





TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES

Chutes

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

Chez les personnes âgées de 50 ans et plus ainsi que chez les femmes ménopausées :

- Vérifier :
 - Histoire de chute(s) dans les 12 derniers mois
 - Problème d'équilibre ou à la marche
- Poursuivre l'évaluation chez les personnes âgées de 65 ans et plus de :
 - Perte de poids
 - Troubles visuels
 - Prise d'un supplément de vitamine D
 - Pratique d'activité physique

Si la personne a chuté dans les 12 derniers mois ou présente un problème d'équilibre ou à la marche

- S'il y a eu chute(s), évaluer les circonstances
- Vérifier les facteurs suivants
 - [Médication](#)
 - [Symptômes suggestifs de problèmes cardiovasculaires](#) (syncope, hypotension orthostatique, arythmie)
 - Consommation élevée d'alcool
- Chez les personnes ≥ 65 ans, poursuivre avec l'évaluation des facteurs suivants :
 - Peur de tomber
 - Incontinence urinaire ou nycturie
 - Déformation ou douleurs au pied; [qualité des chaussures](#)
 - Dépression
 - Déficit cognitif

Examiner

Chez les personnes âgées ≥ 50 ans ayant chuté dans les 12 derniers mois ou qui présentent un problème d'équilibre ou à la marche

- Vérifier la fréquence et le rythme cardiaques (arythmie cardiaque)
- Prise de pression artérielle, couché-debout (détecter [hypotension orthostatique](#))
- Évaluer s'il y a un problème de mobilité à l'aide du [Test Timed up and Go](#) (chez les personnes âgées ≥ 60 ans)

Chez les personnes âgées ≥ 65 ans :

- Mesure du poids, de la taille et calcul de l'IMC (Détecter la possibilité d'une [dénutrition](#))

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- S'il y a lieu, effectuer un counseling au sujet de
 - [Exercices favorisant un meilleur équilibre](#)
 - Saine alimentation
 - Prise d'un [supplément de 800 UI de vitamine D](#)
 - Hypotension orthostatique
 - Qualité des chaussures
 - Consommation d'alcool à faible risque

Initier des mesures thérapeutiques (sans ordonnance collective)

☐ Supplément de vitamine D* (800 UI par jour)	Conditions ▪ Adultes ≥ 65 ans Contre-indications ▪ Allergie au supplément de vitamine D ▪ Lithiase urinaire ▪ Hypercalcémie ou hypercalciurie
---	---

Considérer y ajouter un supplément en calcium si l'apport alimentaire ne suffit pas à combler les besoins nutritionnels (Voir **Santé osseuse)*

Guider vers des services

	Diriger les personnes dans les situations suivantes
☐ IPSPL	Plus d'une chute dans la dernière année
☐ Médecin traitant	Condition nécessitant une évaluation, un diagnostic ou un traitement
☐ Pharmacien	Polymédication ou médicament augmentant le risque de chute (S'il y a lieu, demander un avis pharmaceutique au pharmacien)
☐ Programme Pied	Diriger, en tenant compte de la capacité de la personne à participer à un programme d'exercices, les personnes âgées ≥ 65 ans dans les situations suivantes : ▪ Peur de tomber (ou la personne est préoccupée par son équilibre) ▪ Antécédent de chute ▪ Problème d'équilibre ou à la marche
☐ Équipe multidisciplinaire du CSSS (maintien à domicile, physiothérapeute, ergothérapeute, etc.)	Diriger les personnes âgées ≥ 65 ans, pour intervention multifactorielle (dont adaptation du domicile, évaluation d'une aide à la marche, programme adapté d'exercices), dans les situations suivantes : ▪ Plus d'une chute dans les 12 derniers mois ▪ Problème important d'équilibre ou à la marche (Score au test <i>Timed UP and Go</i> ≥ 14 sec.) ▪ Troubles visuels importants ▪ Hospitalisation récente
☐ Optométriste	Diriger les personnes âgées de 65 ans et plus pour une évaluation de la vision à un intervalle de 2 ans

Suivi assuré par l'infirmière

- Offrir, le cas échéant, un rendez-vous de suivi, notamment pour prodiguer des conseils appropriés en matière de maintien et adoption de saines habitudes de vie

Faire les liens avec d'autres éléments du bilan de santé

- Vérifier si certains facteurs peuvent être associés à une chute : consommation abusive d'alcool (voir **Alcool et drogues**), sédentarité (voir **Activité physique**), trouble visuel (voir **Déficit visuel**), dépression (voir **Humeur dépressive**), déficit cognitif (voir **Déficit cognitif**)
- Voir si les habitudes alimentaires chez une personne âgée peuvent expliquer la présence des indices de dénutrition (voir **Alimentation**)
- Selon les circonstances des chutes, évaluer la possibilité de violence ou de maltraitance (voir **Violence et Maltraitance**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- GUIDE ILLUSTRÉ D'EXERCICES. *Profitez de la vie...Soyez actif! Trucs et astuces pour les aînés*. Kino-Québec; 2014. p. 1-36.
http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/brochure_soyez_actif_webs.pdf (français)
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5177_physique_en.pdf (anglais)
- PAGES WEB. *La santé des aînés* (information concernant : alimentation, activité physique, prévention des chutes, incontinence urinaire). Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2013.
<http://www.iugm.qc.ca/index.php/fr/publi/sante.html> (français, anglais)

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- AVIS SCIENTIFIQUE. Gagnon C. et coll. *La prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique*. Institut national de santé publique du Québec; 2011. p. 1-211.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1241_PrevChutesPersAgeesAnalyseRecomm.pdf
- OUTILS CLINIQUES. *Trousse des outils de dépistage et d'évaluation pour la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*. Institut national de santé publique; 2008. p.601-684.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/643-PreventChutesAinesVivantDomicile_2eEdi_2.pdf
- AVIS SCIENTIFIQUE. Comité scientifique de Kino-Québec. *L'activité physique déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus*. MSSS; 2002. p. 1-60.
<http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/AvisScientifiqueAines.pdf>
- BROCHURE. *Alcool et santé : L'alcool et les aînés*. Éduc'alcool; 2006. p. 1-12.
http://educalcohol.qc.ca/wp-content/uploads/2011/12/Alcool_et_Sante_3.pdf

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Alimentation et dénutrition chez la personne âgée

- Chez la personne âgée, la dénutrition correspond généralement à :
 - Apport énergétique insuffisant
 - Carence en protéines
 - Déficience (latentes ou franches) en vitamines et en minéraux
- Facteurs de risque de dénutrition :
 - Problèmes bucco-dentaires ou de la déglutition (mauvais état dentaire, trouble de la mastication, sécheresse de la bouche, dysgueusie, etc.)
 - Maladies aiguës ou chroniques (perte d'appétit, difficulté à se déplacer, perte d'autonomie, atteinte cognitive, etc.)
 - Environnement psychosocial (difficultés financières, accès des aliments sains, isolement, deuil, dépression, maltraitance, etc.)
 - Restriction alimentaire (sans sel, hypocholestérolémiant, diabétique, etc.)
- Indices cliniques pouvant indiquer un risque nutritionnel de dénutrition :
 - Maigreur
 - Perte de poids involontaire (Critère pour dénutrition : perte de 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois)
 - IMC < 23 kg/m² (Critère pour dénutrition : IMC < 21 kg/m²); chez la personne âgée les critères d'IMC sont moins bien définis que chez les adultes jeunes ou d'âge moyen; un IMC entre 22 et 28 kg/m² est associé à la mortalité la plus basse (voir **Excès de poids**)

Supplément de 800 UI de vitamine D

- Prise systématique d'un supplément de 800 UI/jour chez personnes ≥ 65 ans recommandée par plusieurs organismes pour diminuer le risque de chute (augmentation du tonus musculaire sous l'action de la vitamine D)
- Les résultats des études sont contradictoires quant à l'efficacité de la prise d'un supplément de vitamine D (en association ou non avec un supplément de calcium) à réduire le risque de chute chez les personnes âgées
- Cependant, les personnes âgées sont particulièrement à risque de présenter un apport insuffisant en vitamine D (apport alimentaire insuffisant, synthèse cutanée de vitamine D limitée chez les personnes âgées). La prise d'un supplément de vitamine D permettrait donc de combler les besoins nutritionnels chez la personne âgée tout en ayant un rôle potentiel dans la prévention des chutes

Exercices favorisant un meilleur équilibre

- Adapter la pratique d'activités physiques à la condition de santé et physique de la personne
- Programme de Tai-chi est particulièrement efficace pour réduire les chutes (autres activités suggérées : danse, yoga)
- Exercices statiques : rester debout en maintenant une posture (ex. : soulever le pied en pliant le genou avec un appui léger sur une surface)
- Exercices dynamiques : bouger et solliciter l'équilibre (ex.: marcher sur la pointe des pieds, sur les talons – s'assurer d'avoir un point d'appui à la portée au besoin)
- Y ajouter des exercices :
 - Étirements (favoriser la flexibilité)
 - Renforcement musculaire (Voir **Santé osseuse**)

Médication

- Médicaments principalement associés à un risque de chute :
 - Ceux agissant sur le système nerveux central (les antidépresseurs, les antipsychotiques, les benzodiazépines)
 - Ceux agissant sur le système cardiovasculaire
- Polymédication (4 médicaments différents prescrits/jour) est associée à un risque accru de chutes

Symptômes suggestifs de problèmes cardiovasculaires

Syncope

- Principales causes de syncope :
 - Vasovagale (généralement situationnelle – facteur déclenchant par exemple émotion, douleur - et accompagnée de pâleur, sueur froide, nausée, fatigue. Plus fréquente chez les jeunes
 - Secondaire à une condition cardiovasculaire (arythmie cardiaque, hypersensibilité du sinus carotidien, hypotension orthostatique). Plus fréquente chez les personnes âgées
- Arythmie cardiaque :
 - Arythmie peut se manifester par une perte de connaissance spontanée, soudaine, précédée ou non de palpitations
 - À l'examen physique, vérifier si : rythme lent (bradyarythmie); rythme rapide (tachyarythmie); rythme irrégulier; pauses prolongées (bloc de conduction auriculoventriculaire)
- Hypersensibilité du sinus carotidien :
 - Lors d'une pression au niveau du cou (ex. pression par un col, extension du cou) → stimulation des barorécepteurs carotidiens → envoie le message que PA est élevée → réaction réflexe : ralentissement cardiaque et vasodilatation. Chez les personnes âgées, ce mécanisme est susceptible d'occasionner une syncope car elles sont plus sujettes à l'insuffisance vasculaire cérébrale
 - Y penser lorsqu'il y a des chutes à répétition non expliquées ou chutes avec syncope chez les personnes âgées

Hypotension orthostatique

- Chute de la pression artérielle (PA) au changement de position
- Manière de l'objectiver :
 - Faire coucher la personne 5 à 10 minutes, au calme et au repos
 - Prendre la PA couchée
 - Faire lever la personne et prendre PA debout à 1 minute
 - En l'absence de résultat positif, prendre la PA à 3 minutes et à 5 minutes
 - Test est positif si :
 - Chute de la PA systolique ≥ 20 mmHg
 - Chute de la PA diastolique ≥ 10 mmHg
 - Symptômes de faiblesse, déséquilibre, vertige apparaissent au lever ou dans les minutes qui suivent
- Mesures pour réduire le risque de chute secondaire à une hypotension orthostatique :
 - Changer lentement de position, particulièrement dans les circonstances suivantes :
 - Période suivant les repas
 - Consommation d'alcool
 - Alitement prolongé
 - Forte chaleur

- Procéder comme suit lors du changement de position :
 - Faire une pause en position assise lors du passage de la position couchée à debout
 - Mobiliser les muscles en position assise (par exemple, faire des exercices de flexion-extension des chevilles et de fermeture-ouverture des mains), avant de se mettre debout
- Porter des bas élastiques de contention
- Élever la tête du lit
- Faire des activités de renforcement musculaire, particulièrement de l'abdomen et des membres inférieurs

Test Timed Up and Go

- Test pour évaluer la mobilité de base chez l'ainé (âgé de 60 à 90 ans)
- Déroulement du test :
 - Personne est assise, bien adossée, sur une chaise, les bras reposant sur les accoudoirs (l'aide technique usuelle à la portée de main, le cas échéant)
 - À Go, la personne se lève et marche normalement 3 mètres (distance mesurée à partir du milieu du pied de l'ainé en position assise) et revient se rasseoir
 - Premier essai est considéré une pratique (sauf si bon résultat) pour s'assurer que la personne a bien compris les consignes. Permettre un temps de repos suffisant entre les 2 tests
 - Il s'agit de chronométrer le temps pris pour parcourir 3 mètres (entre le moment où le signal est donné et la personne est revenue en position assise et adossée)
- Interprétation du test :
 - ≥ 14 secondes : Échec (risque élevé de chutes). Il est suggéré de diriger la personne en physiothérapie pour une évaluation à l'aide du test de Berg

Programme PIED (Programme intégré d'équilibre dynamique)

- S'adresse aux personnes âgées de 65 ans et plus, autonomes, vivant à domicile et qui sont préoccupées par leur équilibre, ont peur de tomber ou qui ont déjà fait une chute
- Programme gratuit, offert dans majorité des CSSS du Québec et dans certains organismes communautaires
- 2 fois/semaine; durée : 12 semaines
- Comprend :
 - Séances d'exercices en groupe animées par un professionnel qualifié
 - Information sur les exercices à pratiquer à la maison
 - Capsules d'information (saines habitudes de vie, comportements sécuritaires et aménagement du domicile pour prévenir les chutes)

Qualité des chaussures

- Port de chaussures inadéquates augmente le risque de chute
- Choisir des chaussures avec :
 - Des talons larges et plats (pour favoriser une meilleure stabilité)
 - Un renfort postérieur souple qui permet la stabilité de la cheville
 - Un bout suffisamment haut et large pour permettre aux orteils de bouger facilement (pour éviter les blessures et les douleurs aux pieds)
- Éviter de :
 - Marcher pieds nus ou en chaussettes
 - Porter des chaussures avec des semelles épaisses ou rembourrées lorsqu'il y a des déficits proprioceptifs (pour favoriser une meilleure sensation du pied sur le sol)

- Les semelles d'appoint adhérentes à placer sous les bottes d'hiver peuvent réduire le risque de chute en condition hivernale
- Le port de semelles d'appoint exige que :
 - Les semelles soient bien ajustées
 - La personne puisse les mettre (elle a la dextérité, force et souplesse nécessaires)
 - La personne pense à les mettre avant de sortir et à les retirer avant de circuler à l'intérieur pour éviter de glisser et de chuter
- L'efficacité des divers dispositifs antidérapants n'est pas connue (une seule étude a analysé l'efficacité des semelles d'appoint pour prévenir les chutes chez les personnes âgées)



Déficits sensoriels et cognitifs

Le bilan propose des interventions cliniques pour les trois déficits suivants : 1) déficit auditif; 2) déficit visuel; 3) déficit cognitif. Ces interventions concernent principalement les personnes âgées de 65 ans et plus, vivant à domicile, et qui ne présentent pas de symptômes identifiés ni maladie préétablie liés à l'audition, à la vision ou aux fonctions cognitives.

Le bilan de santé se veut une occasion pour la personne de faire le point sur sa santé et son bien-être ainsi que sur les facteurs pouvant l'affecter. Le vieillissement normal s'accompagne de changement physiologique au plan auditif, visuel et cognitif. Dans ce contexte, les interventions proposées visent à aider les personnes âgées de 65 ans et plus à améliorer ou à maintenir leurs fonctions sensorielles et leur santé cognitive.

Les interventions permettent également d'identifier les personnes présentant des signes suggestifs d'une atteinte auditive ou visuelle ainsi que celles souffrant de déficits cognitifs incompatibles avec le vieillissement normal. Selon les conditions détectées, les personnes seront orientées, le cas échéant, vers les ressources appropriées, notamment afin de poursuivre l'investigation.



DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS

Déficit Auditif

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

Chez les adultes âgés de 65 ans et plus, [vérifier la présence d'un problème auditif](#)

Chez les personnes qui pensent avoir un problème auditif, poursuivre le dépistage des problèmes auditifs, soit :

- En utilisant un des tests suivants (tester les 2 oreilles)
 - Question chuchotée alors que l'examineur est hors du champ visuel de la personne
 - Friction des doigts ou tic-tac d'une montre près de l'oreille
- En complétant le [questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition](#)

Chez les personnes dont le dépistage des problèmes auditifs est positif, s'assurer d'utiliser des [stratégies de communication](#) adaptées à la condition de la personne

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Chez tous les adultes :
 - Counseling bref, s'il y a lieu, sur la [prévention de la perte d'audition](#) due au bruit
- Chez les adultes âgés de 65 ans et plus se plaignant de diminution auditive et chez ceux qui entendent bien mais qui « n'ont plus l'oreille de leurs 20 ans » :
 - Counseling, s'il y a lieu, sur les [stratégies pour favoriser une bonne communication verbale](#)

Initier des mesures thérapeutiques (sans ordonnance collective)

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

- ☐ IPSPL
- ☐ Médecin

- Personnes âgées de 65 ans et plus présentant un problème auditif qui nécessite un diagnostic ou un traitement

[Ressources spécialisées](#)

- ☐ Audiologiste
- ☐ Centre de réadaptation en surdité

- Personnes âgées de 65 ans et plus présentant un problème auditif qui nécessite une évaluation auditive ou de l'aide

Suivi assuré par l'infirmière

(ne s'applique pas)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- SITE WEB. *Bruit et société* (information sur les conséquences du bruit notamment sur la santé et l'audition).
<http://www.bruitsociete.ca/fr-ca/accueil.aspx>
- SITE WEB. *Société canadienne de l'ouïe* (information sur les soins auditifs).
<http://www.chs.ca/fr/node/58>

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- GUIDE DE PRATIQUE. Caron H. *Guide du professionnel de la santé et de l'intervenant auprès de la personne âgée ou adulte ayant des problèmes d'audition*. Institut Raymond-Dewar; 2014. p. 1-59.
http://raymond-dewar.qc.ca/uploads/images/IRD/PDF/guide_du_professionnel_helene_caron.pdf
- OUTIL CLINIQUE. *Questionnaire de dépistage interactif - Questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition*. Institut Raymond-Dewar.
<http://raymond-dewar.qc.ca/questionnaire-de-depistage-difficultes-d-ecoute-d-audition/>
- SITE WEB. Voyage au centre de l'audition (Information aux professionnels sur l'audition et la presbycousie).
<http://www.cochlea.eu/pathologie/presbycousie>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Vérifier la présence d'un problème auditif

- Question de dépistage suggérée :
« Est-ce que vous ou vos proches avez remarqué des signes pouvant révéler que vous présentez des problèmes d'audition, par exemple faire répéter ou avoir de la difficulté à entendre lorsqu'il y a du bruit ambiant? »

Questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition « Entendez-vous bien? » :

- Validé scientifiquement
- Peut être complété par la personne elle-même ou avec la personne en clinique. Dans ce cas, l'infirmière doit lire la question telle quelle, sans essayer d'expliquer la question en d'autres mots ou de l'interpréter
 - Voir questionnaire ci-après ou accéder au questionnaire électronique interactif
<http://raymond-dewar.qc.ca/questionnaire-de-depistage-difficultes-d-ecoute-d-audition/>
- Interprétation des résultats : le résultat est positif si le total des points est supérieur à 14

Stratégies pour favoriser une bonne communication verbale

- Le professionnel – Approche auprès d'une personne dont le dépistage du déficit auditif est positif :
 - Se rapprocher de la personne et lui faire face pour permettre la lecture labiale
 - Annoncer le sujet de la conversation
 - Parler lentement et distinctement en utilisant des phrases courtes et simples
 - S'assurer que la personne a compris en lui posant des questions
 - Si la personne n'a pas compris, répétez; si le message demeure incompris, reformulez-le en utilisant d'autres mots (la perte des hautes fréquences liée à la presbycousie fait en sorte que certaines syllabes sont moins bien perçues)

- La personne – Mesures à suggérer à la personne ayant une difficulté d’audition :
 - Éliminer le bruit ambiant (télévision, fenêtres, fermer portes au besoin)
 - Avertir son entourage qu’elle a des problèmes d’audition
 - Demander le sujet de la conversation
 - Si la personne n’a pas compris :
 - Dire ce qu’elle a compris (ne pas faire semblant d’avoir compris)
 - Demander de répéter lentement
 - Demander à son interlocuteur de s’exprimer en d’autres mots, d’écrire les mots clés (le problème d’audition lié à l’âge fait en sorte que certaines syllabes sont mal comprises)
- Pour faciliter la lecture sur les lèvres, l’interprétation des expressions et des gestes :
 - Se rapprocher de la personne qui lui parle (3-5 pieds ou 1-1,5 mètre) et se placer face à cette personne
 - Inviter son entourage à ne pas lui parler d’une autre pièce ou de dos
 - Porter attention à l’éclairage; être dos à la lumière et à la fenêtre
- Utiliser son (ses) aide(s) auditive(s)
- Se rappeler qu’il est plus difficile de comprendre quand on est fatigué, malade ou sous l’effet de médicaments

Prévention de la perte d’audition due au bruit

- Perte d’audition due au bruit (PADB) :
 - Parmi les principales causes de perte auditive
 - Peut survenir suite à une exposition unique à un bruit très fort (ex : explosion) ou, plus fréquemment, résulte du cumul d’une longue surexposition à des bruits moyens à forts (ex : machines industrielles, musique)
 - PADB est cumulative, permanente, et irréversible
 - Moyens de prévention : l’adoption d’habitudes d’écoute sécuritaires peut éviter un dommage à long terme
 - Les effets indirects du bruit sur la santé sont bien démontrés scientifiquement par ex. : augmentation du risque de maladie cardiovasculaire, effets négatifs sur l’humeur, le sommeil, le rendement, la lecture et la mémorisation
- Signes avant-coureurs d’exposition excessive (intensité ou durée) au bruit :
 - Tintement ou bourdonnement dans les oreilles
 - Impression « d’assourdissement » des sons
 - Difficulté à comprendre les paroles des personnes
 - Difficulté à suivre des conversations sur un bruit de fond
- Mesures préventives :
 - Baisser le volume des baladeurs numériques (ex : MP3, iPod), de la télévision, des autoradios, etc.
 - Porter des bouchons d’oreille aux concerts, aux épreuves sportives, en boîte de nuit et dans les milieux de travail bruyants
 - Porter des accessoires de protection pendant des activités telles que tonte de la pelouse, chasse, tir à la cible, etc. (se boucher les oreilles avec des mouchoirs en papier est inutile)
 - S’éloigner des sources de bruits très forts
 - Passer moins de temps dans les milieux bruyants et laisser ses oreilles se reposer

- Repos de l'oreille :
 - Un son fort présenté à l'oreille peut entraîner des dommages temporaires ou permanents
 - Repos sonore : temps, suite à une exposition, où nous ne sommes plus dans le bruit, ce qui permet aux cellules de l'oreille interne de retrouver un bon état de fonctionnement
 - Les expositions intenses prolongées et répétées peuvent entraîner des dommages permanents à l'oreille interne

Ressources spécialisées

- Services d'un(e) audiologiste :
 - Réseau public : accès limité avec listes d'attente variable, souvent de plusieurs mois
 - Réseau privé : multiplication des ressources ces dernières années. Coût estimé d'une consultation autour de 80 \$ (janvier 2015)
- Médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) :
 - Disponible pour consultation en clinique externe des hôpitaux ou en clinique privée
 - Délai de consultation court, autour de quelques semaines (décembre 2013)
 - Frais couverts par la RAMQ
 - Consultation en ORL exigée par la RAMQ pour attester que la surdité est permanente et qu'il n'y a pas de contre-indication médicale à l'utilisation de la prothèse auditive
- Institut Raymond-Dewar, centre de réadaptation spécialisé en surdité et en communication/région de Montréal et Laval
Services s'adressant aux personnes pour qui le problème d'audition a des impacts dans la vie quotidienne (autonomie, vie sociale, etc.)
 - Critères de référence :
 - Souffrir de surdité ou d'un trouble auditif (acouphène dérangeant, intolérance au son fort, etc.)
 - Fournir les résultats de l'audiogramme

QUESTIONNAIRE : « **ENTENDEZ-VOUS BIEN?** »

Pour chacune des questions suivantes, encerclez : OUI - PARFOIS - NON

1. Faites-vous répéter quand vous parlez avec une seule personne?
OUI — PARFOIS — NON
2. Avez-vous de la difficulté à comprendre quand plusieurs personnes parlent ensemble?
OUI — PARFOIS — NON
3. Avez-vous de la difficulté à comprendre quand vous ne voyez pas le visage de la personne qui parle?
OUI — PARFOIS — NON
4. Avez-vous de la difficulté à comprendre quand il y a du bruit autour de vous?
OUI — PARFOIS — NON
5. Trouvez-vous que les gens marmonnent ou ne parlent pas assez fort? (à la T.V., les amis, les médecins)
OUI — PARFOIS — NON
6. Trouvez-vous que les gens parlent trop vite? (à la T.V., les amis, les médecins)
OUI — PARFOIS — NON
7. Avez-vous de la difficulté à comprendre au téléphone?
OUI — PARFOIS — NON
8. Avez-vous de la difficulté à entendre couler l'eau du robinet ou du bain quand vous êtes dans une autre pièce?
OUI — PARFOIS — NON
9. Avez-vous de la difficulté à entendre la sonnerie du téléphone quand vous êtes dans une autre pièce ou dans la salle de bain?
OUI — PARFOIS — NON
10. Avez-vous de la difficulté à entendre la sonnerie de la porte?
OUI — PARFOIS — NON
11. Avez-vous de la difficulté à entendre lorsqu'on frappe à la porte?
OUI — PARFOIS — NON
12. Est-ce que votre famille, vos amis ou vos voisins vous font remarquer que vous mettez le volume de votre télévision ou de votre radio trop fort?
OUI — PARFOIS — NON
13. Avez-vous tendance à vous retirer des autres par crainte de ne pas les comprendre?
OUI — PARFOIS — NON
14. Préférez-vous vous retirer des activités en raison du bruit autour de vous? (ex. : salle à dîner, restaurant, fêtes de famille, bingo, etc.)
OUI — PARFOIS — NON

Pour la question 15, encerclez a, b, c ou d

15. Comment trouvez-vous votre audition?

- a) bonne audition
- b) léger problème d'audition (difficultés d'écoute occasionnelles)
- c) problème d'audition modéré (difficultés d'écoute fréquentes)
- d) important problème d'audition (difficultés d'écoute habituelles; presque toujours)

Compilation des résultats au questionnaire

Pour les questions de 1 à 14 inclusivement, chaque « oui » vaut 4 points, chaque « parfois » vaut 2 points et chaque « non » vaut 0 point

Pour la question 15, a) vaut 0 point, b) 2 points, c) 3 points, d) 4 points

Résultat positif : score supérieur à 14



DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS

Déficit visuel

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

Chez les adultes âgés de 65 ans et plus, vérifier si la personne :

- A eu un examen oculovisuel, effectué par un optométriste ou un ophtalmologiste, dans les 2 dernières années
- A noté des difficultés visuelles. Si oui, vérifier si :
 - La personne bénéficie d'un suivi régulier de sa condition visuelle par un optométriste ou un ophtalmologiste

Sa condition visuelle est stable ou évolue (s'améliore ou se détériore)

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus qui n'ont pas eu d'examen visuel dans les 2 dernières années :

- Vérifier les connaissances que possède la personne sur les avantages d'avoir un [examen oculovisuel périodique](#) et compléter l'information au besoin
- Les informer que les [services optométriques](#) sont sans frais pour les personnes âgées de 65 ans et plus, admissibles au régime d'assurance maladie du Québec

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus qui présentent un problème visuel

- Explorer les liens entre leur condition visuelle et leur autonomie fonctionnelle et [conseiller](#) au besoin

Initier des mesures thérapeutiques (sans ordonnance collective)

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

☐ Optométriste	▪ Personnes dont le dernier examen ophtalmique date de plus de 2 ans ▪ Personnes avec des difficultés visuelles non évaluées ou évolutives, qui ne constituent pas une urgence ophtalmologique
☐ IPSPL ☐ Médecin	▪ Personnes avec un problème oculaire nécessitant un diagnostic médical

Suivi assuré par l'infirmière

(ne s'applique pas)

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- Le tabagisme est un facteur de risque associé à la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) – les fumeurs sont deux à trois fois plus susceptibles de développer une DMLA (voir **Tabagisme**)
- Les difficultés visuelles sont un facteur qui peut contribuer à un risque accru de chutes chez les personnes âgées (voir **Chutes**)
- L'adaptation du domicile chez les personnes âgées présentant des difficultés visuelles importantes peut réduire le risque de chutes (voir **Chutes**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- PAGES WEB. *Des yeux en santé* (conseils en santé visuelle). Institut national canadien pour les aveugles (INCA). <http://www.cnib.ca/fr/vos-yeux/sante-visuelle/yeux-en-sante/Pages/default.aspx>
- PAGES WEB. *Maladies oculaires* (informations sur les maladies oculaires les plus fréquentes liées au vieillissement). Institut national canadien pour les aveugles (INCA). <http://www.cnib.ca/fr/vos-yeux/maladies-oculaires/Pages/default.aspx>
- PAGES WEB. *Information sur la santé visuelle* (informations sur la santé et les maladies oculaires). Société canadienne d'ophtalmologie. <http://www.cos-sco.ca/information-sur-la-sante-visuelle/>
- PAGES WEB. *Santé visuelle*. Fondation des maladies de l'œil; 2012. <http://www.fondationdesmaladiesdeloeil.org/fr/sante-visuelle.php>
- PAGES WEB. *Déficiência visuelle, information grand public* (Informations sur les cataractes, la dégénérescence maculaire liée à l'âge, le glaucome, etc.). Institut Nazareth et Louis Braille. <http://www.inlb.qc.ca/grand-public/deficiance-visuelle/cataractes/>

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- PAGES WEB. *L'optométriste en tant que ressource de première ligne en santé*. Ordre des optométristes du Québec. <https://www.oog.org/collaboration-interprofessionnelle/optometriste-en-tant-que-ressource-de-premiere-ligne-en-sante>
- PAGES WEB. *L'optométriste en tant que ressource de première ligne en santé*. (informations sur les services couverts par la RAMQ). Régie d'assurance maladie du Québec, gouvernement du Québec. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-optometriques.aspx>
- GUIDE DE PRATIQUE. Comité d'experts du Guide de pratique clinique. *Guide de pratique clinique factuelle de la Société canadienne d'ophtalmologie pour l'examen oculaire périodique chez les adultes au Canada*. Can J Ophthalmol 2007; 42 : 158-163. <http://www.cos-sco.ca/guides-de-pratique-clinique/>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Examen oculovisuel périodique

- L'examen périodique permet de :
 - Évaluer le changement de la vision associé à l'âge (presbytie) et de déterminer la correction nécessaire
 - Détecter précocement des pathologies oculaires, souvent silencieuses :
 - Cataractes (opacité du cristallin)
 - Glaucome (élévation graduelle de la pression intraoculaire)
 - Dégénérescence maculaire (changements dégénératifs de la vision centrale)
 - Rétinopathie diabétique (atteinte vasculaire ou autre de la rétine)
 - Orienter, le cas échéant, les personnes vers un ophtalmologiste pour le diagnostic et le traitement des pathologies détectées. En général, le traitement permet d'améliorer la vision ou de limiter les répercussions sur celle-ci

Services optométriques

- Les services couverts par la RAMQ pour les personnes âgées de 65 ans et plus incluent :
 - Examen de l'appareil oculovisuel
 - Évaluation de la vision des couleurs, des champs visuels, des mouvements des yeux et de leur adaptation à la lumière
 - Prescription de lunettes ou de lentilles cornéennes
 - Référence à un autre professionnel de la santé (par ex. un ophtalmologiste)
- Les personnes âgées de 65 ans et plus ont droit à un seul examen complet et à une seule évaluation de la vision des couleurs par année civile

Counseling aux personnes avec des difficultés visuelles

- Quelques conseils aux personnes en situation de perte de vision liée à l'âge :
 - Éclairer l'environnement : à mesure que les yeux vieillissent, il faut davantage de lumière
 - Diminuer l'éblouissement : un bon éclairage uniforme peut aider, mais l'éblouissement nuit; éviter les changements brusques d'éclairage
 - Augmenter les contrastes : des objets de couleurs similaires, placés les uns à côté des autres, deviennent difficiles à différencier avec l'âge. Le fort contraste des couleurs aide à mieux voir

Urgence ophtalmologique

- Principaux symptômes ou signes associés à des conditions nécessitant une consultation urgente :
 - Changement soudain, partiel ou total, de la vision, même s'il est transitoire : baisse ou perte de la vision, amputation du champ visuel, distorsion, diplopie, halos, éclairs
 - Douleur oculaire importante



DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS

Déficit cognitif

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

Chez les adultes âgés de 65 ans et plus qui évoquent spontanément des inquiétudes à l'égard de leurs habiletés cognitives comme la mémoire, le langage (ex. chercher ses mots) ou le jugement (difficulté à organiser ses activités quotidiennes) :

- Vérifier l'[ampleur et l'évolution des changements cognitifs](#) et les répercussions sur les activités de la vie quotidienne

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

Chez les adultes âgés de 65 ans et plus qui évoquent spontanément des inquiétudes à l'égard de leurs habiletés cognitives :

- Explorer les connaissances que possède la personne sur les [facteurs de risque et de protection](#) associés à la détérioration des facultés cognitives et compléter l'information au besoin
- Vérifier si la personne souhaiterait avoir une évaluation plus poussée de ses fonctions cognitives

Initier des mesures thérapeutiques (sans ordonnance collective)

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

☐ IPSPL ☐ Médecin	▪ Personnes qui ont noté des changements dans leurs habiletés cognitives et qui désirent une évaluation plus poussée ▪ Personnes qui rapportent une atteinte des fonctions cognitives ayant des répercussions sur leur vie quotidienne, ou une évolution rapide, afin de préciser l'étiologie
☐ Centre d'éducation pour la santé (CES) ☐ Centre d'abandon du tabagisme (CAT) ☐ Centre de réadaptation en toxicomanie	▪ Personnes ayant besoin d'un soutien pour changer une habitude de vie

Suivi assuré par l'infirmière

- Offrir, le cas échéant, un rendez-vous de suivi, notamment pour prodiguer des conseils appropriés en matière de maintien et d'adoption de saines habitudes de vie

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- Certains facteurs peuvent contribuer aux difficultés cognitives :
 - Tabagisme, consommation excessive d'alcool, consommation inappropriée de médicaments (voir **Habitudes de vie**)
 - Hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie (voir **Santé cardiométabolique**)
 - Dépression (voir **Humeur dépressive**)
 - Troubles visuels ou auditifs (voir **Déficits sensoriels**)
- Les difficultés cognitives sont un facteur qui peut contribuer au risque accru de chutes chez les personnes âgées (voir **Chutes**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- BROCHURE. *Faites travailler vos méninges! Trucs et astuces pour les aînés*. Institut universitaire gériatrique de Montréal; 2009. p. 1-24.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5180_memoire_fr.pdf
- BROCHURE. *Get those grey cells working! Tips and tricks for seniors*. Institut universitaire gériatrique de Montréal; 2009. p. 1-24.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5180_memoire_en.pdf
- PAGES WEB. *Cyboulot^{MD}* (activités pour garder le cerveau en santé). Société Alzheimer du Canada; 2014.
<http://www.alzheimer.ca/fr/Living-with-dementia/BrainBooster>
- PAGES WEB. *La santé du cerveau*. Société Alzheimer du Canada.
<http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/About-the-brain/Brain-health>
- PAGES WEB. *La maladie d'Alzheimer - Moyens préventifs*. Société Alzheimer Montréal.
http://www.alzheimermontreal.ca/maladie/moyens_preventifs.php
- BROCHURE. *Profitez de la vie- Soyez actif ! Trucs et astuces pour les aînés*. Kino-Québec; 2014. p. 1-36.
http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/brochure_soyez_actif_webs.pdf
- BROCHURE. *Enjoy life...Stay active! Tips and tricks for seniors*. Kino-Québec; 2009. p. 1-36.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5177_physique_en.pdf
- BROCHURE. *Bien s'alimenter, pour vieillir en santé. Trucs et astuces pour les aînés*. Institut universitaire gériatrique de Montréal; 2009. p. 1-24.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5178_nutrition_fr.pdf
- BROCHURE. *Eating well, growing old healthy. Tips and tricks for seniors*. Institut universitaire gériatrique de Montréal; 2009. p. 1-24.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5178_nutrition_en.pdf

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- SITE WEB. *Institut universitaire de gériatrie de Montréal : Centre de recherche – recherche santé et vieillissement* (outils, résultats de recherche, conférences).
<http://www.criugm.qc.ca/>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Ampleur et évolution des changements cognitifs

- Les répercussions du vieillissement normal du cerveau varient énormément d'une personne à l'autre :
 - Pour la majorité des personnes âgées, en bonne santé, le déclin est souvent léger, n'interfère pas avec la vie quotidienne, et n'est pas forcément le début d'une démence
- Avec l'âge, le cerveau se modifie : certaines zones importantes pour la mémoire sont particulièrement touchées (hippocampe du lobe temporal et lobe frontal) :
 - Parmi les fonctions cognitives qui déclinent avec l'âge, c'est souvent la mémoire qui est mentionnée
- La plasticité cérébrale se maintient durant toute la vie :
 - Les tâches accomplies par des circuits détériorés peuvent être prises en charge par des circuits alternatifs
 - Les tâches auparavant accomplies quasi automatiquement vont être accomplies moins efficacement par ces circuits alternatifs, d'où le ralentissement de certaines fonctions cognitives
- Les éléments de la mémoire pouvant être affectés par le vieillissement du cerveau :
 - Perturbation de la mémoire épisodique (il faut faire davantage d'effort et être plus attentif pour retenir certains détails)
 - Perturbation de la mémoire de travail combinée à un ralentissement du traitement de l'information (l'information « disparaît » de la mémoire de travail avant qu'elle ne soit stockée dans la mémoire à long terme)
 - Capacité de récupération des données est aussi affectée (« mot sur le bout de la langue »)
 - Moins grande capacité à concentrer l'attention sur les informations pertinentes dans un ensemble de données (être distrait par des détails inutiles)
 - Diminution de la capacité générale de raisonnement, particulièrement lorsque cela implique de traiter une nouvelle information (le raisonnement basé sur des informations apprises antérieurement est moins affecté)
 - Certains éléments de la mémoire restent stables pouvant même s'améliorer, par exemple, les connaissances, la sagesse et la capacité à apprendre de nouvelles procédures ou à exécuter des tâches pour lesquelles on a développé une expertise
- Chez certaines personnes, les problèmes de mémoire vont être plus importants et vont évoluer vers une démence (de type Alzheimer, vasculaire, mixte, ou autre)
- Trouble cognitif léger (TCL): dégradation cognitive dont l'ampleur est « intermédiaire » entre le vieillissement cognitif normal et la démence
 - Il a été déterminé que les personnes avec un TCL ont un risque accru de développer une démence, ce qui fait que chez certaines d'entre elles il s'agirait d'un signe précurseur d'une démence
 - Les personnes atteintes d'un TCL développent parfois la maladie d'Alzheimer (10 à 15 % des TCL évoluent vers une démence de type Alzheimer chaque année, soit environ 10 fois plus que chez les autres personnes âgées), particulièrement lorsque leur mémoire est affectée. Mais plusieurs personnes atteintes d'un TCL ne développeront pas de démence

- Certains éléments peuvent suggérer que les perturbations des fonctions cognitives ne sont pas le résultat du vieillissement normal du cerveau :
 - Une évolution rapide
 - Des oublis **fréquents**, particulièrement s'ils concernent des événements **très récents et/ou significatifs**
 - Des troubles du langage (autrement que chercher parfois ses mots)
 - Des changements de comportement (agressivité, passivité)
 - Des symptômes ou des signes suggestifs d'une pathologie associée (hypothyroïdie, dépression, maladies vasculaires, consommation abusive chronique d'alcool, etc.)

Facteurs de risque et de protection

- **Facteurs de risque** (qui augmentent le risque de développer une maladie entraînant des déficits cognitifs) :
 - Âge - après 65 ans, augmentation exponentielle du risque
 - Sexe - deux fois plus de femmes que d'hommes développent la maladie d'Alzheimer, en particulier après l'âge de 75 ans (peut être en partie le résultat d'une plus grande longévité des femmes)
 - Faible niveau de scolarité
 - Facteurs vasculaires - hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé, diabète type 2
 - Déficits sensoriels : impact sur la saisie correcte des stimuli du monde extérieur, sur la stimulation cognitive et les loisirs (par ex : impact des problèmes de vision sur la lecture et impact de la presbycousie sur la participation à des activités sociales)
 - Traumatismes crâniens
 - Dépression
 - Habitudes de vie - liens avec maladie d'Alzheimer :
 - Degré d'activité physique nul ou faible
 - Alimentation riche en matières grasses
 - Tabagisme
 - Consommation d'alcool à risque
- **Facteurs de protection** (facteurs qui réduisent le risque de développer une maladie entraînant des déficits cognitifs) :
 - Habitudes de vie - liens avec maladie d'Alzheimer :
 - Pratique d'activité physique régulière
 - Alimentation comprenant une consommation accrue de poisson et une diminution des matières grasses
 - Cessation tabagique
 - Consommation modérée de vin
 - Activités intellectuellement stimulantes (par ex : lecture et mots croisés)
 - Activités de loisirs (par ex : tricot, visite d'amis)



Santé mentale

Dans ce module, nous abordons la santé mentale selon trois thèmes : 1) identifier les personnes affectées par le stress et les problèmes de sommeil; 2) détecter les personnes avec une humeur dépressive; et 3) identifier les personnes en situation de violence familiale, conjugale, ou autre et identifier les aînés en situation de maltraitance. L'algorithme 1 résume l'approche intégrée selon ces trois thèmes. Il est proposé de procéder de manière séquentielle, soit d'aborder en premier lieu la gestion du stress et du sommeil, de poursuivre avec l'humeur dépressive pour terminer avec la situation de violence ou de maltraitance. Cette manière de faire permet d'ouvrir la discussion avec un sujet neutre (le stress) et de terminer avec une question plus délicate (violence ou maltraitance). De plus, l'évaluation du contexte associé à un état de stress ou à une humeur dépressive peut fournir des informations utiles à l'identification des situations de violence ou de maltraitance.

Il est important de souligner que le dépistage de tout problème de santé requiert un suivi et la présence de ressources appropriées afin de poursuivre l'investigation, particulièrement pour la santé mentale.

L'approche suggérée dans le bilan de santé vise à aider la personne à prendre conscience de ses forces et de ses difficultés et ainsi améliorer la gestion de son bien-être. Si une maladie mentale est suspectée par l'infirmière (par exemple, une dépression majeure ou un trouble anxieux), la personne sera dirigée vers le médecin pour un diagnostic et un traitement ou vers les ressources spécialisées en santé mentale (guichet d'accès en santé mentale, psychologue, etc.).

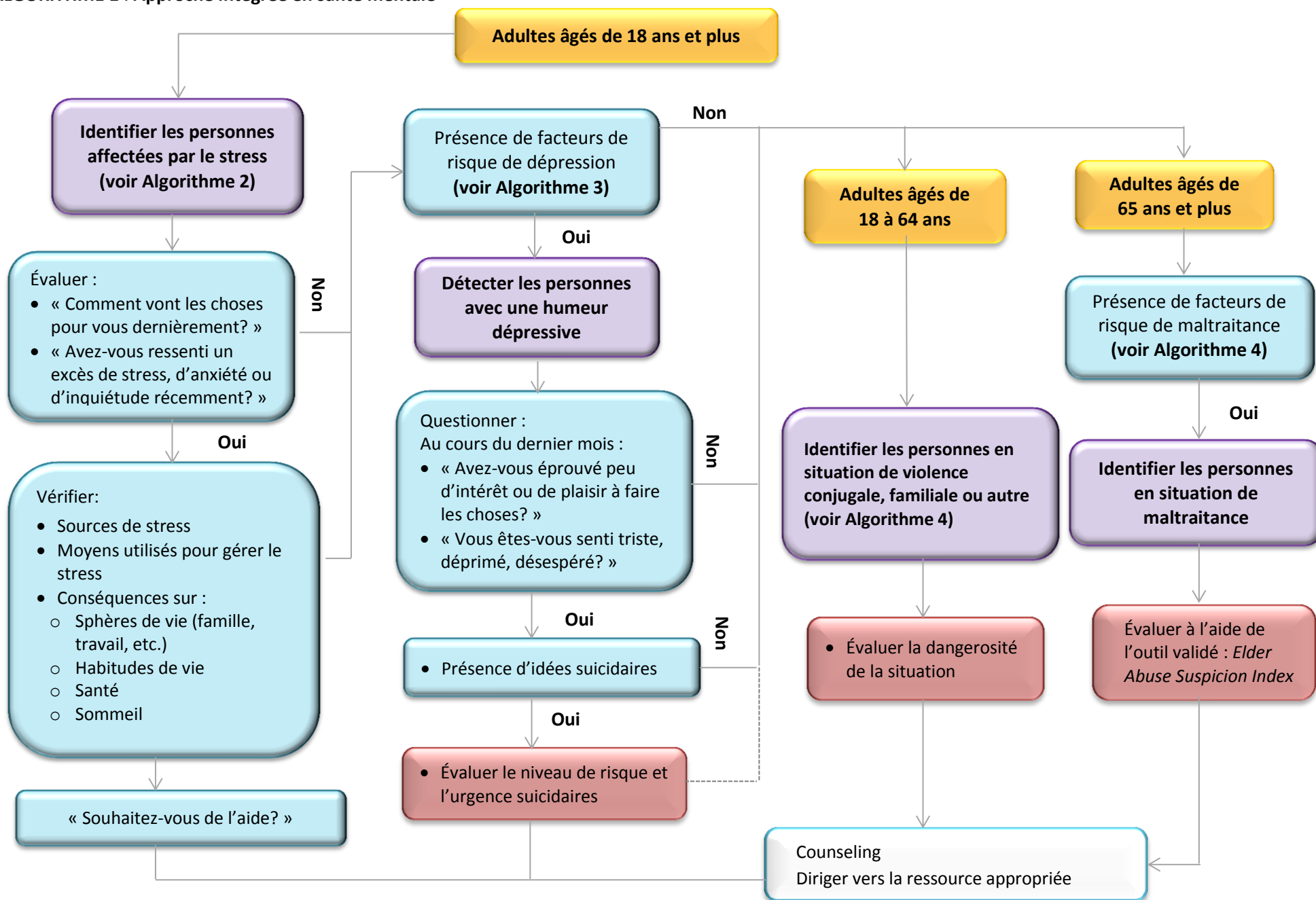
Des infirmières pourraient également évaluer les troubles mentaux dans la mesure où elles ont les habiletés requises pour le faire (voir à ce sujet le Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux¹)

Le bilan de santé s'adresse à une population adulte, sans diagnostic antérieur ou actuel d'un problème de santé mentale nécessitant un suivi, (par exemple, anxiété généralisée, dépression, schizophrénie, maladie bipolaire, etc.), tel que décrit dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de l'*American Psychiatric Association* (DSM V). Un tel suivi requiert un ensemble de mesures qui débordent du cadre du bilan de santé. Il ne s'adresse pas aux femmes enceintes mais tient compte de certains facteurs de risque liés aux changements hormonaux.

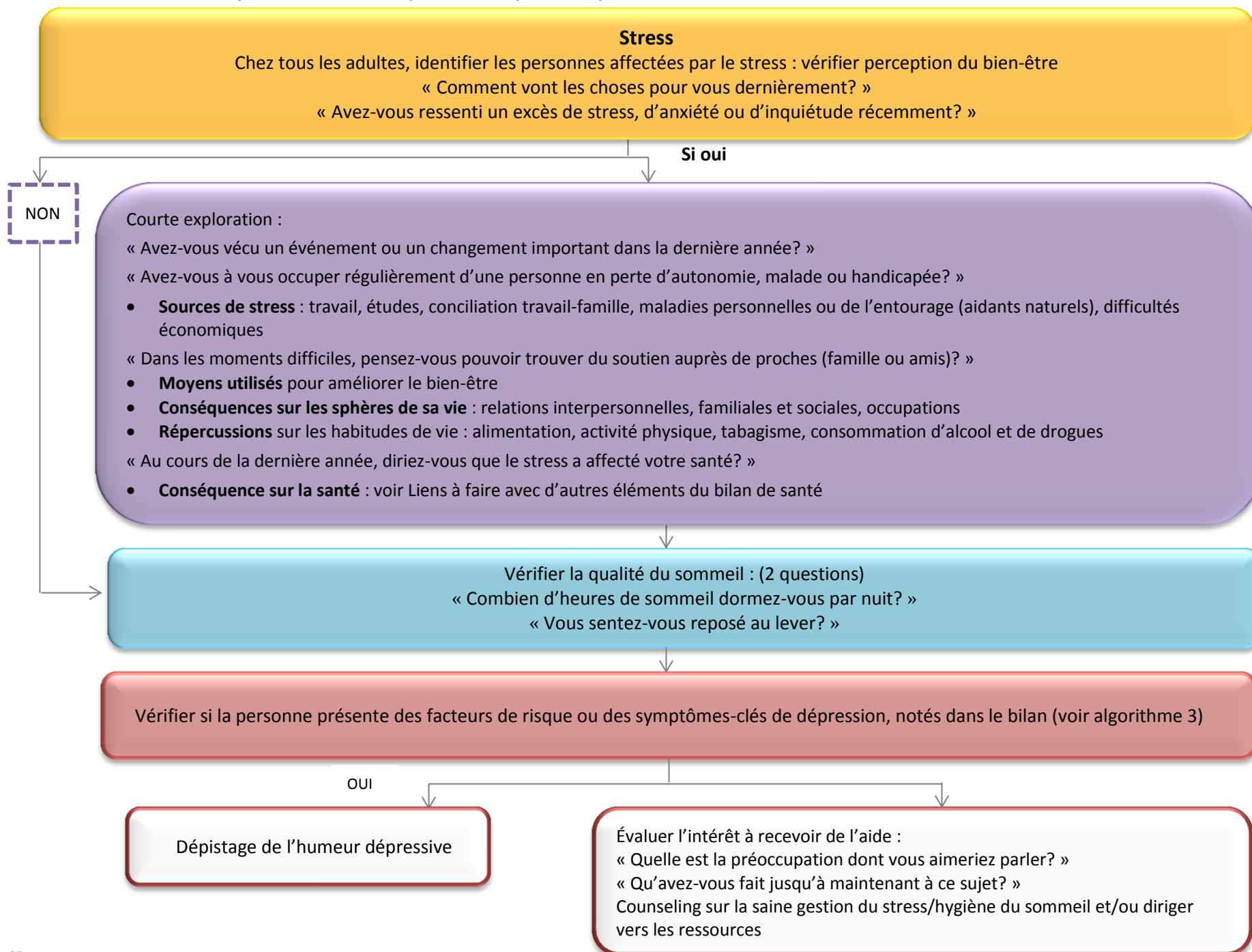
Puisque cette section a été élaborée en portant parfois une attention particulière aux personnes présentant certains facteurs de risque ou symptômes-clés relevés dans la démarche intégrée, nous ne suggérons pas d'évaluer chacun des thèmes séparément.

¹ <https://www.oiq.org/pratique-infirmiere/activite-reservees/evaluer-les-troubles-mentaux>

ALGORITHME 1 : Approche intégrée en santé mentale



ALGORITHME 2 : identifier les personnes affectées par le stress (Thème 1)





SANTÉ MENTALE

Stress et sommeil

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

- Première étape d'une démarche intégrée en santé mentale : 1) stress et sommeil; 2) humeur dépressive; 3) violence, et maltraitance envers les aînés
Voir Algorithme 1 : Approche intégrée en santé mentale
- Chez tous les adultes, vérifier :
 - Perception du bien-être psychologique; le sommeil
 - Si la personne a ressenti un excès de stress, d'anxiété ou d'inquiétude récemment
- Chez les personnes ayant ressenti un excès de stress, d'anxiété ou d'inquiétude, vérifier :
 - Les sources de stress (dont la survenue d'un changement important dans la dernière année et le rôle d'aidant naturel)
 - Les moyens utilisés pour améliorer son bien-être (dont le soutien dont elle dispose)
 - Les [conséquences](#) sur :
 - Les sphères de sa vie (familiale, au travail)
 - Le sommeil (quantité, qualité)
 - La santé
 - Les habitudes de vie (notamment, la consommation d'alcool)
 - Évaluer l'intérêt à recevoir de l'aide
- Chez tous les adultes, évaluer la présence de [facteurs de risque et de symptômes-clés](#) associés à une humeur dépressive
 - Chez les personnes qui présentent des facteurs de risque et des symptômes-clés : poursuivre la démarche avec le thème 2 - humeur dépressive

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Chez les personnes qui souffrent d'un excès de stress :
 - Offrir, le cas échéant, un counseling bref sur la [saine gestion du stress](#)
- Chez les personnes qui présentent des troubles du sommeil :
 - Offrir, le cas échéant, un counseling bref sur [l'hygiène du sommeil](#)

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

☐ IPSPL ☐ Médecin	▪ Personnes présentant des symptômes ou des signes suggestifs d'un problème de santé mentale qui nécessite un diagnostic médical ou un traitement pharmacologique ▪ Personnes présentant des symptômes importants ou incapacitants
☐ CSSS : services d'accueil, évaluation, orientation, référence ou guichet d'accès en santé mentale ☐ Info-Santé ☐ Psychologues ☐ Travailleurs sociaux ☐ Autres ressources : centre de réadaptation, centre de crise, organismes communautaires	▪ Personnes désirant de l'aide ou une intervention psychosociale

Suivi assuré par l'infirmière

- Offrir, le cas échéant, un rendez-vous de suivi, notamment pour poursuivre le counseling en matière de maintien et adoption de saines habitudes de vie

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- Un excès de stress, d'anxiété ou d'inquiétude peut avoir des conséquences sur les habitudes de vie: excès alimentaire; tabagisme; consommation excessive d'alcool; utilisation de drogues ou utilisation inappropriée de médicaments (voir **Habitudes de vie**)
- La consommation excessive d'alcool peut contribuer aux troubles du sommeil (voir **Alcool et drogues**)
- La pratique de l'activité physique pourrait être un moyen d'améliorer la gestion du stress ou la qualité du sommeil (voir **Activité physique**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- BROCHURE. *Le stress apprivoisé* (test sur le niveau de stress, informations sur l'impact sur la santé, trucs anti-stress, etc.). Association canadienne pour la santé mentale et Fondation des maladies du cœur; 2013. p. 1-32. <http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/Coping-w-ith-stress-fr.pdf>
- BROCHURE. *Coping with stress*. Canadian Mental Health Association and Heart and Stroke Foundation; 2013. p. 1-32. <http://www.heartandstroke.com/atf/cf/%7B99452D8B-E7F1-4BD6-A57D-B136CE6C95BF%7D/Coping-w-ith-stress-en.pdf>
- SITE WEB. *La Fondation des maladies mentales*. www.fondationdesmaladiesmentales.org
- SITE WEB. *Association canadienne pour la santé mentale – Montréal*. www.acsmmontreal.qc.ca
- PAGES WEB. *Les troubles anxieux*. Revivre - Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires. <http://www.revivre.org/troubles-anxieux.php>

- LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET SITE WEB. *Ordre professionnel des psychologues du Québec*.
Téléphone : (514) 738-1881 ou 1 800 363-2644
www.ordrepsy.qc.ca/
- LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET SITE WEB. *Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*.
Téléphone : (514) 731-3925 ou 1 888 731-9420
www.optsq.org/
- LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET SITE WEB. *L'Appui pour les proches aidants d'âînés - Montréal*.
Téléphone : 1 855 8 LAPPUI
<http://www.lappui.org/montreal>
- OUTIL. *Formation MeSSAGES - Méthode électronique de soutien aux stratégies d'apprentissage à la gestion du stress* (permet d'outiller les proches aidants d'une personne âgée afin qu'ils puissent gérer le stress lié à leur rôle). Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
<http://www.aidant.ca/formation/gestion-du-stress>

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- PAGES WEB. *Infos santé mentale - Stress : causes et conséquences*. Institut universitaire en santé mentale Douglas.
<http://www.douglas.qc.ca/info/stress>
- OUTIL CLINIQUE. *La gestion du stress chez les âînés : plus simple qu'on pense! - Coffre à outils de la semaine antistress*. Ordre des psychologues du Québec; 2008. p. 29-34.
<http://www.acsm-ca.qc.ca/assets/08-coffre-outils.pdf>
- AVIS SCIENTIFIQUE. Desjardins N et coll. *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Institut national de santé publique du Québec; 2008. p. 1-162.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_avis_sante_mentale.pdf
- BROCHURE. Brun J-P et coll. *Faire cesser le problème - La prévention du stress au travail. La santé psychologique au travail...de la définition du problème aux solutions*. Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, Université Laval; 2003. p. 1-20.
<http://www.cgsst.com/stock/fra/doc115-395.pdf>
- SITE WEB. *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse*.
<http://www.cdpdj.qc.ca/fr/Pages/default.aspx>
- AVIS SCIENTIFIQUE. St-Amour N et coll. *La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises*. Institut national de santé publique du Québec; 2005. p. 1-32.
<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/375-ConciliationTravail-Famille.pdf>
- AVIS SCIENTIFIQUE. Morin C. *L'insomnie : Prévalence, fardeau et conséquences*. Insomnie – Conférences scientifiques aux fins de la formation médicale continue des collègues médecins. Société canadienne du sommeil; 2012. 1(1) : 1-6.
<http://www.insomnieconferences.ca/crus/150-001%20French.pdf>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Counseling en saine gestion du stress*

- Moyens pour réduire le stress :
 - Cerner le problème : identifier ce qui entraîne le stress
 - Trouver des solutions : rechercher des stratégies réalistes visant à apporter certains changements afin de libérer la pression
 - Parler de ses problèmes : échanger avec la famille, les amis à propos des difficultés éprouvées
 - Apprendre à gérer son stress : différents moyens sont disponibles tels que des livres, films, vidéos, des cours et ateliers ainsi que des conseils spécialisés
 - Libérer son esprit des problèmes : une occupation agréable (passe-temps, sport) permet de ne pas penser aux problèmes et de se donner une « vacance mentale »
 - Diminuer la tension : l'activité physique est un excellent moyen de réduire le stress
- Moyens de prévenir une accumulation excessive de stress :
 - Prendre des décisions : ne pas en prendre cause des inquiétudes ce qui génère du stress
 - Éviter l'incertitude : adopter une routine hebdomadaire qui inclut des loisirs
 - Déléguer : ne pas hésiter à demander aux autres d'effectuer des tâches dont ils peuvent s'acquitter

**Selon l'Association canadienne pour la santé mentale*

Conséquences du stress

- Le stress chronique peut causer des problèmes de santé mentale, physique ou amplifier des problèmes existants :
 - Symptômes physiques tels que : maux de dos, maux de ventre, constipation ou diarrhée, essoufflement, fatigue, perte ou gain de poids, brûlure d'estomac
 - Maladies au niveau de différents systèmes : dermique (eczéma), cardiovasculaire (hypertension artérielle), cognitif (troubles de mémoire), pulmonaire (asthme), neurologique (maux de tête fréquents), immunologique (infections), gastro-intestinal (ulcères)
 - Symptômes associés à des problèmes de santé mentale tels que : anxiété, crises de panique, phobies, dépression, dépendances, troubles de l'alimentation (anorexie/boulimie)
- Pour soulager les malaises causés par le stress, plusieurs personnes adoptent des comportements de compensation : accroissement du tabagisme, abus d'alcool ou de drogues, excès alimentaires, excès de sommeil, isolement, etc.

Counseling sur l'hygiène du sommeil

- La plupart des adultes ont besoin d'environ huit heures de sommeil; le nombre d'heures de sommeil nécessaire pour récupérer et se sentir fonctionnel le lendemain varie d'une personne à l'autre, tout dépendant de l'âge, du degré d'activité et de la constitution de chacun.
- Conséquences possibles d'un déficit de sommeil chez une personne :
 - Santé : risques accrus de maladie du cœur, d'accidents vasculaires cérébraux, de diabète, d'hypertension artérielle, d'obésité et de dépression
 - Qualité de vie et comportements : diminution de la qualité du travail et de la vie familiale, modification de l'humeur, diminution de la vigilance, accidents (dont les accidents de la route)
- L'hygiène du sommeil comprend les éléments suivants qui facilitent à la fois l'endormissement et la qualité du sommeil :
 - Chambre dédiée exclusivement au sommeil et à la sexualité

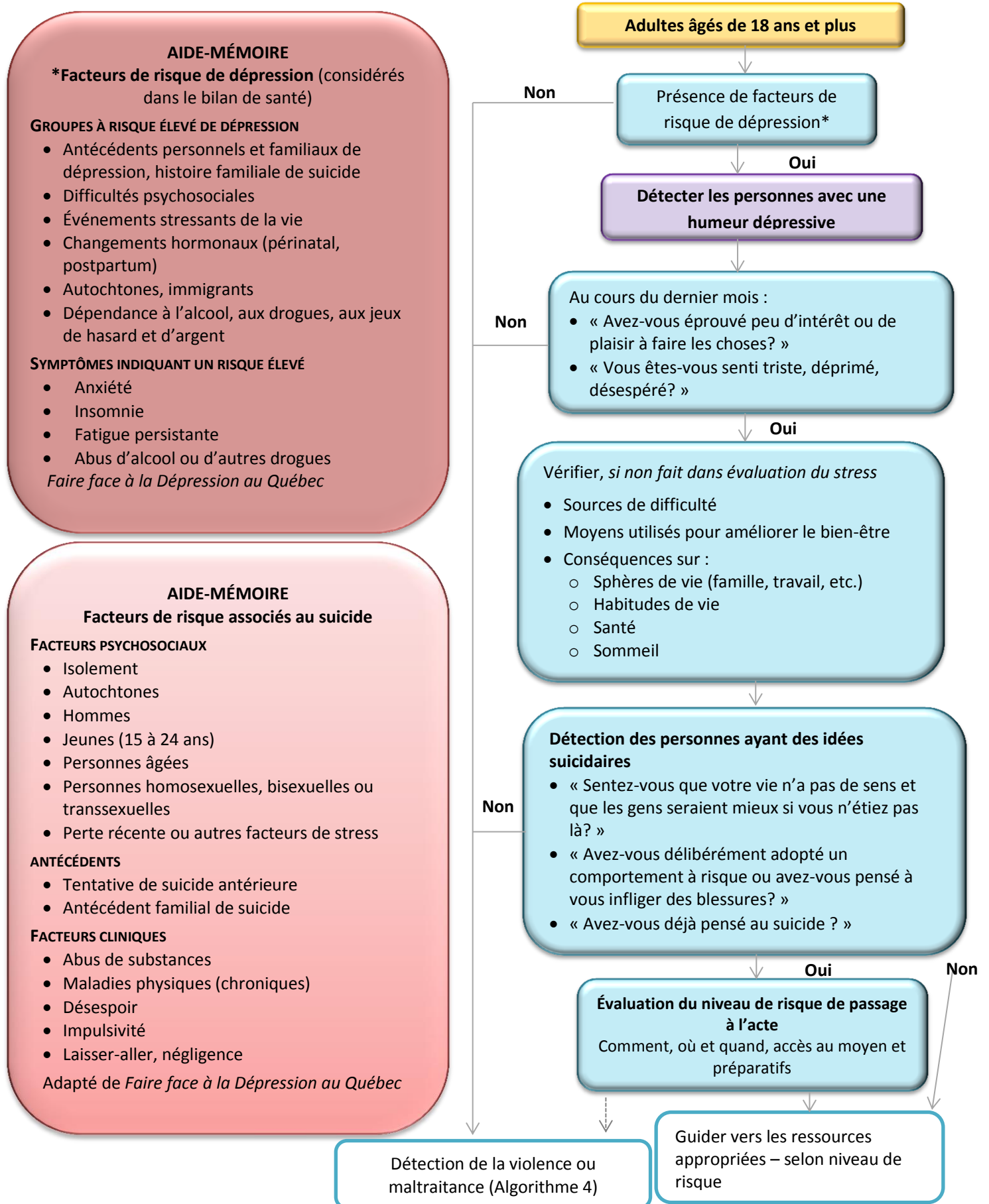
- Routine et régularité
- Quiétude avant d'aller au lit
- Exercice physique : lorsque pratiqué régulièrement, facilite l'endormissement et rend le sommeil plus profond. Éviter de faire de l'exercice deux à trois heures avant le coucher
- Nourriture : pour éviter de se coucher en ayant faim, une légère collation peut aider à dormir
- Éviter la caféine et la nicotine
- L'alcool - un somnifère nuisible : même s'il favorise l'endormissement, l'alcool réduit la qualité du sommeil
- Les siestes : à éviter chez les gens qui souffrent d'insomnie. Pour les autres, il est recommandé de faire la sieste entre 14h et 15h, d'une durée optimale de 10 minutes. Chez les personnes âgées, les siestes plus longues sont bénéfiques (le temps total de sommeil des personnes âgées est comparable à celui des autres adultes)
- Conseils si vous n'arrivez pas à vous endormir : chez les personnes qui ne se sont pas endormies après 30 minutes ou chez celles qui se réveillent la nuit, il est recommandé de quitter le lit, faire une activité reposante et retourner au lit lorsqu'elles sont fatiguées
- Qu'en est-il des somnifères : à recommander seulement de façon occasionnelle, particulièrement lors de stress aigu, passager ou en situation de décalage horaire. Utiliser sur une courte période, quelques semaines tout au plus. Ne pas mélanger somnifères et alcool

Facteurs de risque et symptômes-clés suggestifs d'une dépression (en lien avec le bilan) *

- Facteurs associés à un risque accru de dépression :
 - Antécédents personnels et familiaux de dépression, histoire familiale de suicide
 - Autochtones, immigrants
 - Événements stressants de la vie, perte, événements traumatiques
 - Difficultés psychosociales
 - Dépendance à l'alcool, aux drogues et aux jeux de hasard
 - Changements hormonaux (périnatal, postpartum)
- Symptômes-clés suggestifs d'une dépression :
 - Anxiété
 - Insomnie
 - Fatigue
 - Perte ou gain de poids involontaire
 - Abus d'alcool ou de drogues

**Adapté de Faire face à la dépression au Québec*

ALGORITHME 3 : Détecter les personnes présentant une humeur dépressive (Thème 2)





SANTÉ MENTALE

Humeur dépressive

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

- Seconde étape d'une démarche intégrée en santé mentale : 1) stress et sommeil; 2) humeur dépressive; 3) violence, et maltraitance envers les aînés
Voir **Algorithme 1 : Approche intégrée en santé mentale**
- Les présentes recommandations relatives à la détection des personnes présentant une humeur dépressive s'appliquent dans la mesure où les personnes dépistées pourront recevoir les soins requis par leur condition.
- Chez tous les adultes, évaluer la présence de [facteurs de risque et de symptômes-clés](#) associés à une humeur dépressive
 - Chez les personnes qui présentent au moins un facteur de risque ou un symptôme-clé, vérifier si la personne a présenté dans le dernier mois une humeur dépressive (voir [outil QSP-2](#))
- Chez toute personne présentant une humeur dépressive, évaluer (si cela n'a pas été fait, lors de l'évaluation du stress) :
 - Les sources de difficulté (dont la survenue d'un changement important dans la dernière année et le rôle d'aidant naturel)
 - Les moyens utilisés pour améliorer son bien-être (dont le soutien dont elle dispose)
 - Les conséquences sur :
 - Les sphères de sa vie (familiale, au travail)
 - Le sommeil (quantité, qualité)
 - Les habitudes de vie (notamment, la consommation d'alcool)
 - Le [risque et l'urgence suicidaires](#)

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Chez les personnes qui présentent une humeur dépressive, offrir, le cas échéant, un counseling sur :
 - Les [troubles dépressifs](#)
 - L'hygiène du sommeil (voir **Stress et sommeil**)
 - La saine gestion du stress (voir **Stress et sommeil**)

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services	
☐ IPSPL ☐ Médecin	- Personnes dont le problème lié à l'humeur nécessite un diagnostic médical ou un traitement pharmacologique : - Personnes présentant une humeur dépressive - Personnes présentant des symptômes intenses et incapacitants
Diriger rapidement vers : ☐ Médecin ☐ Équipe de santé mentale ☐ Ligne téléphonique de soutien (prévention du suicide) : 1 866 APPELLE (277-3553)	Personnes ayant un risque suicidaire à court terme
Diriger de manière urgente en s'assurant que la personne soit accompagnée (service 911 et services policiers) ☐ Urgences hospitalières ☐ Appliquer le protocole d'urgence de son milieu, si disponible	Personnes ayant un risque suicidaire imminent
CSSS : services d'accueil, évaluation, orientation, référence ou guichet d'accès en santé mentale ☐ Info-Santé ☐ Psychologues ☐ Travailleurs sociaux ☐ Autres ressources : centre de réadaptation, centre de crise, organismes communautaires, Tel-Aide, etc.	Personnes désirant de l'aide ou une intervention psychosociale
Suivi assuré par l'infirmière	
Offrir, le cas échéant, un rendez-vous de suivi : pour réévaluer la condition de la personne ou offrir du soutien	
Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé	
- L'humeur dépressive peut être associée à une consommation excessive d'alcool ou à une utilisation de drogues – la toxicomanie est un facteur de risque associé à la dépression et au suicide (voir Alcool et drogues) - La consommation excessive d'alcool peut perturber la qualité du sommeil (voir Alcool et drogues) - La pratique de l'activité physique peut être un moyen d'améliorer l'humeur dépressive ou la qualité du sommeil (voir Activité physique) - L'humeur dépressive est souvent présente chez les personnes ayant un excès de poids. Il importe de tenir compte de la présence de l'humeur dépressive dans l'intervention faite auprès d'une personne souffrant d'obésité (voir Excès de poids) - On peut observer une association entre la dépression et des difficultés cognitives (voir Déficit cognitif)	

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET SITE WEB. *Ordre professionnel des psychologues du Québec*.
Téléphone : (514) 738-1881 ou 1 800 363-2644
www.ordrepsy.qc.ca/
- LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET SITE WEB. *Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*.
Téléphone : (514) 731-3925 ou 1 888 731-9420
www.optsq.org/
- PAGES WEB. *Les troubles dépressifs*. Revivre - Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires.
<http://www.revivre.org/troubles-depressifs.php>
- LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET COURRIEL. *Suicide Action Montréal*.
Ligne d'intervention: 514 723-4000
Courriel: infosam@suicideactionmontreal.qc.ca
- SITE WEB. *La Dépression fait mal.ca* (informations sur les symptômes, les traitements, les conseils, etc.).
<http://ladepressionfaitmal.ca/fr/>
- SITE WEB. *La Fondation des maladies mentales*.
www.fondationdesmaladiesmentales.org
- SITE WEB. *Association canadienne pour la santé mentale – Montréal*.
www.acsmmontreal.qc.ca
- OUTIL PATIENT. *Lectures proposées pour les personnes souffrant de dépression et leurs proches* (annexe E page 64 dans Fournier et coll. *Faire face à la dépression au Québec*. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Centre de recherche du CHUM; 2012. p. 1-78).
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf
- OUTIL PATIENT. *Guide d'autosoins pour la dépression : Développer des stratégies pour surmonter la dépression - Guide destiné aux adultes*. Université Simon Fraser, BC Mental Health & Addiction Services; 2005. p. 1-78.
<http://www.comh.ca/publications/resources/asw/SCDP-French.pdf>
<http://www.comh.ca/antidepressant-skills/adult/resources/index-asw.cfm> (autres langues)
- FEUILLET RÉSUMÉ. *Le Guide d'autosoins pour la dépression: vous aider à combattre la dépression*. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction; 2014. p.1-2.
<http://www.qualaxia.org/fdownload.php?fn=2014-Guide-autosoins-depression.pdf&ct=dpd&tp=pdf>

Formations suggérées à l'infirmière

- La formation « Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques » de l'Association québécoise en prévention du suicide.
 - Informations disponibles sur :
<http://www.agps.info/se-former/formation-intervenir.html>
- Formation : Jalons – Protocole de soins
<http://www.qualaxia.org/sante-mentale-information/formations/2013-jalons-protocole.php?lg=fr>

Ressources utiles à l'infirmière

- GUIDE DE PRATIQUE. Fournier L et coll. *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Centre de recherche du CHUM; 2012. p. 1-78.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf
- GUIDE DE PRATIQUE. Lane J et coll. *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. MSSS; 2010. p. 1-99.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-247-02.pdf>
- OUTIL CLINIQUE. *Pour estimer la dangerosité du passage à l'acte de la personne* (grille d'évaluation clinique élaborée par Suicide Action Montréal et Centre Dollard-Cormier, citée à la page 33 du guide de pratique précédent. **(Une formation est nécessaire pour bien utiliser cette grille)**.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-247-02.pdf>
- GUIDE DE PRATIQUE. Laflamme F et coll. *Prévenir le suicide pour préserver la vie - Guide de pratique clinique*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2007. p. 1-47.
<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/prevenir-le-suicide-pour-preserver-la-vie-guide-de-pratique-clinique>
- SITE WEB. Réseau Qualaxia.
<http://www.qualaxia.org/>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Facteurs de risque et symptômes-clés suggestifs d'une dépression (en lien avec le bilan)

- Facteurs associés à un risque accru de dépression :
 - Antécédents personnels et familiaux de dépression, histoire familiale de suicide
 - Autochtones, immigrants
 - Événements stressants de la vie, perte, événements traumatiques
 - Difficultés psychosociales
 - Dépendance à l'alcool, aux drogues, et aux jeux de hasard et d'argent
 - Changements hormonaux (périnatal, postpartum)
- Symptômes-clés suggestifs d'une dépression :
 - Anxiété
 - Insomnie
 - Fatigue
 - Perte ou gain de poids involontaire
 - Abus d'alcool ou de drogues

**Adapté de Faire face à la dépression au Québec*

Vérifier si la personne présente une humeur dépressive (QSP-2)

- Deux questions sont particulièrement utiles et validées pour identifier les personnes ayant une humeur dépressive et chez qui il faut exclure le diagnostic de dépression majeure :
 - « Avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses? » (perte d'intérêt ou de plaisir)
 - « Vous êtes-vous senti triste, déprimé(e), ou désespéré(e)? » (humeur dépressive)

Évaluer le risque et l'urgence suicidaires

- Exemples de questions pour vérifier la présence d'idées suicidaires :
 - « Sentez-vous que votre vie n'a pas de sens et que les gens seraient mieux si vous n'étiez pas là? »
 - « Avez-vous délibérément adopté un comportement à risque ou avez-vous pensé à vous infliger des blessures? »
 - « Avez-vous déjà pensé au suicide? »
- Si la réponse est oui, à l'une des questions précédentes, poursuivre en évaluant les éléments suivants :
 - La planification du suicide (COQ) : comment (quel moyen envisagé; la létalité et l'accessibilité à ce moyen); où (le lieu) et le quand (imminence du passage à l'acte)
 - Vérifier la présence des facteurs de protection et de risque (voir tableau ci-dessous)

Tableau 1 : Facteurs de protection et de risque relatifs au suicide

Facteurs de protection	Facteurs de risque*
Aucune tentative antérieure de suicide	Tentative antérieure de suicide
Capacité à espérer un changement	Grand désespoir
Aucune ou légère consommation de substances	Abus de substances
Capacité à se contrôler	Impulsivité
Présence d'un proche	Solitude et isolement
Capacité à prendre soin de soi	Laisser-aller

Adapté de : Pour estimer la dangerosité du passage à l'acte de la personne. Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. MSSS. 2010)

* Les groupes suivants sont associés à un risque accru de suicide : Personnes ayant des antécédents familiaux de suicide, des antécédents personnels de tentative de suicide, autochtones, les hommes, les jeunes (15 à 24 ans), les personnes âgées, les personnes homosexuelles, bisexuelles ou transsexuelles et les personnes ayant subi une perte récente (mortalité, divorce, perte d'emploi, etc.), les personnes seules, isolées (Faire face à la dépression au Québec)

- Orienter la personne vers les services selon le niveau de dangerosité :
 - Risque imminent (< 48 heures) : Ne pas laisser la personne seule; assurer sa sécurité; informer la personne de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui**; faire les arrangements pour un transfert en ambulance ou avec les policiers vers une urgence
 - Risque à court terme (jours ou semaines) : s'entendre avec la personne de la démarche à faire si elle a des idées suicidaires; limiter l'accès aux moyens de suicide (médicaments, arme à feu); l'informer des ressources dans la communauté (Suicide-action; centre de crise, etc.); organiser un rendez-vous d'évaluation avec un médecin ou une équipe de santé de mentale; prévoir un suivi ou une relance téléphonique selon la situation
 - Risque à long terme : diriger la personne vers les ressources pertinentes selon la situation; prévoir un suivi ou une relance téléphonique selon la situation

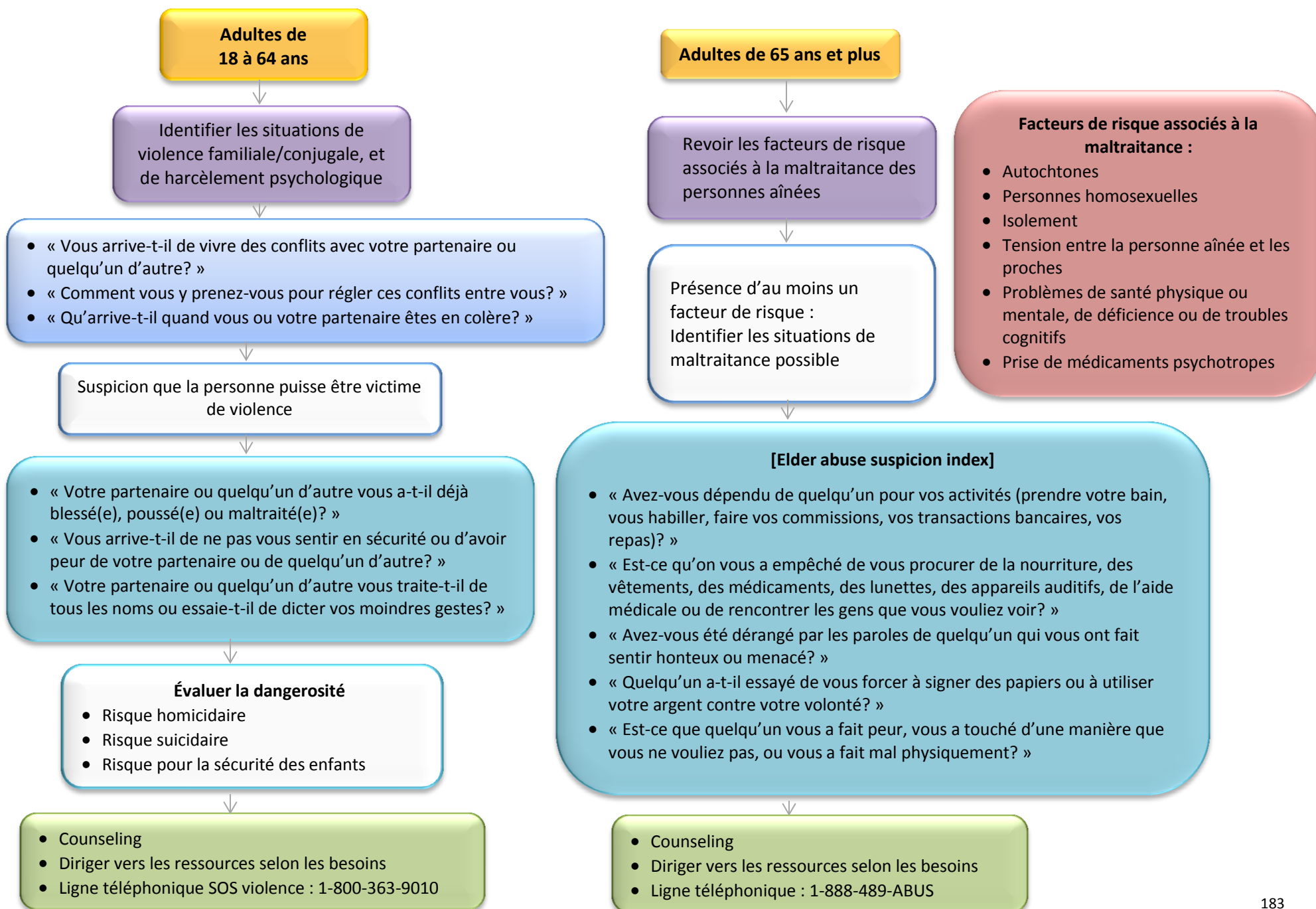
*La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* constitue une mesure d'exception pouvant être utilisée, en certaines circonstances, pour assurer la sécurité de la personne suicidaire. Cette Loi vise à priver temporairement la personne de son droit de liberté afin de la garder sans son consentement dans un centre hospitalier.

- Pour toutes les lois entourant la divulgation de renseignements confidentiels, la garde forcée en établissement, la sécurité et le développement d'un enfant, et le code criminel, consulter le document :
 - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Prévenir le suicide pour préserver la vie, Guide de pratique clinique, 2007, 47 p. Disponible sur : <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/prevenir-le-suicide-pour-preserver-la-vie-guide-de-pratique-clinique>

Counseling sur les troubles dépressifs

- Il faut distinguer un changement de l'humeur temporaire d'une dépression :
 - La dépression est une maladie (et non une faiblesse personnelle) qui occasionne généralement une atteinte (qui persiste dans le temps - plus de deux semaines) :
 - Émotionnelle (tristesse, perte de plaisir)
 - Physique (perte d'appétit, perte ou gain de poids, fatigue, insomnie, baisse de la libido)
 - Comportementale (irritabilité, agressivité)
 - Cognitive (ralentissement psychomoteur, difficulté de concentration, perte de mémoire)
 - Consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé mentale peut aider à établir le bon diagnostic et par le fait même préciser le traitement requis
- Les traitements de la dépression sont efficaces : psychothérapie (cognitivo-comportementale notamment) et le traitement pharmacologique
- Ce qui peut aider lorsqu'une personne présente une humeur dépressive :
 - Savoir demander de l'aide et accepter de se faire aider (par des proches, un réseau de soutien, un professionnel)
 - Dire ce que l'on ressent
 - Exprimer ses besoins
 - Conserver une vie sociale (éviter l'isolement social)
 - Adopter un mode de vie sain, notamment :
 - Pratiquer des activités physiques (amélioration de l'humeur et de l'énergie, meilleure gestion du stress)
 - Limiter la consommation d'alcool et éviter l'usage de drogues (cannabis ou autre); l'effet apaisant des substances est trompeur et disparaît rapidement
 - Améliorer le sommeil (les troubles du sommeil peuvent être une conséquence des troubles de l'humeur et inversement, ils peuvent exacerber l'anxiété et la dépression) – voir conseils sur l'hygiène du sommeil
 - Regarder les facteurs qui contribuent à perturber le sentiment de bien-être et identifier les éléments qui pourraient être changés (avec du soutien au besoin)
- Consulter en présence d'idées suicidaires (ne pas les banaliser)

ALGORITHME 4: Identifier les situations de violence familiale et de maltraitance chez les aînés (Thème 3)





SANTÉ MENTALE

Violence

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

- Troisième étape d'une démarche intégrée en santé mentale : 1) stress et sommeil; 2) humeur dépressive; 3) violence, et maltraitance envers les aînés
Voir **Algorithme 1 : Approche intégrée en santé mentale**
- Chez tous les adultes de moins de 65 ans, [dépister la violence](#) conjugale, familiale, et le harcèlement psychologique
- Chez les personnes potentiellement victimes de violence conjugale, explorer la situation actuelle (formes de violence, répercussions, soutien disponible) et, le cas échéant, la dangerosité de la situation (risque d'homicide, de suicide ou risque pour la sécurité des enfants)
- Chez les personnes potentiellement victimes d'harcèlement psychologique (ailleurs qu'en milieu familial), explorer la situation actuelle (formes d'harcèlement, répercussions, soutien disponible) et, le cas échéant, la dangerosité de la situation
- Chez les personnes qui mentionnent exercer une forme de violence envers leur conjoint(e) ou des collègues, explorer la situation actuelle (formes de violence, répercussions, soutien disponible) et, le cas échéant, la dangerosité de la situation (risque d'homicide, de suicide ou risque pour la sécurité des enfants)

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

Chez les personnes potentiellement victimes de violence (soupçon ou confirmation de violence conjugale ou familiale) :

- Explorer la perception qu'a la personne de la situation et ajouter, le cas échéant, de l'information sur la [violence conjugale ou familiale](#)
 - Accompagner la personne dans sa réflexion afin de lui faire prendre conscience du fait qu'elle vit de la violence
 - Prendre position contre la violence tout en respectant le rythme d'acceptation de la personne (mentionner à la victime que personne ne mérite un tel traitement et qu'elle n'est pas responsable du comportement violent de son agresseur; l'assurer que ses décisions seront respectées et qu'elle pourra obtenir tout le soutien nécessaire)
- Assurer la sécurité de la personne et celle des enfants :
 - Élaborer, s'il y a lieu, avec la personne victime, un [scénario de protection](#)
 - Signaler la situation au [Directeur de la protection de la jeunesse](#) s'il a lieu de croire que la sécurité ou le développement de l'enfant sont compromis
- Soutenir la personne dans sa recherche de solutions et l'informer des ressources existantes, notamment :
 - Services policiers dans la situation où la personne veut porter plainte; l'organisme SOS violence conjugale peut fournir du soutien dans les démarches judiciaires)
 - Milieu communautaire (Centre d'hébergement)

- Adapter ses interventions selon la gravité de la situation, les décisions prises par la personne, et les besoins qu'elle exprime

Chez les personnes potentiellement victimes d'harcèlement psychologique (ailleurs qu'en milieu familial) :

- Explorer la perception qu'a la personne de la situation et ajouter, le cas échéant, de l'information sur le [harcèlement psychologique](#)
- Soutenir la personne dans sa recherche de solutions et l'informer des ressources existantes

Chez les personnes qui mentionnent exercer une forme de violence envers leur conjoint(e) ou des collègues :

- Explorer la perception qu'a la personne de la situation et ajouter, le cas échéant, de l'information sur la violence ou le harcèlement psychologique
- Explorer la dangerosité de la situation (risque d'homicide, de suicide ou risque pour la sécurité des enfants)
- Signaler la situation au Directeur de la protection de la jeunesse s'il a lieu de croire que la sécurité ou le développement de l'enfant sont compromis
- Soutenir la personne dans sa recherche de solutions et l'informer des ressources existantes

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

☐ IPSPL ☐ Médecin	▪ Personnes présentant des conditions associées nécessitant un diagnostic médical ou un traitement pharmacologique (ex. dépression)
☐ SOS violence conjugale 1 800 363-9010 ☐ CSSS : services d'accueil, évaluation, orientation, référence ou guichet d'accès en santé mentale ☐ Info-Santé ☐ Psychologues ☐ Travailleurs sociaux ☐ Organismes communautaires	▪ Personnes victimes de violence conjugale, familiale ou de harcèlement psychologique qui désirent de l'aide ▪ Personnes qui exercent une forme de violence dans leurs relations interpersonnelles et qui désirent de l'aide
☐ Option (organisme communautaire) ☐ Autres organismes communautaires	▪ Personnes qui exercent une forme de violence envers leur conjoint(e) ou envers un membre de leur famille et qui désirent de l'aide

Suivi assuré par l'infirmière

- Offrir, le cas échéant, un suivi afin de réévaluer la situation ou d'offrir du soutien

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- La consommation abusive d'alcool, drogues ou médicaments peut être associée à de la violence conjugale – chez une victime ou une personne faisant usage de violence (voir **Alcool et drogues**)
- La nécessité d'avoir recours à une contraception d'urgence peut s'inscrire dans un contexte de relations sexuelles non désirées (voir **Grossesses non planifiées**)
- La grossesse est un facteur de risque associé à la violence conjugale (voir **Prévention périconceptionnelle**)
- La présence de stress, d'anxiété, de dépression ou de troubles de sommeil peuvent être des indices qu'une personne est victime de violence ou de harcèlement (voir **Stress** et **Humeur dépressive**)
- Des circonstances inexplicables de chutes pourraient être associées à une situation de violence conjugale (voir **Chutes**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

Violence conjugale et familiale

- LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET SITE WEB. *SOS Violence conjugale*.
Téléphone : 1 800 363-9010
<http://www.sosviolenceconjugale.ca/>
- SITE WEB. *Option, une alternative à la violence conjugale et familiale*.
<http://www.optionalternative.ca/>
- LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET SITE WEB. *Ordre professionnel des psychologues du Québec*.
Téléphone : (514) 738-1881 ou 1 800 363-2644
www.ordrepsy.qc.ca/
- LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET SITE WEB. *Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*.
Téléphone : (514) 731-3925 ou 1 888 731-9420
www.optsq.org/

Harcèlement psychologique ou violence au travail

- PAGES WEB. *Harcèlement psychologique* (information sur les droits, comment porter plainte). Commission des normes du travail du Québec.
<http://www.cnt.gouv.qc.ca/en-cas-de/harcèlement-psychologique/vous-etes-salarie/index.html>
- QUESTIONNAIRE EN LIGNE. *La violence au travail : êtes-vous sensibilisé?* Centre d'étude sur le trauma de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.
<http://www.violenceautravail.ca/>

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- AVIS SCIENTIFIQUE. Desjardins N et coll. *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Institut national de santé publique; 2008. p. 1-150.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_avis_sante_mentale.pdf
- GUIDE DE PRATIQUE. Thibault C et coll. *Dépister la violence conjugale pour mieux la prévenir - Prise de position*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2004. p. 1-20.
http://www.oiiq.org/sites/default/files/185_doc.pdf
- PAGES WEB. *Violence conjugale*. MSSS.
www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sociaux/violenceconjugale.php
- AVIS SCIENTIFIQUE. Flores J et coll. *Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale*. Institut national de santé publique du Québec; 2010. p. 1-75.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1068_OutilsIdentificationViolenceConjugale.pdf
- Pages Web. *Harcèlement psychologique* (informations sur le harcèlement, les recours, etc.). Commission des normes du travail du Québec.
<http://www.cnt.gouv.qc.ca/en-cas-de/harcèlement-psychologique/index.html#c8480>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Dépister la violence

- Lorsqu'on aborde la question de la violence conjugale :
 - Interroger la personne seule (garder à l'esprit que le conjoint (ou la conjointe) peut être réticent(e) à quitter la salle de consultation ou être agressif(ve) par la suite, ou qu'il (elle) cherchera à connaître les propos échangés en son absence)
 - Adopter une attitude ouverte, empathique et respectueuse de l'autonomie de la personne (pas toujours facile en raison des émotions suscitées tant par la victime que par l'agresseur – colère, blâme, pitié, etc.)
- Pour aborder le sujet, 3 exemples de questions* :
 - « Vous arrive-t-il de vivre des conflits importants avec votre partenaire ou quelqu'un d'autre? »
 - « Comment vous y prenez-vous pour régler ces conflits entre vous? »
 - « Qu'arrive-t-il quand vous ou votre partenaire êtes en colère? »

**Tirées du guide de l'OIIQ*

- Si les réponses aux questions précédentes laissent soupçonner que la personne est **victime** de violence, poursuivre avec les questions suivantes* :
 - « Votre partenaire ou quelqu'un d'autre vous a-t-il déjà blessé(é), poussé(é) ou maltraité(é)? »
 - « Vous arrive-t-il de ne pas vous sentir en sécurité ou d'avoir peur de votre partenaire ou de quelqu'un d'autre? »
 - « Votre partenaire ou quelqu'un d'autre vous traite-t-il de tous les noms ou essaie-t-il de dicter vos moindres gestes? »

**Tirées de l'Évaluation médicale périodique du Québec (adaptées du StaT : Slapped, Threatened, and Throw ou Slapped, Things and Threaten)*

- L'évaluation des facteurs de risque (voir tableau 1) et des indices peuvent également aider à détecter les personnes victimes de violence conjugale
 - Quelques indices de violence conjugale : traumatismes antérieurs, insomnie, fatigue, douleurs chroniques inexpliquées, problèmes de santé mentale (anxiété, stress, dépression, etc.) et consommation de médicaments, de drogues ou d'alcool

Tableau 1 : Facteurs de risque associés à la violence conjugale

Agrresseur	Victime
Facteurs individuels	
▪ Jeune âge	▪ Jeune âge
▪ Faible revenu ou statut socioéconomique	▪ Faible revenu ou statut socioéconomique
▪ Faible niveau de scolarité	▪ Faible niveau de scolarité
▪ Chômage	▪ Être séparée ou divorcée
▪ Mauvais traitements durant l'enfance : abus physique, agression sexuelle et exposition à la violence conjugale	▪ Mauvais traitements durant l'enfance, abus physique, agression sexuelle et exposition à la violence conjugale
▪ Troubles de la personnalité	▪ Dépression
▪ Consommation ou abus de drogue et d'alcool	▪ Consommation ou abus de drogue et d'alcool
▪ Tolérance face à la violence	▪ Tolérance face à la violence
▪ Violence antérieure	▪ Victimisation antérieure

Agresseur	Victime
Facteurs relationnels	
▪ Écart de niveau de scolarité entre les conjoints	▪ Écart de niveau de scolarité entre les conjoints
▪ Suspicion d'infidélité de la part du partenaire	▪ Nombre d'enfants, grossesse
▪ Conflits conjugaux ou insatisfaction conjugale	▪ Conflits conjugaux ou insatisfaction conjugale

Violence conjugale, familiale

- Définition: « La violence conjugale constitue un ensemble d'actes qui peuvent s'exercer au sein d'une relation maritale, extra-maritale ou amoureuse et qui ont pour but de contrôler, dominer, intimider l'autre pour affirmer son pouvoir sur elle. » *Tiré du Guide de l'OIIQ*
 - Prise de contrôle plutôt qu'une perte de contrôle
 - Peut survenir selon des étapes (cycle de la violence) :
 - Climat de tension (agresseur vise à créer le doute chez la victime, la peur, un sentiment d'incompétence)
 - Crise (violence verbale, psychologique, physique, qui amène chez la victime un sentiment d'humiliation, de désespoir, de colère, etc.)
 - Justification (agresseur minimise son comportement, se déresponsabilise; la victime se sent responsable de la violence qu'elle subit)
 - Réconciliation (agresseur exprime des regrets, promet de ne plus recommencer; la victime conserve l'espoir que l'agresseur peut changer)
 - Caractère répétitif, généralement selon une spirale ascendante (escalade de la violence)
 - Plus le cycle de la violence se répète, plus la victime se sent incompétente et responsable de la violence
- Formes de violence conjugale :
 - Verbale et psychologique (propos méprisants pour insulter, dégrader, humilier; harcèlement; isolement social; contrôle sur la vie quotidienne, sociale)
 - Physique (utilisation intentionnelle de la force physique, d'objets ou d'armes pour blesser)
 - Sexuelle (contraindre la personne à avoir des activités sexuelles ou des contacts sexuels)
 - Économique (priver la personne de ressources économiques nécessaires)
- Répercussions possibles chez les enfants exposés à de la violence conjugale :
 - Troubles psychosomatiques (céphalées, maux de ventre, énurésie, etc.)
 - Troubles émotionnels (anxiété, peur, faible estime de soi, sentiment d'abandon, etc.)
 - Troubles cognitifs : retard de développement du langage et cognitif, baisse du rendement scolaire, difficultés de concentration, etc.
 - Troubles comportementaux : excès de colère et d'agressivité, irritabilité; à long terme, risque d'être victime ou agresseur

Scénario de protection

- Quelques éléments d'un scénario de protection :
 - Prévoir un endroit pour être en sécurité, où se réfugier en cas de besoin (voisin, ami, proche)
 - Avoir un code pour alerter un voisin ou un proche
 - Prévoir des façons de se protéger dans les situations où il est impossible de quitter le domicile (ex. éviter les escaliers, la salle de bain, etc.)

- Avoir à la portée de la main les éléments essentiels en cas de départ précipité (carte d'assurance maladie, argent, clés de la voiture, médication, etc.)
- Montrer aux enfants comment aller chercher de l'aide (communiquer avec un adulte en qui l'enfant a confiance; l'adresse d'un endroit sûr; comment communiquer avec le 9-1-1, etc.)

Directeur de la protection de la jeunesse

Aspects légaux

- « L'infirmière qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être compromis au sens des articles 38 ou 38.1 de la *Loi sur la protection de la jeunesse* est tenue de signaler sans délai auprès de la DPJ et ce, même si elle est liée par le secret professionnel... »
- Si un signalement auprès de la DPJ est effectué, le parent victime doit en être informé afin que les mesures prises pour protéger l'enfant ne mettent pas sa propre vie en danger

Tiré du Guide de l'OIIQ (Pour l'ensemble des aspects légaux, consulter les annexes du guide)

Harcèlement psychologique

Aspects légaux

- Selon la Commission des normes du travail (CNT), il y a harcèlement lorsque la conduite d'un individu porte atteinte à la dignité ou à la santé psychologique ou physique d'un ou plusieurs autres individus
- Cette conduite peut se manifester par des paroles ou des comportements offensants, méprisants, hostiles ou non désirés à l'égard d'une ou de plusieurs personnes (inclut le harcèlement sexuel, et le harcèlement discriminatoire fondé sur la race, le sexe, le handicap, pratique interdite par la Charte des droits et libertés de la personne)
- Un seul acte grave, s'il entraîne un effet nocif continu sur la personne qui le subit, peut aussi constituer du harcèlement
- La loi sur les normes du travail comporte des dispositions sur le harcèlement psychologique au travail qui protègent la majorité des salariés québécois
- L'employeur doit prendre les moyens raisonnables pour prévenir le harcèlement psychologique et, lorsqu'une telle conduite est portée à sa connaissance, pour la faire cesser

Tiré du site Web de Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse

La violence et l'intimidation à l'école

- Définition : « tout comportement, parole, acte ou geste délibéré ou non à caractère répétitif, exprimé directement ou indirectement, y compris dans le cyberspace, dans un contexte caractérisé par l'inégalité des rapports de force entre les personnes concernées, ayant pour effet d'engendrer des sentiments de détresse et de léser, blesser, opprimer ou ostraciser. »
- L'intimidation est la forme de violence entre les élèves la plus rapportée en milieu scolaire. Mieux connue sous le terme d'harcèlement psychologique, c'est la forme de violence la plus observée en milieu de travail au Québec. L'intimidation est une agression et non un conflit

Tiré de : Plan d'action pour prévenir et traiter la violence à l'école 2008-2011 Ministère de l'éducation, du loisir et du sport



SANTÉ MENTALE

Maltraitance envers les personnes âgées

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

- Troisième étape d'une démarche intégrée en santé mentale : 1) stress et sommeil; 2) humeur dépressive; 3) violence, et maltraitance envers les aînés
Voir **Algorithme 1 : Approche intégrée en santé mentale**
- Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, repérer celles qui présentent des [facteurs de risque de maltraitance](#) ou des [indices cliniques](#) suggestifs de maltraitance
 - Chez celles présentant des facteurs de risque ou des indices de maltraitance, [valider les indices](#) de maltraitance à l'aide de l'outil *Elder Abuse Suspicion Index*
- Chez les personnes victimes de maltraitance (suspicion ou confirmation), explorer :
 - La situation actuelle
 - Formes de violence et ses répercussions
 - Profil de la présumée personne maltraitante et la relation avec elle
 - Soutien dont elle dispose
 - La dangerosité de la situation (notamment, suicide)

Examiner

(ne s'applique pas)

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Chez les personnes victimes de maltraitance :
 - Explorer la perception qu'a la personne de la situation actuelle et ajouter, le cas échéant, de l'information sur la maltraitance
 - Accompagner la personne dans sa réflexion afin de lui faire prendre conscience du fait qu'elle vit de [la maltraitance](#)
 - Prendre position contre la maltraitance tout en respectant le rythme d'acceptation de la personne
 - Soutenir la personne dans sa recherche de solutions et l'informer des ressources existantes

Initier des mesures thérapeutiques

(ne s'applique pas)

Guider vers des services

- ☐ IPSPL
- ☐ Médecin

- Personnes présentant des conditions associées nécessitant un diagnostic médical ou un traitement pharmacologique (ex. dépression)

☐ La ligne Aide Abus Aînés 1 888 489-2287 ☐ CSSS : services d'accueil, évaluation, orientation, référence ou guichet d'accès en santé mentale ☐ Info-Santé ☐ Travailleurs sociaux ☐ Psychologues	▪ Personnes victimes de maltraitance qui désirent de l'aide
Suivi assuré par l'infirmière	
▪ Offrir, le cas échéant, un suivi afin de réévaluer la situation ou d'offrir du soutien	
Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé	
▪ La consommation abusive d'alcool, drogues ou médicament peut être un indice ou un facteur de risque de la présence de maltraitance (voir Alcool et drogues) ▪ Les troubles de mémoire peuvent être un indice de maltraitance et les déficits cognitifs sont un facteur de risque de maltraitance (voir Déficit cognitif) ▪ La présence de stress, d'anxiété, de dépression ou de troubles de sommeil peuvent être des indices qu'une personne est victime de maltraitance et la dépression est un facteur de risque (voir Stress et Humeur dépressive) ▪ La malnutrition peut être une manifestation d'abus ou de négligence (voir Alimentation) ▪ Chez la personne qui a chuté, repérer les circonstances qui pourraient faire croire qu'il y a eu de la maltraitance physique (voir Chutes)	

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET SITE WEB. *La ligne Aide Abus Aînés*. MSSS.
Téléphone : 1 888 489-ABUS (2287)
<http://www.aideabusaines.ca/>
- SITE WEB. *Aîné avisé contre l'abus et la fraude* (site produit conjointement par la FADOQ, Sûreté du Québec, CSSS de Cavendish).
<http://www.fadoq.ca/aineavise/fr/Accueil/>
- PAGES WEB. *Guide de sécurité à l'intention des aînés* (informations sur les diverses formes de maltraitance et sur la manière de les prévenir). Gendarmerie royale du Canada.
<http://www.rcmp-grc.gc.ca/pubs/ccaps-spcca/seniors-aines-fra.htm>
- BROCHURE. *Soyez à votre affaire pour ne pas perdre vos affaires* (informations pour éviter la fraude en matière de produits ou de services financiers). Autorité des marchés financiers; 2013. p. 1-28.
<http://www.lautorite.qc.ca/files/pdf/publications/conso/prevention-fraude/soyez-a-votre-affaire.pdf>
- DÉPLIANT. *Trop beau pour être vrai? Méfiez-vous!* (conseils pour éviter la fraude en matière de produits financiers). Autorité des marchés financiers. p. 1-2.
<http://www.lautorite.qc.ca/files/pdf/publications/conso/prevention-fraude/fraude-mefiez-vs.pdf>
- SITE WEB. *L'appui pour les proches aidants d'aînés – Montréal*.
<http://www.lappui.org/montreal>

- LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET SITE WEB. *Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*.
Téléphone : (514) 731-3925 ou 1 888 731-9420
www.optsq.org/
- LIGNE TÉLÉPHONIQUE ET SITE WEB. *Ordre professionnel des psychologues du Québec*.
Téléphone : (514) 738-1881 ou 1 800 363-2644
www.ordrepsy.qc.ca/

Formations suggérées à l'infirmière

- La Trousse SOS Abus (trousse de prévention, de dépistage, d'intervention et de formation en lien avec la problématique des abus envers les aînés)
 - Trousse peut être téléchargée au :
<http://www.troussesosabus.org/>

Ressources utiles à l'infirmière

- SITE WEB. *Trousse SOS Abus* (trousse de prévention, de dépistage, d'intervention et de formation en lien avec la problématique des abus envers les aînés). Association de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées.
<http://www.troussesosabus.org/>
- PLAN D'ACTION. Ministère de la Famille et des Aînés. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Gouvernement du Québec; 2010. p. 1-83.
http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Plan_action_maltraitance.pdf
- GUIDE DE RÉFÉRENCE. Ministère de la santé et des Services sociaux. *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. Gouvernement du Québec; 2013. p. 1-441.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-830-10F.pdf>
- PAGES WEB. *La maltraitance envers les aînés, un problème de société*. Gouvernement du Québec; 2012.
www.maltraitanceaines.gouv.qc.ca
- SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES. Laforest J et coll. Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne. Institut national de santé publique du Québec; 2013. p. 1-105.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1687_RechCasMaltraitPersAineesProfSSSPremiLigne.pdf

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Maltraitance envers les aînés

- **Définition** : « Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée. »
Tiré du site du Gouvernement du Québec www.maltraitanceaines.gouv.qc.ca
- Différentes formes de maltraitance envers les personnes âgées :
 - Négligence (omettre, volontairement ou par méconnaissance, de satisfaire les besoins essentiels)
 - Psychologique (réprimandes, paroles blessantes, isolement social, chantage, intimidation, infantilisation)
 - Sexuelle (attouchement, propos ou attitudes suggestives, relations sexuelles imposées, privation d'intimité, exhibitionnisme devant la personne)
 - Physique (bousculer, frapper, brûler, utilisation inappropriée des contentions)
 - Financière (pression auprès de la personne âgée pour qu'elle signe des documents, détournement de fonds, privation matérielle)

- Violation des droits de la personne (non-respect de son autonomie, interdiction faite à la personne aînée de consulter ou de recevoir qui elle veut, privation du droit de la personne de consentir aux soins ou de les refuser)
- Formes les plus fréquentes de maltraitance (par ordre décroissant) : la négligence, la maltraitance financière et la maltraitance psychologique (moins fréquemment : maltraitance physique ou sexuelle)
Tiré de : Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées (MSSS, 2013)

Facteurs de risque de maltraitance*

- **Environnement social et humain**
 - Les proches de la personne aînée lui prodiguent peu de soins
 - La personne aînée est isolée de sa famille ou de ses amis
 - Des tensions persistent entre la personne aînée et ses proches
- **Identité sexuelle et culturelle**
 - Homosexuels
 - Membres d'une nation autochtone
 - Appartiennent à une communauté culturelle : isolement, ne parlent pas la langue, connaissent mal le réseau et les lois
- **Facteurs de vulnérabilité**
 - Souffrent de problèmes de santé physique
 - Présentent une déficience ou un trouble de santé mentale
 - Ont des pertes cognitives
 - Consomment des psychotropes, substances qui agissent sur l'activité mentale
 - Manquent de contacts sociaux
 - Sont dépressifs
 - Refusent de recevoir des soins

*Tiré du site www.maltraitanceaines.gouv.qc.ca

Indices cliniques

- Indices pouvant être observés en situation de maltraitance (il faut tenir compte du contexte car les indices peuvent être la conséquence d'autres problématiques) :
 - Blessures inexpliquées, grand nombre d'incidents et d'accidents, absence ou bris de lunettes, malnutrition, perte de poids inexpliquée, anxiété, symptômes dépressifs, sur-médication ou sous-médication, confusion ou troubles de la mémoire, troubles du sommeil, difficulté à voir la personne aînée seule

Valider les indices de maltraitance

- Lorsqu'on aborde la question de la maltraitance :
 - S'assurer du contexte sécuritaire et confidentiel de l'échange
 - Adopter une attitude ouverte, empathique et respectueuse de l'autonomie de la personne
 - Créer un climat de confiance pour favoriser l'échange et les confidences qui permettront d'aller plus loin dans l'intervention et de valider les indices (ne pas brusquer la personne, être sensible à la culture, à la religion, etc.)
- Plusieurs raisons peuvent expliquer qu'une personne aînée ne désire pas dénoncer une situation de maltraitance :
 - Peur des répercussions de la dénonciation (aggravation de la maltraitance, bris d'un lien avec des membres de la famille, obligation de quitter le domicile, déshonneur pour la famille, etc.)
 - Sentiment de honte, de culpabilité, de tristesse, etc.

- Dépendance à l'égard la personne maltraitante
- Méconnaissance de la maltraitance ou des ressources d'aide
- Un intervenant peut parfois craindre de s'ingérer dans la vie de la personne âgée. Il est toutefois souhaitable d'aborder la situation avec la personne âgée car elle :
 - Pourra confirmer ou infirmer les indices de maltraitance
 - Signifier son désir de ne pas aborder le sujet
- Le repérage des personnes âgées victimes de maltraitance est utile pour plusieurs raisons : la maltraitance est souvent cachée ou méconnue de la victime elle-même, les conséquences sont importantes et la dénonciation est généralement difficile
- L'utilisation formelle d'un outil de repérage permet d'identifier davantage de situations de maltraitance que le repérage informel. Cependant les outils :
 - Doivent être considérés comme des aides à l'évaluation clinique
 - Ne remplacent pas le jugement clinique et une évaluation plus approfondie de la situation de la personne âgée

Outil de dépistage : *Elder Abuse Suspicion Index (EASI)* – voir tableau 1

- Le EASI a été créé pour permettre aux médecins d'élever leur degré de soupçon d'abus envers les aînés jusqu'à un point où ils pourront raisonnablement proposer une référence pour une évaluation plus poussée par des représentants des services sociaux, des services de protection des adultes ou l'équivalent.
- Le EASI a été validé pour être utilisé dans le cadre de services ambulatoires par les médecins de famille de personnes âgées n'ayant pas de problème cognitif.

*Tiré de : http://www.mcgill.ca/files/familymed/EASI_Web.pdf

Aspects légaux

- Au Québec, aucune loi spécifique à la maltraitance envers les aînés n'est en vigueur. Cependant, des dispositions de la Charte québécoise de droits et libertés couvrent l'exploitation des aînés (ce qui inclut la violence physique, psychologique, l'exploitation financière et la violation des droits). Tiré de *INSPQ, Recherche de cas de maltraitance envers les personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux de première ligne*.
- Pour les aspects légaux, consulter également la Trousse SOS Abus

Tableau 1 : ELDER ABUSE SUSPICION INDEX © (EASI) (version française)**Questions de l'EASI**

Q1. – Q.5 doivent être posées au patient(e); Q6. est répondu par le médecin.

Au cours des 12 derniers mois :

1) Avez-vous dépendu de quelqu'un pour l'une des activités suivantes : Prendre votre bain ou douche, vous habiller, faire vos commissions, faire vos transactions bancaires, ou vos repas?	OUI	NON	N'a pas répondu
2) Est-ce que quelqu'un vous a empêché(e) de vous procurer de la nourriture, des vêtements, des médicaments, des lunettes, des appareils auditifs, de l'aide médicale, ou de rencontrer des gens que vous vouliez voir?	OUI	NON	N'a pas répondu
3) Avez-vous été dérangé(e) par les paroles de quelqu'un qui vous ont fait sentir de la honte ou menacé(e)?	OUI	NON	N'a pas répondu
4) Quelqu'un a-t-il essayé de vous forcer à signer des papiers ou à utiliser votre argent contre votre volonté?	OUI	NON	N'a pas répondu
5) Est-ce que quelqu'un vous a fait peur, vous a touché d'une manière que vous ne vouliez pas, ou vous a fait mal physiquement?	OUI	NON	N'a pas répondu
6) L'abus envers une personne âgée <u>peut</u> être associé à des manifestations telles que : de la difficulté à maintenir un contact visuel, une nature retirée, de la malnutrition, des problèmes d'hygiène, des coupures, des ecchymoses, des vêtements inappropriés, ou des problèmes de conformité aux ordonnances. Avez-vous remarqué de telles manifestations aujourd'hui ou au cours des 12 derniers mois?	OUI	NON	Incertain

Les six questions doivent être posées.

La réponse « oui » à une ou plus des questions 2 à 6 peut confirmer des inquiétudes.

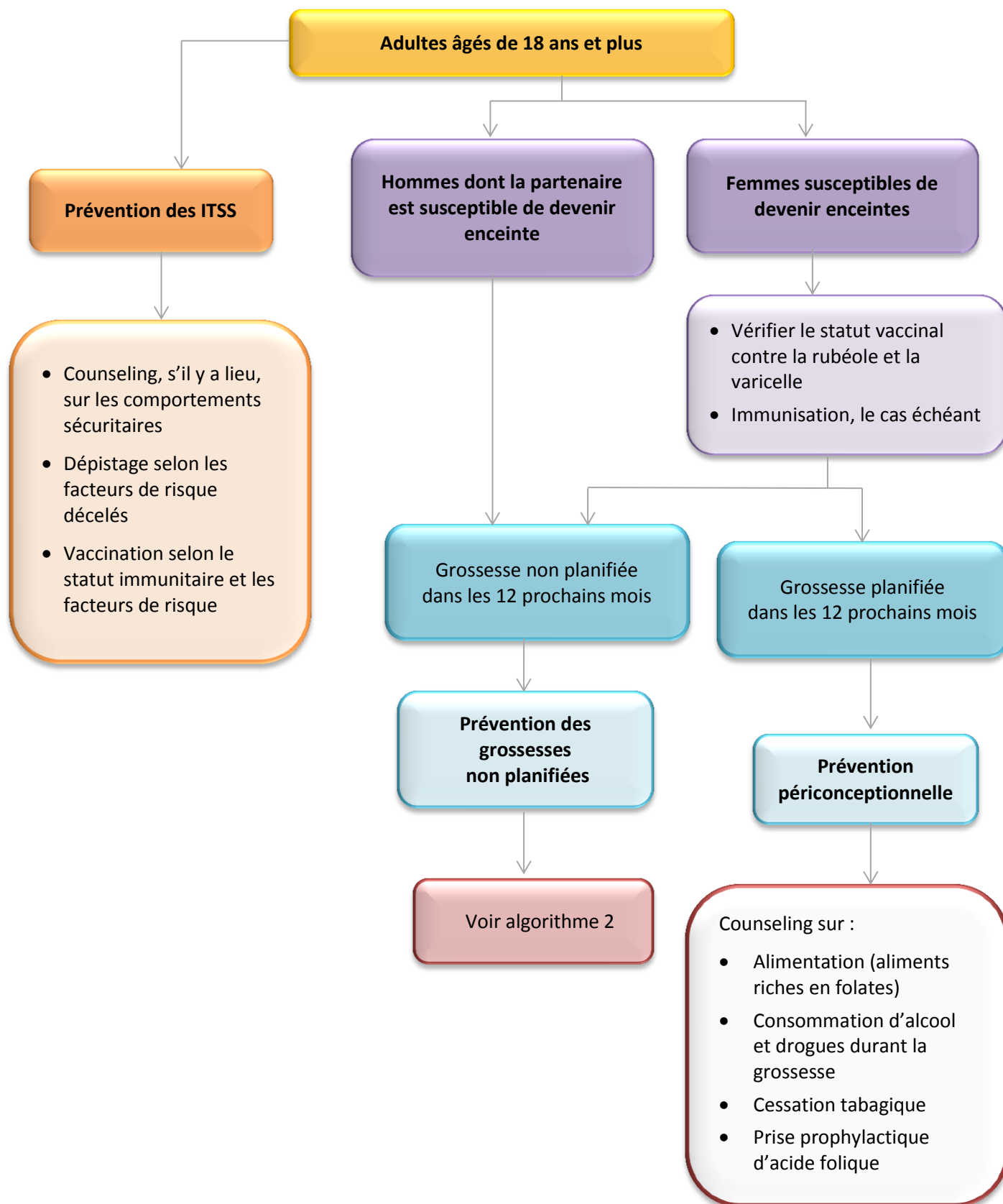


Santé sexuelle, reproductive et prévention périconceptionnelle

La présente section aborde la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et des grossesses non planifiées. Elle discute également de la prévention durant la période périconceptionnelle, notamment la promotion de saines habitudes de vie et la prévention de certaines anomalies congénitales (particulièrement les anomalies du tube neural). Les algorithmes 1 et 2 résument la démarche. Le cancer du col utérin, bien qu'il soit étroitement associé à une ITS, est discuté dans la section sur la prévention des cancers.

Le bilan de santé s'adresse à une population adulte générale. Il concerne les personnes qui sont asymptomatiques et sans diagnostic d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B, l'hépatite C ou par le VIH. Le bilan de santé ne vise pas à offrir spécifiquement ou exclusivement des soins en santé sexuelle. La prise en charge d'une condition détectée, par exemple le traitement d'une ITSS, déborde le cadre de ce guide.

ALGORITHME 1 : Approche intégrée en santé sexuelle, reproductive et prévention périconceptionnelle





SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION

PÉRICONCEPTIONNELLE

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

INTERVENTION CLINIQUE

Contexte

- L'information est donnée à titre indicatif. Veuillez vous référer au *Guide québécois de dépistage des ITSS* (GQDITSS) pour connaître les informations détaillées ou spécifiques à des situations particulières
- Dans le cadre du bilan de santé, le dépistage des infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) concernent les adultes asymptomatiques, faisant partie de la population générale. Il ne s'adresse pas aux personnes présentant l'une des caractéristiques suivantes :
 - Présence de symptômes ou des signes suggestifs d'une ITSS
 - Diagnostic antérieur d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B, l'hépatite C ou par le VIH
 - Femmes enceintes
 - Partenaires des personnes infectées par une ITSS

Guider, le cas échéant, ces personnes vers les ressources appropriées afin qu'elles bénéficient du suivi requis

Évaluer

Chez tous les adultes,

- Évaluer les risques de contracter une ITSS, notamment:
 - Facteurs de risque et de protection (nombre et caractéristiques des partenaires, pratiques sexuelles, utilisation du condom, antécédents d'ITSS, consommation de drogues, etc.)
- Vérifier si la personne a des préoccupations à l'égard des ITSS et si elle désire un dépistage
- S'il y a une indication de procéder à un dépistage, vérifier si la personne présente des [symptômes et des signes](#) suggestifs d'une ITSS

Examiner

- Identifier s'il y a des signes suggérant une ITSS lors des prélèvements

Initier des mesures diagnostiques

(sans ordonnance – dans le cadre d'une activité découlant de la *Loi de la santé publique*)

- Effectuer un dépistage
 - Selon les facteurs de risque décelés et les besoins de la personne (voir tableau 1 : Principales indications de dépistage)
 - Au [moment opportun](#) (tenir compte du délai minimal et de la fin de la période fenêtre)
 - Après avoir effectué un counseling prétest (voir GQDITSS, p. 67 à 70), et avoir informé la personne sur la nature, les indications, les [avantages et les inconvénients](#) des tests de dépistage
- [Effectuer les tests](#) en fonction des pratiques sexuelles et selon les **analyses offertes dans le milieu ainsi que les directives émises par le laboratoire** (voir *tableau 2 : Tests de dépistage*)

Tableau 1 : Principales indications de dépistage(voir GQDITSS : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-12W.pdf>)

Facteurs de risque	Infections à dépister					
	Chlamydia	Infection gonococcique	Syphilis	VIH	Hépatite B ¹	Hépatite C
1. Personne âgée de 25 ans et moins, sexuellement active, sans autre facteur de risque	✓	✓ chez les femmes				
2. Personne ayant eu un nouveau partenaire sexuel ou plus d'un concurremment depuis le dernier dépistage ²	✓	✓ chez les femmes				
3. Personne ayant eu des relations non protégées avec un partenaire ayant la caractéristique précédente						
4. Personne ayant reçu un diagnostic d'infection génitale à Chlamydia – Répéter le test de dépistage 3 à 6 mois après le traitement ³ – Dépistage des autres ITSS selon les autres facteurs de risque	✓					
5. Personne ayant reçu un diagnostic d'infection gonococcique – Répéter le dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée, 3 à 6 mois après le traitement ³ – Dépister les autres ITSS	✓	✓	✓	✓	✓	
6. Personne ayant eu un partenaire anonyme ou plus de 3 partenaires dans les 12 derniers mois	✓	✓	✓	✓	✓	
7. Personne ayant eu des relations non protégées avec un partenaire ayant la caractéristique précédente						
8. Homme ayant des relations avec d'autres hommes (HARSAH)						
9. Femme ayant eu des relations non protégées avec un partenaire ayant la caractéristique précédente	✓	✓	✓	✓	✓	(✓ ⁴)
10. Personne originaire d'une région où les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques		(✓ ⁵)	(✓ ⁵)	✓	✓	✓
11. Personne qui a eu un partenaire sexuel originaire d'une région où les ITSS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques		✓	✓	✓	✓	
12. Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques , notamment : – Utilisation de drogues par injection ou de drogues par inhalation (même si une seule fois) – Exposition à du sang ou d'autres liquides biologiques potentiellement infectés (tatouage, perçage dans des conditions non stériles; transfusions ou greffe de tissus, d'organe, etc.)				✓	✓	✓
13. Personne demandant un dépistage après un counseling prétest, même en l'absence de facteur de risque dévoilé	rechercher les infections pour lesquelles la personne demande un dépistage					
1-Selon le statut immunitaire contre l'hépatite B 2-S'il s'agit d'un homme ayant des relations avec d'autres hommes, voir indication 8. Chez les femmes ayant des relations avec des femmes, les indications de dépistage des ITSS doivent être individualisées selon les pratiques sexuelles 3- Répéter les tests afin de vérifier si la personne a pu se réinfecter 4- Rechercher l'hépatite C s'il s'agit d'une personne vivant avec le VIH 5-Le dépistage est indiqué si la personne est ou a déjà été sexuellement active						

Tableau 2 : Tests de dépistage

(Voir GQDITSS : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-13W.pdf>)

Infection	Test	Délai minimal	Période fenêtre
Chlamydia	Femmes TAAN ☐ Vagin ☐ Col utérin ☐ Urine Si examen pelvien requis : vagin ou col utérin Si examen pelvien non requis ou hystérectomie : vagin (1 ^{er} choix) ou urine (2 ^e choix) Hommes TAAN ☐ Urine (1 ^{er} choix) ☐ Urètre (2 ^e choix) HARSAH et travailleuse du sexe uniquement : TAAN ☐ Anus-rectum	Inconnu (TAAN)	14 jours (TAAN)
Gonococcique	Femmes TAAN ☐ Vagin ☐ Col utérin ☐ Urine Si examen pelvien requis : vagin ou col utérin Si examen pelvien non requis ou hystérectomie : vagin (1 ^{er} choix) ou urine (2 ^e choix) Culture ☐ Pharynx ☐ Anus-rectum (femmes ayant uniquement des relations anorectales) Hommes TAAN ☐ Urine (1 ^{er} choix) ☐ Urètre (2 ^e choix) Hommes hétérosexuels (à risque élevé d'infection gonococcique) Culture ☐ Pharynx HARSAH et travailleuse du sexe uniquement : TAAN (1 ^{er} choix) – Culture (2 ^e choix) ☐ Pharynx ☐ Anus-rectum	Inconnu (TAAN) 48 heures (culture)	7 jours (TAAN et culture)
Si le résultat du TAAN (infection gonococcique) est positif, effectuer, si possible, une culture avant le traitement pour déterminer la sensibilité de la souche (dans la mesure où ceci ne retarde pas le traitement)			
Syphilis	Sérologie ☐ test non tréponémique (RPR) OU ☐ test tréponémique (EIA ou CIA)	10 jours	12 sem.
VIH	Sérologie ☐ anti-VIH 1 et 2 et antigène p24 (EIA de 4 ^e génération :) Ou ☐ anti-VIH 1 et 2 (EIA de 3 ^e génération)	14 jours 28 jours	12 sem.
Hépatite B	Sérologie ☐ AgHBs	7 jours	12 sem.
Hépatite C	Sérologie ☐ anti-VHC ☐ recherche qualitative de l'ARN du VHC (si anti-VHC +)	6 sem. (anti-VHC)	12 sem. (anti-VHC)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Chez les personnes actives sexuellement et ayant des comportements sexuels à risque :
 - Discuter des comportements sécuritaires en fonction des risques décelés et soutenir la personne dans l'adoption et le maintien de comportements plus sécuritaires
- Lorsqu'un test de dépistage est effectué :
 - Convenir du mode de communication des résultats
- Informer les adultes concernés des indications de la vaccination contre le VPH, l'hépatite A et l'hépatite B, ainsi que sur les avantages et les inconvénients de la vaccination

Initier des mesures thérapeutiques (Sans ordonnance - Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*)

☐ Administrer le vaccin contre le VPH

selon les directives définies dans le Programme d'immunisation du Québec (PIQ)

**Gratuit chez les personnes (femmes et hommes), âgées de 18 à 26 ans, immunosupprimées ou infectées par le VIH*

- Indications¹ chez les adultes non vaccinés
 - Les femmes âgées de 18 à 45 ans*
 - Les hommes âgés de 18 à 26 ans*
- Contre-indications
 - Réaction anaphylactique antérieure à une composante du vaccin

☐ Administrer le vaccin contre hépatite B²

selon les directives définies dans le PIQ

- Indications¹ chez les adultes non immunisés (en lien avec ITSS) :
 - Porteurs de l'hépatite C
 - HARSAH
 - Personnes qui ont eu plus d'un partenaire sexuel dans la dernière année
 - Personnes ayant eu récemment une ITS et leurs partenaires sexuels
 - Personnes qui ont des contacts sexuels avec une personne infectée par le virus de l'hépatite B (infection aiguë ou chronique)
 - Utilisateurs de drogues par injection
 - Utilisateurs de drogues dures par inhalation (crack, cocaïne) qui partagent leur matériel de consommation (ex. paille, cuiller)
- Contre-indications
 - Réaction anaphylactique antérieure à une composante du vaccin

☐ Administrer le vaccin contre hépatite A²

selon les directives définies dans le PIQ

- Indications¹ chez les adultes non immunisés (en lien avec ITSS) :
 - Porteurs de l'hépatite B ou C
 - HARSAH
 - Utilisateurs de drogues par injection
 - Utilisateurs de drogues dures par inhalation (crack, cocaïne) qui partagent leur matériel de consommation (ex. paille, cuiller)
 - Utilisateurs de drogues illicites par voie orale dans des conditions non hygiéniques
- Contre-indications
 - Réaction anaphylactique antérieure à une composante du vaccin

1-Information donnée à titre indicatif. Se référer au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour connaître les autres indications vaccinales ainsi que les posologies recommandées et le calendrier d'administration de chaque produit

2- Administrer le vaccin combiné contre les hépatites A et B si les 2 vaccins sont indiqués

Initier des mesures thérapeutiques

(sans ordonnance collective dans le cadre de la *Loi médicale* – mise en œuvre prévue au début de 2016)

Infirmière (détenant un permis de prescripteur) prescrit le traitement tel que défini dans le protocole (se référer au droit de prescrire)

Indications :

- Personne asymptomatique dont le test de dépistage démontre une infection à Chlamydia ou gonococcique

Guider vers des services

- ☐ IPSPL
- ☐ Médecin
- ☐ Services spécialisés du CSSS (clinique ITSS)

- Les personnes qui présentent des symptômes ou de signes suggestifs d'une ITSS *
- Les personnes dont le test de dépistage indique la présence d'une ITSS*

**Dans les situations où l'infirmière ne peut initier le traitement*

- ☐ Services spécialisés du CSSS (SIDEF - Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS)
- ☐ Clinique médicale spécialisée en ITSS

- Personnes de populations vulnérables nécessitant un suivi particulier

- ☐ Service de vaccination du CSSS
- ☐ Clinique santé-voyage

- Personnes nécessitant l'administration de vaccins*

**Dans les situations où l'infirmière n'est pas en mesure d'administrer les vaccins*

Suivi assuré par l'infirmière

Chez les adultes, chez qui un test de dépistage a été initié :

- Assurer un suivi afin de communiquer les résultats d'analyse et effectuer un counseling posttest (voir GQDITSS, p. 77-92) :
 - Donner de l'information sur la signification du résultat (négatif ou positif)
 - Revoir avec la personne la question des comportements sécuritaires en fonction des risques décelés et soutenir la personne dans l'adoption et le maintien de comportements plus sécuritaires
 - Offrir, le cas échéant, une visite de suivi pour :
 - Compléter l'immunisation
 - Répéter les dépistages (selon l'évaluation des risques, la période fenêtre, etc.)
 - Soutenir la personne quant au maintien de comportements sécuritaires
- Si le résultat d'un test est positif (en plus des interventions précédentes) :
 - Mentionner à la personne que des tests supplémentaires devront être faits pour confirmer l'infection ou compléter l'investigation dans le cas d'un test positif pour la syphilis, l'hépatite B, l'hépatite C ou le VIH
 - Explorer les connaissances que possède la personne au sujet de l'infection qui a été détectée ainsi que les modes de transmission et compléter l'information au besoin
 - Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour diminuer le risque de complications :
 - S'assurer que la personne comprenne l'importance de consulter rapidement le médecin (ou IPSPL) pour l'évaluation et le traitement de sa condition
 - Dans la situation où l'infirmière initie le traitement, s'assurer que la personne comprenne l'importance de suivre le traitement tel que recommandé
 - Informer la personne de la gratuité des médicaments pour le traitement des ITS (sur présentation de la carte d'assurance maladie du Québec)
 - Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour [limiter la transmission](#) de l'infection

- Discuter de l'[intervention préventive à effectuer auprès de ses partenaires](#)
- Faire la déclaration du cas à la santé publique (maladie à déclaration obligatoire - MADO)
- Diriger vers l'IPSP ou le médecin répondant selon les ententes établies afin de : poser un diagnostic; vérifier la présence de complications; traiter, le cas échéant, l'infection (dans les situations cliniques où l'infirmière n'est pas en mesure d'initier le traitement)
- Si le résultat de l'anti-VHC est positif, compléter le dépistage : recherche qualitative de L'ARN du VHC afin de confirmer la présence de l'infection (si recherche antérieure de l'ARN du VHC est négative ou non documentée)

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- Une approche globale en matière de santé sexuelle et reproductive comprend également : la protection contraceptive, la prévention en période périconceptionnelle ainsi que le dépistage du cancer du col utérin (voir **Grossesses non planifiées, Prévention périconceptionnelle, Cancer du col utérin**)
- Le partage de matériels lors de la consommation de drogues par injection ou par inhalation est un facteur de risque à considérer dans le dépistage des ITSS et dans l'immunisation contre l'hépatite A et l'hépatite B (voir **ITSS** et **Immunisation**)
- La consommation abusive d'alcool ou de drogues peut interférer avec la capacité de protection contre les ITSS (voir **Alcool et drogues**)
- Voir s'il y a des indices de la présence de violence dans le couple afin d'ajuster, le cas échéant, le counseling, notamment lors de la notification au partenaire (voir **Violence**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- PAGES WEB. *Infos sur les ITSS*. MSSS.
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?infos-sur-les-itss
- PAGES WEB. *Lutte contre les ITSS - Documentation pour les personnes infectées* (informations pour les personnes infectées, y compris un document pour aider la personne dans la notification de ses partenaires). MSSS.
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?documentation_personnes_infectees
- PAGES WEB. *À bien y penser - Tout connaître sur les ITSS* (informations sur la sexualité et la protection en matière d'ITSS destinées aux jeunes). MSSS.
<http://itss.gouv.qc.ca>
- PAGES WEB. *Ma sexualité.ca* (information sur la sexualité, y compris les ITSS). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2012.
<http://www.masexualite.ca/its-mts>

Formations suggérées à l'infirmière

- L'intervention de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : la contribution de l'infirmière dans la lutte contre les ITSS :
 - Formation de l'INSPQ – Offerte par la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
- L'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) et auprès de leurs partenaires (IPPAP)
 - Formation de l'INSPQ – Offerte par la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal

- La formation de base en immunisation
 - Offerte par la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
- Atelier - Vaccination adultes
 - Offerte par la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal

Ressources utiles à l'infirmière

- GUIDE DE PRATIQUE. Ministère de la santé et des Services sociaux. *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, mise à jour 2014*. Gouvernement du Québec; 2014. 1-227.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-308-01W.pdf>
- PAGES WEB. *La lutte contre les ITSS- Publications pour les professionnels de la santé : Guides* (Liste des guides en lien avec les ITSS). MSSS.
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?guides
- OUTIL CLINIQUE. *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés - Intervention préventive relative aux ITSS*. MSSS; 2014. p. 1-3.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-12W.pdf>
- OUTIL CLINIQUE. *Estimation du risque associé aux activités sexuelles*. MSSS; 2014. p. 1-6.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-14W.pdf>
- OUTIL CLINIQUE. *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) et auprès de leurs partenaires (IPPAP)*. MSSS; 2014. p. 1-4.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-09W.pdf>
- LIGNES DIRECTRICES. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Section 2 : *Prévention, diagnostic et prise en charge clinique, en soins primaires, des infections transmissibles sexuellement*. Agence de la santé publique du Canada; 2010.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-2-fra.php>
- SITE WEB. *Interventions préventives relatives aux ITSS* (outils cliniques). Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
<http://www.fmoq.org/fr/training/toolbox/support/Lists/Billets/Post.aspx?ID=4>
- PAGES WEB. *Liste des SIDEPS* (Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS). MSSS; 2014.
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?listes_centres_depistages
- LIGNE TELEPHONIQUE. Service spécialisé de consultation sur le VIH/sida, les hépatites B et C à l'intention des professionnels de la santé
ligne de consultation téléphonique : 1-800-363-4814
- GUIDE DE PRATIQUE. Groupe de travail sur l'acte vaccinal. Hépatites A et B et VPH dans *Protocole d'immunisation du Québec*: Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 2013, mise à jour 2014. p. 313-48.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/chap10.pdf>
- GUIDE DE PRATIQUE. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans un contexte du travail*. Gouvernement du Québec; 2011. p. 1-57
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-333-02W.pdf>
- GUIDE DE PRATIQUE. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel*. Gouvernement du Québec; 2010. p. 1-78.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-333-01.pdf>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

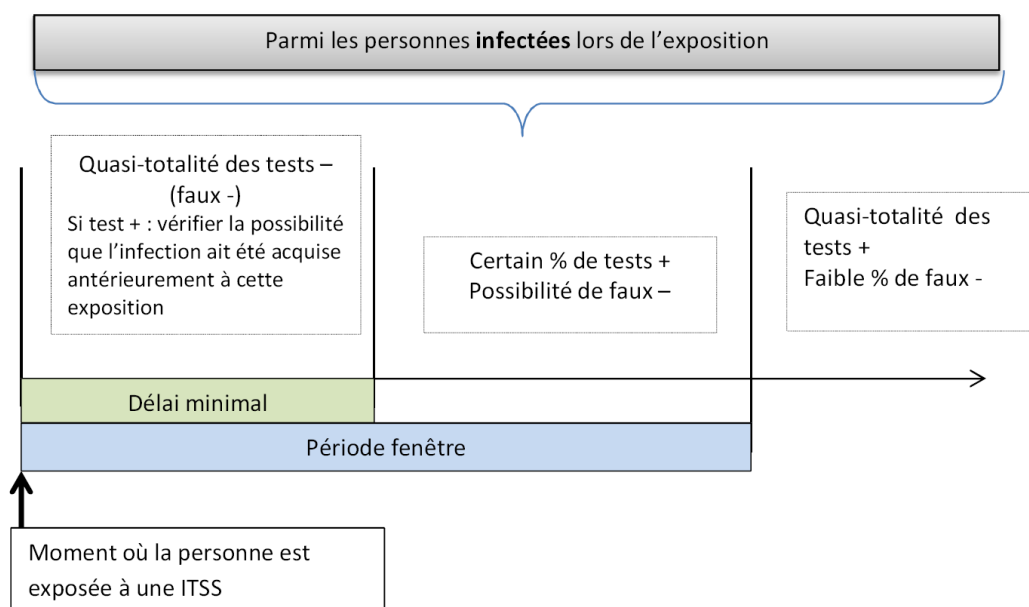
Principaux symptômes et signes suggestifs d'une ITSS

- Écoulement de l'urètre avec prurit ou douleur/inconfort urinaire (urétrite)
- Pertes vaginales anormales (vaginite, cervicite)
- Saignement après une relation sexuelle, écoulement en provenance de l'endocol (cervicite)
- Écoulement, prurit anorectal, ténésme (proctite)
- Douleur, rougeur et œdème au niveau du testicule (épididymite)
- Lésions (condylomes, ulcères) à la région génitale, anale ou orale
- Syndrome d'allure grippale (VIH, syphilis secondaire, hépatites)
- Rash au niveau du thorax, de la paume des mains et des pieds (syphilis secondaire)
- Nausées, vomissements, ictère, urines foncées, selles pâles (hépatites)

[Voir le *tableau 3 : Résumé des informations cliniques* pour les syndromes associés à une infection spécifique]

Moment opportun pour effectuer le dépistage

- Le délai minimal est le moment à partir duquel une infection est susceptible d'être détectée après une exposition. *Avant* ce délai, la probabilité d'avoir un résultat positif est très faible même si la personne a effectivement contracté l'infection
- La période fenêtre (ou période muette) couvre la période entre l'exposition à une ITSS et le moment où l'infection peut être détectée par une analyse. À la fin de la période fenêtre, l'infection peut être détectée chez la majorité des personnes infectées



- Le délai minimal et la fin de la période fenêtre varient selon l'agent infectieux et l'analyse utilisée (voir précédemment le *tableau 2 Tests de dépistage*)
- Il peut être opportun de retarder, s'il y a lieu, le dépistage à un rendez-vous subséquent afin de respecter la période fenêtre, dans la situation suivante :
 - Lorsqu'il s'agit d'une exposition ponctuelle à un risque de contracter une ITS chez une personne qui ne s'expose pas fréquemment **et**
 - La personne est susceptible de se présenter à un second rendez-vous

- Il peut être préférable de procéder au dépistage à la visite initiale même si la dernière exposition à risque est survenue à l'intérieur de la période fenêtre, dans la situation suivante :
 - Lorsqu'il s'agit d'expositions répétées à un risque de contracter une ITSS ou
 - La personne n'a pas subi de test de dépistage depuis longtemps ou
 - La personne est peu susceptible de se présenter à un second rendez-vous

[il faut alors tenir compte du délai minimal et de la période fenêtre pour interpréter les résultats et le cas échéant, proposer à la personne de répéter les analyses]

- En ce qui concerne l'infection à Chlamydia ou l'infection gonococcique, afin d'éviter un résultat faussement négatif, il peut être approprié de reporter les prélèvements :
 - Si la personne a reçu récemment des antibiotiques (considérer le reporter trois semaines après la fin du traitement)
 - Lorsque la femme est menstruée (considérer reporter le prélèvement du col ou vaginal après les menstruations; le prélèvement urinaire est une alternative acceptable mais offre une sensibilité moindre)

Les indications de dépistage

- Les recommandations présentées dans le *tableau 1 Principales indications de dépistage* :
 - Sont adaptées au contexte québécois (épidémiologie, organisation des services)
 - Sont données à titre indicatif
 - Le dépistage est recommandé pour les ITSS apparaissant au tableau 1. Il n'est pas indiqué de dépister les autres ITSS
- Sauf si indiqué, les recommandations ne tiennent pas compte du fait que la personne rapporte utiliser le condom, car les études indiquent qu'il est fréquent que son utilisation ne soit pas optimale (par ex. utilisation non systématique, pénétration sans condom, bris du condom)

Régions endémiques pour les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C

- Afin de faciliter l'évaluation clinique, les régions suivantes sont jugées endémiques :
 - Caraïbes, Amérique centrale et Amérique du Sud
 - Europe de l'Est, Fédération de Russie
 - Afrique subsaharienne
 - Moyen-Orient (incluant l'Égypte et le Pakistan)
 - Asie du Sud et Asie centrale, bassin du Pacifique, excluant le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande
- **Pour connaître spécifiquement les régions endémiques pour chacune des infections, veuillez vous référer à l'annexe X du GQDITSS (p. 209 à 212)**
- Les personnes qui habitaient dans une région endémique et qui ont émigré restent susceptibles d'être exposées à une infection dont la prévalence est élevée dans leur pays d'origine (soit lors d'une exposition avant leur immigration, à l'occasion de séjours post-immigration dans leur pays d'origine ou dans leur réseau social québécois)

Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques

- Les situations suivantes sont considérées comme des indications de dépistage de l'infection par le VIH, le virus de l'hépatite B (si non immunisé) et le virus de l'hépatite C :
 - Utilisation de drogues par injection ou par inhalation (même si une seule fois)
 - Exposition accidentelle à du sang ou autres liquides biologiques potentiellement infectés (tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition en milieu de travail ou exposition dans un contexte non professionnel (Voir *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans un contexte du travail* et le *Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel*)
 - Procédures (chirurgicales ou autres) avec du matériel contaminé dans des régions endémiques pour ces infections
 - Transfusion de sang ou de produits sanguins, greffe de cellules, de tissus ou d'organes avant 1970 pour l'hépatite B, avant 1985 pour le VIH, avant 1992 pour l'hépatite C

Tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN)

- Les trousse utilisées au Québec pour le dépistage de l'infection à Chlamydia et de l'infection gonococcique par TAAN :
 - Toutes peuvent être utilisées sur des spécimens urinaires et du col de l'utérus
 - Certaines peuvent être utilisées pour les spécimens urétraux masculins et vaginaux
 - Aucune trousse de TAAN n'est actuellement homologuée par Santé Canada pour les analyses à partir de prélèvements ano-rectaux ou pharyngés (certains laboratoires acceptent de faire l'analyse malgré la non-homologation)
 - **Vérifier auprès du laboratoire quels sites sont acceptables selon la trousse utilisée**
- Certains TAAN permettent de détecter les infections à Chlamydia et gonococcique à partir d'un seul échantillon :
 - Certains laboratoires effectuent automatiquement le dépistage des deux agents infectieux même dans la situation où le dépistage de l'infection gonococcique n'est pas indiqué (en raison de la faible prévalence)
 - Prendre en considération dans cette situation que la proportion de faux positif pour l'infection gonococcique risque d'être plus élevée en raison de la faible prévalence (il faut néanmoins traiter la personne même si on peut douter de la validité du test)
- Technique de prélèvement
 - **Se référer aux directives de chaque laboratoire**
 - **Au niveau du vagin:**
 - Introduire lentement l'écouvillon fourni par le laboratoire à une distance d'environ 3 cm à l'intérieur du vagin
 - Tourner l'écouvillon durant 10 à 30 secondes en s'assurant de toucher les parois vaginales
 - Retirer l'écouvillon en évitant de toucher la peau
 - Déposer l'écouvillon dans le milieu de transport (ou selon les directives spécifiques à chaque trousse)
 - Conserver le prélèvement à la température de la pièce
 - Lorsqu'un examen pelvien est indiqué, certains experts suggèrent d'effectuer le prélèvement vaginal avant d'insérer le spéculum. Cependant, le prélèvement effectué avec le spéculum en place est également acceptable

- **Au niveau de l'endocol :**
 - Enlever l'exsudat cervical sus-jacent
 - Introduire l'écouvillon fourni par le laboratoire dans le canal endocervical à une profondeur de 1 à 1,5 cm, le tourner sur son axe pendant 2 à 3 secondes
 - Déposer l'écouvillon dans le milieu de transport (ou selon les directives spécifiques à chaque trousse)
 - Conserver le prélèvement à la température de la pièce
- **Prélèvement urinaire:**
 - S'assurer que la personne n'a pas uriné depuis au moins une heure
 - Demander à la personne de récupérer le **premier jet** urinaire (10 à 50 ml) dans un récipient stérile
 - Conserver le prélèvement au réfrigérateur ou à la température de la pièce selon les indications du fabricant ou du laboratoire
- **Au niveau de l'urètre :**
 - Avertir la personne que le prélèvement peut être douloureux ainsi que les prochaines mictions (boire beaucoup par la suite permet de diluer l'urine et de diminuer l'inconfort aux mictions subséquentes)
 - Idéalement, la personne ne doit pas uriner dans l'heure qui précède le prélèvement, car le fait d'uriner diminue la présence d'exsudat et donc la possibilité de déceler les micro-organismes
 - Insérer lentement le microécouvillon (à tige métallique) fourni par le laboratoire dans l'urètre, le tourner sur son axe pendant 2 à 3 secondes (chez l'homme, introduire l'écouvillon à une distance de 2 à 4 cm; chez la femme, à une distance de 1 à 2 cm); mouiller l'écouvillon avec de l'eau peut réduire l'inconfort au moment du prélèvement
 - Déposer l'échantillon dans le milieu de transport
 - Conserver le prélèvement à la température de la pièce
- **Au niveau de l'anus-rectum :**
 - Effectuer un prélèvement à l'aide d'un écouvillon fourni par le laboratoire
 - Introduire l'écouvillon sur une distance de 2 à 3 centimètres dans le canal anal, en le pressant sur les parois pour éviter les matières fécales
 - On peut procéder aussi par visualisation directe en utilisant un anoscope lubrifié à l'eau du robinet
 - Reprendre le prélèvement s'il y a contamination fécale visible

Avantages et inconvénients des tests de dépistage

- Le fait de dépister les ITSS permet de :
 - Offrir à la personne un traitement dont le but est d'éradiquer l'infection ou de diminuer les complications qui lui sont associées (voir le tableau 3 ci-après pour les complications possibles associées à une infection spécifique ainsi que les traitements disponibles)
 - Réduire la propagation de l'infection
- Les principaux inconvénients associés au dépistage des ITSS :
 - Inconfort associé à certains tests de dépistage
 - Conséquences psychosociales reliées au diagnostic (anxiété, détresse, stigmatisation, répercussion sur la relation de couple, violence)
 - Effets secondaires liés aux traitements pharmacologiques, le cas échéant

Limiter la transmission de l'infection

- Vérifier les connaissances que la personne infectée possède sur les modes de transmission de l'infection et quelles sont les situations où celle-ci ne peut être transmise et compléter l'information au besoin

- De manière générale, les risques de transmettre ou de contracter une infection :
 - **Aucune évidence de risque de contracter une ITSS :**
 - Abstinence
 - Baisers avec échange de salive s'il n'y a pas de sang ou de lésions
 - Masturbation en solitaire ou par une autre personne sans utiliser de sperme ou de sécrétions génitales
 - Massage, touchers, caresses par une autre personne
 - Frottement corps contre corps, en excluant les organes génitaux, s'il n'y a pas de sang ou de lésions
 - **Risque négligeable :**
 - Relation orale (fellation ou cunnilingus) protégée
 - Relation avec pénétration vaginale ou anale protégée adéquatement par un condom– une utilisation inadéquate du condom entraîne une diminution de l'efficacité de la protection
 - Relation ano-digitale
 - **Risque faible:**
 - Relation orale (fellation ou cunnilingus) non protégée en l'absence de lésions dans la bouche ou sur les organes génitaux ou d'infection pharyngée
 - Frottement des organes génitaux sans pénétration (vulve contre vulve, arrimage) en l'absence de lésions
 - **Risque élevé :**
 - Relation avec pénétration vaginale (pénis → vagin) ou anale (pénis → anus) non protégée
 - Partage d'un jouet sexuel
- Voir les conseils de prévention à prodiguer selon l'infection dépistée au *tableau 3 : Résumé des informations cliniques*

[Ceci concerne les agents infectieux considérés dans le dépistage - ce qui exclut **le VPH et l'herpès**. Ces deux infections peuvent se transmettre, même si les relations sont protégées car les zones infectées peuvent se situer à l'extérieur de la zone couverte par le condom]

Pour informations supplémentaires, voir *Activités sexuelles selon l'estimation du risque* à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-14W.pdf>

- Discuter avec la personne atteinte de l'[intervention préventive à effectuer auprès des partenaires](#)
- De manière générale, l'intervention préventive consiste principalement à :
 - Souligner à la personne atteinte l'importance de l'intervention préventive auprès des partenaires afin d'éviter :
 - La réinfection
 - La transmission de l'infection à d'autres personnes
 - Les complications associées
 - Établir la liste des personnes à joindre en fonction de la période de contagiosité et le mode de transmission propres à l'ITSS en cause (Voir *tableau 4 : Notification aux partenaires*)
 - Discuter des façons de procéder à la notification :
 - Par la personne elle-même
 - Par une tierce personne, par exemple, ami, infirmière, médecin, professionnel de la santé publique
 - Lui présenter les ressources où ses partenaires pourront être évalués, dépistés et traités
 - Aviser la personne, s'il y a lieu, qu'elle pourrait être contactée par un professionnel mandaté par la santé publique (pour certaines maladies à déclaration obligatoire)

- Lorsque la personne opte pour aviser elle-même ses partenaires, aborder les éléments suivants :
 - Préciser à la personne atteinte qu'elle doit informer ses partenaires qu'ils doivent consulter pour être évalués, dépistés et traités rapidement et ce, même s'ils n'ont pas de symptômes
 - Informer la personne de l'infection en cause, du mode de transmission, des complications potentielles afin qu'elle puisse communiquer cette information aux partenaires (voir *Tableau 3*)
 - Remettre une carte de notification ou des informations écrites permet de s'assurer que la bonne information soit communiquée aux partenaires
 - Discuter avec la personne de la stratégie à adopter pour aviser ses partenaires
 - Explorer, le cas échéant, les obstacles potentiels à la notification, par exemple, la crainte de perdre un partenaire ou la possibilité d'abus physiques ou psychologiques
 - Le dépliant, *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée. Il faut en parler* est un outil utile disponible sur le portail du MSSS (voir ressources utiles à l'infirmière)

Tableau 3 : Résumé des informations cliniques (voir GQDITSS page 101 à 139)

	Tableau clinique	Principales complications	Évolution de l'infection	Traitement	Prévention
Chlamydia trachomatis	Urétrite, cervicite, pharyngite, proctite, conjonctivite Souvent asymptomatique Nouveau-né : conjonctivite, pneumonie	Homme : orchépididymite, prostatite, infertilité dans de rares cas	Incubation : 2 à 6 semaines Infection peut durer plusieurs mois (asymptomatique) Guérison spontanée possible Aucune immunité acquise	Antibiotique, généralement par voie orale, en dose unique ou pendant 7 jours	<u>Mode de transmission</u> Contact avec des sécrétions génitales infectées (contact sexuel; transmission mère-enfant lors accouchement) <u>Counseling</u> S'abstenir de relations sexuelles jusqu'à 7 jours après le traitement à dose unique ou jusqu'à la fin du traitement oral à doses multiples et jusqu'à la résolution des symptômes ou si c'est impossible, utiliser le condom avec tous les partenaires pour tout type de relations sexuelles (vaginales, anales, oro-génitales)
Gonococcique	Urétrite, cervicite, pharyngite, proctite, conjonctivite Chez l'homme, l'urétrite est généralement symptomatique Chez la femme, la cervicite peut être symptomatique Nouveau-né : conjonctivite grave ou septicémie	Femme : atteinte inflammatoire pelvienne (douleur abdominale chronique, risque accru de grossesse ectopique; infertilité)	Incubation : 2 à 7 jours (parfois +) Infection peut persister plusieurs mois (asymptomatique) Aucune immunité acquise		
Syphilis	Primaire : Ulcère superficiel, généralement unique, indolore (à moins d'une surinfection) au site d'inoculation (région génitale, anorectale ou oropharyngée) Passe souvent inaperçu Secondaire : Éruption cutanée diffuse, syndrome grippal - passe souvent inaperçu Syphilis latente (aucune manifestation clinique) Syphilis congénitale	Syphilis tertiaire : atteintes cutanées, ostéoarticulaires, cardiovasculaires (anévrisme de l'aorte), neurologiques (vertige, démence, trouble de la démarche, etc.) Pendant la grossesse : mortinaissance	Lésions du stade primaire : Période d'incubation de 3 à 90 jours; disparition spontanée en 3 à 8 semaines Progression vers les autres stades sur plusieurs semaines, mois, voire des années Guérison spontanée des 2/3 des personnes après le stade secondaire - 1/3 vont progresser vers syphilis tertiaire	Antibiotique, généralement par voie intramusculaire Durée du traitement varie selon le stade de la maladie	De plus, pour la syphilis, transmission possible par : Contact direct de la peau ou des muqueuses avec les lésions (contact sexuel; transmission mère-enfant lors accouchement) Transmission transplacentaire Transmission sanguine si la personne présente une syphilis infectieuse

	Tableau clinique	Principales complications	Évolution de l'infection	Traitement	Prévention
Hépatite B	Malaise, fatigue, anorexie, fièvre, myalgies ou arthralgies, nausées, vomissements, douleur abdominale; dans certains cas, ictère, selles pâles, urine foncée	Si infection chronique, risque de : cirrhose, insuffisance hépatique, carcinome hépatocellulaire	Période d'incubation : 30 à 180 jours Guérison spontanée en 6 mois chez 95 % des adultes immunocompétents Infection chronique chez 5 % des adultes et 90 % des nourrissons En présence anti-HBs suite à une infection : immunité généralement à vie	Traitement antiviral, par voie orale ou sous-cutanée Traitement non indiqué en phase aigüe Traitement vise à prévenir ou réduire la progression de l'atteinte hépatique et les complications associées Durée du traitement : varie de plusieurs mois à toute la vie	Hépatite B et VIH <u>Mode de transmission</u> Contact avec des sécrétions génitales infectées (contact sexuel; transmission mère-enfant lors accouchement) Transmission sanguine Transmission transplacentaire Allaitement (VIH) <u>Counseling</u> Tant que la personne est infectée :
Hépatite C	Hépatite B : 50 à 80 % des adultes sont asymptomatiques Hépatite C : le plus souvent asymptomatique	Rarement : hépatite fulminante	Période d'incubation : 2 semaines à 6 mois Guérison spontanée en moins de 3 mois chez 25 % des personnes immunocompétentes Infection persiste à vie en l'absence de traitement chez 75 % des personnes infectées Possibilité de réinfections	Thérapie antivirale, par voie orale ou sous-cutanée Traitement permet d'éradiquer l'infection chez la plupart des personnes infectées à qui le traitement est prescrit la première fois	Utiliser le condom avec tous ses partenaires sexuels pour tout type de relations sexuelles Prendre les mesures pour éviter la transmission sanguine (pratiques liées à l'utilisation de drogues, hygiène personnelle, don de sang, etc.) Ne pas allaiter (VIH) Prophylaxie post-exposition possible
VIH	Primo-infection : symptômes non spécifiques ressemblant à syndrome grippal ou mononucléose (fièvre, myalgie, mal de gorge, céphalées, nausées et vomissements, adénopathies généralisées) Infection chronique asymptomatique Infection chronique symptomatique et sida (fatigue, diarrhée constante, fièvre persistante)	Complications associées à l'immunodéficience : infections opportunistes, maladie neurologique (par ex. : démence), cancers (lymphome, sarcome de Kaposi)	Période d'incubation pour la primo-infection : 2 à 4 semaines Primo-infection : dure de 1 à 3 semaines Infection chronique asymptomatique : durée variable de 7 à 10 ans sans traitement Sida : plusieurs années après l'exposition au virus (varie d'une personne à l'autre; survie sans traitement environ un an) Infection persiste toute la vie	Traitement antiviral par voie orale Traitement vise à inhiber la réplication virale à des niveaux indétectables, ralentir la progression de la maladie et reconstituer le système immunitaire (diminue de façon importante le risque d'évolution vers le sida et permet une survie prolongée) Maintenir une charge virale indétectable grâce une thérapie antirétrovirale diminue le risque de transmission du VIH	Hépatite C : <u>Mode de transmission</u> Transmission sanguine Transmission mère-enfant lors de l'accouchement (rare) Transmission sexuelle : Rare chez hétérosexuels Documentée chez les HARSAH vivant avec le VIH <u>Counseling</u> Principalement : éviter la transmission sanguine (prévention sexuelle : voir GQDITSS p. 131)

Tableau 4 : Notification des partenaires

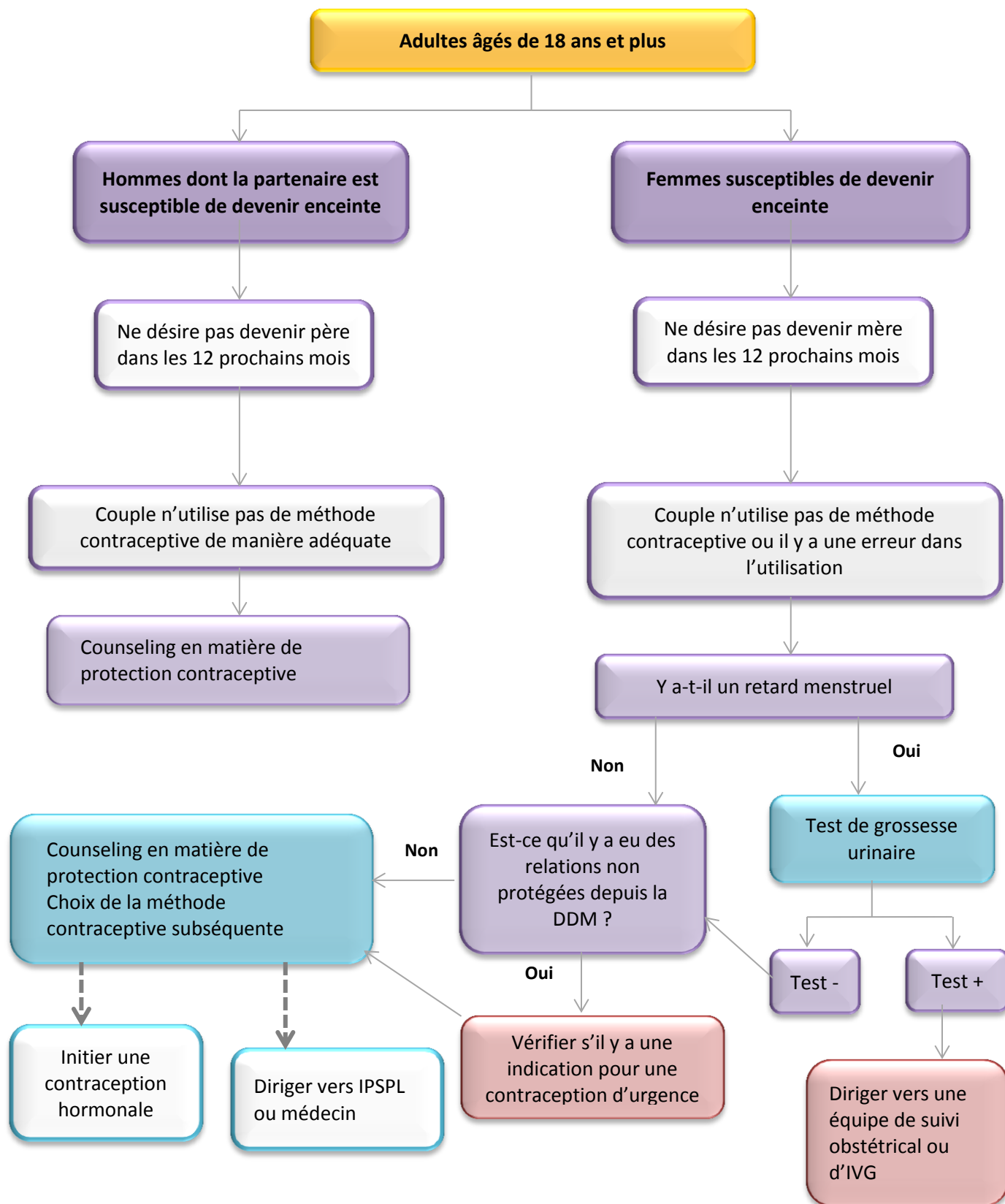
(Voir : Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) et auprès de leurs partenaires (IPPAP). <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-09W.pdf>)

Infection	Période de traçabilité	Personnes à notifier	MADO	Considérations particulières
Chlamydia	60 jours	Partenaires sexuels	Oui	Si la personne n'a pas eu de partenaire sexuel dans les 60 derniers jours, il faut remonter au dernier partenaire sexuel
Infection gonococcique	60 jours	Partenaires sexuels	Oui	
Syphilis infectieuse	Variable selon le stade de l'infection 3 mois à 1 an	Partenaires sexuels	Oui	
Hépatite B	Variable	Partenaires sexuels Personnes avec qui la personne infectée a partagé du matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation ou la drogue elle-même Contacts à domicile	Oui	Il faut notifier les partenaires non vaccinés et non immuns. Ceux-ci pourraient bénéficier d'une prophylaxie post-exposition
Hépatite C	Variable	Personnes avec qui la personne infectée a partagé du matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation ou la drogue elle-même Dans certains cas, partenaires sexuels	Oui	
VIH	Variable	Partenaires sexuels Personnes avec qui la personne infectée a partagé du matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation ou la drogue elle-même	Dans certaines situations ¹	Partenaires sexuels récents et, dans la mesure du possible, partenaires rencontrés depuis le début du comportement à risque ou depuis la date du dernier test négatif connu

1- Si la personne a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus

MADO : maladie à déclaration obligatoire

ALGORITHME 2 : Prévention des grossesses non planifiées





SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION

PÉRICONCEPTIONNELLE

Grossesses non planifiées

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

Chez les femmes susceptibles de devenir enceintes et qui ne planifient pas de grossesse, vérifier s'il y a une utilisation adéquate d'une méthode contraceptive :

- En l'absence d'utilisation d'une méthode contraceptive ou s'il y a eu une [erreur dans l'utilisation](#), vérifier :
 - S'il est possible que la femme soit enceinte
 - S'il y a une indication d'avoir recours à la [contraception d'urgence](#)
 - S'il y a une indication d'avoir recours à la contraception orale d'urgence (COU) et que l'infirmière initie la COU, compléter le questionnaire à ce sujet (voir ci-dessous *Ressources utiles pour l'infirmière*)
 - S'il y a une indication d'avoir recours à un stérilet de cuivre d'urgence (et d'une référence urgente au médecin)
 - La protection contraceptive subséquente (dont la pertinence d'initier une méthode contraceptive hormonale régulière)

Chez un homme dont la partenaire sexuelle est susceptible de devenir enceinte :

- Vérifier s'il y a un souhait de paternité dans un avenir immédiat
 - S'il n'y a pas un souhait de paternité, vérifier les mesures de protection en matière de prévention des grossesses

Examiner

- Mesurer le poids si une contraception orale d'urgence (COU) est initiée
 - Un [excès de poids](#) peut réduire l'efficacité de la COU

Initier des mesures diagnostiques (sans ordonnance collective)

- Effectuer un test de grossesse urinaire en cas de retard menstruel

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Vérifier, le cas échéant, les connaissances de la personne et compléter, au besoin, l'information sur :
 - La contraception d'urgence
 - La protection contraceptive (s'il y a lieu, les diverses méthodes contraceptives)
- Donner, s'il y a lieu, les [directives relatives](#) à la prise d'une COU
- En présence d'un test de grossesse positif, explorer avec la personne si elle souhaite ou non poursuivre sa grossesse et la diriger vers la ressource pertinente selon la décision

Initier des mesures thérapeutiques (avec ordonnance collective)	
Initier la contraception orale d'urgence ☐ Plan B^{MD} ou ☐ Norlevo^{MD} ou ☐ First Choice^{MD} 2 comprimés, administrés en une seule dose Pris, le plus rapidement après une relation sexuelle sans protection contraceptive	Indications ■ Chez les femmes susceptibles de devenir enceintes, lorsque : ○ Absence ou erreur d'utilisation d'une méthode contraceptive depuis la dernière menstruation ET ○ Relation(s) sexuelle(s) non protégée(s) dans les 120 dernières heures (5 jours) Contre-indications ○ Grossesse
Initier des mesures thérapeutiques (sans ordonnance collective <i>dans le cadre de la Loi médicale</i> – mise en œuvre prévue au début de 2016)	
Infirmière (détenant un permis de prescripteur) prescrit la contraception orale d'urgence tel que défini dans le protocole (se référer au droit de prescrire)	Indications : ■ Femmes désirant une COU et chez qui elle est indiquée
Guider vers des services	
☐ Pharmacien	Diriger les femmes qui veulent avoir recours à la COU (avec ou sans initiation de la part de l'infirmière)
☐ IPSPL ☐ Médecin	Diriger les femmes vers les ressources dans les situations suivantes : ■ Pose d'un stérilet d'urgence en cuivre ■ Souhait de la femme d'utiliser subséquentement une des méthodes contraceptives suivantes : contraception hormonale, stérilet, ligature tubaire*
<i>*En l'absence d'ordonnance collective permettant à l'infirmière d'initier la contraception hormonale ou le stérilet</i> <i>*Une infirmière détenant un permis de prescripteur sera en mesure de prescrire la contraception hormonale et le stérilet (dans le cadre de la Loi médicale – mise en œuvre prévue au début de 2016)</i>	
☐ Ressources en suivi obstétrical (Médecin, IPSPL, sage-femme, etc.)	■ Femmes enceintes désirant poursuivre leur grossesse
☐ Ressources en interruption volontaire de grossesse	■ Femmes enceintes ne désirant pas poursuivre leur grossesse
Suivi assuré par l'infirmière	
■ Offrir, le cas échéant, un rendez-vous de suivi pour réévaluer la situation (retard menstruel suite à la prise de la COU, contraception, dépistage ITSS, etc.)	
Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé	
■ Voir s'il y a des indices pouvant suggérer la présence de violence entre les partenaires et la possibilité que les relations sexuelles ne soient pas désirées (voir Violence) ■ Une approche globale en matière de santé sexuelle et reproductive comprend également : la prévention des ITSS, la prévention en période périconceptionnelle ainsi que le dépistage du cancer du col utérin (voir ITSS, Prévention périconceptionnelle, Cancer du col utérin)	

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- PAGES WEB. *À bien y penser - Grossesse non désirées* (site d'information sur la sexualité destiné aux jeunes). MSSS.
<http://itss.gouv.qc.ca/grossesses-non-desirees.dhtml>
- PAGES WEB. *Ma sexualité.ca - Contraception*. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2012.
<http://www.masexualite.ca/contraception>
- PAGES WEB. *Feuillets d'information* (Contraception, avortement, fertilité, éducation sexuelle). Clinique de planning des naissances de Rimouski.
<http://www.planningchrr.com/feuillets/index.php>

Formations suggérées à l'infirmière

- Formation sur la contraception hormonale (offerte en ligne sur le site de l'OIIQ)

Ressources utiles à l'infirmière

- GUIDE CLINIQUE. *Modèle d'ordonnance collective de contraception d'urgence, mise à jour 2014* (comprend le formulaire clinique à compléter). Institut national de santé publique du Québec; 2014. p. 1-7.
<http://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/ContraceptionHormonale/ModelecontraceptionurgenceINS PQ.pdf>
- PAGES WEB. *L'ordonnance collective de contraception hormonale et du stérilet* (avis scientifique, mises à jour, etc.). Institut national de santé publique du Québec.
<http://www.inspq.qc.ca/contraception>
- OUTIL CLINIQUE. *Algorithmes décisionnels : Oubli de contraceptif hormonal combiné et Port prolongé du timbre et de l'anneau contraceptifs*. Direction de santé publique de l'ASSS de la Montérégie, 2009.
<http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/contraceptionhormonale/OCC-ALGOdecisionnel.pdf>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Contraception d'urgence

Indications

- La contraception d'urgence est indiquée si les relations sexuelles non protégées sont survenues dans les 120 dernières heures (5 jours); deux méthodes sont possibles dans cette situation :
 - Contraception orale d'urgence (COU)
 - Stérilet d'urgence en cuivre (un stérilet peut également être inséré si des relations sexuelles non protégées ont eu lieu au-delà des 120 dernières heures dans la mesure où la femme consulte dans les 5 jours qui suivent la date estimée de son ovulation)
- Par relation non protégée, on entend une relation sans méthode contraceptive ou avec une erreur d'utilisation de la méthode (bris ou glissement du condom; utilisation sous-optimale de la contraception hormonale)

Erreur dans l'utilisation d'une méthode contraceptive hormonale où la contraception d'urgence peut être indiquée

Méthode contraceptive	Erreur d'utilisation survenant lors de	
	1 ^{re} semaine du cycle	2 ^e et 3 ^e semaines du cycle
Contraception orale	Retard > 24 heures dans la prise d'un comprimé Oubli de ≥ 1 comprimé	Oubli de ≥ 3 comprimés consécutifs
Timbre	Retard d'application ou détachement du timbre pendant ≥ 24 heures	Retard d'application ou détachement du timbre pendant ≥ 3 jours
	Port prolongé pendant 12 jours ou plus du même timbre (1 ^{er} ou 2 ^e timbre du cycle*)	
Anneau vaginal	Oubli d'insérer ou retrait d'anneau pendant > 3 heures	Oubli d'insérer ou retrait d'anneau pendant ≥ 3 jours
	Port prolongé du même anneau au-delà de 35 jours	
Injection contraceptive	14 semaines ou plus depuis la dernière injection contraceptive	

Source : Algorithmes décisionnels : Oubli de contraceptif hormonal combiné et Port prolongé du timbre et de l'anneau contraceptifs. Direction de santé publique de l'ASSS de la Montérégie, 2009.

*Le port prolongé du 3^e timbre ne réduit pas l'efficacité contraceptive sauf s'il est laissé en place au-delà du début du cycle suivant (voir retard d'application dans la 1^{re} semaine du cycle)

Contre-indications

- La seule contre-indication relative à la COU : la présence d'une grossesse, car cette méthode serait alors inefficace. L'utilisation de la COU chez une femme qui serait enceinte ne provoque pas d'avortement et n'a pas d'effets sur le fœtus
- Les principales contre-indications au stérilet d'urgence en cuivre : grossesse; infection pelvienne ou cervicite purulente; saignement vaginal anormal d'étiologie indéterminée; cancer du col; cancer de l'endomètre; malformation anatomique de l'utérus; allergie au cuivre

Efficacité

- Plus la COU est prise tôt après une relation non protégée, plus elle est efficace (lorsque la COU est prise dans les 12 à 24 heures suivant la relation non protégée, elle prévient 95 % des grossesses qui auraient eu lieu sans la prise de la COU; la proportion chute à 60 % si elle est prise 5 jours après la relation non protégée)
- Certaines données semblent indiquer que la COU serait moins efficace chez la femme présentant un excès de poids (poids entre 75 et 80 kg) ou potentiellement inefficace chez la femme obèse (poids supérieur à 80 kg). Des études scientifiques supplémentaires sont nécessaires pour confirmer ces résultats. Toutefois, l'excès de poids ne constitue pas une contre-indication à l'utilisation de la COU
- En toutes occasions, le stérilet d'urgence en cuivre est plus efficace que la COU avec un taux d'échec de 0,1 % (et avec la possibilité d'utilisation prolongée)

Enseignement relatif à la COU

- Le principal mode d'action : inhibition ou retardement de l'ovulation (effet démontré); il est possible qu'il y ait d'autres mécanismes (inhibition du transport des spermatozoïdes, interférence avec la fécondation, modification de l'endomètre avec une perturbation de la nidation)
- La COU n'agit pas sur un œuf déjà implanté (elle n'est pas une méthode abortive)

- Les principaux effets indésirables de la COU : nausées, vomissements, saignements utérins irréguliers et perturbation dans la date prévue de l'apparition de la menstruation (celle suivant son utilisation). Ils sont de courte durée et sans risque pour la santé des femmes
- Directives à donner à la femme lors de la prise de la COU :
 - Répéter la dose si les comprimés sont vomis dans l'heure qui suit la prise
 - Passer un test de grossesse s'il n'y a pas de menstruations ou s'il y a des menstruations anormales dans les 21 jours suivant la prise de la COU
 - Utiliser une méthode contraceptive après la prise de la COU, y compris la journée même de la prise (la COU n'a pas d'effet sur les relations sexuelles qui suivent l'utilisation de la COU)
 - Comment utiliser une méthode contraceptive hormonale régulière subséquentement à la prise d'une COU :
 - Débuter ou reprendre la méthode contraceptive la journée même de la prise de la COU (ou la journée de la semaine choisie par la femme pour débiter sa méthode contraceptive)
 - Utiliser une méthode barrière (ou s'abstenir de relations sexuelles) jusqu'à ce qu'il y ait eu une période de 7 jours **consécutifs** pendant laquelle la méthode contraceptive hormonale est utilisée

(Pour une information complète, voir dans Ressources pour l'infirmière la référence : *Algorithmes décisionnels : oubli de contraceptif hormonal combiné et Port prolongé du timbre et de l'anneau contraceptifs*)



SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PÉRICONCEPTIONNELLE

Prévention périconceptionnelle

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

- Vérifier chez les femmes susceptibles de devenir enceintes :
 - Le statut vaccinal pour la rubéole et la varicelle
 - Si elles planifient une grossesse dans les 12 prochains mois
- Chez les femmes qui planifient une grossesse dans la prochaine année :
 - Vérifier les habitudes de vie : particulièrement l'alimentation, le tabagisme, la consommation d'alcool et drogues
 - Identifier celles qui ont un risque accru d'anomalies congénitales (voir risques ci-dessous)

Examiner

- Mesurer le poids et la taille. Calculer l'indice de masse corporelle (IMC) :
 - Un IMC $> 35 \text{ kg/m}^2$ est un facteur de risque associé aux anomalies du tube neural

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Conseiller, s'il y a lieu, sur l'alimentation (notamment sur l'[alimentation riche en folates alimentaires](#)), la [cessation tabagique](#), la [consommation d'alcool et de drogues](#) durant la grossesse
- Conseiller sur la [prise prophylactique d'acide folique](#)
- Conseiller, s'il y a lieu, sur la [vaccination contre la rubéole et la varicelle](#) en matière de prévention d'anomalies congénitales

Initier des mesures thérapeutiques

(sans ordonnance collective – dans le cadre d'une activité découlant de la *Loi de la santé publique*)

- ☐ Administrer le vaccin combiné contre la rougeole-rubéole-oreillon²

Selon les directives contenues dans le Programme d'immunisation du Québec

Indications¹(en matière de prévention des anomalies congénitales)

Proposer la vaccination aux femmes en âge de procréer qui ne sont pas protégées contre la rubéole. Sont protégées, les personnes qui répondent à l'une des conditions suivantes:

- Qui ont une preuve écrite de vaccination contre la rubéole (même en présence d'une sérologie négative)
- Dont le titre d'anticorps contre la rubéole est $\geq 10 \text{ UI/ml}$

Contre-indications

- Réaction anaphylactique antérieure à une composante du vaccin
- États d'immunosuppression
- Grossesse actuelle
- Tuberculose active non traitée

☐ Administrer le vaccin contre la varicelle² Selon les directives contenues dans le <i>Protocole d'immunisation du Québec</i>	Indications¹ (en matière de prévention des anomalies congénitales) Proposer la vaccination à toutes les femmes en âge de procréer qui ne sont pas protégées contre la varicelle. Sont protégées, les personnes qui répondent à l'une des conditions suivantes: ▪ Ont une preuve écrite de vaccination adéquate contre la varicelle ▪ Ont une histoire antérieure de varicelle après l'âge d'un an ou de zona quel que soit l'âge ▪ Ont une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la varicelle Contre-indications ▪ Réaction anaphylactique antérieure à une composante du vaccin ▪ États d'immunosuppression ▪ Grossesse actuelle ▪ Tuberculose active non traitée
1-Information donnée à titre indicatif. Se référer au <i>Protocole d'immunisation du Québec</i> (PIQ) pour connaître les autres indications vaccinales ainsi que les posologies recommandées et le calendrier d'administration de chaque produit 2-Administrer le vaccin combiné RRO-V (rougeole, rubéole, oreillon, varicelle) s'il y a indication de procéder à la vaccination contre la rubéole et la varicelle	
Initier des mesures thérapeutiques (sans ordonnance collective)	
☐ Multivitamine contenant de 0,4 mg jusqu'à 1mg d'acide folique Prendre un comprimé par jour (ne pas excéder la dose) Idéalement, au moins 2 à 3 mois avant la conception et jusqu'à 6 semaines postpartum (ou jusqu'à la fin de l'allaitement)	Indications Proposer la prise quotidienne d'une dose de multivitamine aux femmes qui envisagent une grossesse dans la prochaine année et qui ne sont pas à risque accru d'anomalies congénitales Contre-indications ▪ Allergie à l'acide folique ▪ Intolérance à l'une des composantes de la multivitamine (lactose, gluten)
Initier des mesures thérapeutiques (avec ordonnance collective)	
☐ Multivitamine contenant 5 mg d'acide folique Prendre un comprimé par jour (ne pas excéder la dose) Idéalement, au moins 3 mois avant la conception et jusqu'à 12 semaines après la conception Suivi de ☐ Multivitamine contenant de 0,4 mg à 1mg d'acide folique Prendre un comprimé par jour (ne pas excéder la dose)	Indications Proposer la prise quotidienne d'une dose de multivitamine aux femmes qui envisagent une grossesse dans la prochaine année et ayant l'une des conditions suivantes : ▪ Grossesse antérieure dont le fœtus ou le bébé présentait une anomalie congénitale : anomalies du tube neural (anencéphalie, myéloméningocèle); fente palatine; hydrocéphalie; anomalies cardiaques, des membres ou du tractus urinaire ▪ Antécédents familiaux d'anomalies du tube neural (1^{er}, 2^e, 3^e degré) ▪ Épilepsie ▪ Diabète insulino-dépendant ▪ Obésité (IMC > 35 kg/m²) ▪ Appartenance à un groupe ethnique à risque élevé (sikhs, personne d'origine celtique, personnes originaires du nord de la Chine)

De la 12 ^e semaine après la conception jusqu'à 6 semaines postpartum (ou jusqu'à la fin de l'allaitement)	■ Histoire de faible observance avec la médication et présence d'un enjeu lié à des habitudes de vie (mauvaises habitudes alimentaires, utilisation inconstante d'une méthode contraceptive et usage de substances potentiellement tératogènes, alcool, tabac, drogues) Contre-indications ■ Allergie à l'acide folique ■ Intolérance à l'une des composantes de la multivitamine (lactose, gluten)
Initier des mesures thérapeutiques (sans ordonnance collective <i>dans le cadre de la Loi médicale</i> – mise en œuvre prévue au début de 2016)	
Infirmière (détenant un permis de prescripteur) prescrit l'acide folique – contenant plus de 1 mg - tel que défini dans le protocole (se référer au droit de prescrire)	Indications : ■ Femmes à risque élevé de malformations congénitales (anomalies du tube neural)
Guider vers des services	
☐ Pharmacien	■ Diriger les femmes pour les conseils pharmaceutiques relatifs à la prise d'un supplément multivitaminique
Suivi assuré par l'infirmière	
■ Offrir, le cas échéant, un rendez-vous de suivi, notamment pour prodiguer des conseils appropriés en matière de maintien et adoption de saines habitudes de vie	
Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé	
■ Une approche globale en matière de santé sexuelle et reproductive comprend également : la prévention des ITSS ainsi que le dépistage du cancer du col utérin (voir ITSS, Cancer du col utérin) ■ Les habitudes de vie peuvent avoir des conséquences sur une grossesse éventuelle, particulièrement le tabagisme et la consommation d'alcool et drogues (voir Tabagisme et Alcool et drogues) ■ La grossesse est un facteur de risque associé à la violence conjugale (voir Violence)	

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- PAGES WEB. *L'acide folique Pour la préconception et la grossesse*. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.
<http://sogc.org/fr/publications/lacide-folique-pour-la-preconception-et-la-grossesse/>
- BROCHURE. *La consommation d'alcool durant la grossesse*. Éduc'alcool; 2008. p.1-8.
http://educalcoool.qc.ca/wp-content/uploads/2011/12/Grossesse_et_alcool.pdf
- BROCHURE. *Enceinte? Alcool et drogues, ce qu'il faut savoir*. MSSS; 2009. p. 1-12.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-804-01F.pdf>

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- GUIDE DE PRATIQUE. *Les niveaux de consommation d'alcool à faible risque. Guide pour les infirmières et les infirmiers*. OIIQ et Éduc'alcool; 2012. p.1-16.
<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/les-niveaux-de-consommation-d-alcool-a-faible-risque>
- SITE WEB. *Le portail d'information prénatale*. Institut national de santé publique du Québec; 2014.
<http://www.inspq.qc.ca/infoprenatale/>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Alimentation riche en folates alimentaires

- Principaux aliments riches en folates :
 - Les abats (foie), les légumes verts, les légumineuses; aliments obligatoirement enrichis d'acide folique (farine blanche, les pâtes alimentaires enrichies ainsi que la semoule de maïs)

Tabagisme durant la grossesse

- Conséquences possibles du tabagisme durant la grossesse :
 - Avortement spontané, prématurité, retard de croissance intra-utérine, mortinaissance

Consommation d'alcool et drogues durant la grossesse

- Conséquences possibles de la consommation d'alcool durant la grossesse :
 - Malformations cardiaques, rénales et osseuses; atteintes auditives et visuelles; atteinte à des degrés variables du système neurologique (cognitive, motrice, comportementale); risque plus élevé d'avortement spontané, de retard de croissance, de prématurité et de mort à la naissance
 - Une forte consommation et une consommation répétée durant la grossesse comportent davantage de risques qu'une faible consommation épisodique; la quantité d'alcool qui est pleinement sécuritaire durant la grossesse n'a pas été établie; la recommandation actuelle est de s'abstenir de consommer de l'alcool durant la grossesse
- Conséquences possibles les plus fréquentes pour la plupart des drogues :
 - Avortement spontané, accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin; pour certaines drogues : réaction de sevrage du nouveau-né à l'accouchement

Vaccination contre le virus de la rubéole et de la varicelle

- Vaccination vise à prévenir une infection par le virus de la rubéole ou de la varicelle chez une femme enceinte et ses conséquences négatives associées
- Principales malformations associées à l'infection par le virus de la rubéole :
 - Surdité, cataractes, anomalies cardiaques, microcéphalie, d f ci nce intellectuelle ainsi que lésions osseuses
- Principales conséquences associées à une infection par le virus de la varicelle :
 - Atrophie cérébrale, d f ci nce intellectuelle et anomalies des membres chez le nouveau-né; pneumonie chez la mère

Prise prophylactique d'acide folique

- Prise prophylactique d'acide folique durant une période limitée (avant et durant la grossesse) :
 - Diminue le risque d'anomalies du tube neural (anencéphalie, encéphalocèle, spina-bifida, méningocèle) et possiblement d'autres anomalies telles que malformations cardiaques, malformations réductionnelles des membres, fentes palatines ainsi que malformations du tractus urinaire
 - Entraîne peu ou pas de conséquences négatives, que ce soit pour la mère ou le f etus (risque de grossesse gémellaire légèrement accru dans certaines études, mais ces études n'ont pas contrôlé l'influence possible des interventions liées à l'infertilité)
 - Il est important de ne pas prendre plus d'un comprimé d'une multivitamine par jour afin de ne pas excéder la dose maximale quotidienne de vitamine A (l'excès de vitamine A a été associé à des anomalies congénitales). La vitamine A contenue dans la multivitamine devrait être sous forme de b ta-carotène



Votre questionnaire de santé

Ce questionnaire va vous aider à faire le point sur votre santé et à préparer la rencontre avec l'infirmière. Elle va en discuter avec vous lors du rendez-vous.

Chaque question est importante et les informations fournies sont confidentielles. Seul le personnel (l'infirmière et le médecin) ayant accès à votre dossier médical peut en prendre connaissance.

Si vous ne pouvez pas ou ne voulez pas répondre à certaines questions, passez aux suivantes.

Vos renseignements personnels

Date d'aujourd'hui : _____ / _____ / _____

Nom : _____ Âge : _____

1. Quelle est votre occupation principale :

- ☐ Je m'occupe des tâches de la maison
- ☐ Je suis actuellement aux études
- ☐ Je suis actuellement à la recherche d'un emploi
- ☐ Je travaille. Quel est votre emploi : _____
- ☐ Autres : _____

2. Êtes-vous né(e) au Canada :

- ☐ Oui
- ☐ Non. Dans quel pays êtes-vous né(e) : _____
Depuis combien de temps vivez-vous au Canada :
 - ☐ Moins de 5 ans
 - ☐ Plus de 5 ans

3. Afin de mieux répondre à vos besoins nous aimerions savoir si vous appartenez à l'une des populations suivantes :

- ☐ autochtone
- ☐ juive ashkénase
- ☐ afro-américaine

4. Cochez ce qui décrit votre statut actuel :

- ☐ Vous êtes marié(e) ou vivez avec un conjoint ou une conjointe
- ☐ Vous ne vivez pas avec un conjoint ou une conjointe (célibataire, séparé(e) ou divorcé(e), veuf ou veuve)

5. Avez-vous des enfants :

- ☐ Oui, combien : _____ Âge des enfants : _____
- ☐ Non

6. Combien de personnes vivent avec vous à la maison (parents, enfants ou autres) : _____

Votre santé générale

1. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour un problème de santé (autre raison que les accouchements) :

☐ Non

☐ Oui, lesquels : _____

2. Prenez-vous des médicaments régulièrement (prescrits ou en vente libre) :

☐ Non

☐ Oui, lesquels : _____

3. Prenez-vous des vitamines, produits naturels, ou d'autres produits pour votre santé régulièrement (au moins chaque semaine) :

☐ Non

☐ Oui, lesquels : _____

4. Avez-vous déjà pris des médicaments qui vous donnent une réaction allergique telle que des rougeurs sur le corps, une enflure du visage ou de la gorge, une difficulté à respirer :

☐ Non

☐ Oui, lesquels : _____

5. Est-ce que d'autres produits (par exemple des aliments, piqûres d'insectes) vous donnent une réaction allergique telle que des rougeurs sur le corps, une enflure du visage ou de la gorge, une difficulté à respirer :

☐ Non

☐ Oui, lesquels : _____

Vos habitudes de vie

Alimentation

Une alimentation bonne pour la santé, c'est :

- Manger des fruits et des légumes à tous les repas ou presque tous les repas
- Manger des céréales et du pain (au moins la moitié à grains entiers) à tous les jours
- Prendre du lait ou des substituts enrichis de vitamine D (ex. : lait de soya) à tous les jours
- Manger souvent des légumineuses et du poisson et choisir de la volaille ou des viandes maigres
- Limiter les aliments qui contiennent beaucoup de gras, de sucre ou de sel (fast food, boissons gazeuses, desserts sucrés, etc.)

1. Comment décririez-vous votre alimentation :

- ☐ Mon alimentation est très bonne. Il y a peu de changement à faire
- ☐ Mon alimentation est bonne. Il y a quelques changements à faire
- ☐ Mon alimentation n'est pas très bonne. Il y a plusieurs changements à faire

Activité physique

Être actif, c'est de :

- Pratiquer 150 minutes (2 heures et demie) d'activité physique par semaine (les séances d'activité physique doivent durer au moins 10 minutes)
- Faire de l'activité à une intensité modérée ou élevée : effort suffisant pour être essoufflé(e)

Par **activité physique**, nous entendons toutes les activités permettant de bouger, que ce soit à la maison (jardiner, passer l'aspirateur, etc.), au travail, dans les déplacements ou dans les loisirs (danse, marche), sports, etc.)

2. De manière générale, comment décririez-vous votre niveau d'activité physique :

- ☐ Je suis actif ou très actif. Il y a peu de changement à faire
- ☐ Je suis modérément actif. Il y a quelques changements à faire
- ☐ Je suis plutôt inactif. Il y a plusieurs changements à faire

Tabagisme

3. Avez-vous déjà fumé ou utilisé des produits de tabac? : ☐ Oui ☐ Non, allez à la question 5
4. Avez-vous utilisé une forme quelconque de tabac (cigarettes, petits cigares, chicha, cigarettes électroniques, etc.) au cours des 6 derniers mois? : ☐ Oui ☐ Non
5. Est-ce que vous-même ou vos proches êtes exposés à la fumée de tabac secondaire à la maison ou dans l'auto? : ☐ Oui ☐ Non

Alcool et drogues

6. Est-ce que des membres de votre famille proche souffrent ou ont souffert de problème d'abus d'alcool ou de drogues? ☐ Oui ☐ Non
7. Depuis les 12 derniers mois avez-vous consommé de l'alcool :
☐ Je ne bois jamais d'alcool
☐ Je bois à l'occasion (quelques fois par mois ou par année)
☐ Je bois à toutes les semaines
☐ Je bois à tous les jours
8. Depuis les 12 derniers mois, avez-vous consommé une ou des drogues ou encore un médicament (avec ou sans ordonnance) pour des raisons non-médicales : ☐ Oui ☐ Non

Votre santé du cœur

1. Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez un des problèmes de santé suivants :

Hypertension artérielle (haute pression) : ☐ Oui ☐ Non
 Problèmes cardiaques (angine, infarctus) : ☐ Oui ☐ Non
 Diabète (niveau de sucre dans le sang trop haut) : ☐ Oui ☐ Non
 Cholestérol élevé (niveau de gras dans le sang trop haut) : ☐ Oui ☐ Non

Pour les femmes ayant déjà eu une grossesse :

Avez-vous souffert de diabète durant la grossesse : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous accouché d'un bébé pesant plus de 4 kg (9 livres) à la naissance : ☐ Oui ☐ Non

2. Est-ce que des membres de votre famille proche souffrent ou ont souffert des problèmes de santé suivants : problèmes au cœur (angine, infarctus, crise de cœur, pontage), diabète (niveau de sucre élevé) ou cholestérol élevé (niveau de gras)?
☐ Non ☐ Oui, indiquez qui (père, mère, etc.) :

Problèmes de santé	Cochez la case lorsque des membres de votre famille (biologique) sont ou ont été atteints	
	Père ou mère	Frères ou sœurs, demi-frères, demi-sœurs
Problèmes au cœur		
Diabète (Niveau de sucre élevé)		
Cholestérol élevé (niveau de gras élevé)		

3. À quand remonte la dernière fois où vous avez passé les tests suivants :

Note : Certains éléments de cette liste dépendent de votre âge ou de votre sexe. Il n'y a pas de bonne réponse. Répondez au meilleur de votre connaissance.

Test	Mon dernier test a été fait...				
	Jamais	Il y a moins de 2 ans	Entre 2 et 3 ans	Il y a plus de 3 ans	Je ne sais pas
Dépistage du diabète (taux de sucre)					
Niveau de cholestérol (niveau de gras)					

Prévention des cancers

N. B. Selon votre sexe et votre âge, certaines questions pourraient ne pas s'appliquer.

1. Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez un des problèmes de santé suivants :

Cancer (sein, ovaire, col utérin, peau, prostate, colorectal) : ☐ Oui ☐ Non

Maladie inflammatoire intestinale (Crohn, colite ulcéreuse) : ☐ Oui ☐ Non

Polypes intestinaux : ☐ Oui ☐ Non

2. Est-ce que des membres de votre famille proche souffrent ou ont souffert de cancer?

☐ Non

☐ Si oui, indiquez qui (père, mère, etc.) :

Problèmes de santé	Cochez la case lorsque des membres de votre famille (biologique) sont ou ont été atteints					
	Grands-pères ou grands-mères	Père ou mère	Frères ou sœurs, demi-frères, demi-sœurs	Fils ou filles	Oncles ou tantes	Neveux ou nièces
Cancer du sein						
Cancer des ovaires						
Cancer de la peau (mélanome)						
Cancer du côlon ou du rectum ou polypes						
Cancer de la prostate						

3. À quand remonte la dernière fois où vous avez passé les tests suivants :

Note : Certains éléments de cette liste dépendent de votre âge ou de votre sexe. Il n'y a pas de bonne réponse. Répondez au meilleur de votre connaissance.

Test	Mon dernier test a été fait...				
	Jamais	Il y a moins de 2 ans	Entre 2 et 3 ans	Il y a plus de 3 ans	Je ne sais pas
Recherche de sang dans les selles (dépistage du cancer du côlon)					
Colonoscopie (examen du côlon)					
<u>Pour les femmes :</u> Pap Test (dépistage cancer du col utérin)					
<u>Pour les femmes :</u> Mammographie (dépistage du cancer du sein)					
<u>Pour les hommes :</u> Antigène prostatique spécifique (dépistage du cancer de la prostate)					

4. Passez-vous beaucoup de temps au soleil (travail, loisir, etc.) : ☐ Oui ☐ Non

5. Quand vous êtes à l'extérieur, est-ce que vous vous protégez du soleil (utiliser une crème solaire, porter un chapeau et des vêtements couvrant la peau, etc.) :

☐ Rarement ☐ Assez souvent ☐ La plupart du temps

6. Avez-vous remarqué un changement au niveau d'un grain de beauté ou une nouvelle tache qui vous inquiète : ☐ Oui ☐ Non

Vos vaccins

1. Au meilleur de vos connaissances, avez-vous reçu tous vos vaccins lorsque vous étiez enfant et adolescent : ☐ Oui ☐ Non

2. Avez-vous été vacciné(e) contre le tétanos (depuis les 10 dernières années) : ☐ Oui ☐ Non

3. Autres vaccins reçus dans les 5 dernières années : _____

Votre santé osseuse

1. Est-ce que votre mère ou votre père a déjà eu une fracture de la hanche (se casser la hanche)? ☐ Oui ☐ Non

2. Est-ce que vous avez déjà eu une fracture : du bassin, de la colonne, de la hanche, de l'avant-bras ou du poignet? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel âge aviez-vous? _____

Pour les personnes âgées de 50 ans et plus

3. Avez-vous déjà passé une radiographie (ostéodensitométrie) pour vérifier si vous souffrez d'ostéoporose? ☐ Oui ☐ Non
4. Dans les 12 derniers mois avez-vous fait une chute; êtes-vous tombé(e)? ☐ Oui ☐ Non

Votre audition et votre vision

Pour les personnes âgées de 65 ans et plus

1. Faites-vous répéter quand vous parlez avec une seule personne?
☐ Oui ☐ Parfois ☐ Non
2. Avez-vous de la difficulté à comprendre quand il y a du bruit autour de vous?
☐ Oui ☐ Parfois ☐ Non
3. À quand remonte votre dernier examen de la vue? _____
4. Avez-vous de la difficulté à voir?
☐ Oui ☐ Parfois ☐ Non

Votre santé émotionnelle

1. Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez souffert de dépression ou de problème de santé mentale? ☐ Oui ☐ Non
2. Est-ce des membres de votre famille proche souffrent ou ont souffert de problèmes de santé mentale?
☐ Oui ☐ Non
3. Avez-vous ressenti un excès de stress, d'anxiété ou d'inquiétude récemment, pouvant affecter votre santé : ☐ Oui ☐ Non
4. Est-ce que les sujets suivants sont une source d'inquiétude pour vous? (Vous pouvez cocher plus d'une réponse) :
- ☐ Santé personnelle
 - ☐ Santé d'un membre de la famille ou d'un proche
 - ☐ Relation de couple
 - ☐ Relation avec des membres de la famille
 - ☐ Travail
 - ☐ Autres
5. Environ combien d'heures de sommeil avez-vous par nuit : _____ heures.
6. Vous sentez-vous reposé(e) lorsque vous vous levez? :
☐ Oui, toujours ☐ La plupart du temps ☐ Rarement
7. Dans les moments difficiles, dans quelle mesure pensez-vous pouvoir trouver du soutien auprès de proches (famille ou amis) :
☐ Difficilement ☐ Assez facilement ☐ Très facilement

Votre santé sexuelle

Si vous n'avez pas eu de relations sexuelles dans les 12 derniers mois, veuillez passer à la section suivante.

1. Est-ce que vous pensez avoir un enfant dans la prochaine année?

☐ Oui

☐ Non

☐ Ne s'applique pas

2. Si vous ne désirez pas avoir d'enfant prochainement, est-ce que vous utilisez un moyen de contraception?

☐ Oui, de manière régulière

☐ Oui, mais j'oublie parfois

☐ Non

☐ Ne s'applique pas

3. Au cours de la dernière année, avez-vous eu des activités sexuelles avec un nouveau partenaire?

☐ Oui ☐ Non

4. Désirez-vous un dépistage pour les infections transmises sexuellement ou par le sang (ITSS)?

☐ Oui ☐ Non

Votre bilan de santé

Quelles sont les conclusions que vous tirez suite à votre bilan de santé? Cochez les habitudes où il y a place pour un changement :

Changement	Oui	Non	Plus tard	Pas besoin
Améliorer mon alimentation				
Augmenter mon niveau d'activité physique				
Agir sur mon poids				
Cesser ou réduire ma consommation de tabac				
Éviter l'exposition de mes proches à la fumée de tabac				
Réduire ma consommation d'alcool				
Mieux gérer mon stress				
Mieux me protéger contre le soleil				
Mieux me protéger en matière de santé sexuelle (grossesse non planifiée ou infections transmissibles sexuellement)				

Parmi les changements que vous aimeriez faire, lequel vous semble le plus important? (en choisir un seul) :

Est-ce qu'il y a un autre sujet que vous souhaiteriez aborder avec l'infirmière? N'hésitez pas à en faire part à l'infirmière lors de la rencontre :

Merci d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire

SVP apporter ce questionnaire lors de votre rendez-vous

SVP apporter votre carnet de vaccination si disponible. Merci!



Formulaire d'évaluation de l'infirmière

Identification

Date d'aujourd'hui : _____ / _____ / _____ Numéro de dossier : _____
Nom : _____ Sexe : ☐ M ☐ F
Date de naissance : _____ / _____ / _____ Âge : _____
État civil : _____ Vit avec : _____
Occupation : _____ Niveau de scolarité : _____
Origine ethnique : _____ Langue : _____
Hospitalisations : _____
Médicaments : _____
Vitamines/produits naturels : _____
Allergies : _____

Habitudes de vie

Alimentation

Alimentation	Conforme au GAC/ Un repas bien pensé	Points à améliorer/ Commentaires
Groupes alimentaires		
Fast food, boissons gazeuses, desserts ou collations sucrées, etc.		
Repas (nombre, repas pris à l'extérieur, etc.)		

☐ Calcium _____ ☐ Vitamine D _____

Activité physique

Types d'activité physique	Fréquence	Effort fourni	Commentaires
Aérobic			
Musculaire			
Équilibre (65 ans et +)			

Tabagisme

Statut : ☐ Non-fumeur ☐ Ex-fumeur ☐ Rechute ☐ Fumeur
Nb de cigarettes par jour : _____ ☐ Autre produit : _____
☐ 1^{re} cig. <30 min. du réveil Tabagisme depuis : _____
Personnes âgées + 40 ans : Symptômes respiratoires : ☐ Toux ☐ Expectorations ☐ Dyspnée
☐ Sibilances ☐ IVRS
☐ Exposition à la fumée secondaire : _____
☐ Motivation à cesser : _____
Commentaires : _____

Alcool et drogues

Antécédents familiaux d'abus de substance : ☐ Non ☐ Oui _____

Nombre de consommations/jour : _____ X Nombre de jours/semaine : _____ = _____

Nombre de consommations d'alcool par semaine : _____ ☐ Consommation > recommandations

☐ Consommation de drogues et médicament (produit, fréquence) : _____

☐ Consommation de drogue par injection (antérieure ou actuelle) : _____

Commentaires : _____

Santé cardiovasculaire

Facteurs de risque

Antécédents personnels :

☐ Diabète ☐ Dyslipidémie ☐ Diabète de grossesse ☐ Bébé > 4 Kg ☐ Autochtone

Antécédents familiaux (1^{er} et 2^e degrés) : ☐ Diabète ☐ Dyslipidémie ☐ MCAS précoce

Bilan antérieur : ☐ Glycémie _____ ☐ Dyslipidémie _____

Commentaires : _____

Cancers

Facteurs de risque

☐ Afro-américain ☐ Juive ashkénaze ☐ Exposition au soleil sans protection

Antécédents personnels et familiaux

Maladies	Antécédents personnels	Antécédents familiaux (1 ^{er} degré et 2 ^e degrés)	
		Maternels	Paternels
Cancers (types)			
Maladies intestinales (inflammatoires ou polypes)			

Bilan antérieur

Test	Date du dernier examen/résultat
Recherche de sang dans les selles	
Colonoscopie	
Pap Test	
Mammographie	
Antigène prostatique spécifique	

Commentaires : _____

Immunisation

☐ Vaccins de base : _____ ☐ Rappel de tétanos : _____

☐ Autres : _____

Femmes susceptibles de devenir enceintes :

☐ Rubéole _____ ☐ Varicelle _____

Traumatismes liés aux chutes

Facteurs de risque

Antécédents personnels : ☐ Fracture de fragilité après 40 ans _____

Antécédents familiaux (père, mère) : ☐ fracture de la hanche _____

Bilan antérieur : ostéodensitométrie _____

Chute dans les 12 derniers mois : _____

Déficits sensoriels et cognitifs (65 ans et +)

☐ Problèmes auditifs : _____

☐ Problèmes visuels : _____

☐ Dernier examen de la vue : _____

☐ Problèmes cognitifs évoqués spontanément : _____

Santé mentale

☐ Antécédents personnels de problème de santé mentale : _____

☐ Antécédents familiaux de problème de santé mentale : _____

☐ Excès de stress/source : _____

☐ Sommeil : _____

☐ Présence de soutien : _____

Repérage des personnes avec une humeur dépressive

Dans les 4 dernières semaines : ☐ Tristesse _____ ☐ Perte de plaisir : _____

Repérage des personnes victimes de violence/maltraitance _____

Commentaires : _____

Santé sexuelle, reproductive et prévention périconceptionnelle

☐ Projet de grossesse : _____ DDM : _____

☐ Besoin de contraception d'urgence : _____ ☐ Contraception régulière : _____

Facteurs de risque d'ITSS : ☐ Nouveau partenaire _____ ☐ Nombre de partenaires _____

☐ Relations sexuelles à risque ☐ Dépistage ITSS souhaité ☐ Risque lié à usage de drogues

Commentaires : _____

Bilan de santé

Changement prioritaire pour la personne

☐ Alimentation ☐ Activité physique ☐ Poids ☐ Tabagisme

☐ Alcool ou autre substance ☐ Gestion du stress ☐ Protection solaire ☐ Santé sexuelle

Préoccupations de santé actuelles : _____

Notes : _____

Signature de l'infirmière : _____



Plan d'interventions cliniques

EXAMINER		DATE :	DATE :	DATE :
Poids				
Taille				
Indice de masse corporelle (IMC)				
Tour de taille				
Pression artérielle				
Distance côte-bassin (50 ans et +; femmes ménopausées)				
Distance occiput-mur (50 ans et +; femmes ménopausées)				
Autre :				
INITIER DES MESURES DIAGNOSTIQUES/THÉRAPEUTIQUES		DATE :	DATE :	DATE :
Fumeur/ex fumeur > 40 ans + symptômes ☐ Spirométrie				
☐ Bilan lipidique				
☐ Glycémie à jeun ou HbA1c				
☐ Évaluation du risque cardiovasculaire avec outil standardisé				
Dépistage cancer	☐ Fit Test			
	☐ Cytologie cervicale			
	☐ Mammographie de dépistage/PQDCS			
Immunisation	☐ Diphtérie/Tétanos			
	☐ Diphtérie/Coqueluche/Tétanos			
	☐ Influenza			
	☐ Autres – préciser :			
Ostéoporose	☐ Ostéodensitométrie			
Contraception	☐ Initier contraception d'urgence			
	☐ Initier contraception			
Femmes susceptibles de devenir enceintes	☐ Vaccin contre la rubéole			
	☐ Statut vaccinal varicelle (sérologie)			
	☐ Vaccin contre la varicelle			
	☐ Test de grossesse urinaire			
Dépistage ITSS : ☐ Chlamydia ☐ Infection gonococcique				
☐ Syphilis ☐ Hépatite B ☐ Hépatite C ☐ VIH				
ÉCHANGER DE L'INFORMATION		DATE :	DATE :	DATE :
☐ Changement de comportement de santé priorisé par la personne : _____				
Fumeur : ☐ counseling bref - cessation				
☐ Fumée de tabac dans l'environnement				
Femme planifiant une grossesse : ☐ Counseling tabac/alcool				
☐ Acide folique				
☐ Vitamine D ☐ Calcium				
☐ Dépistage cancer – soutien à la prise de décision éclairée				
Santé mentale – counseling				
☐ Stress ☐ Humeur dépressive ☐ Violence/maltraitance				
ITSS : ☐ Comportements sécuritaires				
☐ Notification des partenaires				
☐ Autres :				

Annexe 1

Recommandations des organismes et justification de l'intervention proposée dans le bilan de santé



ANNEXE 1: Recommandations et justification de l'intervention proposée dans le bilan

HABITUDES DE VIE

Alimentation	245
Activité physique	249
Tabagisme.....	253
Alcool et drogues.....	259

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE

Excès de poids	263
Hypertension artérielle.....	271
Diabète et les dyslipidémies	275

CANCERS

Cancer du sein	283
Cancer du col utérin	289
Cancer colorectal.....	295
Cancer de la prostate.....	301
Cancer de la peau	307

IMMUNISATION

Immunisation.....	311
-------------------	-----

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES

Santé osseuse	315
Fragilité osseuse	323
Chutes.....	331

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS

Déficit auditif	337
Déficit visuel	341
Déficit cognitif	345

SANTÉ MENTALE

Stress et sommeil	349
Humeur dépressive.....	351
Violence	355
Maltraitance chez les personnes âgées.....	359

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE

Infections transmissibles sexuellement et par le sang	363
Grossesses non planifiées.....	367
Prévention périconceptionnelle	371

ANNEXE 2 : MODÈLES D'ORDONNANCE COLLECTIVE	375
---	------------



HABITUDES DE VIE : ALIMENTATION

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling relatif à la saine alimentation

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

- Une saine alimentation est recommandée pour la population en général au Canada (*Guide alimentaire canadien* - GAC) mais le counseling pour la population en général n'est pas requis
- Orienter les sujets à risque vers un(e) diététiste ou un programme global qui tient compte des autres facteurs de risque
- Nombre de portions quotidiennes dans chaque groupe d'aliments varie selon le sexe et l'âge (voir GAC)
- Acide folique (au moins 0,4 mg par jour) : suggéré aux femmes en âge de procréer, au moins 10 semaines avant la grossesse jusqu'à l'allaitement

CMFC, 2010 [2]

Adultes présentant des habitudes alimentaires néfastes pour la santé

Intervention en prévention des maladies coronariennes et du cancer du côlon :

- Conseils nutritionnels à transmettre : diminuer les gras (tous les gras, gras saturés, cholestérol) et augmenter les fibres
- Orienter vers un(e) nutritionniste les personnes à risque

USPSTF, 2012 [3]

Population adulte ne présentant pas les diagnostics suivants : hypertension, diabète, hyperlipidémie ou maladie cardiovasculaire

Recommandations :

Malgré l'impact reconnu de la saine alimentation sur l'incidence des maladies cardiovasculaires, le counseling sur la saine alimentation offert en 1^{re} ligne pourrait être nuisible s'il fait perdre une occasion d'offrir d'autres services susceptibles de générer de plus grands bénéfices pour la santé

Offrir un counseling ciblé :

- Personne présentant des facteurs de risque cardiovasculaires
- Personne motivée et prête au changement, avec un soutien social et des ressources dans la communauté pour soutenir le changement de comportement

SANTÉ CANADA, 2011 [4]

On retrouve dans le GAC les quantités d'aliments dont les gens ont besoin ainsi que les types d'aliments qui font partie d'une saine alimentation

Suivre le modèle du GAC peut permettre aux gens de :

- Obtenir suffisamment de vitamines, de minéraux et autres éléments nutritifs
- Réduire le risque d'obésité, de diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires, de certains cancers et d'ostéoporose
- Atteindre un état de santé globale et de bien-être

HABITUDES DE VIE : ALIMENTATION

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling relatif à la saine alimentation

Intervention suggérée dans le bilan de santé

L'infirmière évalue sommairement l'alimentation chez tous les adultes consultant pour un bilan de santé.

Elle vérifie si la personne envisage des changements dans son alimentation.

Dans la situation où la personne a plusieurs habitudes de vie qu'elle souhaite modifier, l'infirmière vérifie si l'amélioration de l'alimentation est prioritaire.

Chez les personnes qui envisagent de faire des changements et dont la priorité est l'alimentation, l'infirmière :

- Explore les connaissances de la personne relativement à une saine alimentation et complète l'information au besoin
- Explore les raisons pour lesquelles la personne souhaite modifier ses habitudes alimentaires et les avantages qu'elle y voit
- Soutient, le cas échéant, la personne dans sa motivation à vouloir modifier son alimentation
- Oriente les personnes intéressées vers les ressources appropriées (Centre d'éducation pour la santé, nutritionniste)

Justification de l'intervention proposée

- Le bilan de santé est vu comme une occasion pour la personne de faire son propre bilan à l'égard de sa santé, notamment d'identifier les facteurs pouvant avoir une influence sur celle-ci. L'infirmière joue un rôle essentiel de soutien et de guide, particulièrement dans l'adoption ou le maintien des comportements favorables à la santé
- Le counseling bref sera offert aux personnes ayant une alimentation déficiente, qui sont motivées à apporter des changements et qui considèrent que ces changements sont prioritaires. Les personnes seront informées des ressources pouvant les aider à poursuivre leur processus de changement
- Les personnes ayant un risque cardiométabolique accru (particulièrement celles présentant de l'obésité, un diabète, une dyslipidémie ou de l'hypertension artérielle) seront dirigées vers des ressources spécialisées pour un counseling intensif selon une approche multifactorielle (voir **Recommandations au sujet de : excès de poids, diabète et dyslipidémies ainsi que hypertension artérielle**)

HABITUDES DE VIE : ALIMENTATION

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/_PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Moyer VA on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling interventions to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2012;157:367-72.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=1355698>
4. Santé Canada. Bien manger avec le Guide alimentaire canadien - Ressource à l'intention des éducateurs et des communicateurs. Ministère de la Santé, gouvernement du Canada; 2011. p. 1-49.
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/pubs/res-educat-fra.pdf



HABITUDES DE VIE : ACTIVITÉ PHYSIQUE

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling sur la pratique de l'activité physique

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

Se réfère aux recommandations émises en 2011 par la Société canadienne de physiologie de l'exercice :

Adultes de 18 à 64 ans

- Faire, chaque semaine, au moins 150 minutes d'activité aérobique d'intensité moyenne (léger essoufflement); on recommande des séances d'au moins 10 minutes ou 30 minutes en continu par jour en moyenne
- Faire également, deux fois ou plus par semaine, des exercices de musculation sollicitant les grands groupes musculaires

Adultes de 65 ans et plus

- Faire les activités ci-haut, et pour ceux à mobilité réduite, faire également des exercices d'équilibre afin de réduire le risque de chute

USPSTF, 2012 [2]

Population adulte ne présentant pas les diagnostics suivants : hypertension, diabète, hyperlipidémie ou maladie cardiovasculaire

Recommandations :

Malgré l'impact reconnu de la pratique de l'activité physique sur l'incidence des maladies cardiovasculaires, le counseling sur l'activité physique offert en 1^{re} ligne pourrait être nuisible s'il fait perdre une occasion d'offrir d'autres services susceptibles de générer de plus grands bénéfices pour la santé

Offrir un counseling ciblé :

- Personne présentant des facteurs de risque cardiovasculaires
- Personne motivée et prête au changement, avec un soutien social et des ressources dans la communauté pour soutenir le changement de comportement

CMFC, 2010 [3]

Pour la prévention des maladies cardiovasculaires, de l'hypertension artérielle, de l'obésité, du diabète de type 2 et de l'ostéoporose

- Recommander la pratique d'activités physiques d'intensité moyenne pour une durée totale de 30 minutes ou plus par jour, la plupart des jours de la semaine
- Pratiquer des activités physiques d'intensité moyenne est une recommandation de niveau B; counseling offert par un professionnel de la santé est une recommandation de niveau C

HABITUDES DE VIE : ACTIVITÉ PHYSIQUE

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling sur la pratique de l'activité physique

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE, 2011 [4]

Directives canadiennes en matière d'activité physique

Adultes âgés de 18 à 64 ans et de 65 ans et plus

- Faire chaque semaine au moins 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée à élevée par séances d'au moins 10 minutes. Intégrer des activités pour renforcer les muscles et les os et faisant appel aux groupes musculaires importants au moins deux jours/semaine. S'adonner à encore plus d'activité physique entraîne plus de bienfaits pour la santé

Adultes et aînés sédentaires

- Commencer par de plus petites quantités d'activité physique puis augmenter graduellement la durée, la fréquence et l'intensité afin d'ultimement respecter les directives

Bénéfices de l'activité physique

- **Chez tous les adultes** : favorise la santé
- **Chez les adultes âgés de 65 ans et plus** : améliore les capacités fonctionnelles
- **Chez les aînés à mobilité réduite** : améliore l'équilibre et réduit le risque de chutes
- **Chez les adultes et les aînés sédentaires** : commencer à faire de l'activité physique, même à un niveau inférieur à celui recommandé, peut entraîner certains bienfaits pour la santé

KINO-QUÉBEC, 1999 [5]

Lignes directrices - adultes

Profiter de toutes les occasions (loisirs, déplacements, tâches quotidiennes) pour pratiquer diverses activités physiques et ainsi éviter la sédentarité

Adultes de 18 à 64 ans

- Faire, chaque semaine, au moins 150 minutes d'activité aérobie d'intensité moyenne ou 75 minutes à intensité élevée, ou une combinaison équivalente (ex. 50 minutes d'activité aérobie d'intensité moyenne et 50 minutes à intensité élevée), par séances idéalement réparties tout au long de la semaine (au moins 10 minutes par période d'activité)
- Faire, 2 fois ou plus par semaine, des exercices de musculation d'intensité modérée sollicitant les grands groupes musculaires

Adultes de 65 ans et plus

- Devraient essayer de suivre les recommandations précédentes (activités aérobies et musculation). En cas d'impossibilité (problèmes de santé chroniques ou autres raisons) être aussi actifs que possible
- Devraient faire des exercices d'équilibre et de flexibilité afin de réduire le risque de chute

Message véhiculé

« Un peu c'est déjà beaucoup, mais plus c'est encore mieux », tiré de l'avis du Comité scientifique, *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*

HABITUDES DE VIE : ACTIVITÉ PHYSIQUE

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling sur la pratique de l'activité physique

Intervention suggérée dans le bilan de santé

Chez tous les adultes

L'infirmière :

- Évalue sommairement la pratique de l'activité physique
- Vérifie
 - si la personne envisage des changements relatifs à son niveau d'activité physique
 - si la personne considère ces changements comme prioritaires par rapport aux changements relatifs à d'autres habitudes de vie

Chez les personnes qui envisagent des changements dans la pratique de l'activité physique :

- L'infirmière évalue l'aptitude à l'activité physique à l'aide du *questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous Q-AAP+ (2012)*
- Si la personne est apte à l'activité physique, l'infirmière effectue un counseling bref et oriente au besoin la personne vers les ressources appropriées (Centre d'éducation pour la santé, kinésiologue, programme intégré d'équilibre dynamique–PIED)
- Elle oriente vers l'IP SPL ou un médecin, les personnes qui présentent des conditions nécessitant une évaluation avant qu'elles ne débutent ou modifient la pratique de l'activité physique

Justification de l'intervention proposée

- Certains des organismes d'experts consultés considèrent que le counseling sur la pratique d'activité physique, offert en première ligne, pourrait être nuisible s'il fait perdre une occasion d'offrir d'autres services susceptibles de générer de plus grands bénéfices pour la santé. Tenant compte de cette considération, le counseling proposé dans le bilan de santé est offert uniquement aux personnes qui considèrent que ce changement est prioritaire, par rapport à d'autres changements qui pourraient leur être bénéfiques [2,3]
- Des études ont démontré que les conseils des professionnels de la santé étaient associés à une pratique plus régulière d'activités physiques [6]
- Chez une personne qui envisage modifier son niveau d'activité physique, nous avons opté pour l'utilisation d'un questionnaire validé afin de permettre à l'infirmière d'évaluer l'aptitude à l'activité physique : *questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous (Q-AAP+ 2012)* [7]

HABITUDES DE VIE : ACTIVITÉ PHYSIQUE

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Moyer VA on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling interventions to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2012;157:367-72.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=1355698>
3. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
4. Société canadienne de physiologie de l'exercice. Directives en matière d'activité physique et de comportement sédentaire : Votre plan pour une vie active au quotidien. Société canadienne de physiologie de l'exercice; 2012. p. 1-32.
http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_Guidelines_Handbook_fr.pdf
5. Bouchard C, Boisvert P. Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé - Avis du comité scientifique de Kino-Québec. Ministère de l'Éducation, gouvernement du Québec; 1999. p. 1-27.
<http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/QteActivePhysique.pdf>
6. Gauvin L. Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec - Avis du comité scientifique de Kino-Québec. Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir, gouvernement du Québec; 2004. p. 1-32.
<http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/avisstrategies.pdf>
7. Société canadienne de physiologie de l'exercice. Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous-Q-AAP +. Société canadienne de physiologie de l'exercice; 2011. p. 1-5.
http://www.csep.ca/CMFiles/publications/parq/PARQplusSept2011version_ALL_FR.pdf



HABITUDES DE VIE : TABAGISME

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling en cessation tabagique

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

Cessation tabagique (réfère au CAN-ADAPPT, 2012) :

1. Identifier et documenter l'évolution du statut tabagique
2. Encourager tout fumeur prêt à cesser de fumer par le counseling et le traitement médical
3. Utiliser l'approche motivationnelle afin d'augmenter les chances d'arrêt pour le fumeur qui n'est pas prêt à cesser de fumer
4. Faciliter l'accès au counseling plus intensif (individuel, de groupe ou téléphonique)

CMFC, 2010 [2]

Cessation tabagique :

- Counseling en tabagisme pour prévenir les maladies causées par le tabac :
 - Cessation du tabagisme (counseling efficace pour réduire la proportion de fumeurs)
 - Substitution de nicotine peut être offerte
 - Orientation vers un programme validé de cessation du tabagisme

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE - MSSS, 2008 [4]

L'objectif :

- Réduire la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16 %.

La pratique clinique préventive à promouvoir et à soutenir :

- Counseling concernant l'abandon du tabagisme

Les activités visant à agir sur les facteurs individuels :

- Services de counseling et de soutien concernant l'arrêt tabagique par le service *J'Arrête* : ligne téléphonique, site Internet et centres d'abandon du tabagisme

USPSTF, 2009 [3]

Cessation tabagique :

- Documentation du statut tabagique pour la population adulte générale
- Interventions de cessation du tabagisme pour les consommateurs de produits du tabac

CAN-ADAPTT, 2011 [5]

(Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme)

Cessation tabagique :

- Documenter le statut tabagique de toutes les personnes
- Conseiller aux personnes de renoncer au tabagisme
- Évaluer la volonté d'amorcer un traitement
- Aider : interventions minimales, de 1 à 3 minutes, se révèlent efficaces; interventions intensives, si possible. Counseling, prodigué dans une variété ou une combinaison de formats (individuel, en groupe, ligne d'aide, site Internet, auto-assistance), est efficace; Combinaison counseling et pharmacothérapie est plus efficace que l'une ou l'autre méthode utilisée seule; technique d'entretien motivationnel est encouragée
- Orienter les personnes vers les ressources pertinentes existantes

HABITUDES DE VIE : TABAGISME

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling relatif à l'exposition à la fumée de tabac secondaire

CAN-ADAPTT, 2011 [5]

Encourager les domiciles sans fumée, y compris la capacité à modifier les habitudes pour réduire au minimum, éviter ou contrer les déclencheurs (Réduction des méfaits)

OIIQ, 2007 [6]

Encourager les environnements sans fumée afin de protéger la santé des non-fumeurs et particulièrement celle des enfants et des femmes enceintes

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO, 2007 [7]

Encourager les fumeurs et les non-fumeurs à faire de leur résidence un environnement sans fumée afin de protéger les personnes contre l'exposition à la fumée de tabac ambiante

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

USPSTF, 2008 [8]

Spirométrie :

- Est indiquée chez les adultes qui rapportent des symptômes de toux chronique, expectorations, sibilances, ou dyspnée (pour des fins de diagnostic - MPOC, asthme ou autres problèmes pulmonaires)
- N'est pas indiquée chez les fumeurs, anciens ou actuels, asymptomatiques

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE THORACOLOGIE, 2008 [9]

Les personnes âgées de plus de 40 ans et qui fument ou qui ont cessé de fumer devraient se soumettre à une spirométrie si elles présentent l'un des symptômes suivants : toux chronique, expectorations régulières, dyspnée à l'effort léger, respiration sifflante à l'effort ou la nuit, infections des voies respiratoires supérieures qui durent plus longtemps que chez les gens de l'entourage

HABITUDES DE VIE : TABAGISME

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling en cessation tabagique et relatif à l'exposition à la fumée de tabac secondaire ainsi que le dépistage de la MPOC

Intervention suggérée dans le bilan de santé

Cette intervention s'inscrit dans une démarche intégrée en lien avec le tabagisme

Chez tous les adultes, l'infirmière procède à l'identification et à la documentation du statut tabagique (non-fumeur, fumeur, ex-fumeur et rechute)

Chez tous les fumeurs, l'infirmière :

- Évalue la consommation
- Évalue la réceptivité à aborder la cessation tabagique
- Recommande clairement à tous les fumeurs de renoncer au tabagisme et procède au counseling approprié selon le statut tabagique
- Oriente les personnes ayant besoin de soutien pour la cessation tabagique vers les ressources appropriées (centre d'abandon du tabac, ligne téléphonique de soutien, pharmacien, médecin, IPSPL)

Chez les personnes qui fument ou qui ont déjà fumé, âgées de **plus de 40 ans**, l'infirmière questionne la présence des symptômes respiratoires :

- En présence d'un des symptômes respiratoires : elle offre la **spirométrie** ou réfère pour cette mesure
- Elle réfère les personnes dont la spirométrie est anormale à l'IPSPL ou un médecin à des fins de diagnostic ou de traitement

Chez tous les adultes, elle vérifie l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement pour la personne et ses proches et procède, le cas échéant, au counseling sur l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement

Justification de l'intervention proposée

- Identifier le statut tabagique de tous les adultes et évaluer la consommation fait l'unanimité parmi les organismes consultés
- L'approche proposée dans le bilan s'inspire de celle recommandée dans les *Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme* [5] :
 - Pour tous les fumeurs, peu importe le stade de motivation à cesser de fumer, offrir le counseling bref en énonçant une position claire concernant la recommandation de cesser de fumer
- Parmi toutes les interventions possibles de modification des habitudes de vie à discuter avec l'adulte (alimentation, activité physique, etc.), nous proposons de privilégier d'emblée l'intervention en tabagisme étant donné que :
 - La consommation des produits du tabac est la cause principale de décès prématuré évitable, de maladie et d'invalidité [10]
 - Quatre-vingt pourcent des fumeurs dépistés et à qui il a été conseillé d'arrêter de fumer ont déclaré vouloir cesser de fumer [7]
- La spirométrie est recommandée par deux organismes chez les fumeurs et anciens fumeurs qui ont des symptômes respiratoires. L'USPSTF ne spécifie pas d'âge. [8] Nous avons adopté la recommandation de procéder au dépistage de la MPOC chez les personnes, âgées de plus de 40 ans, qui fument ou ayant fumé en présence de symptômes respiratoires tel que recommandé par la Société canadienne de thoracologie [9]
- Offrir un counseling sur l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement pour tous les adultes et leurs proches, particulièrement pour les domiciles et les transports tel que recommandé dans les *Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme* [5] et *Counseling en abandon du tabac : orientations pour la pratique infirmière* [6]:
 - En 2009-10, respectivement 16 % et 23 % des jeunes Montréalais non-fumeurs, âgés de 12 à 17 ans rapportaient être exposés régulièrement à la fumée de tabac dans un véhicule privé ou à domicile. [11] La proportion des personnes exposées à la fumée secondaire au Québec est plus élevée que la moyenne canadienne [12]

HABITUDES DE VIE : TABAGISME

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med 2009; 150 (8) : 551-555.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/20180/0000605-200904210-00009.pdf>
4. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 2008. p. 1-103.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
5. CAN-ADAPTT. Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme. Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique (CAN-ADAPTT), Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2011. p. 1-53.
www.can-adaptt.net
6. Durand S, Kayser JW, Thibault C. Counseling en abandon du tabac : Orientations pour la pratique infirmière - Pour le bien-être et la santé des populations. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2006. p. 1-64.
http://www.oiiq.org/sites/default/files/220_Tabagisme.pdf
7. Nevala J, Bossenberry C, Hart J, Hertz S, Lawler S, Mitchell J, et al. La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers, version de mars 2007 Programme des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario; 2007. p. 1-97.
http://tobaccofreernao.ca/sites/tobaccofreernao.ca/files/1179_Smoking_Cessation_2007_French.pdf
8. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2008; 148(7): 529-534.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/458/copdrs/pdf>

HABITUDES DE VIE : TABAGISME

9. O'Donnell DE, Hernandez P, Kaplan A, Bourbeau J, Marciniuk DD, Balter M, et al. Recommandations de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique, mise à jour 2008 – Points saillants pour les soins primaires. Can Respir J 2008;15(suppl. A):1A-8A.
<http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/sites/all/files/2008-COPD-FR.pdf>
10. Directeur de santé publique de Montréal. *Tabagisme*: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, gouvernement du Québec; 2014.
http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/tabagisme/problematique.html
11. Simoneau M-E, Leane V. Montréal sans tabac : Le point sur le tabagisme. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, gouvernement du Québec; 2013. p. 1-42.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/isbn978-2-89673-251-7.pdf
12. Statistique Canada. Exposition à la fumée secondaire au domicile selon le sexe, par province et territoire (Pourcentage), 2010-2013. Gouvernement du Canada; 2014.
<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health96b-fra.htm>



HABITUDES DE VIE : ALCOOL ET DROGUES

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage et counseling relatifs à la consommation d'alcool

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

Se réfère à USPSTF et Educ'alcool
Identification de l'abus d'alcool dans la population adulte, incluant les femmes enceintes et les aînés à l'aide de :

- Quatre questions du questionnaire CAGE
- Une réponse positive à plus de 15 consommations par semaine chez l'homme (10 chez la femme)

CMFC, 2010 [2]

Counseling relatif à la consommation d'alcool pour prévenir la morbidité associée

- Dépistage de l'abus d'alcool avec CAGE, AUDIT et/ou questions au patient
- Counseling relative à l'abus d'alcool

USPSTF, 2013 [3]

- Dépistage et counseling en première ligne pour réduire l'abus d'alcool
- Recommandation chez tous les adultes d'un dépistage et d'un counseling bref pour réduire la consommation chez les buveurs à risque, ou dont la consommation est problématique

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE - MSSS, 2008 [4]

L'objectif :

- Réduire la proportion d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool

Les pratiques cliniques préventives à promouvoir et à soutenir :

- Recherche de cas et counseling sur la consommation d'alcool

Les activités à l'intention de toute la population :

- Soutien à l'implantation des interventions visant la consommation contrôlée chez les buveurs, par exemple *Alcochoix+*

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage et counseling relatifs à la consommation de drogues

CMQ/DSP-ASSS-MTL, 2014 [1]

En ce qui concerne l'abus de substances illicites :

- Se réfère à USPSTF (preuve insuffisante pour se prononcer sur le dépistage systématique)
- Le jugement clinique prévaut toujours

CMFC, 2010 [2]

- Dans la section mode de vie/habitudes, il est mentionné l'item drogues sans compléments d'informations

USPSTF, 2013 [3]

- Preuves scientifiques actuelles insuffisantes pour recommander ou non le dépistage systématique d'abus de substances illicites

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE - MSSS, 2008 [4]

L'objectif : Réduire la proportion d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool

HABITUDES DE VIE : ALCOOL ET DROGUES

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage et counseling relatifs à la consommation d'alcool et de drogues

Intervention suggérée dans le bilan de santé

Voir **Algorithme intégré Alcool et Drogues**

La consommation d'alcool et de drogues fait partie d'un ensemble d'habitudes de vie qui sont abordées par l'infirmière dans le bilan de santé. L'infirmière :

- Effectue le repérage de la consommation d'alcool
- Évalue la consommation d'alcool (chez ceux qui en consomment) et si les quantités quotidiennes ou hebdomadaires dépassent les limites proposées de consommation d'alcool à faible risque
- Fait valoir le comportement positif s'il n'y a pas une consommation d'alcool à risque
- Discute avec la personne des problèmes de santé pouvant être associés à une consommation excessive d'alcool
- Effectue le repérage de la consommation de drogues pour tous les adultes et demande s'ils se sont injectés une drogue dans le passé. Chez les utilisateurs de drogues, elle vérifie s'il y a lieu de dépister une infection transmissible par le sang et de suggérer la vaccination contre les virus de l'hépatite A et de l'hépatite B
- Évalue, le cas échéant, si la personne envisage apporter des changements à sa consommation d'alcool ou de drogues et la guide vers les ressources appropriées

Justification de l'intervention proposée

- En ce qui concerne la consommation d'alcool, les organismes recommandent l'identification des problèmes et le counseling. Par contre, les termes consommation nocive, à risque et abus se confondent facilement et l'objectif du dépistage peut également varier (identifier une consommation pouvant affecter la santé ou détecter les personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool). De ce fait, les outils de dépistage suggérés sont variables (par exemple, AUDIT, CAGE)
- Pour ce qui est des problèmes liés à la consommation de drogues, seul le Collège des médecins de famille du Canada pose la question de la consommation. Les autres organismes rapportent le manque de données ou réfèrent au jugement clinique
- Le bilan de santé se veut une occasion pour la personne de faire le point sur sa santé et son bien-être ainsi que sur les facteurs pouvant l'affecter. L'infirmière sert de guide dans cette démarche dans une perspective d'autonomisation de la personne. La consommation d'alcool et de drogues sont donc abordées sous le même angle que les autres habitudes de vie (alimentation, activité physique et tabagisme). Si l'accent est mis sur la réduction des conséquences négatives de la consommation, l'intervention de l'infirmière peut aussi permettre de diminuer la consommation et ainsi diminuer le risque de développer une dépendance. Son intervention peut aussi permettre de guider au besoin les personnes dépendantes vers les services spécialisés
- L'objectif premier n'étant pas d'identifier les personnes ayant un problème de dépendance, nous avons choisi pour le bilan un modèle basé sur les questions proposées par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) et le Collège de médecins de famille du Canada. [6,7] Il y a donc repérage puis intervention brève immédiate (rétroaction sur la consommation à partir des résultats du repérage) et conseils sur la modification du comportement
- Il est parfois suggéré de poser d'abord les questions sur la consommation d'alcool. Si ce repérage est positif, alors on aborde l'usage des drogues illicites. [8] Nous suggérons un algorithme séquentiel où les questions sur la consommation d'alcool précèdent les questions sur la consommation de drogues (repérage, référence) afin de miser avant tout sur la première

HABITUDES DE VIE : ALCOOL ET DROGUES

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Moyer VA on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. 2013:1-9.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/319/alc misusefinalrs/pdf>
4. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Gouvernement du Québec; 2008. p. 1-103.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
5. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Illicit Drug Use: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2008. p. 1-12.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/druguse/drugrs.pdf>
6. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*: 2014.
<http://www.ccsa.ca/Fra/topics/alcohol/drinking-guidelines/Pages/default.aspx>
7. Le Collège des médecins de famille du Canada et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Dépistage, intervention brève et aiguillage pour l'alcool : un guide clinique. Le Collège des médecins de famille du Canada et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2012. p. 1-2.
<http://www.sbir-diba.ca/docs/default-document-library/2012-screening-brief-intervention-and-referral-clinical-guide-fr.pdf?sfvrsn=6>
8. St-Jacques M, Filion-Bilodeau S, Legault L, Grégoire R, Topp J, Brown T. Le profil de compétences des intervenants de première ligne pour la détection, l'intervention précoce et la référence auprès des clientèles aux prises avec des problèmes de dépendances : Rapport final au FQRSC. Douglas Mental Health University Institute et Pavillon Foster Addiction Rehabilitation Centre; 2009. p. 1-128.
http://www.frgsc.gouv.qc.ca/upload/editeur/Rapport_Final_Brown_120341.pdf



SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : EXCÈS DE POIDS

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage et interventions en lien avec l'excès de poids et l'obésité abdominale

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

- Se réfère aux recommandations émises par Obésité Canada (2006) et le Groupe de travail sur le risque métabolique (2011)
- Déterminer l'indice de masse corporelle (IMC) et mesurer le tour de taille chez tous les adultes

Chez les personnes obèses :

- Effectuer le bilan paraclinique suivant : glycémie à jeun, bilan lipidique, enzymes hépatiques, analyse d'urine
- Dépister les troubles de l'humeur qui pourraient influencer l'alimentation
- Évaluer la motivation de la personne à modifier son comportement et les obstacles à la perte de poids :
 - Éviter les diètes ou les produits amaigrissants (car ils n'entraînent pas de changement durable)
 - Intégrer l'activité physique aux meilleures habitudes de vie (mesure efficace de perte de poids chez un adulte obèse : 30 à 60 minutes/jour d'activités physiques aérobies, intensité modérée, à long terme – 1 an – avec ou sans recommandation nutritionnelle)

CMFC, 2010 [2]

- Déterminer l'IMC chez tous les adultes
- Mesurer le tour de taille chez les personnes dont l'IMC est entre 18.5 et 34.9 kg/m² afin d'identifier des risques supplémentaires (tour de taille augmenté est associé à un risque accru de diabète de type 2, de maladies coronariennes et d'hypertension)

Se réfère aux recommandations émises par Obésité Canada (2006)

Chez les personnes obèses (IMC ≥ 30 kg/m²) :

- Dépister la dépression, les troubles alimentaires et les problèmes psychiatriques
- Intervenir avec une approche comprenant : des techniques de modification du comportement, une approche cognitive-comportementale ou un counseling sur la pratique d'activités physiques et les habitudes alimentaires (interventions démontrées efficaces dans la prise en charge de l'obésité)
- Réduire l'apport calorique de 500 à 1000 kJ/jour
- Favoriser la pratique d'activités physiques : progressivement, de 30 min/jour d'activités modérées 3 à 5 fois/semaine jusqu'à ≥ 60 min/jour d'activités d'endurance presque tous les jours
- Viser une perte de 5 à 10% du poids corporel ou 0,5 à 1 kg/semaine pour 6 mois

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : EXCÈS DE POIDS

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage et interventions en lien avec l'excès de poids et l'obésité abdominale

GECSSP, 2015 [3]

La mesure de l'IMC

- Ces recommandations s'appliquent aux adultes ≥ 18 ans qui paraissent en bonne santé et qui se présentent aux soins primaires. Elles ne s'appliquent pas aux personnes souffrant de troubles alimentaires ou qui sont enceintes
- Mesurer la hauteur et le poids systématiquement et calculer l'indice de masse corporelle (IMC) lors des visites de soins primaires appropriées (*Forte recommandation; preuves de très faible qualité*)
- Il a été démontré que la mesure du tour de taille permet de classer de manière indépendante les personnes ayant un risque accru de pathologies associées à l'obésité particulièrement le diabète et les maladies cardiovasculaires. Les seuils de la mesure du tour de taille varient selon les populations

Prévention du gain pondéral

- Ces recommandations ne s'appliquent pas aux personnes souffrant de troubles alimentaires, qui ont un poids insuffisant, qui sont enceintes, en surpoids ou obèse ($IMC \geq 25$)
- Ne pas offrir d'interventions formelles structurées visant la prévention du gain pondéral chez les adultes de poids normal (*Faible recommandation; preuves de très faible qualité*) :
 - Il existe quelques données qui semblent montrer l'efficacité d'interventions visant à prévenir le gain de poids et à aider à maintenir le poids chez des personnes ayant un poids normal. Toutefois les interventions intensives amèneraient des bénéfices nets faibles et sans évidence que les effets sont durables

Gestion du surpoids et de l'obésité

- Ces recommandations s'appliquent aux adultes ≥ 18 ans qui sont en surpoids ou obèses ($25 \leq IMC < 40$). Les femmes enceintes et les personnes ayant des problèmes de santé où la perte de poids est inappropriée sont exclues. Ces lignes directrices ne s'appliquent pas à ceux qui ont un $IMC > 40$, qui pourraient bénéficier de programmes spécialisés bariatriques
- Pour les adultes obèses ($30 \leq IMC < 40$) et qui sont à risque accru de diabète, offrir ou diriger ces patients vers des interventions comportementales structurées visant l'amaigrissement (*Forte recommandation; preuves de qualité modéré*) :
 - Les personnes ayant bénéficié d'interventions intensives sont moins susceptibles de recevoir un diagnostic de diabète de type 2 dans les années subséquentes

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : EXCÈS DE POIDS

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage et interventions en lien avec l'excès de poids et l'obésité abdominale

GECSSP, 2015 [3] - suite

Gestion du surpoids et de l'obésité

- Pour les adultes en surpoids ou obèses, offrir ou diriger ces patients vers des interventions comportementales structurées visant l'amaigrissement (*Faible recommandation; preuves de qualité modéré*) :
 - Les personnes ayant bénéficié d'interventions intensives perdent davantage de poids que celles n'ayant pas eu d'interventions. La perte de poids moyenne est modeste (environ 3 kg). Bien que modeste, cette perte de poids peut avoir un impact clinique positif (notamment chez celles à risque de complications liées au diabète)
 - Les personnes ayant bénéficié d'interventions intensives reprennent subséquemment moins de poids que celles n'en ayant pas reçue. Les personnes requièrent un soutien soutenu pour maintenir les comportements favorables à la santé tout en acceptant un certain regain de poids

Interventions structurées comportementales

- Réfèrent à des interventions intensives (plusieurs sessions durant une période prolongée – semaines ou mois), en groupe et individuelles
- Comprennent des interventions basées sur des stratégies comportementales avec un accent mis sur la diète, l'exercice ou les changements des habitudes de vies, seul ou en combinaison
- Peuvent inclure : le counseling, l'éducation ou le soutien, les changements dans l'environnement
- Les cliniciens devraient être conscients des barrières à la participation à des interventions visant une perte de poids telles que : attentes irréalistes, faim, connaissances et habiletés, facteurs socioculturels, problèmes psychologiques, expériences antérieures de stigmatisation et les facteurs environnementaux
- Les personnes qui ont tenté antérieurement des interventions comportementales sans succès pourraient bénéficier d'une approche qui met davantage l'accent sur les changements positifs relatifs aux habitudes de vie tels que la promotion de l'activité physique et la prévention du gain de poids

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : EXCÈS DE POIDS

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage et interventions en lien avec l'excès de poids et l'obésité abdominale

USPSTF, 2012 [4]

- Dépistage de l'obésité chez tous les adultes à l'aide de l'IMC
- Mesure du tour de taille est une alternative acceptable à l'IMC pour certaines sous-catégories de la population (non précisées)
- Données sont insuffisantes pour préciser l'intervalle entre les dépistages
- Données sont insuffisantes pour recommander un traitement pharmacologique

Chez les personnes dont $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$

- Offrir ou diriger les personnes pour des interventions intensives, multi composantes comprenant :
 - Stratégies comportementales (p.ex. fixer un objectif de perte de poids)
 - Amélioration de l'alimentation et augmentation de la pratique d'activités physiques
 - Soutien de la personne pour lui permettre d'identifier et surmonter les obstacles
 - Autocontrôle
 - Élaboration de stratégies pour le maintien des changements des habitudes de vie

Chez les personnes présentant de l'embonpoint

- Données sont insuffisantes pour recommander ou déconseiller des interventions

OBÉSITÉ CANADA, 2006 [5]

Déterminer l'IMC et mesurer le tour de taille chez tous les adultes

Chez les adultes ayant un excès de poids ou une mesure du tour de taille supérieure aux valeurs recommandées

- Exclure (à l'aide de l'histoire et de l'examen physique) les problèmes de santé pouvant être la cause ou une conséquence de l'excès de poids
- Dépister le diabète (glycémie à jeun) et les dyslipidémies (bilan lipidique) et répéter au besoin le dépistage à intervalles périodiques
- Dépister, le cas échéant, les problèmes de santé courants reliés à l'obésité : atteinte hépatique (enzymes hépatiques); perturbation de la fonction rénale (analyse d'urine); problèmes du sommeil (études du sommeil)
- Dépister, le cas échéant, la dépression, les troubles psychiatriques, ou les troubles de l'alimentation
- Évaluer le degré de motivation de la personne à modifier son comportement et les obstacles à la perte de poids avant d'instaurer un plan de modifications des habitudes de vie
- Proposer des interventions intégrées, visant les habitudes de vie, dispensées par une équipe (diététiste, kinésiologue, psychologue ou psychiatre) assurant un suivi régulier :
 - Objectif de perte de poids : 5% à 10% du poids corporel ou 0,5 kg à 1 kg par semaine pendant 6 mois
 - Nutrition (réduire de 500 à 1000 kcal/jour l'apport en énergie)
 - Activités physiques (commencer par 30 minutes/jour, à raison de 3 jours/semaine pour atteindre 60 minutes/jour, quotidiennement ou presque, en ajoutant des exercices d'endurance)
 - Thérapie cognitive-comportementale
- En cas d'échec avec la modification des habitudes de vie, envisager :
 - Traitement pharmacologique ($IMC \geq 27 \text{ kg/m}^2$ associé à des facteurs de risque cardiométabolique ou $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$)
 - Chirurgie bariatrique ($IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ associé à des facteurs de risque cardiométabolique ou $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$)

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : EXCÈS DE POIDS

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage et interventions en lien avec l'excès de poids et l'obésité abdominale

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE RISQUE MÉTABOLIQUE, 2011 [6]

Détection et la gestion de l'excès de poids et de l'obésité abdominale est une composante de l'approche intégrée d'identification et de gestion du risque cardiométabolique

- Calculer l'IMC et mesurer le tour de taille chez tous les adultes
- Mesurer le tour de taille à la partie supérieure de la crête iliaque
- Dépister le diabète (glycémie à jeun) et les dyslipidémies (bilan lipidique) chez les personnes dont $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ et celles dont le tour de taille est accru

Chez les personnes ayant un risque cardiométabolique accru (dont un excès de poids ou une obésité abdominale)

- Approche initiale : interventions sur les habitudes de vie (alimentation, activités physiques, tabagisme)
- Interventions suggérées en nutrition :
 - Favoriser une alimentation basée sur le *Guide alimentaire canadien*
 - Réduire l'apport calorique de 500 à 600 kcales pour induire une perte de poids qui n'excède pas 0,5 kg par semaine
- Interventions suggérées en matière de pratique d'activités physiques :
 - Favoriser la pratique d'activités physiques :
 - 30 minutes quotidiennement ou presque, en plus des activités de routine de la vie courante
 - Ou 150 minutes par semaine d'activités physiques, d'intensité modérée ou 90 minutes d'activités physiques intenses, par semaine, réparties en périodes d'une durée excédant 10 minutes
- Efficacité des interventions sur les modifications des habitudes de vie :
 - Est démontrée lorsque les interventions sont faites dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire ou lorsque le counseling est fait par une infirmière, un kinésiologue ou une nutritionniste
 - N'est pas claire lorsque le counseling est effectué par un médecin
- Traitement pharmacologique peut être considéré chez les personnes ayant un $\text{IMC} \geq 27 \text{ kg/m}^2$ et des facteurs de risque cardiométabolique associés ou un $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ si la perte de poids de 0,5 kg/semaine n'a pas été obtenue après que les modifications des habitudes de vie ont été poursuivies pendant 3 à 6 mois. Actuellement, il n'y a pas d'évidence que la perte de poids induite par la médication améliore les paramètres cliniques
- Traitement chirurgical devrait être considéré chez les personnes ayant $\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ et des facteurs de risque cardiométabolique associés ou $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ dans la situation où le traitement médical a échoué et le risque opératoire est favorable

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : EXCÈS DE POIDS

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage et interventions en lien avec l'excès de poids et l'obésité abdominale

Intervention suggérée dans le bilan de santé

Le dépistage de l'excès de poids et de l'obésité abdominale s'inscrit dans une démarche intégrée qui vise à favoriser la santé cardiométabolique et à détecter les facteurs de risque.

Ces mesures s'appliquent aux adultes de tout âge

- L'infirmière mesure le poids et la taille et calcule l'IMC
- Elle mesure le tour de taille à la partie supérieure de la crête iliaque
- Chez les personnes ayant un $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ou une mesure du tour de taille supérieure aux valeurs recommandées, l'infirmière :
 - Vérifie les connaissances que la personne possède sur les liens entre l'excès de poids et la santé
 - Vérifie sommairement les habitudes de vie associées à la santé cardiométabolique : alimentation, activités physiques, tabagisme, consommation d'alcool et gestion du stress
 - Effectue un counseling bref concernant la saine gestion du poids si la personne démontre un intérêt à ce sujet
 - Réfère, au besoin, les personnes aux ressources appropriées (Centre d'éducation pour la santé, nutritionniste, kinésiologue, équipe multidisciplinaire, IPSPL, médecin, programme de gestion des maladies chroniques, programme *Choisir de maigrir*, etc.)
 - Effectue un suivi, s'il y a lieu, notamment pour soutenir la personne dans l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie
- Chez les personnes n'ayant pas un excès de poids ni un tour de taille accru et qui manifestent l'intention de perdre du poids, l'infirmière vérifie si la personne présente une préoccupation excessive à l'égard du poids et effectue, s'il y a lieu, un counseling ou la réfère aux ressources appropriées.

Justification de l'intervention proposée

- Justification de mesurer le tour de taille de manière systématique :
 - La mesure du tour de taille est une évaluation simple et facile à intégrer dans un bilan de santé
 - Ceci permet d'avoir un point de référence et peut être utile lors du suivi d'une condition liée au risque cardiométabolique
 - La mesure du tour de taille permet d'identifier les personnes ayant un IMC normal qui pourraient bénéficier d'un dépistage du diabète et des dyslipidémies en raison d'une obésité abdominale (particulièrement chez certains groupes ethniques ayant un risque accru de diabète ou de maladies cardiovasculaires)
 - La mesure systématique permet d'uniformiser la conduite dans le bilan de santé
- Le bilan de santé vise à détecter des conditions de santé pouvant avoir un impact sur la santé. La prise en charge des conditions dépistées déborde le cadre du bilan de santé
 - Le bilan vise à identifier les personnes présentant un excès de poids, à leur offrir un counseling bref et à les diriger, s'il y a lieu, vers les ressources appropriées pour le suivi subséquent (investigations, diagnostics et traitement)
 - Le counseling bref peut permettre à la personne d'amorcer certains changements dans ses habitudes de vie dans les situations où la personne ne peut pas ou ne veut pas consulter d'autres ressources.

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : EXCÈS DE POIDS

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Canadian Task Force on Preventive Health Care : Brauer P, Connor Gorber S, Shaw E, Singh H, Bell N, Shane A, et al. Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioural and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. CMAJ 2015;187(3):184-95.
<http://www.cmaj.ca/content/187/3/184.full.pdf>
4. Moyer VA on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for and management of obesity in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2012; 157: 373-378.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/obeseadult/obesers.pdf>
5. Lau D, et al. for members of the Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. CMAJ 2007; 176(8 suppl): Online-1-117.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2007/09/04/176.8.S1.DC1/obesity-lau-onlineNEW.pdf>
6. Leiter LA, Fitchett DH, Gilbert RE, Gupta M, Mancini GB, McFarlane PA, et al. Cardiometabolic Risk in Canada: A Detailed Analysis and Position Paper by the Cardiometabolic Risk Working Group. Canadian Journal of Cardiology 2011;27:e1-e33.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Cardiometabolic_risk_working_group.pdf



SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : HYPERTENSION ARTÉRIELLE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister l'hypertension artérielle

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

Se réfère aux recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) 2013

- Mesurer la pression artérielle (PA) de chaque patient, à chaque visite médicale appropriée
- Établir un diagnostic d'hypertension artérielle (HTA) rapidement, surtout en présence d'un risque cardiovasculaire élevé, en utilisant l'une des trois méthodes :
 - Mesure standardisée en cabinet
 - Mesure de la PA à domicile (MPAD)
 - Mesure ambulatoire de la PA (MAPA)
- Il est prudent de faire plusieurs mesures de PA avant de conclure à une HTA (PA moyenne des mesures prises à domicile, 2 fois par jour, pendant 7 jours, en excluant les mesures de la première journée). L'HTA du sarrau blanc (en cabinet) peut être diagnostiquée avec cette méthode
- Surveiller l'HTA masquée (normale au cabinet, élevée ailleurs) car elle peut évoluer vers une HTA franche
- Favoriser les modifications des habitudes de vie :
 - Pierre angulaire du traitement antihypertenseur et antiathérosclérotique
 - Peuvent réduire la PA autant qu'un médicament
 - Consommation de sel (présent surtout dans aliments transformés) : 1500 à 3000 mg/jour
 - Perte de poids
 - Diète DASH
 - Activité physique, intensité modérée, au moins 150 min/semaine
 - Réduction de la consommation d'alcool
- Ajouter le traitement pharmacologique le cas échéant

CMFC, 2010 [2]

Se réfère aux recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) 2009

- Mesurer la PA pour dépister l'HTA
- Traitement de l'HTA réduit le risque d'accidents vasculaires cérébraux, d'événements cardiaques et de décès
- Critères diagnostiques : ceux utilisés dans le PECH 2009

USPSTF, 2012 [3]

Recommandations s'appliquent à la population adulte, sans diagnostic antérieur d'HTA

- Dépistage systématique de l'HTA est recommandé car il apporte des bénéfices nets substantiels
- Méthode de dépistage : mesures de la PA, en cabinet, à l'aide d'un sphygmomanomètre (méthode la plus utilisée)
- Intervalle optimal de dépistage n'est pas connu; Comité conjoint national américain sur l'HTA recommande un dépistage aux 2 ans si PA < 120/80; annuellement si PA systolique (PAS) est entre 120-139 ou PA diastolique (PAD) est entre 80-90
- Diagnostic d'une HTA devrait être posé après 2 mesures élevées ou plus, obtenues à la suite d'au moins 2 visites espacées de plus d'une semaine (en raison de la variation de la PA chez les individus)
- Critères diagnostiques pour HTA : PAS $\geq$ 140 ou PAD $\geq$ 90
- Mesures non pharmacologiques suivantes sont associées à une réduction de la PA : diminution de l'apport en sodium; supplément en potassium; augmentation de l'activité physique; perte de poids; gestion du stress; diminution de la consommation d'alcool
- Plusieurs traitements pharmacologiques existent pour traiter l'HTA

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : HYPERTENSION ARTÉRIELLE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister l'hypertension artérielle

GECSSP, 2013 [4]

Recommandations s'appliquent à la population adulte générale, sans diagnostic antérieur d'HTA, y compris les personnes ayant un risque plus élevé que la moyenne d'HTA et de maladies cardiovasculaires

- Mesure de la PA à toutes les consultations appropriées (p.ex. examen médical périodique, consultation d'urgence au cabinet pour des problèmes neurologiques ou cardiovasculaires, visite pour un renouvellement des ordonnances)
- Intervalle du dépistage :
 - Fréquence de la mesure de la PA et moment du dépistage peuvent varier selon les situations (âge, groupe ethnique à risque élevé, présence d'un ou plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire)
 - Vérifier au moins annuellement la PA chez les personnes ayant une PA normale élevée
- Inconvénients du dépistage :
 - Absences de données convaincantes indiquant des préjudices (par ex. faux positifs, faux négatifs, anxiété, coûts sur le plan financier comme absence au travail et perte d'admissibilité à l'assurance) suite au dépistage de l'HTA
 - Effets secondaires du traitement pharmacologique sont fréquents mais rarement sérieux
- Méthodes de dépistage : Mesurer la PA conformément aux techniques actuelles décrites dans les recommandations du PECH (2012) en cabinet et en dehors du cabinet
- Critères diagnostiques de l'HTA : Utiliser les critères du PECH (2012)

HYPERTENSION CANADA, 2014 [5]

- Professionnels de la santé devraient connaître la PA de tous leurs clients ou patients
- Mesurer la PA chez tous les adultes à toutes les consultations où il convient de le faire
- Suivi annuel chez les personnes ayant une PA normale élevée c'est-à-dire une PAS entre 130 et 139 ou PAD entre 85 et 89 (risque élevé de passage à HTA franche)
- Critères diagnostics d'HTA :
 - PA systolique ≥ 140 ou PA diastolique ≥ 90 (moyenne des mesures par auscultation, en cabinet)
 - PA systolique ≥ 135 ou PA diastolique ≥ 85 (moyenne des mesures automatisées en cabinet; MPAD moyenne; MAPA moyenne état de veille)
 - PA systolique ≥ 130 ou PA diastolique ≥ 80 (mesure ambulatoire moyenne sur 24 heures)
 - Nombre de visites requises pour poser le diagnostic varie selon les mesures de PA (plus la PA est élevée, moins le nombre de visites requises pour poser le diagnostic est grand)
- Modifications du mode de vie est un moyen efficace de :
 - Prévenir et traiter l'HTA
 - Diminuer le risque de maladies cardiovasculaires
- Modifications du mode de vie pour la prévention ou le traitement de l'HTA : pratique de l'activité physique (modérée, 30 à 60 min/jour, 4 à 7 jours/sem.); Maintenir un poids santé; consommation à faible risque d'alcool; régime DASH; limiter la consommation de sodium (environ 2000 mg/jour pour abaisser la PA); gestion du stress
- Combiner les modifications des habitudes de vie et le traitement pharmacologique pour atteindre les valeurs cibles de PA

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : HYPERTENSION ARTÉRIELLE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister l'hypertension artérielle

Intervention suggérée pour le bilan de santé

Le dépistage de l'HTA s'inscrit dans une démarche intégrée qui vise à favoriser la santé cardiométabolique et à détecter les facteurs de risque.

- L'infirmière mesure la PA chez tous les adultes se présentant pour un bilan de santé selon la technique recommandée par le Groupe éducatif canadien sur l'hypertension (PECH)
- À la première visite si :
 - **PA systolique (PAS) se situe entre 130 et 139 et PA diastolique (PAD) entre 85 et 89, l'IC :**
 - Évalue sommairement et offre des conseils, le cas échéant, sur les habitudes de vie (en lien avec l'HTA ou le risque cardiovasculaire)
 - Suggère un suivi annuel
 - **PAS entre 140 et 179 et PAD entre 90 et 109, l'IC :**
 - Évalue sommairement et offre des conseils, le cas échéant, sur les habitudes de vie (en lien avec l'HTA ou le risque cardiovasculaire)
 - Offre un rendez-vous de suivi, idéalement dans le mois suivant, pour une 2^e mesure de PA
 - Selon les mesures obtenues à la 2^e visite, l'IC propose des méthodes pour confirmer l'élévation de la PA (suivis en cabinet, mesures à domicile, mesures ambulatoires)
 - Réfère à l'IPSPL ou au médecin répondant les personnes ayant une mesure de PA qui répond aux critères diagnostiques d'une HTA définis par le PECH 2014
 - **Chez les personnes présentant une PAS $\geq$ 180 ou PAD $\geq$ 110, l'IC :**
 - Vérifie si la personne présente des symptômes suggestifs d'une urgence hypertensive
 - Réfère la personne à un médecin selon un délai qui tient compte du degré d'urgence

Justification de l'intervention proposée

Les recommandations quant au dépistage de l'HTA font consensus parmi les organismes consultés.

- L'approche suggérée dans le bilan de santé est adaptée de celle préconisée par le PECH pour tenir compte du fait que le dépistage sera effectué par une IC. C'est pourquoi, l'évaluation clinique (questionnaire, examen physique, bilan paraclinique) pour exclure une cause secondaire d'HTA et la recherche d'une atteinte des organes cibles sont différés dans le processus. Ces deux éléments seront effectués par le médecin à la suite de la démarche faite par l'IC pour confirmer la présence d'une PA élevée.
- Étant donné que les modifications des habitudes de vie peuvent prévenir l'apparition de l'HTA, nous suggérons que l'IC effectue un counseling à cet effet aux personnes présentant une PA normale élevée.

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : HYPERTENSION ARTÉRIELLE

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal en collaboration avec le Collège des médecins du Québec. 2014. p. 1-42
<https://www.cmq.org/fr/RSSFeeds/~media/Files/Guides/EMP-2014.pdf>
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada. 2010. p. 1-5
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/_PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Lindsay P et al. Recommandations pour le dépistage de l'hypertension chez les adultes canadiens. Le médecin de famille canadien 2013;59 : e393-e400.
<http://www.cfp.ca/content/59/9/e393.full.pdf>
4. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure : U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Annals of Internal Medicine 2007;147(11) : 783-786.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=737820>
5. Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Recommandations 2014 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension.
https://www.hypertension.ca/images/CHEP_2014/2014_CHEPRecsFullVersion_FR_HCP1000.pdf



SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : DIABÈTE ET DYSLIPIDÉMIES

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister le diabète

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

Se réfère aux recommandations de l'Association canadienne du diabète (2013).

- Dépistage à tous les 3 ans chez les personnes âgées de plus de 40 ans sans facteur de risque et chez les moins de 40 ans porteurs de facteurs de risque cardiovasculaire
- Glycémie à jeun, hémoglobine A1c et hyperglycémie provoquée sont valables pour diagnostiquer un diabète de type 2 (sauf chez la femme enceinte et les moins de 18 ans)

CMFC, 2010 [2]

Se réfère aux recommandations de l'Association canadienne du diabète (2003).

- Dépistage du diabète à l'aide de la glycémie à jeun
- Dépistage aux 3 ans chez les personnes ≥ 40 ans; plus souvent s'il y a un des facteurs suivants :
 - Diabète chez un parent du premier degré
 - Présence des complications associées au diabète
 - Hypertension
 - Dyslipidémie
 - Surpoids ou obésité abdominale
 - Membres d'une population à haut risque (autochtones, hispaniques, asiatiques, sud-asiatiques ou de descendance africaine)
 - Maladie vasculaire
 - Histoire de diabète gestationnel ou enfant macrosomique
 - Schizophrénie
 - Syndrome des ovaires polykystiques
 - Autres facteurs de risque

Se réfère également au GECSSP.

- Dépistage du diabète chez les personnes ayant une histoire d'hypertension artérielle ou de dyslipidémie afin de prévenir les événements cardiovasculaires et les décès

GECSSP, 2012 [3]

Recommandations sont formulées pour le dépistage du diabète de type 2 chez les adultes asymptomatiques. Elles ne s'appliquent pas aux personnes qui présentent des symptômes du diabète ou à celles à risque de développer le diabète de type 1.

- Méthode de dépistage suggérée : hémoglobine A1c; autres méthodes valables : glycémie à jeun et hyperglycémie provoquée
- Dépistage du diabète devrait être basé sur le calcul du risque de développer le diabète dans les 10 prochaines années. Outil validé suggéré : FINDRISK; Autre outil validé : CANRISK
- Définition des catégories de risque :
 - Faible : 1 à 4 %
 - Modéré : 17 %
 - Élevé : 33 %
 - Très élevé : 50 %
- Facteurs pris en compte dans le calcul du risque : âge; obésité; tour de taille accru; histoire personnelle antérieure de glycémie élevée ou hypertension artérielle; histoire familiale de diabète; faible niveau d'activité physique; consommation limitée de fruits et légumes
- Recommandations de dépister le diabète :
 - Pour les adultes présentant un **risque de diabète faible à modéré** : pas de dépistage systématique (*Recommandation faible; données probantes de faible qualité*)
 - Pour les adultes présentant un **risque de diabète élevé** : dépistage systématique tous les 3-5 ans (*Recommandation faible; données probantes de faible qualité*)
 - Pour les adultes présentant un **risque de diabète très élevé** : dépistage systématique à chaque année (*Recommandation faible; données probantes de faible qualité*)

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : DIABÈTE ET DYSLIPIDÉMIES

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister le diabète

USPSTF, 2008 [4]

Révision en cours (2015)

Recommandations sont formulées pour des adultes sans symptômes de diabète ni de complications associées au diabète.

- Trois tests sont utilisés pour le dépistage : glycémie à jeun, hyperglycémie provoquée ou hémoglobine A1c. Association américaine du diabète recommande la glycémie à jeun
- Chez les adultes dont la tension artérielle > 135/80 mm Hg (traitée ou non) :
 - Dépistage systématique du diabète (recommandation de grade B)
 - Intervalle optimal du dépistage n'est pas établi; réfère à Association américaine du diabète qui suggère un intervalle de 3 ans (consensus d'experts)
- Chez les adultes dont la tension artérielle ≤ 135/80 mm Hg :
 - Aucune recommandation en raison des preuves insuffisantes pour déterminer si les bénéfices l'emportent sur les inconvénients
 - Dépistage peut être considéré sur une base individuelle, lorsque la présence d'un diabète pourrait modifier une approche thérapeutique (par exemple, le traitement des dyslipidémies ou encore la prise d'AAS prophylactique). Le calcul du risque de maladies cardiovasculaires dans les 10 prochaines années doit être considéré pour déterminer les personnes qui pourraient bénéficier d'un dépistage du diabète

ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE, 2013 [5]

- Évaluer le risque du diabète annuellement chez toutes les personnes, en fonction des données démographiques et des critères cliniques
- Dépister systématiquement le diabète :
 - À l'aide de la glycémie à jeun ou hémoglobine A1c
 - À un intervalle de 3 ans
 - Personnes âgées ≥ 40 ans ou chez celles présentant un risque élevé d'après un calculateur du risque
- Dépister plus souvent ou plus tôt :
 - À l'aide de la glycémie à jeun, hémoglobine A1c ou glycémie deux heures post ingestion de 75 g de glucose
 - Personnes qui présentent un risque très élevé, d'après un calculateur de risque, et d'autres facteurs de risque de diabète tels que :
 - Parent du 1^{er} degré atteint de diabète de type 2
 - Membre d'une population à risque élevé (p.ex. personne d'ascendance autochtone, africaine, asiatique, hispanique ou sud-asiatique)
 - Antécédent de prédiabète
 - Antécédent de diabète gestationnel
 - Accouchement d'un enfant de poids de naissance élevé
 - Présence de lésions aux organes cibles associées au diabète (maladies microvasculaires et macrovasculaires)
 - Présence de facteurs de risque vasculaire (cholestérol HDL <1,0 mmol/L chez les hommes et cholestérol HDL <1,7 mmol/L chez les femmes; triglycérides ≥1,7 mmol/L; hypertension; poids excessif; obésité abdominale)
 - Présence de maladies associées (syndrome des ovaires polykystiques; acanthosis nigricans; apnée obstructive du sommeil; troubles psychiatriques - trouble bipolaire, dépression, schizophrénie); infections par le VIH
 - Emploi de médicaments associés au diabète (glucocorticoïdes, antipsychotiques atypiques; traitement antirétroviral hautement actif; etc.)
 - Diabète secondaire à certaines maladies (p.ex. maladie de Cushing, fibrose kystique du pancréas, etc.)

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : DIABÈTE ET DYSLIPIDÉMIES

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister les dyslipidémies

CMQ, 2014 [1]

Se réfère aux recommandations émises par la Société canadienne de cardiologie (2013).

- Bilan lipidique aux 3 à 5 ans chez les hommes âgés de 40 à 75 ans et chez les femmes âgées de 50 à 75 ans
- Faire le dépistage également chez les personnes plus jeunes en présence de facteurs de risque dont les principaux sont :
 - Diabète
 - Hypertension artérielle
 - Dyslipidémies
 - Obésité
 - Tabagisme
 - Sédentarité
 - Antécédents familiaux précoces de maladies cardiovasculaires
- Bilan lipidique annuel chez les personnes ayant une maladie cardiovasculaire connue; bilan lipidique aux 1 à 3 ans chez les patients diabétiques
- Évaluation multifactorielle permet de prédire le risque de mortalité (SCORE; Framingham) ou le risque d'événements cardiovasculaires (Score de Reynolds)

CMFC, 2010 [2]

Se réfère aux recommandations émises par la Société canadienne de cardiologie (2009)

- Bilan lipidique (cholestérol total, HDL-C, triglycérides, LDL-C) chez :
 - Hommes ≥ 40 ans et femmes ≥ 50 ans ou ménopausées
 - Les personnes, sans égard à l'âge, avec les conditions suivantes :
 - Diabète
 - Hypertension
 - Tabagisme actuel
 - Obésité (lignes directrices d'Obésité Canada)
 - Histoire familiale de maladies cardiaques athérosclérotiques (<60 ans chez parent du 1^{er} degré)
 - Maladies inflammatoires (lupus érythémateux, arthrite rhumatoïde, psoriasis)
 - Infection au VIH avec traitement antirétroviral hautement actif
 - Manifestation clinique d'hyperlipidémie (xanthome, xanthélasma, arc cornéen prématuré)
 - Évidence d'athérosclérose
 - Dysfonction érectile
- Apolipoprotéine-B peut être utilisée comme un marqueur alternatif dans le dépistage des dyslipidémies

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : DIABÈTE ET DYSLIPIDÉMIES

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister les dyslipidémies

USPSTF, 2008 [6]

Révision en cours (2015)

- Mesures de dépistage : Cholestérol total et cholestérol-HDL (données sont insuffisantes pour inclure les triglycérides; un bilan lipidique complet est utile chez les personnes dont le dépistage est positif)
- Recommandations de dépister :
 - Hommes de ≥ 35 ans
 - Hommes âgés de 20 à 35 ans avec un risque augmenté de maladies coronariennes
 - Femmes de ≥ 45 ans avec un risque augmenté de maladies coronariennes
 - Femmes de 20 à 45 ans avec un risque augmenté de maladies coronariennes
- Aucune recommandation pour les hommes de 20 à 35 ans et les femmes qui n'ont pas de risque accru de maladies coronariennes (données insuffisantes)
- Un risque accru est défini comme la présence d'un des facteurs suivants :
 - Diabète
 - Histoire personnelle de maladies cardiaques athérosclérotiques ou athérosclérose non coronarienne (p. ex. anévrisme de l'aorte, sténose carotidienne, maladie artérielle périphérique)
 - Histoire familiale de maladies cardiovasculaires (avant 50 ans chez les hommes; avant 60 ans chez les femmes)
 - Tabagisme
 - Hypertension
 - Obésité ($\text{IMC} \geq 30$)
- L'intervalle optimal de dépistage est incertain. Selon les avis d'experts et autres lignes directrices, 5 ans semble un intervalle raisonnable (plus fréquemment si le niveau des lipides se rapproche du seuil où un traitement serait requis; plus long chez les personnes ayant eu plusieurs tests de dépistage normaux)

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE, 2012 [7]

- Évaluer le risque cardiovasculaire sur 10 ans en utilisant le modèle de Framingham, à un intervalle de 3 à 5 ans, chez :
 - Hommes âgés de 40 à 75 ans
 - Femmes âgées de 50 à 75 ans
 - Personnes plus jeunes ayant au moins un facteur de risque cardiovasculaire peut bénéficier d'une évaluation de ce risque pour les motiver à améliorer leurs habitudes de vie
- Mesures pour le dépistage des dyslipidémies : LDL-cholestérol, HDL-cholestérol, triglycérides, non-HDL cholestérol (calculé), glycémie, débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe)
- Mesures de dépistage secondaires facultatives : apolipoprotéine B (au lieu du bilan lipidique standard), rapport albumine urinaire/créatinine (si $\text{DFGe} < 60$, hypertension, diabète)
- Recommandations de dépister :
 - Hommes ≥ 40 ans et les femmes ≥ 50 ans ou ménopausées (considérer le faire à âge plus tôt chez des membres de groupes ethniques à risque plus élevé (p.ex. sujets sud-asiatiques ou des Premières nations)
 - Les personnes ayant l'une des conditions suivantes sans égard à l'âge :
 - Tabagisme actuel ou maladie pulmonaire chronique
 - Obésité ($\text{IMC} > 27$)
 - Diabète
 - Hypertension artérielle
 - Histoire familiale de maladie cardiovasculaire précoce ou d'hyperlipidémie
 - Dysfonction érectile
 - Néphropathie chronique, maladie inflammatoire, infection au VIH;
 - Signes cliniques d'hyperlipidémie ou d'athérosclérose, d'anévrisme de l'aorte
- Intervalle de dépistage : aux 3 à 5 ans si la personne a un score de Framingham $< 5\%$ et annuellement si score $\geq 5\%$

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : DIABÈTE ET DYSLIPIDÉMIES

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister le diabète et les dyslipidémies

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE RISQUE CARDIOMÉTABOLIQUE, 2011 [8]

Se réfère aux recommandations émises par l'Association canadienne du diabète (2008) et par la Société canadienne de cardiologie (2009).

- Critères de dépistage du diabète et des dyslipidémies :
 - Glycémie à jeun chez les personnes âgées de 40 ans et plus
 - Bilan lipidique chez les hommes âgés de 40 ans et plus et chez les femmes âgées de 50 ans et plus ou ménopausées
 - Glycémie à jeun et bilan lipidique chez les personnes plus jeunes qui ont un facteur de risque suivant :
 - Antécédents personnels d'hypertension artérielle, de dyslipidémies, de prédiabète ou de diabète
 - Évidences de la présence d'une dyslipidémie, de complications du diabète ou d'une atteinte vasculaire (douleur thoracique à l'effort, dysfonction érectile, dyspnée)
 - Histoire familiale de maladies cardiovasculaires précoces ou de diabète de type 2 ou de dyslipidémie familiale
 - Appartenance à l'un des groupes ethniques suivants : autochtones, sud-asiatiques, asiatiques, africains, hispaniques
 - Tabagisme actuel (ou antérieur dans la dernière année)
 - Une des conditions suivantes : néphropathie chronique, lupus érythémateux, ovaires polykystiques, acanthosis nigricans, schizophrénie
 - Excès de poids ou obésité abdominale*

*Définition harmonisée de l'obésité abdominale (International Diabetes Federation; American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute; World Health Organization; International Atherosclerosis Society; International Association for the Study of Obesity)

Population	Homme	Femme
Canada, États-Unis, population européenne	≥ 102 cm	≥ 88 cm
Origine caucasienne, population moyenne-orientale (arabe), africaine subsaharienne ou méditerranéenne orientale	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Population asiatique, japonaise, sud-américaine ou centraméricaine	≥ 90 cm	≥ 80 cm

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : DIABÈTE ET DYSLIPIDÉMIES

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister le diabète et les dyslipidémies

Intervention suggérée pour le bilan de santé

Le dépistage dans le cadre du bilan de santé s'adresse à une population adulte, sans diagnostic antérieur de : prédiabète, diabète, dyslipidémies, hypertension artérielle, maladies cardiaques, atteinte vasculaire (anévrisme de l'aorte, sténose carotidienne, dysfonction érectile, etc.) ou insuffisance rénale chronique. Ces pathologies nécessitent une prise en charge spécifique qui déborde le cadre du bilan de santé.

- Chez tous les adultes qui consultent pour un bilan de santé, l'infirmière recherche les facteurs de risque cardiométabolique suivants :
 - Histoire familiale précoce de maladies cardiovasculaires (avant 55 ans chez le père ou le frère; avant 65 ans chez la mère ou la sœur)
 - Antécédents familiaux (parents, enfants) de dyslipidémies ou de diabète de type 2
 - Antécédent personnel de diabète gestationnel ou accouchement d'un bébé ayant un poids élevé à la naissance (≥ 4 kg ou ≥ 9 livres)
 - Tabagisme actuel ou présence d'une maladie pulmonaire chronique
 - Pression artérielle normale élevée (pression artérielle systolique entre 130 et 139 ou pression artérielle diastolique entre 85-89)
 - Indice de masse corporelle > 27 kg/m²
 - Mesure du tour de taille supérieure aux valeurs recommandées (selon le pays d'origine ou l'origine ethnique)
 - Membres des Premières Nations
- Elle propose un dépistage du diabète et des dyslipidémies aux personnes selon les critères apparaissant au tableau suivant :

Âge	Risque cardiométabolique		
	Aucun facteur	Un facteur	Plus d'un facteur
Moins de 40 ans	Aucun dépistage	Aux 5 ans	Aux 3 ans
40 ans et plus* Femmes de tout âge ménopausées	Aux 5 ans	Aux 3 ans	Annuellement

***Chez les femmes, non ménopausées, âgées de 40 à 49 ans, n'ayant aucun facteur de risque, effectuer le dépistage du diabète seulement (aux 5 ans)**

- L'infirmière réfère les personnes à l'IP SPL ou au médecin répondant dans les situations suivantes :
 - L'un des tests de dépistage est anormal : glycémie à jeun $\geq 6,1$ mmol/L ou HbA1c $\geq 6\%$ ou triglycérides $\geq 1,7$ mmol/L
 - La personne présente un risque cardiovasculaire sur 10 ans selon le score de Framingham :
 - Supérieur ou égal à 20 % (risque élevé)
 - Entre 10 et 20 % (risque modéré) ainsi qu'un niveau de cholestérol-LDL $> 3,5$ mmol/L ou un rapport cholestérol total/cholestérol-HDL > 5
 - Inférieur à 10 % (risque faible) ainsi qu'un niveau de cholestérol-LDL ≥ 5 mmol/L
 - La personne a des symptômes ou des signes suggestifs de dyslipidémies (xanthélasmas, xanthomes, arc cornéen précoce) ou de diabète (polyurie, polydipsie, perte de poids)

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : DIABÈTE ET DYSLIPIDÉMIES

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister le diabète et les dyslipidémies

Justification de l'intervention proposée

- Le dépistage dans le cadre du bilan de santé s'adresse à une population générale. Nous avons exclu les situations où la personne a déjà reçu un diagnostic de maladies cardiovasculaires, de dyslipidémies, de prédiabète ou de diabète ou autres conditions nécessitant un suivi régulier par un médecin (par exemple l'insuffisance rénale chronique, l'infection au VIH) étant donné que ces pathologies nécessitent une prise en charge spécifique (y compris des bilans paracliniques périodiques) qui déborde le cadre du bilan de santé. C'est pourquoi ces facteurs ne sont pas mentionnés dans les critères de dépistage.
- Les indications de procéder à un dépistage du diabète et des dyslipidémies varient selon les organismes (facteur de risque à considérer, leur nombre ou leur importance, les intervalles entre les dépistages). Plusieurs recommandations exigent une interprétation qui repose sur le jugement du clinicien (par exemple, de procéder à un dépistage plus tôt et plus souvent en présence de certains facteurs).
- Nous avons proposé le dépistage intégré du diabète et des dyslipidémies. Cette approche est similaire à celle proposée par le Groupe de travail sur le risque métabolique (en tenant compte des mises à jour de l'Association canadienne du diabète et de la Société de cardiologie qui sont parues depuis la publication des recommandations du Groupe de travail). Les raisons qui nous ont amené à opter pour cette approche intégrée sont :
 - Le diabète et les maladies cardiovasculaires ont des facteurs de risque communs : mauvaise alimentation, sédentarité, excès de poids
 - La combinaison de certains facteurs (syndrome métabolique) agit en synergie et augmente le risque de maladies cardiovasculaires
 - Le traitement des dyslipidémies est influencé par le risque cardiovasculaire global (qui prend en compte notamment la présence d'un diabète, d'une hypertension artérielle, d'une obésité abdominale)
- Les recommandations concernant la valeur de l'IMC à partir de laquelle il est suggéré de procéder à un dépistage du diabète et des dyslipidémies varient selon les organismes (IMC > 27 ou IMC > 30) ou n'est pas précisé (excès de poids ou obésité). Nous avons opté pour la valeur recommandée par la Société canadienne de cardiologie pour le dépistage des dyslipidémies (IMC > 27).
- Les critères relatifs aux mesures du tour de taille sont spécifiques à la population d'origine ou à l'origine ethnique; ces critères ont un seuil plus bas pour plusieurs populations pour tenir compte du risque accru de diabète et des maladies cardiovasculaires parmi celles-ci. Les critères du tour de taille permettent donc de considérer les populations sud-asiatiques, asiatiques, africaines, hispaniques (mais pas celle des Premières Nations) comme facteur de risque du diabète et des maladies cardiovasculaires. C'est pourquoi, il n'y a que le fait d'être un membre des Premières Nations qui apparaît spécifiquement dans la liste des facteurs de risque cardiométabolique à considérer pour le dépistage. Une pression artérielle normale élevée a été ajoutée comme facteur de risque car la présence d'un diabète est une indication de traiter une telle condition.
- Les intervalles de dépistage devaient être précisés pour qu'une infirmière puisse initier des mesures diagnostiques selon une ordonnance collective. Nous avons repris les intervalles de dépistage les plus fréquemment mentionnés par les organismes (annuellement, aux 3 ans, aux 5 ans) en considérant le nombre de facteurs présents (l'âge étant en soi un facteur de risque important). Nous avons considéré pour ce faire que :
 - Il y a très peu d'inconvénients au dépistage du diabète et des dyslipidémies
 - Les tests de dépistage sont relativement peu coûteux
 - Les deux conditions sont souvent asymptomatiques
 - Le traitement (pharmacologique ou non) des maladies dépistées permet de réduire les événements coronariens ou vasculaires

SANTÉ CARDIOMÉTABOLIQUE : DIABÈTE ET DYSLIPIDÉMIES

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Canadian Task Force on Preventive Health Care : Pottie K, Jaramillo A, Lewin G, Dickinson J, Bell N, et al. Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults. CMAJ 2012;184(15):1687-1696.
<http://www.cmaj.ca/content/184/15/1687.full.pdf>
4. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for type 2 diabetes mellitus in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008;148(11): 846-854.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/type2/type2rs.pdf>
5. Ekoé JM, Ransom T, Prebtani AP, Goldenberg R. Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada : dépistage du diabète de type 1 et de type 2. Can J Diabetes 2013;37(suppl. 5):S373-S6.
http://guidelines.diabetes.ca/CDACPG_resources/cpg_2013_full_fr.pdf
6. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Lipid Disorders in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement : 2008.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/lipid/lipidrs.htm>
7. Anderson TJ, Grégoire J, Hegele RA, Couture P, Mancini GB, McPherson R, et al. 2012 Update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. Canadian Journal of Cardiology. 2013;29:151-67.
<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0828-282X/PIIS0828282X12015103.pdf>
8. Leiter LA, Fitchett DH, Gilbert RE, Gupta M, Mancini GB, McFarlane PA, et al. Cardiometabolic Risk in Canada: A Detailed Analysis and Position Paper by the Cardiometabolic Risk Working Group. Canadian Journal of Cardiology 2011;27:e1-e33.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Cardiometabolic_risk_working_group.pdf



CANCERS : CANCER DU SEIN

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer du sein

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

- Se réfère au Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2011)
- Mammographie est recommandée, aux 2 à 3 ans, pour les femmes âgées de 50 à 74 ans (69 ans au Programme québécois de dépistage du cancer du sein et aux 2 ans)
- Examen clinique des seins peut apporter de l'information supplémentaire mais n'est plus recommandé formellement pour le dépistage
- Dépistage génétique pourrait aussi être envisagé pour les personnes à haut risque
- Même si l'enseignement de l'auto-examen des seins n'est pas recommandé, les femmes doivent consulter si elles observent des changements (masse, écoulement, rétraction, etc.)

CMFC, 2010 [2]

- Mammographie avec un examen clinique des seins :
 - Dépistage chez les femmes de 50-69 ans, chaque 1-2 ans
 - Recommandation de niveau C chez les femmes de 40-49 ans à risque moyen
 - Dépistage fréquent peut être requis (à chaque 12 à 18 mois) dans le groupe d'âge de 40 à 49 ans
- À l'âge de 40 ans, informer les femmes sur les avantages et les risques liés à la mammographie afin de décider à quel âge elles souhaitent débiter le dépistage

USPSTF, 2009 [3]

Révision en cours (2015)

- Chez les femmes âgées de 50 à 74 ans : mammographie de dépistage aux 2 ans
- Chez les femmes âgées de moins de 50 ans : décision de commencer plus tôt faite sur une base individuelle, selon le contexte, les valeurs de la patiente et les coûts/bénéfices
- Chez les femmes âgées de 75 ans et plus : données insuffisantes pour évaluer les coûts/bénéfices
- L'enseignement de l'auto-examen des seins n'est pas recommandé
- Données insuffisantes pour analyser les inconvénients et les avantages supplémentaires de l'examen clinique des seins au-delà de la mammographie de dépistage, chez les femmes de 40 ans et plus
- Données insuffisantes pour analyser les inconvénients et les avantages supplémentaires de la mammographie numérique ou de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) comme modalités de dépistage

CANCERS : CANCER DU SEIN

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer du sein

GECSSP, 2011 [4]

- Recommandations concernent les femmes âgées de 40 à 74 ans sans antécédents personnels ni familiaux de cancer du sein, sans mutation connue du gène BRCA1 ou BRCA2, ni d'irradiation préalable au niveau du thorax
- Test de dépistage : mammographie conventionnelle ou numérique; le dépistage par imagerie par résonance magnétique (IRM) n'est pas recommandé
- Chez les femmes de 40 à 49 ans : pas de dépistage systématique
 - Le risque de cancer du sein est moins élevé et le risque d'obtenir des résultats faussement positifs est plus élevé chez les femmes plus jeunes (avec comme conséquences des investigations inutiles, dont une biopsie)
 - Preuve à l'effet d'une réduction de la mortalité (réduction considérable du risque relatif – cependant l'avantage absolu est moins important que pour les femmes plus âgées étant donné le risque moins élevé de cancer chez les femmes plus jeunes)
 - Cliniciens devraient discuter des avantages et des inconvénients du dépistage. Les femmes qui accordent plus d'importance à une légère diminution du risque de mortalité par cancer du sein et qui sont moins préoccupées par les préjudices potentiels pourraient choisir le dépistage
- Chez les femmes de 50 à 69 ans : dépistage systématique aux deux à trois ans
 - Preuve à l'effet d'une réduction de la mortalité (avantages absolus sont plus grands que chez les femmes âgées de 40 à 49 ans)
 - Résultats faussement positifs demeurent élevés
 - Cliniciens devraient discuter des avantages et des inconvénients du dépistage. Les femmes qui accordent moins d'importance à une légère diminution du risque de mortalité par cancer du sein et qui sont davantage préoccupées par les résultats de mammographie faussement positifs et les surdiagnostics pourraient refuser le dépistage
- Chez les femmes de 70 à 74 ans : dépistage systématique aux deux à trois ans
 - Avantages absolus sont semblables à ceux observés chez les femmes de 50 à 69 ans
- Chez les femmes de 75 ans et plus : absence de données
 - Possibilité que le dépistage puisse diminuer la mortalité associée à ce cancer; les bénéfices sont moins probables si l'espérance de vie est limitée
 - Cette information devrait être communiquée afin de décider de manière conjointe s'il y a lieu de procéder au dépistage
- Examen clinique des seins par un professionnel de la santé : ne pas effectuer l'examen, seul ou en association avec une mammographie, pour dépister le cancer du sein
 - Aucune réduction de la mortalité liée au cancer du sein
- Auto-examen des seins : ne pas conseiller aux personnes de pratiquer l'auto-examen des seins de façon systématique
 - Aucune réduction de la mortalité liée au cancer du sein

CANCERS : CANCER DU SEIN

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer du sein

Intervention suggérée dans le bilan de santé

- Le dépistage du cancer du sein dans le cadre du bilan de santé s'adresse aux femmes asymptomatiques et à risque moyen, de la population générale.
- Chez les femmes âgées de moins de 40 ans ayant certaines conditions* et chez les femmes âgées de plus de 40 ans, l'infirmière vérifie si elles ont des préoccupations concernant le cancer du sein et son dépistage.
- Chez les femmes ayant certaines conditions* et chez les femmes ayant des préoccupations relatives à ce cancer, l'infirmière :
 - Explore les connaissances que la personne possède sur le cancer du sein et complète l'information au besoin
 - Discute de la nature du test de dépistage (mammographie) ainsi que les avantages et les inconvénients du dépistage
 - Explore les préférences de la personne quant au dépistage et s'assure d'une prise de décision éclairée
- Chez les femmes âgées de 50 à 74 ans qui souhaitent avoir un dépistage du cancer du sein et pour qui la mammographie est indiquée, selon les milieux cliniques, une des options suivantes s'appliquent :
 - L'infirmière initie la mammographie soit par le biais de l'ordonnance collective ou l'ordonnance régionale (Programme québécois de dépistage du cancer du sein – chez les femmes âgées de 50 à 69 ans)
 - L'infirmière dirige la femme vers le médecin ou l'IPSPL pour une ordonnance individuelle
- L'infirmière dirige vers le médecin ou l'IPSPL les femmes :
 - Âgées de 40 à 49 ans qui souhaitent débiter le dépistage plus tôt
 - Âgées de 75 ans et plus, qui veulent poursuivre le dépistage (et dont l'état de santé global permet d'anticiper que le dépistage apporterait un bénéfice)
 - Ayant certaines conditions* pour évaluer plus précisément le risque (dont une histoire familiale détaillée) et la pertinence de procéder à un dépistage plus précoce ou à la recherche d'une mutation génétique
 - Ayant noté des symptômes ou des signes suggestifs d'une atteinte aux seins

*Conditions :

- Femmes ayant les antécédents familiaux suivants :
 - Un parent du 1^{er} degré ou du 2^e ayant l'une des conditions suivantes : Âge au moment du diagnostic du cancer du sein ≤ 50 ans; cancer du sein bilatéral; cancer des ovaires; cancer du sein chez un homme
 - Deux parents du 1^{er} ou du 2^e degré ayant développé un cancer du sein avant l'âge de 60 ans
 - Trois cas ou plus de cancer du sein chez des parents du 1^{er}, du 2^e ou du 3^e degré (cousins)
- Femmes de descendance juive ashkénase

CANCERS : CANCER DU SEIN

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer du sein

Justification de l'intervention proposée

- La mammographie est le seul examen de dépistage reconnu scientifiquement comme pouvant réduire le nombre de décès dus au cancer du sein. Elle est généralement recommandée chez les femmes de 50 à 74 ans, chaque 2 à 3 ans
- Le PQDCS est un programme qui cible les femmes âgées de 50 à 69 ans. Elles sont invitées à passer une mammographie de dépistage une fois tous les 2 ans dans une clinique reconnue par le programme
 - Selon les milieux cliniques, une ordonnance collective ou individuelle (rédigée par un médecin ou l'IPSPL) pourra permettre aux femmes âgées de 70-74 ans de bénéficier d'une mammographie de dépistage (les avantages absolus sont semblables à ceux observés chez les femmes de 50 à 69 ans)
- Certaines femmes peuvent être exposées à un risque plus élevé de cancer du sein et peuvent nécessiter une surveillance particulière
 - Étant donné qu'il peut être difficile d'évaluer le risque exact et que les critères de référence aux milieux spécialisés peuvent varier, nous avons défini certaines balises pour permettre à l'infirmière d'identifier les femmes qui pourraient bénéficier d'une évaluation personnalisée et plus poussée
- Les organismes ne recommandent plus l'enseignement de l'auto-examen des seins ni formellement l'examen clinique. Les femmes symptomatiques sont dirigées vers le médecin ou l'IPSPL pour fin de diagnostic, investigation et traitement
- L'approche proposée dans le bilan tient compte des préoccupations personnelles de la personne à tout âge et repose sur un consentement éclairé (des outils d'aide à la décision sont proposés)
- Chez les femmes plus âgées, les cancers du sein peuvent évoluer de manière plus lente et les différentes causes de mortalité sont plus nombreuses que chez les femmes plus jeunes; une approche personnalisée est alors préférable. Chez une femme qui souhaite poursuivre le dépistage par mammographie après 75 ans, ce dépistage peut être justifié devant une espérance de vie de plus de 5 - 10 ans

CANCERS : CANCER DU SEIN

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/_PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2009;151:716-26.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/406/brcanrs/pdf>
4. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : Tonelli M, Connor Gorber S, Joffres M, Dickinson J, Singh H, et al. Recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 74 ans présentant un risque moyen. JAMC 2011;DOI:10.1503/cmaj.110334. p. 1-12.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2012/01/16/183.17.1991.DC2/bcancer-tonelli-f.pdf>



CANCERS : CANCER DU COL UTÉRIN

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer du col utérin

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

- Se base sur les recommandations émises par l'Institut national de santé publique du Québec [5]
- Chez les femmes âgées de 21 à 65 ans : dépistage à l'aide du test de Pap (Papanicolaou), à tous les 2 à 3 ans, chez les femmes non hystérectomisées
- Après l'âge de 65 ans : le dépistage n'est plus requis, si les deux derniers tests étaient négatifs
- Le test VPH serait plus sensible (fait l'objet d'études cliniques)

CMFC, 2011[2]

- Pour réduire le risque d'un carcinome invasif du col, les preuves sont acceptables pour inclure le dépistage à l'aide du test de Pap dans l'examen médical périodique chez les femmes qui ont été actives sexuellement
- Se référer aux recommandations provinciales pour connaître l'âge pour débiter et cesser le dépistage ainsi que la fréquence de dépistage

USPSTF, 2012 [3]

- Recommandations concernent les femmes ayant un col utérin, sans tenir compte de l'histoire sexuelle. Elles ne s'appliquent pas aux femmes ayant eu un diagnostic de cancer du col utérin (ou de lésions précancéreuses de haut grade), ni aux femmes immunodéprimées (p. ex. les femmes séropositives pour le VIH) ou exposées in utero au diéthylstilbestrol
- Effectuer un dépistage systématique :
 - **Chez les femmes âgées de 21 à 65 ans**, à l'aide d'une cytologie (test de Pap), à un intervalle de 3 ans (les avantages potentiels du dépistage surpassent nettement les possibles inconvénients)
 - **Chez les femmes âgées de 30 à 65 ans** qui désirent allonger leur intervalle de dépistage, avec la combinaison d'une cytologie et d'un test de détection du VPH, à un intervalle de 5 ans (les avantages potentiels du dépistage surpassent les possibles inconvénients)
- Ne pas effectuer de dépistage chez les **femmes âgées de moins de 21 ans** (les possibles inconvénients du dépistage sont supérieurs aux avantages potentiels)
- Ne pas poursuivre le dépistage chez les **femmes âgées de plus de 65 ans** et qui ont eu un dépistage adéquat antérieurement et qui n'ont pas un risque augmenté de cancer du col utérin (les avantages potentiels du dépistage ne sont pas supérieurs aux possibles inconvénients)
- Ne pas utiliser le test de détection du VPH, seul ou en combinaison, comme méthode de dépistage chez les femmes âgées de moins de 30 ans (les possibles inconvénients du dépistage sont supérieurs aux avantages potentiels)

CANCERS : CANCER DU COL UTÉRIN

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer du col utérin

GECSPP, 2013 [4]

- Recommandations visent les femmes asymptomatiques, qui ont ou ont eu une vie sexuelle active, peu importe l'orientation sexuelle. Elles ne s'appliquent pas aux femmes :
 - Ayant subi une hystérectomie
 - Présentant des symptômes suggestifs de cancer du col (p.ex. saignements vaginaux anormaux)
 - Ayant eu un diagnostic de cancer du col ou de résultats anormaux à la cytologie (à moins qu'il est évident qu'on peut reprendre un dépistage habituel après investigations)
 - Immunosupprimées
 - Ayant une espérance de vie limitée de telle manière qu'elle ne pourrait pas bénéficier du dépistage
- Il est actuellement prématuré de faire des recommandations quant à l'utilisation du test de détection du VPH, seul ou en combinaison
- Les recommandations concernant le dépistage à l'aide d'une cytologie (conventionnelle ou en milieu liquide) sont les suivantes :
 - Chez les femmes âgées < 20 ans, le dépistage systématique n'est pas recommandé (recommandation forte)
 - Très faible incidence et aucun décès par cancer du col utérin dans ce groupe d'âge
 - Absence de données probantes sur l'efficacité du dépistage
 - Présence d'inconvénients (douleur, saignement, écoulements vaginaux secondaires à la colposcopie)
 - Chez les femmes âgées de 20 à 24 ans, le dépistage systématique n'est pas recommandé (recommandation faible)
 - Faible incidence du cancer du col et de la mortalité associée
 - Avantage incertain du dépistage, soit à court terme ou dans les années futures
 - Taux plus élevé de faux positif chez les femmes âgées de moins de 30 ans (avec investigations inutiles ou effets néfastes potentiels du traitement excessif – principalement, avortement spontané ou accouchement prématuré dans les grossesses futures)
 - Chez les femmes âgées de 25 à 29 ans, le dépistage systématique à un intervalle de 3 ans est recommandé (recommandation faible)
 - Incidence et mortalité plus grande dans ce groupe comparativement à celles des femmes plus jeunes
 - Avantages minimes du dépistage
 - Taux plus élevé de faux positif chez les femmes âgées de moins de 30 ans (avec investigations inutiles ou effets néfastes potentiels du traitement excessif – principalement, avortement spontané ou accouchement prématuré dans les grossesses futures)

Suite à la page suivante

CANCERS : CANCER DU COL UTÉRIN

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer du col utérin

GECSSP, 2013 [4] - suite

- Les recommandations concernant le dépistage à l'aide d'une cytologie (conventionnelle ou en milieu liquide) sont les suivantes :
 - Chez les femmes âgées de 30 à 69 ans, le dépistage systématique à un intervalle de 3 ans est recommandé (recommandation forte)
 - Efficacité démontrée du dépistage sur la réduction de la mortalité
 - Plus forte incidence du cancer du col utérin et de la mortalité associée
 - Taux plus faible d'effets néfastes potentiels que chez les femmes plus jeunes
 - Chez les femmes âgées > 70 ans :
 - 1) Dépistage antérieur adéquat (3 cytologies normales dans les 10 dernières années) : cesser le dépistage (recommandation faible)
 - 2) Dépistage antérieur inadéquat : continuer le dépistage jusqu'à l'obtention de 3 résultats négatifs (recommandation faible)
 - Données probantes limitées sur l'efficacité du dépistage
 - Taux toujours élevé de cancer du col de l'utérus et de mortalité associée dans ce groupe d'âge (peut être le reflet d'un faible dépistage parmi ce groupe d'âge ou de l'incidence de cancers parmi les femmes n'ayant pas eu de dépistage antérieurement)
 - Possibilité existante de détecter et de traiter des cancers du col parmi cette population
- Les faibles recommandations impliquent que les avantages et les inconvénients du dépistage devraient être discutés avec chaque femme en tenant compte de ses valeurs et ses préférences

ASSOCIATION DES OBSTETRICIENS ET GYNECOLOGUES DU QUEBEC, 2014 [5]

- Outils de dépistage : cytologie conventionnelle ou en milieu liquide; Manque de données pour suggérer que le test VPH peut remplacer la cytologie; Il pourrait être utilisé en association avec la cytologie dans certaines circonstances (le test VPH ne devrait pas être utilisé chez les femmes de moins de 30 ans)
- Âge pour débiter : 21 ans
- Intervalle du dépistage : aux 2 ans (si test normal)

CANCERS : CANCER DU COL UTÉRIN

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer du col utérin

INSPQ, 2011 [6]

- Outil de dépistage : Cytologie conventionnelle ou en milieu liquide
- Population visée par le dépistage : toute femme active sexuellement ou qui l'a été dans le passé. Les activités sexuelles incluent toutes formes de contact génital avec ou sans pénétration vaginale, avec des partenaires masculins ou féminines
- Âge pour débuter le dépistage : 21 ans. Toutefois, le dépistage peut être retardé de quelques années chez les femmes qui n'ont pas encore eu de relations sexuelles à 21 ans. Il pourra être devancé de quelques années dans certaines circonstances, comme des relations sexuelles à un âge très précoce ou un état d'immunosuppression
 - Éléments considérés pour établir le moment optimal pour débuter le dépistage :
 - Âge des premières relations sexuelles chez les jeunes filles au Québec (âge médian : 15 à 17 ans)
 - Risque de contracter une infection par un VPH oncogène selon le délai écoulé depuis le début des relations sexuelles (prévalence est maximale chez les femmes âgées de moins de 25 ans)
 - Risque de développer un cancer du col utérin après avoir contracté une infection par un VPH oncogène selon le délai écoulé (le risque de lésions cervicales graves serait très faible (environ 1 pour 400) dans les six premières années suivant l'infection par un VPH oncogène)
 - Risque de développer un cancer du col utérin après avoir reçu un diagnostic de précurseur grave selon le délai écoulé (études montrent une lente évolution des lésions prénéoplasiques graves et le fait qu'elles peuvent encore être transitoires. Le rythme de progression d'une lésion prénéoplasique grave vers un cancer invasif chez les jeunes de 20 à 24 ans ne dépasserait pas 1 % par année)
 - Risque de cancer du col utérin selon l'âge au Québec (aucun cas avant l'âge de 20 ans; 3 cas/année en moyenne chez les 20 à 24 ans; 12 cas/année en moyenne chez les 25 à 29 ans)
 - Recommandations des autres autorités sanitaires en Amérique du Nord (en général, 21 ans) et ailleurs dans le monde (en Europe, entre 21 et 30 ans)
- Intervalle recommandé : 2 à 3 ans
- Âge pour cesser le dépistage : 65 ans chez les femmes qui ont eu des tests de dépistage régulièrement et dont les 2 derniers tests effectués au cours des 10 années précédentes sont normaux. Il faut individualiser la conduite pour toute autre situation

CANCERS : CANCER DU COL UTÉRIN

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer du col utérin

Proposition pour le bilan de santé

- Ces recommandations concernent les femmes non enceintes, sans antécédents personnels d'hystérectomie totale, de lésions cancéreuses ou précancéreuses du col utérin, qui ne sont pas immunodéprimées et qui ne présentent pas de symptômes ou de signes suggestifs d'une anomalie au col utérin
- L'infirmière informe les femmes chez qui le test de dépistage est indiqué de la nature du test ainsi que les indications, les avantages et les inconvénients du dépistage
- Elle offre de passer un test de dépistage du cancer du col utérin aux femmes âgées de 21 ans à 65 ans, qui sont actives sexuellement ou l'ayant été, n'ayant pas eu de test de dépistage antérieurement ou dont le dernier test de dépistage excède 2 ans
- Elle informe les femmes âgées de plus de 65 ans qu'il est recommandé de cesser le dépistage du cancer du col utérin si elles ont eu des tests de dépistage réguliers et si les 2 dernières cytologies cervicales, faites dans les 10 années précédentes, ont été normales
- L'infirmière oriente les femmes âgées de plus de 65 ans n'ayant pas eu de dépistages réguliers, vers l'IPSPL ou vers le médecin pour que soit évaluée la pertinence de procéder au dépistage du cancer du col utérin
- Selon le milieu clinique, l'une des conduites suivantes sera possible :
 - L'infirmière effectue le prélèvement pour une cytologie (conventionnelle ou en milieu liquide)
 - L'infirmière oriente la femme pour le test de dépistage du cancer du col utérin (IPSPL, médecin, services de santé sexuelle du CSSS)
- En cas de résultats anormaux, l'infirmière avise la femme du résultat et l'oriente vers l'IPSPL ou le médecin
- Elle réfère aux ressources appropriées les femmes enceintes, immunodéprimées, celles ayant des antécédents de lésions précancéreuses ou cancéreuses au col utérin, celles qui présentent des symptômes ou des signes d'une anomalie au niveau du col utérin

Justification de l'intervention proposée

- La conduite proposée dans le bilan de santé est celle qui est recommandée par les organismes québécois. Elle tient compte du contexte et de l'organisation des soins au Québec. Une cohérence dans les approches est souhaitable
- Les organismes s'entendent sur le fait que la cytologie, conventionnelle ou en milieu liquide, est l'outil de dépistage du cancer du col et sur le fait que le test de détection du VPH n'est pas indiqué chez les femmes âgées de moins de 30 ans. L'USPSTF recommande l'utilisation de la combinaison du test VPH et de la cytologie, aux 5 ans, chez les femmes âgées de 30 ans et plus (comme alternative à la cytologie comme seul test de dépistage). Les organismes canadiens estiment qu'il est prématuré d'inclure le test VPH comme outil de dépistage systématique. Les précisions quant à l'utilisation du test de détection du VPH dans le dépistage du cancer du col utérin au Québec restent à venir.
- L'âge recommandé pour débuter le dépistage varie selon les organismes (21 ans ou 25 ans). L'âge choisi pour initier le dépistage du cancer du col dans le bilan de santé est de 21 ans. Cette conduite est basée sur les facteurs considérés par l'INSPQ [5]. Le GECSSP ne recommande pas le dépistage systématique chez les femmes âgées de 20 à 25 ans; toutefois, cet organisme recommande de discuter des avantages et des inconvénients du dépistage et de tenir compte des valeurs et des préférences de la personne. Pour tous les groupes d'âge, il est prévu que le dépistage repose sur une décision éclairée de la personne
- Seul le GECSSP recommande de poursuivre le dépistage systématique jusqu'à l'âge de 69 ans. Dans le bilan, nous avons opté, comme tous les organismes québécois, pour un dépistage sélectif qui vise les femmes âgées de plus de 65 ans dont le dépistage antérieur n'a pas été optimal

CANCERS : CANCER DU COL UTÉRIN

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/_PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Moyer VA pour le U.S. Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2012; 156(12) : 880-891.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/24199/0000605-201206190-00010.pdf>
4. Canadian Task Force on Preventive Health Care : Dickinson J, Tsakonas E, Connor Gorber S, Lewin G, Shaw E, et al. Recommendations on screening for cervical cancer. CMAJ 2013;185(1):35-45.
<http://www.cmaj.ca/content/185/1/35.full.pdf>
5. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Dépistage par test de Pap*.
<http://sogc.org/fr/publications/depistage-par-test-de-pap/>
6. Groupe de travail sur les lignes directrices pour le dépistage du cancer du col utérin au Québec, Goggin P, Mayrand M-H, Auger M, Cloutier L, Coultée F, et al. Lignes directrices pour le dépistage du cancer du col utérin au Québec. Institut national de santé publique du Québec; 2011. p. 1-28.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1279_LignesDirectDepistCancerColUterin.pdf



CANCERS : CANCER COLORECTAL

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer colorectal

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

- Se réfère à l'Association canadienne de gastroentérologie, 2010 [4]
- Patients de 50 à 75 ans sans facteur de risque : test Gaiac ou immunochimique (ultrasensible : FIT test) aux deux ans
- Patients de 76 ans et plus : pas de dépistage de routine
- La coloscopie n'est pas indiquée pour le dépistage, sauf si le résultat du sang dans les selles est positif
- Histoire familiale de cancer colorectal ou de polypes :
 - Sigmoidoscopie aux 5 ans ou coloscopie aux 10 ans
 - Il est souhaitable de débuter le dépistage 10 ans plus tôt chez les adultes avec antécédents familiaux positifs

CMFC, 2010 [2]

- Se base sur les recommandations de l'Association canadienne de gastroentérologie, 2005
- Chez les personnes de 50 ans et plus:
 - Hemocult multiphase chaque 1-2 ans
OU
 - Sigmoidoscopie (fréquence indéterminée)
OU
 - Coloscopie (fréquence indéterminée)

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, 2014 [3]

- Personnes âgées de 50 ans et plus : il est recommandé de subir une épreuve de dépistage à l'aide d'une recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) ou un test immunochimique, au moins aux 2 ans
- Personnes à risque plus élevé que la moyenne de développer un cancer colorectal doivent passer un test de dépistage plus souvent et à un plus jeune âge que les personnes dont le risque est moyen
- Exemples des facteurs de risque élevé :
 - Parent du premier degré atteint d'un cancer colorectal
 - Antécédents personnels de cancer colorectal, de polypes bénins dans la région du côlon ou du rectum
 - Maladie inflammatoire de l'intestin (colite ulcéreuse ou maladie de Crohn)
 - Affections héréditaires telles que la polyposé adénomateuse familiale (PAF) ou le cancer colorectal héréditaire sans polyposé (HNPCC)
- Les personnes dont le risque est supérieur à la moyenne devraient discuter avec leur médecin d'un plan personnalisé de dépistage (dont coloscopie, évaluation du risque génétique)

CANCERS : CANCER COLORECTAL

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer colorectal

USPSTF 2008 [4]

En cours de révision (2015)

- Recommandations s'adressent aux adultes âgés de 50 ans et plus, en excluant les personnes porteuses d'un syndrome génétique spécifique (syndrome de Lynch, polypose adénomateuse familiale) et celles avec des antécédents personnels de maladie inflammatoire intestinale
- Recommandations s'appliquent aux personnes avec des antécédents familiaux (parents du 1^{er} degré) de polypes adénomateux ou de cancer colorectal :
 - Chez les personnes dont le parent du 1^{er} degré a développé un cancer à un plus jeune âge ou celles ayant plusieurs parents du 1^{er} degré atteints : considérer commencer le dépistage plus tôt
- Recommandations s'appliquent à tous les groupes ethniques (les Afro-américains ont un taux de mortalité par cancer colorectal plus élevé)
- Chez les personnes âgées de 50 à 75 ans : dépistage systématique à l'aide d'une des méthodes suivantes : la recherche de sang occulte dans les selles, sigmoïdoscopie, ou coloscopie :
 - Avantages sont supérieurs aux inconvénients
- On estime que la réduction de la mortalité est similaire si les personnes sont 100% observantes à l'un des programmes de dépistage suivants :
 - Recherche annuelle de sang occulte (avec test hautement sensible)
 - Sigmoïdoscopie aux 5 ans combinée à une recherche de sang occulte aux 3 ans (avec test hautement sensible)
 - Coloscopie aux 10 ans
- Avantages et inconvénients varient selon la méthode de dépistage :
 - Sigmoïdoscopie et coloscopie plus spécifiques que recherche de sang dans les selles (moins de faux +)
 - Coloscopie est la méthode la plus sensible (moins de faux -)
 - Inconvénients plus importants avec coloscopie (perforation, saignement important, diverticulite); présents également avec sigmoïdoscopie mais moindres qu'avec coloscopie
- Données insuffisantes quant aux avantages et inconvénients de la coloscopie virtuelle et recherche d'ADN fécal (*fecal DNA test*) comme outils de dépistage
- Chez les adultes de 76 à 85 ans : pas de dépistage systématique mais il pourrait y avoir des considérations individuelles :
 - Avantages nets sont faibles
- Chez les adultes de plus de 85 ans : pas de dépistage systématique :
 - Avantages du dépistage ne sont pas supérieurs aux inconvénients

CANCERS : CANCER COLORECTAL

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer colorectal

ASSOCIATION CANADIENNE DE GASTROENTÉROLOGIE, 2010 [5]

- Recommandations concernent les adultes à risque moyen de développer un cancer colorectal
- Dépistage du cancer colorectal devrait faire partie d'un programme universel de dépistage (plutôt qu'un dépistage opportuniste)
- Méthodes de dépistage :
 - Recherche de sang occulte dans les selles (test ultra-sensible ou fecal immunochemical test – FIT test) au moins aux 2 ans (dépistage annuel permet de réduire un peu plus la mortalité mais exige davantage de ressources)
 - Sigmoidoscopie aux 10 ans
 - Coloscopie n'est pas indiquée à l'intérieur d'un programme de dépistage universel mais peut être considérée lors d'un dépistage opportuniste, selon les préférences de la personne
- Coloscopie virtuelle et test d'ADN fécal ne sont pas recommandés comme méthode de dépistage (programme universel)
- Dépistage systématique recommandé chez les personnes âgées de 50 à 75 ans
- Dépistage sur une base individuelle entre 76 et 85 ans (notamment en l'absence de dépistage antérieur)
- Dépistage non recommandé chez les personnes de plus de 85 ans

CANCERS : CANCER COLORECTAL

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer colorectal

Intervention suggérée dans le bilan de santé

- Le dépistage du cancer colorectal dans le cadre du bilan de santé s'adresse aux personnes asymptomatiques, et à risque moyen, de la population générale
- Chez les personnes de moins de 40 ans ayant certaines conditions*et celles âgées de 40 ans et plus, l'infirmière :
 - Explore les connaissances que la personne possède sur le cancer colorectal et complète l'information au besoin
 - Discute de la nature du test de dépistage(recherche de sang dans les selles) ainsi que les avantages et les inconvénients du dépistage
 - Explore les préférences de la personne quant au dépistage et s'assure d'une prise de décision éclairée
- Chez les personnes âgées de 50 à 75 ans qui souhaitent avoir un dépistage du cancer colorectal et pour qui il est indiqué, selon les milieux cliniques, une des options suivantes s'applique :
 - L'infirmière initie la recherche de sang occulte dans les selles (FIT test) par le biais de l'ordonnance collective (éventuellement par l'ordonnance régionale du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal)
 - L'infirmière dirige la femme vers le médecin ou l'IPSPL pour une ordonnance individuelle
- L'infirmière dirige vers le médecin ou l'IPSPL, les personnes :
 - Dont le FIT test est positif
 - Ayant certaines conditions*pour que soit évalué plus précisément le risque (dont une histoire familiale détaillée) et la pertinence de procéder à un dépistage plus précoce, à d'autres tests, ou à la recherche d'un syndrome génétique

*Conditions :

- Adultes de tout âge ayant :
 - Un parent du 1^{er} degré ayant développé un cancer colorectal ou des polypes intestinaux avant l'âge de 60 ans
 - Un parent du 2^e degré ayant développé un cancer colorectal ou des polypes intestinaux avant l'âge de 50 ans
 - 2 parents (2 parents du 1^{er} degré ou 1 parent du 1^{er} degré + 1 parent du 2^e degré) ayant développé un cancer colorectal ou des polypes intestinaux peu importe l'âge
- Adultes âgés de 40 à 49 ans :
 - D'origine afro-américaine
 - Ayant un parent du 1^{er} degré ayant développé un cancer colorectal ou des polypes intestinaux à l'âge de 60 ans et plus
 - Ayant un parent du 2^e ou 3^e degré ayant développé un cancer colorectal peu importe l'âge

CANCERS : CANCER COLORECTAL

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer colorectal

Justification de l'intervention proposée

- Tous les organismes s'entendent pour recommander le dépistage systématique du cancer colorectal chez les personnes à risque moyen âgées de 50 à 75 ans et sur le fait de débiter plus tôt chez les personnes ayant un risque plus élevé.
- La recherche de sang dans les selles est la méthode recommandée par tous les organismes (ultra-sensible ou test immunochimique). La sigmoïdoscopie et la coloscopie sont des méthodes de dépistage acceptables lors d'un dépistage opportuniste.
- Nous avons suggéré le test immunochimique (RSOSi) car le FIT (*Fecal Immunochemical Test*) sera utilisé comme outil de dépistage dans le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCC), en voie d'être déployé dans tout le réseau de la santé. La coloscopie est alors un test de confirmation diagnostique lorsque le résultat à la RSOSi est positif.
- L'IC aura l'information nécessaire concernant les méthodes alternatives de dépistage (sigmoïdoscopie ou coloscopie) afin que la personne puisse prendre une décision éclairée si l'une de ces méthodes s'avérait être celle choisie par la personne.
- Les personnes pouvant présenter un risque plus élevé de cancer colorectal seront dirigées vers le médecin (ou IPSPL) afin de discuter d'un plan individualisé de dépistage.

CANCERS : CANCER COLORECTAL

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/_PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Société canadienne du cancer. *Dépistage du cancer colorectal: 2014*.
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/colorectal/screening/?region=qc>
4. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2008;149:627-637.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/466/colors/pdf>
5. Leddin DJ, Enns R, Hilsden R, Plourde V, Rabeneck L, Saowski DC, et al. Canadian Association of Gastroenterology position statement on screening individuals at average risk for developing colorectal cancer: 2010. *Can J Gastroenterol* 2010;24(12):705-712.
https://www.cag-acg.org/uploads/position_statement_colorectal_screening.pdf



CANCERS : CANCER DE LA PROSTATE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer de la prostate

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

Se réfère aux lignes directrices émises par le Collège des médecins du Québec en 2013. [2]

Les médecins :

- Doivent, étant donné les incertitudes, informer les patients des avantages et des inconvénients du dépistage, à l'aide d'outils d'aide à la décision, afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée d'y avoir recours ou non
- Doivent envisager le dépistage chez les patients âgés de 55 à 70 ans avec une espérance de vie de plus de 10 ans
- Ne doivent pas proposer le dépistage aux hommes de plus de 70 ans ou ceux dont l'espérance de vie est estimée à moins de 10 ans
- Peuvent envisager le dépistage avant 55 ans pour les patients à plus haut risque de cancer de la prostate (antécédents familiaux ou race noire)
- Devraient faire un toucher rectal aux patients qui optent pour le dépistage, en plus du test de l'antigène prostatique spécifique (APS)

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, 2013 [2]

Les médecins :

- Doivent envisager le dépistage du cancer de la prostate chez leurs patients âgés de 55 à 70 ans ayant une espérance de vie de plus de 10 ans et peuvent l'envisager avant l'âge de 55 ans chez leurs patients à plus haut risque - antécédents familiaux ou de race noire (recommandation faible)
- Doivent, étant donné les incertitudes, informer ces patients des avantages et des inconvénients du dépistage, au moyen d'outils d'aide à la décision, afin que ces derniers décident de façon éclairée, de faire ou de ne pas faire de dépistage (recommandation forte)
- Ne doivent pas proposer le dépistage du cancer de la prostate à leurs patients âgés de plus de 70 ans, ni à ceux dont l'espérance de vie est estimée à moins de 10 ans. (recommandation forte)
- Devraient faire un toucher rectal aux patients qui optent pour le dépistage, en plus du test de l'antigène prostatique spécifique (APS) (recommandation faible)

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, 2014 [3]

Les hommes âgés de plus de 50 ans devraient demander à leur médecin :

- Quel est leur risque d'être un jour atteint d'un cancer de la prostate?
- Quels sont les bienfaits et les risques du test de l'APS?

CANCERS : CANCER DE LA PROSTATE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer de la prostate

GECSSP, 2014 [4]

- Recommandations concernent les adultes de la population générale
- Effets négatifs associés à la biopsie de la prostate : hématurie, infection, hospitalisation, décès
- Effets négatifs associés à la prostatectomie radicale : dysfonction érectile, incontinence urinaire, complications post-opératoires (infection, transfusion sanguine, nécessité d'une seconde chirurgie)
- Ne pas dépister le cancer de la prostate à l'aide du test de l'APS chez les hommes âgés de moins de 55 ans (forte recommandation) en raison de :
 - Faible incidence du cancer de la prostate et de mortalité associée à ce cancer dans ce groupe d'âge
 - Manque de preuves quant aux avantages possibles
 - Preuves acceptables quant aux inconvénients potentiels
- De ne pas dépister le cancer de la prostate à l'aide du test de l'APS chez les hommes âgés de 55 à 69 ans (recommandation faible) en raison de :
 - Des données incertaines sur une faible réduction potentielle de mortalité par cancer
 - Inconvénients potentiels du dépistage (Faux positifs, biopsies inutiles, surdiagnostic, inconvénients secondaires aux traitements inutiles)
- De ne pas dépister le cancer de la prostate à l'aide du test de l'APS chez les hommes âgés de 70 ans et plus (forte recommandation) en raison de :
 - Espérance de vie
 - Manque de preuves quant aux avantages possibles
 - Preuves acceptables sur les inconvénients potentiels
- La grande force de la recommandation pour les hommes de moins de 55 ans et ceux de 70 ans et plus, indique que les cliniciens ne devraient pas discuter régulièrement du dépistage du cancer de la prostate
- La recommandation faible pour les hommes âgés de 55 à 69 ans suggère que les cliniciens pourraient discuter des risques et des avantages du dépistage et ses conséquences potentielles avec chaque homme de ce groupe, en tenant compte de leurs valeurs et préférences
 - Les hommes qui accordent une haute importance à la possibilité d'une faible réduction de la mortalité et sont moins préoccupés par les effets indésirables pourraient choisir d'être dépistés
- Population à haut risque :
 - Absence de données démontrant que les avantages ou inconvénients du dépistage diffèrent chez cette population par rapport aux hommes de la population générale
 - Cliniciens pourraient vouloir discuter des avantages et des inconvénients du dépistage avec les hommes à risque plus élevé, en tenant compte, de manière explicite, de leurs valeurs et préférences
- Le toucher rectal n'est pas recommandé

CANCERS : CANCER DE LA PROSTATE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer de la prostate

USPSTF, 2012 [5]

- Recommandations concernent les hommes de la population générale, asymptomatiques
- Ne pas utiliser le test de l'antigène prostatique spécifique (APS) pour dépister le cancer de la prostate
 - Avantages du dépistage :
 - Réduction de la mortalité secondaire au cancer de la prostate, 10 à 14 ans après le dépistage basé sur l'APS, est, au plus, très faible, même chez les hommes faisant partie du groupe d'âge optimal (55 à 69 ans)
 - Aucune étude ne permet d'évaluer les avantages autres que la réduction de la mortalité (par exemple, diminuer la proportion de cancer avec métastases symptomatiques subséquentes)
 - Inconvénients du dépistage :
 - Douleur, fièvre, saignement, infection et difficultés urinaires transitoires associées à la biopsie
 - Répercussions psychologiques d'un test faussement positif
 - Surdiagnostic (une proportion importante des hommes qui ont un cancer asymptomatique détecté par le dosage de l'APS ont une tumeur qui, soit ne va pas progresser, ou va progresser si lentement qu'elle serait demeurée asymptomatique)
 - Inconvénients du traitement : dysfonction érectile, incontinence urinaire, dysfonction intestinale et risque légèrement accru de mort prématurée
 - Les avantages du dépistage à l'aide du test de l'APS n'excèdent pas les inconvénients
- Données sont insuffisantes pour se prononcer sur le rapport avantages/inconvénients du dépistage chez les hommes ayant un risque accru de cancer de la prostate (hommes de race noire et ceux ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate)
- Les médecins ne devraient pas offrir ou prescrire un test de l'APS en vue d'un dépistage de la prostate à moins d'être prêts à s'engager dans une démarche d'aide à la décision de manière à ce que la personne puisse prendre une décision éclairée

CANCERS : CANCER DE LA PROSTATE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer de la prostate

Intervention suggérée dans le bilan de santé

- Chez les hommes âgés de 40 ans et plus, l'infirmière vérifie si la personne présente des facteurs de risque pour le cancer de la prostate :
 - Histoire familiale de cancer de la prostate (parents du 1^{er} et 2^e degré)
 - Origine afro-américaine
- Chez les hommes âgés de 40 à 54 ans avec facteurs de risque pour le cancer de la prostate et tous les hommes âgés de 55 à 70 ans, l'infirmière vérifie s'ils ont des préoccupations concernant le cancer de la prostate et son dépistage
- Chez les hommes, âgés de 40 ans et plus, ayant un ou des facteurs de risque pour le cancer de la prostate, et chez les hommes âgés de 55 à 70 ans ayant des préoccupations relatives au cancer de la prostate, l'infirmière :
 - Explore les connaissances que la personne possède au sujet du cancer de la prostate et complète l'information au besoin
 - Discute de la nature des tests de dépistage ainsi que les avantages et les inconvénients du dépistage
 - Explore les préférences de la personne quant au dépistage
- L'infirmière oriente vers le médecin ou l'IPSPL, les hommes :
 - À risque plus élevé du cancer de la prostate
 - Qui désirent un test de dépistage

CANCERS : CANCER DE LA PROSTATE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer de la prostate

Justification de l'intervention proposée

- Les organismes s'entendent sur le fait qu'un dépistage du cancer de la prostate ne devrait être proposé que dans la mesure où les conditions suivantes sont présentes :
 - Les avantages et les inconvénients ont été expliqués
 - Une aide à la décision est offerte
 - La personne est en mesure de prendre une décision éclairée
- Les organismes s'entendent également sur le fait de ne pas dépister le cancer de la prostate chez les hommes âgés de moins de 55 ans (à moins de présenter un risque accru), ni chez les hommes âgés de plus de 70 ans
- Il existe des divergences quant à la nécessité d'offrir un test de dépistage ou de discuter de la pertinence du dépistage chez les hommes âgés de 55 à 70 ans et chez les hommes à risque
- Lors du bilan de santé, l'infirmière vérifie chez les hommes à risque et chez ceux âgés de 55 à 70 ans leurs préoccupations relatives au cancer de la prostate et son dépistage et discute le cas échéant des avantages et des inconvénients du dépistage. Cette approche a été adoptée car :
 - Certains hommes peuvent se percevoir comme étant vulnérables au cancer de la prostate (en raison des antécédents familiaux ou autres facteurs) et peuvent souhaiter réduire leur risque
 - Les informations véhiculées dans la population relativement au dépistage du cancer de la prostate varient. La Société canadienne du cancer encourage les hommes âgés de plus de 50 ans à discuter du cancer de la prostate et de son dépistage avec leur médecin. [3] Plusieurs hommes peuvent être confus quant à la pertinence du dépistage ou souhaiter être dépistés (en ayant ou pas les informations nécessaires à la prise de décision)
- L'infirmière explore également les préférences de la personne quant au dépistage et l'oriente au besoin vers le médecin ou l'IPSP. Des outils d'aide à la décision sont suggérés. Ceci permet :
 - De respecter les préférences de la personne
 - À la personne de bénéficier de temps pour réfléchir sur sa décision et d'en discuter à nouveau avec un autre professionnel de la santé (dans le souci d'une décision éclairée)

CANCERS : CANCER DE LA PROSTATE

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Collège des médecins du Québec. Le dépistage du cancer de la prostate - mise à jour 2013. Collège des médecins du Québec; 2013. p. 1-33.
<http://www.cmq.org/fr/RSSFeeds/~media/Files/Lignes/Lignes-depistage-cancer-prostate-2013.pdf>
3. Société canadienne du cancer. *Test de l'antigène prostatique spécifique (APS)*: 2014.
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/tests-and-procedures/prostate-specific-antigen-psa/?region=qc>
4. Canadian Task Force on Preventive Health Care: Bell N, Gorber SC, Shane A, Joffres M, Singh H, et al. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. CMAJ 2014;DOI:10.1503/cmaj.140703:1-10.
<http://www.cmaj.ca/content/early/2014/10/27/cmaj.140703.full.pdf>
5. Moyer VA on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2012; 157: 120-134.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/923/prostatefinalrs/pdf>



CANCERS : CANCER DE LA PEAU

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer de la peau

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

Se réfère à l'Association des dermatologues du Québec [2]

- Dépistage du cancer de la peau est particulièrement indiqué chez les individus avec des facteurs de risque tels que ceux qui :
 - Sont blonds ou roux, aux yeux bleus, ou avec des taches de rousseur
 - Ont une histoire personnelle ou familiale de mélanome
 - Ont une histoire personnelle de carcinomes cutanés
 - Ont des évidences de dommages solaires (kératoses actiniques, etc.)
 - Ont plusieurs naevus, surtout s'ils sont atypiques
 - Sont immunosupprimés
 - Fréquentent ou ont fréquenté les salons de bronzage
 - Ont eu des traitements de photothérapie
 - Ont des activités et loisirs à l'extérieur
 - Ont eu des coups de soleil en bas âge, une exposition solaire intermittente (mélanome) et chronique (carcinome)

ASSOCIATION DES DERMATOLOGISTES DU QUÉBEC, 2012 [2]

- Dépistage des cancers cutanés et en particulier du mélanome, par les omnipraticiens lors de l'examen périodique
- Ce dépistage est particulièrement indiqué chez les individus avec des facteurs de risque tels que ceux qui :
 - Sont blonds ou roux, aux yeux bleus, ou avec des taches de rousseur
 - Ont une histoire personnelle ou familiale de mélanome
 - Ont une histoire personnelle de carcinomes cutanés
 - Ont des évidences de dommages solaires (kératoses actiniques, etc.)
 - Ont plusieurs naevus, surtout s'ils sont atypiques
 - Sont immunosupprimés
 - Fréquentent ou ont fréquenté les salons de bronzage
 - Ont eu des traitements de photothérapie
 - Ont des activités et loisirs à l'extérieur
 - Ont eu des coups de soleil en bas âge, une exposition solaire intermittente (mélanome) et chronique (carcinome)
- Dépistage à l'aide d'un examen cutané visuel en portant une attention particulière au dos des hommes de ≥ 50 ans et aux membres inférieurs des femmes (ce sont à ces sites anatomiques que les mélanomes se retrouvent le plus souvent)

USPSTF, 2009 [3]

Révision en cours (2015)

- Concernant le dépistage précoce des cancers de la peau (mélanome, carcinomes basocellulaires ou épidermoïdes) dans la population générale, les données sont insuffisantes pour évaluer le rapport avantages/inconvénients et émettre des recommandations sur :
 - Examen complet de la peau fait par un clinicien de première ligne
 - Auto-examen de la peau par un patient

CANCERS : CANCER DE LA PEAU

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling sur l'exposition au soleil

CMQ/DSP-ASSS-MTL, 2014 [1]

- Favoriser la protection solaire, en encourageant les gens à :
 - Utiliser des écrans solaires de FPS 30 et plus
 - Porter des vêtements protecteurs (chapeau, etc.)
 - Éviter de s'exposer au soleil entre 10 h et 15 h

USPSTF, 2012 [4]

- Counseling chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes jusqu'à 24 ans, à la peau pâle, à l'effet de :
 - minimiser l'exposition aux rayons ultraviolets pour réduire le risque de cancer de la peau
- Données sont insuffisantes pour évaluer le rapport avantages/inconvénients et émettre des recommandations sur le counseling chez les personnes âgées de plus de 24 ans

CMFC, 2010 [5]

Counseling chez les adultes :

- Éviter l'exposition au soleil (mi-journée) et utiliser des vêtements protecteurs
- Utiliser un écran solaire

CANCERS : CANCER DE LA PEAU

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du cancer de la peau et counseling sur l'exposition au soleil

Intervention suggérée dans le bilan de santé

- Chez tous les adultes, l'infirmière vérifie si la personne :
 - A des préoccupations à l'égard du cancer de la peau
 - S'expose au soleil et si elle utilise une protection solaire
 - A noté des changements au niveau d'une tache cutanée
 - A des antécédents familiaux de mélanome chez un parent du 1^{er} ou du 2^e degré
- L'infirmière explore les connaissances de la personne sur les effets de l'exposition du soleil sur la peau et des moyens de se protéger de l'exposition au soleil et complète l'information au besoin
- L'infirmière procède à l'examen de la peau si un changement au niveau d'une tache est rapporté par la personne.
- L'infirmière oriente vers le médecin ou l'IPSP les personnes ayant :
 - Une lésion cutanée suspecte
 - Des antécédents familiaux de mélanome et ayant besoin d'un suivi (examen périodique de la peau) ou d'un counseling

Justification de l'intervention proposée

- Les recommandations relatives au dépistage systématique du cancer de la peau diffèrent selon les organismes. L'Association canadienne des dermatologistes du Québec se prononce en faveur du dépistage des cancers cutanés en première ligne par les omnipraticiens; elle suggère de profiter de l'opportunité qu'offre l'examen physique pour effectuer un examen visuel de la peau. Le USPSTF mentionne que les données quant à l'efficacité du dépistage à l'aide de l'examen complet de la surface cutanée par un clinicien sont limitées
 - Le bilan de santé diffère d'un examen médical périodique. L'infirmière ne procède pas à un examen physique complet mais effectue certains examens ciblés (par ex. mesurer la pression artérielle). L'examen visuel de toute la surface cutanée devient difficile à effectuer dans ce contexte
 - L'examen par l'infirmière des lésions où des changements ont été notés par la personne permet un dépistage ciblé
- Les organismes recommandent généralement le counseling sur l'exposition au soleil; la plupart des organismes recommandent le counseling pour tous les adultes (USPSTF recommande le counseling chez les jeunes, les données étant insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité du counseling chez les adultes plus âgés)
 - Nous avons opté pour le counseling chez tous les adultes étant donné que l'intervention est peu coûteuse, l'incidence du cancer de la peau est en augmentation [2] et qu'il n'y a pas d'inconvénients pour la personne

CANCERS : CANCER DE LA PEAU

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Association des dermatologistes du Québec. Énoncé de position de l'Association des dermatologistes du Québec sur le dépistage des cancers cutanés par les omnipraticiens lors de l'examen médical périodique. Association des dermatologistes du Québec; 2012. p. 1-4.
http://www.adq.org/doc_publicue/Enonce_de_position_ADQ.pdf
3. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for skin cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2009; 150: 188-193.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/955/skincanrs/pdf>
4. Moyer VA on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling to prevent skin cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2012; 157: 59-65.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/962/skincancounsrs/pdf>
5. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf



IMMUNISATION

INTERVENTION CLINIQUE : Prévention des maladies évitables par la vaccination

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

- Réfère aux recommandations du Comité de l'immunisation du Québec rassemblées dans le *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ)
- Un adulte jamais vacciné doit recevoir une série primaire complète

USPSTF [2]

- Réfère au *Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*
- Voir : <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html>

MSSS, 2014 [3]

- Le *Protocole d'immunisation du Québec* représente la norme de pratique professionnelle en matière d'immunisation au Québec
- Il définit les calendriers vaccinaux (primovaccination, vaccination de base chez les adultes) ainsi que les indications de procéder à l'administration de certains vaccins selon les risques inhérents au travail, aux voyages à l'étranger, au mode de vie et à l'âge
- Voir : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq_complet.pdf

MSSS, 2008 [4]

- Vaccination de base : diphtérie, poliomyélite, rougeole, rubéole, infections à *Haemophilus influenzae* de type B, oreillons, coqueluche, tétanos, varicelle, pneumocoque et méningocoque du groupe C, influenza
- Vaccination des personnes appartenant à des groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec : hépatites A et B, pneumocoque, influenza
- Développement des stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal

IMMUNISATION

INTERVENTION CLINIQUE : Prévention des maladies évitables par la vaccination

CMFC, 2010 [5]

- Se réfère aux recommandations du *National Advisory Committee on Immunization* du Canada
- Vacciner contre le tétanos : toutes les personnes (dose de rappel tous les 10 ans si la personne a reçu la vaccination de base)
- Vacciner contre la coqueluche : administrer une dose du vaccin acellulaire si la personne n'a pas reçu une dose dans le passé
- Vacciner contre le pneumocoque :
 - Toutes les personnes âgées de 65 ans et plus
 - Les personnes âgées de plus de 5 ans à haut risque (les conditions sont précisées)
- Vacciner annuellement contre l'influenza :
 - Les personnes à risque élevé de complications associées à l'influenza et celles plus susceptibles d'être hospitalisées (les conditions sont précisées) – dont toutes les personnes âgées de 65 ans et plus
 - Les personnes susceptibles de transmettre le virus de l'influenza aux personnes à haut risque (les conditions sont précisées)
 - Encourager les personnes en santé âgées de 5 à 64 ans, en l'absence de contre-indications, à se faire vacciner
- Vacciner contre la rubéole :
 - Les femmes en âge de procréer non-enceintes (à moins d'une preuve écrite confirmant la vaccination antérieure ou une sérologie positive)
 - La décision de vacciner universellement ou de vérifier le statut vaccinal à l'aide d'une sérologie avant de vacciner dépend de l'organisation de la pratique médicale (il n'est toutefois pas recommandé de procéder à une recherche d'anticorps si cela induit un retard dans la vaccination requise)
- Vacciner contre la varicelle :
 - Les personnes susceptibles à l'infection (déterminer le statut par l'histoire ou la sérologie), incluant entre autres les femmes en âge de procréer non enceintes et les nouveaux immigrants en provenance des pays ayant un climat tropical
- Vacciner contre l'herpès zoster : toutes les personnes âgées de 60 ans et plus, en l'absence de contre-indications (pour prévenir l'infection et ses complications)
- Vacciner contre le méningocoque : Personnes âgées de 2 à 25 ans à risque élevé (les conditions sont précisées)
- Vacciner contre le virus du papillome humain :
 - La vaccination est recommandée chez les filles âgées de 9 à 13 ans
 - La vaccination peut être bénéfique aux femmes âgées de 14 à 26 ans même si elles sont déjà actives sexuellement

IMMUNISATION

INTERVENTION CLINIQUE : Prévention des maladies évitables par la vaccination

Intervention suggérée dans le bilan de santé

Le guide de pratique pour un bilan de santé s'adresse normalement à des hommes ou des femmes adultes en bonne santé, sans symptômes graves ou maladies préétablies, non-enceintes. Le bilan ne couvre pas les indications particulières d'immunisation pour : les personnes souffrant de maladies chroniques diagnostiquées; une situation d'emploi ou de stage (travailleurs de la santé); les voyages

Les interventions en matière d'immunisation prévues dans le bilan de santé reposent sur les recommandations définies dans le *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ) – l'importance de vérifier les mises à jour est soulignée dans le guide de pratique

Voir l'Algorithme Prévention des maladies évitables par la vaccination (immunisation)

- L'infirmière s'informe du statut vaccinal chez tous les adultes (idéalement, à l'aide de leur carnet de vaccination)
- Elle détermine s'il y a lieu de :
 - Compléter la vaccination de base
 - Administrer une dose de rappel (tétanos)
 - Administrer un vaccin selon des conditions spécifiques définies dans le PIQ
- Chez les personnes chez qui une vaccination serait souhaitable, l'infirmière :
 - Vérifie les connaissances que possède la personne sur la vaccination et complète, s'il y a lieu, les informations de base
 - Informe les adultes concernés que des vaccins peuvent être recommandés selon certaines conditions, certaines circonstances ou selon l'âge (définis dans le PIQ)
 - Informe les personnes en termes clairs des risques et des avantages du ou des vaccins qui seront administrés
 - Obtient un consentement éclairé (que ce soit un accord ou un refus à l'égard de la vaccination)
 - Selon les milieux cliniques, l'infirmière peut procéder à la vaccination ou diriger la personne vers son CSSS (équipe de vaccination) ou à une clinique médicale ou de santé-voyage si le vaccin à administrer ne fait pas partie des programmes soutenus financièrement par le gouvernement

Justification de l'intervention proposée

- Les recommandations contenues dans ce guide suivent rigoureusement celles du *Protocole d'immunisation du Québec* qui est la norme de pratique professionnelle en matière d'immunisation au Québec
- Étant donné les ressources existantes nous avons opté, en ce qui concerne la prévention des maladies évitables par la vaccination, pour informer les adultes sur la vaccination de base, prioriser les doses de rappel de vaccins (ex. : tétanos) et informer les adultes sur les vaccins prévus pour des situations spécifiques

IMMUNISATION

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. U.S. Preventive Services Task Force. *Immunizations for adults*.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/InactiveTopic/232>
3. Groupe de travail sur l'acte vaccinal. Protocole d'immunisation du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 2013, mise à jour 2014. p. 1-505.
http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq_complet.pdf
4. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Gouvernement du Québec; 2008. p. 1-103.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
5. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf



TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : SANTÉ OSSEUSE

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling sur les habitudes de vie (activité physique, apport en calcium et en vitamine D)

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

- Se réfère aux recommandations de la Société d'ostéoporose du Canada (SOC) [5]

Activité physique

- Encourager la pratique d'activités physiques, en particulier des exercices contre la gravité, avec impact, ou en utilisant des poids

Apport en calcium et en vitamine D

- Personnes > 50 ans sans ostéoporose : il est recommandé un apport adéquat en calcium (1200 mg/jour) et en vitamine D (800 à 1000 UI/jour) pour prévenir les fractures ostéoporotiques
- Personnes < 50 ans sans ostéoporose : une alimentation selon le Guide alimentaire canadien devrait suffire
- Ne pas dépasser 500 mg/jour de supplément de calcium
- Un supplément de vitamine D est à considérer en période hivernale, de faible exposition au soleil

CMFC, 2010 [2]

Activité physique

- Pratiquer des activités physiques d'intensité modérée, ≥ 30 min/jour, à presque tous les jours (contribue à la prévention de l'ostéoporose)

Apport en calcium et en vitamine D

- Se réfère aux recommandations de la SOC [5] :
 - Besoins quotidiens en calcium : 1000 à 1500 mg de calcium élémentaire (prévient l'ostéoporose) - 1200 mg chez ≥ 50 ans. Si l'apport alimentaire ne suffit pas, un supplément devrait être envisagé
 - Vitamine D prévient l'ostéoporose et les fractures de la hanche
 - Personnes à faible risque de déficit en vitamine D : supplément quotidien de 400 à 1000 UI
 - Personnes ≥ 50 ans et à risque modéré de déficit en vitamine D : supplément quotidien de 800 à 1000 UI
- Se réfère également aux recommandations de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada :
 - Chez les femmes ménopausées
 - Besoins quotidiens en calcium élémentaire : 1500 mg
 - Supplément de vitamine D : 800 UI

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : SANTÉ OSSEUSE

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling sur les habitudes de vie (activité physique, apport en calcium et en vitamine D)

GECSSP, 2004 [3]

Recommandations concernent les femmes ménopausées, sans diagnostic d'ostéoporose

Activité physique

- Pratiquer des activités physiques, au moins 20-30 minutes/jour, 3 fois/semaine

Apport en calcium et en vitamine D

- Apport quotidien adéquat en calcium (1000-1500 mg) et en vitamine D (400 à 800 UI)

KINO-QUEBEC, 2008 [5]

Activité physique

- Pratiquer régulièrement des activités imposant des contraintes mécaniques inhabituelles : activités de locomotion avec support du poids corporel; celles avec sauts et impacts; exercices de musculation avec toute forme de résistance

USPSTF, 2013 [4]

Activité physique

Aucune recommandation spécifique concernant la santé osseuse

Apport en calcium et en vitamine D

Recommandations concernent les adultes asymptomatiques, vivant à domicile, sans histoire antérieure de fractures, sans ostéoporose ni déficit en vitamine D

L'effet évalué : la prévention primaire des fractures

- Données insuffisantes pour conclure sur l'efficacité de la prise quotidienne de :
 - Suppléments de calcium et de vitamine D chez les hommes et les femmes préménopausées
 - Supplément de calcium > 1000 mg et vitamine D > 400 UI chez les femmes ménopausées
- La prise quotidienne d'un supplément de calcium ≤ 1000 mg et vitamine D ≤ 400 UI chez les femmes ménopausées n'est pas recommandée

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : SANTÉ OSSEUSE

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling sur les habitudes de vie (activité physique, apport en calcium et en vitamine D)

SOCIÉTÉ D'OSTÉOPOROSE DU CANADA, 2010 [6] [7]

Activité physique

- Exercices contre résistance adaptés à l'âge et aux capacités fonctionnelles
- Exercices aérobiques avec mise en charge pour les personnes avec ou à risque d'ostéoporose
- Exercices pour améliorer la stabilité axiale chez les personnes ayant une fracture vertébrale
- Exercices d'équilibre pour les personnes à risque de chute

Apport en calcium et en vitamine D

- Personnes âgées > 50 ans : apport quotidien (aliment et supplément) en calcium élémentaire de 1200 mg
- Personnes en bonne santé présentant un faible risque de déficit en vitamine D : supplément quotidien de 400 à 1000 UI de vitamine D₃
- Personnes > 50 ans présentant un risque modéré de déficit en vitamine D : supplément quotidien de 800 – 1000 UI de vitamine D₃ (et possibilité de doses plus élevées)

INSTITUTE OF MEDICINE, 2011 [8]

Apport en calcium et en vitamine D

- Besoins nutritionnels en calcium :
 - Adultes de 19 à 50 ans et hommes de 51 à 50 ans : 1000 mg/jour
 - Femmes de 51 à 70 ans et adultes de plus de 70 ans : 1200 mg/jour
- Besoins nutritionnels en vitamine D :
 - Adultes de 19 à 70 ans : 600 UI/jour
 - Adultes de plus de 70 ans : 800 UI/jour
- Suppléments en calcium et en vitamine D : aucune recommandation d'une prise systématique d'un supplément en calcium ou en vitamine D

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : SANTÉ OSSEUSE

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling sur les habitudes de vie (activité physique, apport en calcium et en vitamine D)

Intervention suggérée dans le bilan de santé

Cette intervention s'inscrit dans une démarche intégrée de prévention des traumatismes liés aux chutes comprenant trois axes d'intervention : favoriser une santé osseuse; détecter la fragilité osseuse; prévenir les chutes.

- L'infirmière vérifie chez tous les adultes :
 - L'alimentation et particulièrement, l'apport en calcium et en vitamine D
 - La prise de suppléments vitaminiques
 - La pratique d'activités physiques et particulièrement celles avec mise en charge, avec impact et de renforcement musculaire
 - Le statut tabagique et la consommation d'alcool
- L'infirmière effectue du counseling, s'il y a lieu, sur :
 - L'apport en calcium et en vitamine D pour combler les besoins nutritionnels recommandés selon l'âge et le sexe
 - La pratique d'activités physiques (exercices avec mise en charge, avec impact et de renforcement musculaire) adaptées pour la condition de santé et l'âge de la personne
 - La cessation tabagique et la consommation d'alcool à faible risque
- Chez les adultes dont l'alimentation ne parvient pas à combler les besoins nutritionnels en calcium, l'infirmière suggère la prise d'un supplément de calcium sous forme de carbonate ou de citrate (qui n'excède pas 500 mg par jour de calcium élémentaire) de manière à combler les besoins nutritionnels requis selon l'âge et le sexe. Elle réfère la personne au pharmacien à ce sujet. La prise d'un supplément de vitamine D est à considérer avec la prise d'un supplément de calcium.
- Chez les adultes dont l'apport quotidien n'est pas suffisant pour combler les besoins nutritionnels en vitamine D, l'infirmière suggère la prise d'un supplément de vitamine D₃ (400 à 800 UI par jour) de manière à combler les besoins nutritionnels requis selon l'âge et le sexe. Elle réfère la personne au pharmacien à ce sujet. La prise d'un supplément de vitamine D peut s'accompagner d'une prise d'un supplément de calcium dans la situation où l'apport alimentaire en calcium est insuffisant pour combler les besoins nutritionnels.

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : SANTÉ OSSEUSE

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling sur les habitudes de vie (activité physique, apport en calcium et en vitamine D)

Justification de l'intervention proposée

- Le counseling en matière de santé osseuse concerne tous les adultes étant donné que la croissance de la masse osseuse est la plus marquée avant et pendant la puberté et qu'elle se poursuit chez les jeunes adultes. Par la suite, l'objectif est de maintenir la masse osseuse et de ralentir son déclin ainsi que le processus de fragilisation de la microarchitecture osseuse qui survient avec l'avancement en âge. [5]

Activité physique

- Il existe un consensus sur le fait que ce sont les activités physiques qui occasionnent une tension sur l'os qui sont susceptibles d'augmenter la résistance osseuse

Apport en calcium et en vitamine D

- Tous les organismes s'entendent sur le fait que le calcium et la vitamine D sont deux nutriments essentiels pour la santé osseuse. Les divergences portent principalement sur l'utilisation des suppléments de calcium et de vitamine D (leur indication et la dose).
- Les évidences sont contradictoires quant à l'efficacité de la prise d'un supplément de vitamine D, seule ou en association avec un supplément de calcium, pour un objectif de santé autre que celui de favoriser la santé osseuse. [4] [7] [8] [9] [10] [11]
- Les recommandations mises de l'avant dans le bilan de santé sont essentiellement conformes à celles émises par l'*Institute of Medicine* (organisme responsable d'émettre les recommandations en matière de besoins nutritifs pour assurer la santé de la population générale au Canada).
- La consultation individuelle rend possible l'évaluation de l'apport en calcium et en vitamine D et permet d'adapter les recommandations quant à la prise d'un supplément selon les besoins spécifiques à chaque personne.
- Les personnes ayant une condition les mettant à risque d'ostéoporose ou de fracture seront identifiées. Ces personnes seront orientées vers le médecin répondant ou IPSLPL qui pourra ajuster, le cas échéant, l'apport en calcium et en vitamine D.
- La Société d'Ostéoporose du Canada recommande un supplément de vitamine D sous la forme D₃ : selon cet organisme cette forme serait plus efficace que la forme D₂. [7] *Institute of Medicine* mentionne, quant à elle, que les deux formes, après avoir été transformées au niveau hépatique et rénal en calcitriol (forme active de la vitamine D), ont le même potentiel d'action. [8] Nous avons adopté la position de l'*Institute of Medicine* : aucune forme spécifique de supplément de vitamine D (D₂ ou D₃) n'a été suggérée
- Il peut être opportun d'ajouter un supplément de vitamine D s'il y a nécessité d'une prise d'un supplément calcique du fait que :
 - Un apport alimentaire insuffisant en calcium s'accompagne généralement d'un apport alimentaire insuffisant en vitamine D (la synthèse de vitamine D secondaire à l'exposition au soleil peut cependant compléter l'apport alimentaire chez certaines personnes)
 - La vitamine D favorise l'absorption intestinale et diminue l'excrétion rénale du calcium
 - On a rapporté une augmentation du risque d'événements coronariens avec la prise seule de suppléments de calcium. [12] Comme cette association n'a pas été rapportée avec la prise concomitante de suppléments de vitamine D et de calcium, il peut être prudent d'associer les deux suppléments

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : SANTÉ OSSEUSE

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/_PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Canadian Task Force on Preventive Health Care : Cheung AM, Feig DS, Kapral M, Diaz-Granados N, Dodin S. Prevention of osteoporosis and osteoporotic fractures in postmenopausal women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2004;170(11):1-9.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2004/05/21/170.11.1665.DC1/170-11-1665.pdf>
4. Moyer VA pour U.S. Preventive Services Task Force. Vitamin D and calcium supplementation to prevent fractures in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2013; 158: 691-696.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=1655858>
5. Blanchet C, Thibault G. Activité physique et santé osseuse. Avis du Comité scientifique de Kino-Québec. Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport, gouvernement du Québec; 2008. p. 1-40.
<http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/santeosseuse.pdf>
6. Papaionnou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada – Sommaire. JAMC. 2010;182(17):1-11.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2011/08/02/cmaj.100771.DC3/francais.pdf>
7. Guidelines Committee of the Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada: Hanley DA, Cranney A, Jones G, Whiting SJ, Leslie WD, et al. Vitamine D in adult health and disease: a review and guideline statement from Osteoporosis Canada. CMAJ 2010;182(12):E610-E8.
<http://www.cmaj.ca/content/182/12/E610.full.pdf>
8. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13050

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : SANTÉ OSSEUSE

9. Reid IR, Bolland MJ, Grey A. Effects of vitamin D supplements on bone mineral density: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2014; 383 (9912): 146-55.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613616475>
10. Theodoratou E, Tzoulaki I, Zgaga L, Ioannidis JP. Vitamin D and multiple health outcomes: umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of observational studies and randomised trials. *BMJ* 2014; 348(g2035):1-19.
<http://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.g2035.full.pdf>
11. Moyer VA pour U.S. Preventive Services Task Force. Vitamin, mineral and multivitamin supplements for the primary prevention of cardiovascular disease and cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014: 1-8.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf14/vitasupp/vitasuppfinalrs.pdf>
12. Bolland MJ, Avenell A, Baron JA, Grey A, MacLennan GS, Gamble GD, et al. Effect of calcium supplements on risk of myocardial infarction and cardiovascular events: meta-analysis. *BMJ* 2010;341(c3691):1-9.
<http://www.bmj.com/content/bmj/341/bmj.c3691.full.pdf>



TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : FRAGILITÉ OSSEUSE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister l'ostéoporose

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

Se réfère aux recommandations de la Société d'ostéoporose du Canada émises en 2010 [5]

- Rechercher chez les personnes > 50 ans, les facteurs de risque d'ostéoporose
- Mesurer la densité minérale osseuse (DMO) en présence des facteurs de risque :
 - Âge > 65 ans
 - Fracture vertébrale par écrasement
 - Fracture de fragilisation après l'âge de 40 ans
 - Antécédents familiaux de fractures ostéoporotiques (surtout une fracture de hanche chez la mère)
 - Thérapie systémique aux glucocorticoïdes pour > 3 mois
 - Autres : syndrome de malabsorption, hyperparathyroïdie primaire, tendance aux chutes, ostéopénie apparente sur une radiographie, hypogonadisme, ménopause précoce (< 45 ans)
 - Arthrite rhumatoïde, antécédents d'hyperthyroïdie clinique, thérapie chronique aux anticonvulsivants ou à l'héparine, faible apport alimentaire en calcium, tabagisme, consommation excessive d'alcool (≥ 3 verres/ jour) ou de caféine, poids corporel < 60 kg, perte pondérale > 10 % du poids corporel depuis l'âge de 25 ans
- Rechercher une fracture vertébrale à l'aide d'une radiographie si perte staturale > 2 cm récente ou > 6 cm à vie, cyphose ou douleur dorsale incapacitante
- Évaluer le risque global de fracture à l'aide de la grille de calcul FRAX adaptée au Canada

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : FRAGILITÉ OSSEUSE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister l'ostéoporose

CMFC, 2010 [2]

Se réfère aux recommandations du GECSSP émises en 2004 [3]

Les recommandations concernent les femmes ménopausées

- Dépister l'ostéoporose avec technique DEXA chez les femmes ménopausées en présence de l'un des facteurs suivants :
 - Âge > 65 ans
 - Histoire antérieure de fracture
 - Score ≥ 9 au questionnaire *Osteoporosis Risk Assessment Instrument* ou score ≥ 6 au questionnaire SCORE

Se réfère également aux recommandations de la Société d'Ostéoporose du Canada émises en 2010 [5]

- Indications pour mesurer la DMO :
 - Personnes âgées ≥ 65 ans
 - Femmes ménopausées et hommes âgés de 50 à 64 ans ayant des risques cliniques de fracture :
 - Fracture de fragilité après l'âge de 40 ans
 - Utilisation prolongée des glucocorticoïdes ou d'autres médicaments à haut risque
 - Fracture de la hanche chez un parent
 - Fracture vertébrale ou ostéopénie identifiées sur une radiographie
 - Tabagisme actuel
 - Consommation importante d'alcool
 - Poids faible (< 60 kg) ou perte de poids importante (> 10 % du poids à l'âge de 25 ans)
 - Arthrite rhumatoïde et autres conditions associées fortement à l'ostéoporose
 - Personnes âgées < 50 ans ayant l'une des conditions suivantes :
 - Fracture de fragilité
 - Utilisation prolongée des glucocorticoïdes ou d'autres médicaments à haut risque
 - Syndrome de malabsorption
 - Hypogonadisme ou ménopause précoce (avant l'âge de 45 ans)
 - Hyperparathyroïdie
 - Autres conditions pouvant être associées à une perte osseuse rapide ou à un risque de fracture

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : FRAGILITÉ OSSEUSE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister l'ostéoporose

GECSPP, 2004 [3]

Ces recommandations concernent la plupart des femmes ménopausées, dans la population générale, vivant à domicile, y compris celles ayant les caractéristiques suivantes : ménarche tardive, ménopause précoce, faible apport en calcium, faible niveau d'activité physique, tabagisme, forte consommation d'alcool ou de caféine, faible poids corporel, histoire familiale d'ostéoporose ou de fractures ostéoporotiques, histoire d'hyperthyroïdie

- Rechercher une histoire antérieure de fracture comme facteur prédictif de fractures ostéoporotiques
- Utiliser l'outil SCORE ou ORAI pour prédire une faible DMO
- Dépister à l'aide de la mesure de la DMO pour prédire le risque de fracture
- Mesurer la DMO en utilisant la technique DEXA (*Dual-energy X-ray absorptiometry*) pour prévenir les fractures chez les femmes ménopausées ayant l'une des caractéristiques suivantes :
 - Âge ≥ 65 ans
 - Poids < 60 kg
 - Histoire antérieure de fracture
 - Score ≥ 9 au questionnaire *Osteoporosis Risk Assessment Instrument* ou score ≥ 6 au questionnaire SCORE
- Si la mesure de la DMO est normale lors du dépistage, le répéter dans 2 ans

USPSTF, 2011 [4]

Les recommandations s'appliquent à la population générale (personnes sans : fracture ostéoporotique, ostéoporose secondaire ou toute autre condition spécifique pouvant nécessiter une mesure de la DMO)

- Dépister l'ostéoporose à l'aide de la technique DEXA chez :
 - Femmes âgées ≥ 65 ans
 - Femmes âgées < 65 ans et qui ont un risque de fracture $\geq$ à celui des femmes âgées de 65 ans, de race blanche, sans autre facteur de risque (correspond à un risque de fracture sur 10 ans ≥ 9.3 % calculé à l'aide de l'outil FRAX adapté pour la population américaine)
- Les données sont insuffisantes pour déterminer s'il y a davantage de bénéfices ou d'inconvénients à dépister l'ostéoporose chez les hommes sans antécédent de fracture ou en l'absence de causes d'ostéoporose. Actuellement les évidences des bénéfices du dépistage chez les hommes ne sont pas démontrées en raison de l'absence d'études randomisées concernant l'efficacité du traitement pharmacologique en prévention primaire des fractures. Si on présume de l'efficacité du traitement, les hommes ayant un risque de fracture équivalent ou supérieur au risque des femmes de ≥ 65 ans, de race blanche, sans autre facteur de risque, seraient les plus susceptibles de bénéficier d'un dépistage de l'ostéoporose
- L'intervalle optimal entre deux tests de dépistage de l'ostéoporose n'est pas établi. L'intervalle devrait probablement être plus grand que 2 ans en raison des limites de la précision de la mesure. Une étude prospective a conclu que de répéter la mesure de la DMO après une période de 8 ans n'a pas augmenté la valeur prédictive de fractures si on la compare à la valeur de DMO initiale

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : FRAGILITÉ OSSEUSE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister l'ostéoporose

SOCIÉTÉ D'OSTÉOPOROSE DU CANADA, 2010 [5] [6] [7]

Ces recommandations concernent les femmes et les hommes âgés > 50 ans

- Dépister à chaque année les facteurs de risque d'ostéoporose et de fracture :
 - Évaluer les antécédents de chute dans les 12 mois précédents. S'il y a eu chute, faire une évaluation de risque multifactorielle, incluant la capacité de se lever d'une chaise sans utiliser les bras à l'aide du test *Get-up-and-Go* (voir Recommandations : Chutes)
- Dépister les fractures vertébrales :
 - Mesurer, à chaque année la taille, la distance côte-bassin et occiput-mur
 - Effectuer une radiographie thoracolombaire dans l'une des situations suivantes :
 - Perte prospective de la taille > 2 cm (ou perte cumulative rapportée > 6 cm)
 - Distance côte-bassin ≤ 2 doigts
 - Distance occiput-mur > 5 cm
- Mesurer la DMO à l'aide de la technique DEXA selon les critères suivants :
 - Personnes ≥ 65 ans
 - Personnes de 50 à 64 ans et femmes ménopausées avec un des critères :
 - Tabagisme actuel
 - Importante consommation d'alcool
 - Faible poids corporel (< 60 kg) ou perte de poids majeure (> 10 % du poids corporel à 25 ans)
 - Fracture de la hanche chez un parent
 - Fracture vertébrale ou ostéopénie identifiées sur une radiographie
 - Fracture de fragilisation après l'âge de 40 ans
 - Emploi prolongé de corticostéroïdes systémiques ou d'autres médicaments à risque élevé
 - Polyarthrite rhumatoïde ou autres problèmes de santé étroitement liés à une perte osseuse rapide et/ou des fractures
- Adultes < 50 ans ayant l'une des conditions suivantes :
 - Fracture de fragilisation
 - Utilisation prolongée de glucocorticoïdes ou d'autres médicaments à hauts risques
 - Hypogonadisme ou ménopause prématurée (< 45 ans)
 - Hyperparathyroïdie primitive ou autres problèmes de santé étroitement liés à une perte osseuse rapide et/ou des fractures
- Évaluer le risque de fracture à 10 ans en utilisant soit l'outil CAROC ou FRAX
- Répéter la mesure de la DMO selon le risque de fracture (faible : 5 ans; modéré ou élevé : 1 à 3 ans)

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : FRAGILITÉ OSSEUSE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister l'ostéoporose

Intervention suggérée dans le bilan de santé

Les interventions concernent les adultes âgés ≥ 50 ans et les femmes ménopausées, de la population générale, vivant à domicile, en l'**absence** de :

- Emploi prolongé de corticostéroïdes systémiques ou d'autres médicaments à risque élevé de déminéralisation
- Problèmes de santé étroitement liés à une perte osseuse rapide et/ou des fractures tels que l'hyperparathyroïdie, l'arthrite rhumatoïde, un syndrome de malabsorption, une immobilisation prolongée, etc.

Le dépistage de l'ostéoporose s'inscrit dans une démarche intégrée de prévention des traumatismes liés aux chutes comprenant trois axes d'intervention : favoriser une santé osseuse; détecter la fragilité osseuse; prévenir les chutes

- L'infirmière recherche annuellement les facteurs de risque d'ostéoporose et de fracture
- Elle vérifie annuellement si la personne a chuté dans la dernière année; si la personne a chuté, l'infirmière évalue les circonstances et les facteurs de risque de chute (Voir recommandations : Chutes)
- Elle mesure annuellement la distance côte-bassin et occiput-mur
- Elle initie une ostéodensitométrie, à un intervalle de cinq ans, chez :
 - Personnes âgées de ≥ 65 ans
 - Personnes âgées de 50 à 64 ans et les femmes ménopausées ayant au moins un des facteurs de risque d'ostéoporose ou de fracture
- L'infirmière calcule le risque de fracture à 10 ans à l'aide d'un outil standardisé (FRAX ou CAROC)
- Elle dirige la personne vers le médecin répondant ou l'IPSPL dans les situations suivantes :
 - Suspicion d'une fracture vertébrale non diagnostiquée :
 - Diminution de la taille (prospective > 2 cm; cumulative rapportée > 6 cm)
 - Distance côte-bassin ≤ 2 doigts
 - Distance occiput-mur > 5 cm
 - Antécédent personnel de fracture de fragilité
 - Ostéodensitométrie indique la présence d'une ostéoporose
 - Risque de fracture à 10 ans élevé ($> 20\%$) calculé à l'aide d'un outil standardisé (FRAX ou CAROC)

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : FRAGILITÉ OSSEUSE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépister l'ostéoporose

Justification de l'intervention proposée

- Comme le bilan de santé effectué par une infirmière s'adresse à une population générale sans pathologies nécessitant un suivi spécifique régulier, nous n'avons pas considéré les pathologies étroitement liées à une perte osseuse rapide, ou à un risque accru de fracture ou de chute dans le dépistage de l'ostéoporose
- La principale divergence entre les organismes concerne la pertinence de procéder au dépistage de l'ostéoporose chez les hommes en raison du peu d'études démontrant l'efficacité du traitement pharmacologique en prévention primaire des fractures chez ces derniers
- Les interventions préconisées dans le bilan de santé concernant le dépistage de l'ostéoporose chez les hommes sont basées sur les recommandations émises par la SOC pour les raisons suivantes :
 - La prévalence de l'ostéoporose chez les hommes, même si elle est moindre que chez les femmes, n'est pas négligeable [8]
 - Les fractures de fragilité chez les hommes entraînent davantage de mortalité [8] [9] et d'institutionnalisation que chez les femmes [8]
 - Il revient aux cliniciens de bien informer les hommes à risque élevé de fracture des avantages et des inconvénients du traitement pharmacologique et des incertitudes qui existent quant à leur efficacité en prévention primaire
 - D'autres mesures, non pharmacologiques, peuvent être proposées pour réduire le risque de fracture
- L'intervalle optimal entre deux dépistages n'est pas bien établi. Dans le cadre du bilan de santé, les personnes à risque modéré ou élevé de fracture sont dirigées vers le médecin répondant ou l'IPSP qui pourra déterminer s'il y a lieu de répéter la mesure de la DMO. Pour les personnes ayant un faible risque de fracture à 10 ans, l'intervalle retenu dans le cadre du bilan de santé est celui proposé par la SOC

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : FRAGILITÉ OSSEUSE

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/_PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Cheung AM, Feig DS, Kapral M, Diaz-Granados N, Dodin S, and Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of osteoporosis and osteoporotic fractures in postmenopausal women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ. 2004;170(11):1-9.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2004/05/21/170.11.1665.DC1/170-11-1665.pdf>
4. U.S Preventive Services Task Force. Screening for Osteoporosis: U.S. Preventive Services Task Force - Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2011;154:356-364.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/20227/0000605-201103010-00010.pdf>
5. Papaïonnou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada – Sommaire. JAMC. 2010;182(17):1-11.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2011/08/02/cmaj.100771.DC3/francais.pdf>
6. Ostéoporose Canada. Aide-mémoire : Lignes directrices de pratique clinique pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada. V-09-03-11e éd: Ostéoporose Canada; 2010. p. 1-2.
http://www.osteoporosecanada.ca/multimedia/pdf/Quick_Reference_Guide_October_2010_FR.pdf
7. Papaïonnou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. Background materials for 2010 Clinical Guidelines for the Diagnosis and Management of Osteoporosis in Canada. CMAJ 2011;182(17):appendix 1: 1-76.
http://www.cmaj.ca/content/suppl/2010/10/12/cmaj.100771.DC1/App_1_Jul_14_2011.doc.pdf
8. Cadarette SM, Burden AM. Burden of osteoporosis in Canada. RPC 2011; 144 (suppl. 1) : S3-S4.
9. Nelson HD, Haney EM, Dana T, Bougatsos C, Chou R. Screening for Osteoporosis: An Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2010; 153 (2) : 1-10.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=745907>



TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : CHUTES

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling sur les habitudes de vie (activités physiques, supplément de vitamine D)

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

Se réfère aux recommandations de l'INSPQ émises en 2011 [5]

- Chez les personnes à risque de chutes :
 - Exercices de renforcement musculaire et d'équilibre
 - Supplément de vitamine D (800 à 1000 UI)

SOCIÉTÉ D'OSTÉOPOROSE DU CANADA, 2010 [3]

- Les recommandations quant à la pratique d'activités physiques et la prise de vitamine D ont été émises principalement dans une perspective de prévention des fractures ostéoporotiques (voir section : Santé osseuse). Ces recommandations peuvent contribuer également à la prévention des chutes (exercices de renforcement musculaire et d'équilibre)

USPSTF, 2012 [2]

Recommandations concernent les personnes ≥ 65 ans, vivant à domicile, à risque accru de chutes

- Indicateurs pouvant identifier les personnes âgées à risque accru de chutes : histoire de chute, problème de mobilité, faible performance au test *Get-Up-and-Go*
- Recommande la pratique d'activités physiques (exercices de groupe; traitement de physiothérapie) : les preuves sont fortes quant aux bénéfices nets modérés dans la prévention des chutes
- Recommande la prise de suppléments de vitamine D (600 UI chez les personnes âgées de 65 à 70 ans; 800 UI chez les personnes > 70 ans) : les preuves sont modérées quant aux bénéfices nets modérés dans la prévention des chutes. Les bénéfices ont été démontrés lorsque la prise du supplément de vitamine D excédait une durée de 12 mois. L'efficacité de la prise d'un supplément d'une durée moindre n'a pas été établie

INSPQ, 2011 [4]

- Chez toutes les personnes ≥ 65 ans, vérifier :
 - Prise adéquate de calcium (1200 mg/jour, incluant les apports alimentaires)
 - Prise quotidienne d'un supplément de 800 à 1000 UI de vitamine D
- Recommandations pour les personnes ≥ 65 ans :
 - Favoriser la pratique de l'exercice particulièrement la pratique du tai-chi (sauf si présence de contre-indication)
 - Diriger la clientèle âgée vers des programmes d'exercices en groupes spécifiques à la prévention des chutes
- Recommandations pour les personnes ≥ 65 ans à risque accru de subir des blessures lors des chutes ou ayant des conditions de santé nécessitant un programme adapté
 - Diriger vers des ressources spécifiques pour un programme d'exercices individualisés

KINO-QUÉBEC, 2002 [5]

Recommandations relatives à la pratique d'activité physique chez les personnes ≥ 65 ans

- Pratique d'activités physiques adaptées à la capacité fonctionnelle de la personne âgée incluant des activités qui permettent de développer la force-endurance, l'aptitude aérobie, l'équilibre-agilité et la flexibilité
- Des exemples d'activité favorisant un meilleur équilibre et une meilleure agilité : tai-chi, danse sociale, exercices sur ballon suisse, exercices avec transfert de poids statiques ou dynamiques, activités aquatiques, programme P.I.E.D (programme intégré d'équilibre dynamique)

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : CHUTES

INTERVENTION CLINIQUE : Détection des facteurs de risque de chute et de fracture

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

Se réfère aux recommandations de l'INSPQ émises en 2011 [5]

- Vérifier chez toutes les personnes âgées de 65 ans et plus :
 - Chute(s) dans la dernière année
 - Trouble de l'équilibre ou de la marche
- Si la personne a chuté ou si elle présente un trouble de l'équilibre ou de la marche, faire une évaluation multifactorielle du risque de chute et de fracture suivie des mesures appropriées
- Facteurs à considérer :
 - Médication, adhésion et effets secondaires
 - Risques d'ostéoporose
 - Dépistage des conditions chroniques ou aiguës
 - Présence de problèmes urinaires
 - Vue et correction de cataractes
 - Équilibre, démarche, force, fonctions neurologiques et cognitives, nerfs périphériques et proprioception des membres inférieurs
 - Peur de chuter et symptômes dépressifs
 - Pathologies des pieds, qualité des chaussures et port de semelles adhérentes
 - Condition cardiovasculaire et hypotension orthostatique
 - Nutrition et consommation d'alcool

CMFC, 2010 [6]

- Évaluation multidisciplinaire chez les personnes âgées ayant une histoire de chutes ou guider ces personnes vers une équipe multidisciplinaire dédiée à l'évaluation des chutes lorsqu'un tel service existe (les preuves sont bonnes)
- Données insuffisantes pour recommander l'évaluation et le counseling sur les risques de chute lors d'un examen de routine effectué chez une personne âgée

USPSTF, 2012 [2]

Recommandations concernent les personnes âgées ≥ 65 ans, vivant à domicile

- Une évaluation multifactorielle systématique des risques de chute suivie d'une intervention adaptée aux risques identifiés n'est pas recommandée (les preuves sont à l'effet d'un faible impact dans la prévention des chutes)
- Les cliniciens peuvent considérer les facteurs suivants pour identifier les personnes à risque accru de chutes : histoire de chute ou de problèmes de mobilité, une faible performance au test *Get-Up-and-Go*
- Il est possible qu'une combinaison d'interventions chez une population spécifique puisse procurer des bénéfices importants. Les évidences actuelles ne permettent pas d'identifier la combinaison d'interventions potentiellement efficaces ni la population spécifique qui pourrait retirer des bénéfices d'interventions choisies
- Plusieurs interventions dont les preuves sont faibles pour recommander leur mise en œuvre dans une optique de prévention des chutes, peuvent se justifier dans l'atteinte d'autres objectifs (par exemple, l'augmentation de la socialisation et des capacités fonctionnelles des personnes âgées)

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : CHUTES

INTERVENTION CLINIQUE : Détection des facteurs de risque de chute et de fracture

SOCIÉTÉ D'OSTÉOPOROSE DU CANADA, 2010 [3] [7]

- Évaluer le risque de fracture (Voir Recommandations : Fragilité osseuse)
- Vérifier annuellement chez les personnes > 50 ans si elles ont chuté dans les 12 mois précédents ou si elles présentent des troubles de la marche ou de l'équilibre
- Si la personne a fait plus d'une chute, a dû consulter suite à une chute dans les 12 derniers mois, ou présente un trouble de l'équilibre ou de la marche :
 - Évaluer la mobilité à l'aide du test Get-Up-and-Go
 - Procéder à l'évaluation comprenant : histoire médicale, médication, vision, problèmes articulaires des membres inférieurs, évaluation neurologique et cardiovasculaire
 - Interventions multifactorielles (si appropriées) : programme d'exercices d'équilibre; modification de la médication; problème d'hypotension orthostatique; modification de l'environnement; traitement des problèmes cardiovasculaires

INSPQ, 2011 [4]

- Chez toutes personnes ≥ 65 ans, vérifier :
 - Vision
 - État nutritionnel et alimentation (dont l'apport suffisant en calcium et vitamine D)
 - Médication
 - Chute(s) dans les 12 derniers mois
 - Troubles, subjectifs ou objectifs, de l'équilibre
- Si la personne a chuté ou a des troubles de l'équilibre :
 - Évaluer les circonstances de la chute et traiter selon les causes
 - Évaluer l'équilibre et la marche (*Test Timed Up and Go*)
 - Dépister et corriger les facteurs de risque de chutes :
 - Peur de chuter; hypotension orthostatique; déformation ou douleur aux pieds, chaussures, semelles adhérentes; incontinence urinaire et nycturie; dépression; troubles cognitifs; consommation d'alcool
- Évaluer le risque de fracture
(Voir Recommandations : Fragilité osseuse)
- Orienter, pour adaptation du domicile, les personnes :
 - Avec des troubles visuels importants
 - Ayant fait plus d'une chute dans les 12 derniers mois
 - Qui ont été hospitalisées récemment

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : CHUTES

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling sur les habitudes de vie et détection des facteurs de risque de chute et de fracture

Proposition pour le bilan de santé

Cette intervention s'inscrit dans une démarche intégrée de prévention des traumatismes liés aux chutes comprenant trois axes d'intervention : favoriser une santé osseuse; détecter la fragilité osseuse (ostéoporose); prévenir les chutes.

Chez les personnes âgées de 50 ans et plus ainsi que chez les femmes ménopausées, l'infirmière vérifie :

- Histoire de chute(s) dans les 12 derniers mois
- Problème d'équilibre ou à la marche

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, elle poursuit l'évaluation en vérifiant :

- Perte de poids
- Troubles visuels
- Prise d'un supplément de vitamine D
- Pratique d'activité physique pour favoriser un bon sens de l'équilibre

Si la personne a chuté dans les 12 derniers mois ou présente un problème d'équilibre ou à la marche, l'infirmière :

- Évalue, le cas échéant, les circonstances des chutes
- Vérifie les facteurs suivants :
 - Médication
 - Symptômes et signes suggestifs de problèmes cardiovasculaires (syncope, hypotension orthostatique, arythmie)
 - Consommation élevée d'alcool
- Chez les personnes ≥ 65 ans, elle poursuit avec l'évaluation des facteurs suivants :
 - Peur de tomber
 - Incontinence urinaire ou nycturie
 - Déformation ou douleurs au pied et qualité des chaussures
 - Dépression
 - Déficit cognitif

L'infirmière effectue, s'il y a lieu, un counseling au sujet de :

- Exercices favorisant un meilleur équilibre
- Saine alimentation
- Prise d'un supplément de 800 UI de vitamine D
- Hypotension orthostatique
- Qualité des chaussures
- Consommation d'alcool à faible risque

L'infirmière dirige les personnes vers le médecin répondant ou l'IP SPL dans les situations suivantes :

- Plus d'une chute dans la dernière année
- Conditions nécessitant un diagnostic ou un traitement
- Polymédication ou médicament augmentant le risque de chute (en collaboration avec le pharmacien)

L'infirmière dirige les personnes vers une équipe multidisciplinaire du CSSS dans les situations suivantes :

- Plus d'une chute dans la dernière année
- Problèmes importants d'équilibre
- Troubles visuels importants
- Hospitalisation récente

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : CHUTES

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling sur les habitudes de vie et détection des facteurs de risque de chute et de fracture

Justification de l'intervention proposée

- La plupart des organismes s'entendent pour recommander la prise d'un supplément de vitamine D chez les personnes ≥ 65 ans pour la prévention des chutes
- Les résultats des études sont contradictoires quant à l'efficacité de la prise seule d'un supplément de vitamine D à réduire le risque de chute chez les personnes âgées. [8] [9] Cependant, les personnes âgées sont particulièrement à risque de présenter un apport insuffisant en vitamine D (apport alimentaire insuffisant, synthèse cutanée de vitamine D limitée chez les personnes âgées). La prise d'un supplément de vitamine D permettrait donc de combler les besoins nutritionnels chez la personne âgée tout en ayant un rôle potentiel dans la prévention des chutes
- Le principal désaccord des organismes au sujet de la pratique de l'activité physique chez les personnes ≥ 65 ans est que certains organismes suggèrent les exercices pour améliorer l'équilibre chez les personnes à risque de chutes tandis que d'autres en font une suggestion universelle. Nous avons opté pour cette dernière position étant donné que le bilan de santé vise à maximiser la condition de santé et favoriser le maintien de l'autonomie chez les personnes
- L'évaluation systématique multifactorielle du risque de chute chez les personnes âgées de ≥ 65 ans n'est pas recommandée par la plupart des organismes consultés. Cependant, une telle évaluation est généralement préconisée chez celles ayant un risque accru de chutes (histoire antérieure de chute et des problèmes de mobilité étant un bon indicateur de risque). C'est cette approche que nous avons adoptée dans le bilan
- Plusieurs interventions dont l'impact sur la prévention des chutes peut être limité, peuvent procurer des bienfaits sur le maintien de l'autonomie et la santé globale des personnes âgées. C'est dans cette optique que nous avons opté pour l'intégration d'un ensemble de facteurs tel que suggéré par le comité de travail de l'INSPQ [4]
- La prévention des chutes chez les personnes âgées de 50 à 64 ans ne fait pas l'objet de recommandations de la part de l'INSPQ tandis que la SOC suggère l'évaluation de certains facteurs chez les personnes âgées de plus de 50 ans dans une perspective globale de réduction du risque de fractures ostéoporotiques. Dans le cadre du bilan de santé, nous avons opté pour une telle démarche intégrée de prévention des traumatismes liés aux chutes
- Certains facteurs de risque de chutes n'ont été considérés que chez les personnes âgées ≥ 65 ans en raison d'une prévalence plus élevée parmi cette population (ex. déficit cognitif, peur de tomber) ou parce que certains facteurs sont plus susceptibles d'être associés aux chutes chez les aînés (ex. incontinence, dépression, dénutrition)

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES : CHUTES

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Moyer VA on the behalf of U.S Preventive Services Task Force. Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2012;157(3):197-204.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/fallsprevention/fallsprevrs.pdf>
3. Papaionnou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada – Sommaire. JAMC 2010;182(17):1-11.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2011/08/02/cmaj.100771.DC3/francais.pdf>
4. Gagnon C, Lafrance M. La prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique. Institut national de santé publique du Québec; 2011. p. 1-211.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1241_PrevChutesPersAgeesAnalyseRecomm.pdf
5. Comité scientifique de Kino-Québec. L'activité physique déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus. Secrétariat au loisir et au sport, gouvernement du Québec; 2002. p. 1-60.
<http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/AvisScientifiqueAines.pdf>
6. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
7. Papaionnou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. Background materials for 2010 Clinical Guidelines for the Diagnosis and Management of Osteoporosis in Canada. CMAJ 2011;182(17):appendix 1: 1-76.
http://www.cmaj.ca/content/suppl/2010/10/12/cmaj.100771.DC1/App_1_Jul_14_2011.doc.pdf
8. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13050
9. Theodoratou E, Tzoulaki I, Zgaga L, Ioannidis JP. Vitamin D and multiple health outcomes: umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of observational studies and randomised trials. BMJ 2014;348(g2035):1-19.
<http://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.g2035.full.pdf>



DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT AUDITIF

INTERVENTION CLINIQUE : Détection du déficit auditif

CMQ/DSP-ASSS-MTL, 2014 [1]

- Le USPSTF (2012) ne recommande pas le dépistage systématique. Le dépistage pour la population symptomatique de plus de 50 ans peut se faire par une question sur l'audition ou par différents tests (voir ci-bas recommandations du USPSTF)
- À tout âge il est important de s'assurer de la protection contre les bruits environnants

USPSTF, 2012 [3]

- Données insuffisantes pour évaluer s'il y a davantage de bénéfices ou d'inconvénients à dépister le déficit auditif chez les adultes asymptomatiques âgés de 50 ans et plus. Cette recommandation ne s'applique pas aux personnes qui consultent en raison d'un problème auditif perçu ou en raison de symptômes cognitifs ou affectifs pouvant être reliés à une perte d'audition. Ces personnes devraient bénéficier d'une évaluation de leur audition et recevoir un traitement en conséquence
- Données probantes démontrent la fiabilité et la justesse des outils de dépistage pour objectiver un problème auditif
- Tests de dépistage qui peuvent être utilisés pour dépister le déficit auditif :
 - Question chuchotée alors que l'examineur est hors du champ visuel de la personne
 - Friction des doigts ou le tic-tac d'une montre près de l'oreille
 - Question sur l'audition ou questionnaire détaillé

CMFC, 2010 [2]

- Dépistage des problèmes auditifs recommandé pour la population âgée de 65 ans et plus
- Tests de dépistage suggérés présentent un niveau élevé de sensibilité pour détecter les pertes auditives :
 - Question chuchotée alors que l'examineur est hors du champ visuel de la personne
 - Audioscope
 - Demander au patient s'il présente des difficultés auditives
- Preuves suffisantes sur la protection de l'ouïe et les programmes de contrôle anti-bruit mais absence de données sur l'impact du counseling offert en milieu clinique

INSTITUT RAYMOND-DEWAR, CENTRE DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉ EN SURDITÉ ET EN COMMUNICATION [4] [5]

- Questionnaire de dépistage (2007) des difficultés d'écoute et d'audition « Entendez-vous bien? »
 - Validé scientifiquement
 - À compléter par la personne elle-même ou avec l'aide d'un professionnel en clinique

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT AUDITIF

INTERVENTION CLINIQUE : Détection du déficit auditif

Intervention proposée dans le bilan de santé

Chez les adultes âgés de 18 à 64 ans

- L'infirmière ne questionne pas à ce sujet
- Elle réfère à l'IPSPL ou au médecin répondant les personnes qui se plaignent d'une diminution de leur audition

Chez les adultes âgés de 65 ans et plus

- L'infirmière pose la question :
- « *Est-ce que vous ou vos proches avez remarqué des signes pouvant révéler que vous présentez des problèmes d'audition, par exemple faire répéter ou avoir de la difficulté à entendre lorsqu'il y a du bruit ambiant?* »
- Elle offre le dépistage aux personnes qui répondent oui à la question ci-haut :
 - Dépistage à l'aide de tests : question chuchotée alors que l'examineur est hors du champ visuel de la personne ou friction des doigts ou tic-tac d'une montre près de l'oreille
 - Dépistage à l'aide du questionnaire « Entendez-vous bien ? »
- L'infirmière dirige vers le médecin répondant ou l'IPSPL, les personnes dont le dépistage est positif afin de poursuivre l'évaluation
- Elle offre le counseling aux personnes qui se plaignent de diminution auditive et à celles qui entendent bien mais qui « n'ont plus l'oreille de leurs 20 ans »
 - Counseling sur les stratégies pour favoriser une bonne communication verbale

Chez tous les adultes

- L'infirmière offre le counseling sur la prévention de la perte d'audition due au bruit.

Justification de l'intervention proposée

- Les organismes d'experts consultés ne recommandent pas le dépistage systématique du déficit auditif chez les adultes asymptomatiques âgés de 50 ans et plus. Le dépistage des problèmes auditifs est recommandé chez les adultes âgés de 65 ans et plus par le Collège des médecins de famille du Canada. Le bilan de santé cible les adultes âgés de 65 ans et plus considérant l'augmentation du taux de prévalence des problèmes d'audition dans ce groupe d'âge, et le fait que plusieurs personnes ignorent qu'elles ont un problème d'audition ou bien n'en parlent pas parce que « c'est normal avec l'âge ». L'intervention proposée vise à détecter les personnes présentant des problèmes d'audition à l'aide d'une question
- La question porte sur la présence de signes évocateurs de presbycusie, soit la baisse de perception des sons aigus et les problèmes de compréhension dans le bruit
- Un dépistage sera offert aux personnes ainsi détectées, soit à l'aide de tests de dépistage ou à l'aide du questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition conçu par l'Institut Raymond-Dewar et validé scientifiquement. Il y a consensus parmi les experts concernant les tests de dépistage recommandés
- Le Collège des médecins du Québec et le Collège des médecins de famille du Canada abordent la protection de l'ouïe contre les bruits environnants. Avec les données de la littérature à l'effet qu'en plus du vieillissement, le bruit contribue dans une proportion croissante à la perte auditive chez les adultes, un counseling en prévention de la perte d'audition due au bruit (PADB) est intégré à l'intervention du bilan de santé
- Étant donné les nombreux impacts reconnus de la perte auditive sur le bien-être des personnes, un counseling sur les stratégies de communication [5] sera offert aux adultes de 65 ans et plus présentant des difficultés auditives

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT AUDITIF

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Moyer VA on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Hearing Loss in Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2012;157(9):655-661.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/711/adultheears/pdf>
4. Institut Raymond-Dewar. *Questionnaire de dépistage interactif - Questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition*.
<http://raymond-dewar.qc.ca/questionnaire-de-depistage-difficultes-d-ecoute-d-audition/>
5. Caron H. Guide du professionnel de la santé et de l'intervenant auprès de la personne aînée ou adulte ayant des problèmes d'audition. Montréal, Qc : Institut Raymond-Dewar, Fondation Surdité et Groupe Forget, Audioproth sistes; 2014. p. 1-59.
http://raymond-dewar.qc.ca/uploads/images/IRD/PDF/guide_du_professionnel_helene_caron.pdf



DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT VISUEL

INTERVENTION CLINIQUE : Détection du déficit visuel

CMQ/DSP-ASSS-MTL, 2014 [1]

- Se base sur les recommandations de la Société canadienne d'ophtalmologie émises en 2007 [3]
- Pour toute personne asymptomatique présentant un faible risque, un examen ophtalmologique de routine est recommandé :
 - à un intervalle de 10 ans pour les personnes de 19-40 ans
 - de 5 ans, pour les 41-55 ans
 - de 3 ans, pour les 56-65 ans
 - de 2 ans, pour les plus de 65 ans

CMFC, 2010 [2]

- Dépistage de la diminution de l'acuité visuelle recommandé chez les personnes âgées de 65 ans et plus, à l'aide du test de Snellen

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'OPHTALMOLOGIE, 2007 [3]

- Chez les adultes asymptomatiques présentant un faible risque de déficit visuel, un examen oculaire périodique est recommandé
- Intervalle du dépistage par groupe d'âge :
 - 19-40 ans : 10 ans (consensus)
 - 41-55 ans : 5 ans (consensus)
 - 56-65 ans : 3 ans (consensus)
 - 65 ans et plus : 2 ans (niveau 1)
- Force des recommandations :
 - Consensus : pas de données disponibles - consensus du comité d'experts
 - Niveau 1 : évaluation des données consultées répond aux 5 critères du comité d'experts

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT VISUEL

INTERVENTION CLINIQUE : Détection du déficit visuel

USPSTF, 2009 [4]

En cours de revision (2015)

Recommandation sur le dépistage en première ligne d'une atteinte de l'acuité visuelle reliée aux troubles de la réfraction oculaire non corrigés, aux cataractes et à la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), chez les personnes âgées de 65 ans et plus, sans symptômes oculaires

- Les preuves actuelles sont insuffisantes pour déterminer le rapport avantages/inconvénients du dépistage systématique d'une atteinte de l'acuité visuelle chez les personnes âgées :
 - Il existe peu de preuves directes que le dépistage de l'atteinte de l'acuité visuelle permet d'améliorer les impacts sur l'autonomie
 - Le traitement précoce des erreurs de réfraction, des cataractes, et la DMLA permet d'améliorer ou de prévenir la perte d'acuité visuelle (preuves acceptables de l'efficacité de cette mesure)
 - Certaines études montrent que la correction immédiate des erreurs de réfraction à l'aide de lunettes est associée à une amélioration à court terme de la qualité de vie liée à la vision si on la compare à un traitement différé
 - Certaines études montrent que la chirurgie de la cataracte améliore la qualité de vie liée à la vision
 - Les inconvénients potentiels du traitement précoce des erreurs de réfraction, des cataractes et la DMLA sont faibles (risque légèrement accru de chutes après une correction de la réfraction; complications liées à la chirurgie de la cataracte; complications liées au traitement de la DMLA)
- Précision des tests de dépistage :
 - Questionner la personne sur la présence d'un déficit visuel est moins efficace que les tests d'acuité visuelle (ex. test de Snellen qui est l'examen usuel de dépistage) ou un examen ophtalmique
 - Les tests d'acuité visuelle ne permettent pas de poser un diagnostic des causes sous-jacentes à un trouble visuel telles que la dégénérescence maculaire liée à l'âge et les cataractes

USPSTF, 2013 [5]

Recommandation sur le dépistage en première ligne du glaucome à angle ouvert (GAO), chez les adultes sans symptômes oculaires

- Les preuves sont insuffisantes actuellement pour déterminer le rapport avantages/inconvénients du dépistage systématique :
 - Les outils disponibles en première ligne n'ont pas la précision suffisante pour détecter le glaucome
 - Il existe des traitements efficaces pour réduire la pression intraoculaire associée au GAO (médication, laser, chirurgie) ainsi que les déficits du champ visuel qui lui sont associés; toutefois le degré d'efficacité à réduire les incapacités fonctionnelles liées à la vision est incertain
 - L'évolution du glaucome est hétérogène; il est difficile de distinguer les personnes présentant un glaucome dont l'évolution sera lente avec peu de conséquences et celui dont l'évolution sera rapide avec une atteinte importante de la vision (il existe donc la possibilité de surdiagnostic et de surtraitement). Les personnes âgées et les personnes d'origine afro-américaine seraient plus à risque de présenter une évolution rapide
 - Les inconvénients sont variables selon le traitement (faibles avec la médication; plus importants avec la chirurgie)

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT VISUEL

INTERVENTION CLINIQUE : Détection du déficit visuel

Intervention suggérée dans le bilan de santé

- Chez les adultes âgés de 65 ans et plus, l'infirmière vérifie si la personne :
 - A eu un examen oculovisuel, effectué par un optométriste ou un ophtalmologiste, dans les 2 dernières années
 - A noté des difficultés visuelles
 - Si oui, l'infirmière vérifie si la personne bénéficie d'un suivi régulier de sa condition visuelle par un optométriste ou un ophtalmologiste et si sa condition visuelle est stable ou évolue
- Chez les personnes âgées de 65 ans et plus qui n'ont pas eu d'examen visuel dans les 2 dernières années, l'infirmière :
 - Leur propose de consulter un optométriste afin de bénéficier d'un examen oculovisuel complet
 - Les informe que les services optométriques sont sans frais pour les personnes âgées de 65 ans et plus, admissibles au régime d'assurance maladie du Québec
- L'infirmière dirige les personnes ayant des problèmes visuels nécessitant un diagnostic médical vers un médecin ou une IPSPL

Justification de l'intervention proposée

- Les recommandations sur le dépistage systématique varient selon les organismes; l'incertitude repose principalement sur :
 - Le peu (ou l'absence) de preuves directes quant à l'efficacité du dépistage
 - Les tests de dépistage utilisés en première ligne ne sont pas très précis pour détecter les conditions associées à l'atteinte visuelle (autres que les erreurs de réfraction)
- Nous avons opté pour un dépistage ciblant les personnes âgées de 65 ans et plus :
 - L'incidence des pathologies visuelles est plus élevée à partir de 65 ans [3] ou chez les personnes âgées [3] [4] [5]
 - Il existe des preuves que le traitement précoce de plusieurs problèmes visuels peut améliorer la qualité de vie liée à la vision, améliorer l'acuité visuelle et retarder, diminuer ou même prévenir la perte d'acuité visuelle [4]
 - Pour la plupart des traitements, les inconvénients sont faibles
- L'examen oculovisuel effectué par un optométriste est la méthode de dépistage retenue :
 - Examen ophtalmique est la méthode la plus efficace pour détecter les conditions associées à une perte d'acuité visuelle [3] [4]
 - Examen est accessible étant donné qu'il est sans frais pour les personnes âgées de 65 ans et plus
- Si une pathologie est détectée par l'optométriste, ce dernier est en mesure de diriger la personne vers un ophtalmologiste (utilisation judicieuse des ressources médicales spécialisées qui sont limitées)

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT VISUEL

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/_PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Comité d'experts du Guide de pratique clinique de la Société canadienne d'ophtalmologie : Delpero W, Beiko G, Casey R, Ells A, Kertes P, et al. Guide de pratique clinique factuelle de la Société canadienne d'ophtalmologie pour l'examen oculaire périodique chez les adultes au Canada. Can J Ophthalmol 2007;42:158-63.
<http://www.cos-sco.ca/guides-de-pratique-clinique/>
4. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2009;151:37-43.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/785/viseldrs/pdf>
5. Moyer VA, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Glaucoma: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2013;1-6.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/596/glaucomafinalrs/pdf>



DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT COGNITIF

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du déficit cognitif

CMQ/DSP-ASSS-MTL, 2014 [1]

- Le récent consensus canadien (2012) admet la nécessité d'évaluer cliniquement la fonction cognitive dès lors qu'un déficit cognitif est noté par un proche, un intervenant, un aidant naturel ou par le patient lui-même
- Le dépistage génétique prédictif, accompagné d'un counseling adéquat, peut être offert lorsqu'une prédisposition familiale a été découverte
- La démence est souvent précédée d'un prodrome identifiable nommé déficit cognitif léger (DCL). Le *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) (www.mocatest.org), le *Mini-Mental State Examination* ou le Test de Folstein peuvent être utilisés

CMFC, 2010 [2]

- Il est recommandé d'évaluer les fonctions cognitives lorsque des préoccupations sont soulevées par les proches ou proches-aidants de la personne. Ces préoccupations doivent être prises au sérieux. Dans un tel cas, il est indiqué d'offrir une évaluation des fonctions cognitives et un suivi adéquat (recommandation A)
- Les difficultés de mémoire soulevées par la personne, ses proches ou ses proches-aidants devraient être évaluées et un suivi offert pour l'évaluation de la progression (recommandation B)

Comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer, 2009 [3]

- Recommandations en prévention primaire de la maladie d'Alzheimer – tirées du Consensus canadien 2007
- Évaluation et prise en charge des facteurs de risque :
 - Caractéristiques liées à la personne : âge, sexe, ...
 - Facteurs vasculaires : hypertension artérielle, (...), cholestérol élevé, (...), diabète type 2
 - Habitudes de vie : activité physique, activité intellectuelle, saine alimentation, (...), consommation de vin, tabagisme
 - Antécédents : niveau de scolarité, dépression, etc.

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT COGNITIF

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du déficit cognitif

USPSTF, 2014 [4]

- Recommandations concernent le dépistage systématique en soins de première ligne parmi la population adulte, âgée de 65 ans et plus, vivant à domicile et qui ne présente aucun signe et symptôme d'atteinte cognitive
- Facteurs de risque de développer un déficit cognitif :
 - L'âge est le facteur de risque le plus important
 - Les autres facteurs de risque comprennent : risques cardiovasculaires (ex : diabète, tabagisme, hypercholestérolémie et hypertension), traumatisme crânien, difficultés d'apprentissage (syndrome de Down), dépression, abus d'alcool, personne âgée frêle, faible scolarité, peu/pas de réseau social et n'avoir jamais été marié
 - Facteurs associés à un risque plus faible de démence : un apport suffisant en acide folique; un apport faible en gras saturés; une consommation élevée de fruits et de légumes; une consommation modérée d'alcool; la pratique d'activités cognitives; la pratique d'activités physiques
- Test de dépistage : Questionnaire validé - le plus fréquemment utilisé en clinique : *Mini Mental State Examination*. Sensibilité et spécificité de ce test sont suffisamment élevées pour qu'il puisse être utilisé en clinique
- Les données sont insuffisantes pour déterminer s'il y a davantage de bénéfices ou d'inconvénients à dépister le déficit cognitif
 - Les preuves directes sont insuffisantes en qui concerne :
 - Les avantages du dépistage systématique des déficits cognitifs (y compris l'absence d'études ayant évalué l'impact du dépistage sur la prise de décision, la planification par les patients, les cliniciens ou les aidants)
 - Les inconvénients du dépistage systématique (faux positif, stigmatisation, etc.)
 - La revue des données actuelles concernant l'identification précoce et le traitement précoce des déficits cognitifs est à l'effet que :
 - Traitement pharmacologique de la démence légère à modérée amène une légère amélioration des performances cognitives mais dont l'impact clinique sur la fonction cognitive globale est incertaine; le traitement comporte des effets indésirables dont certains pouvant être sérieux (atteinte du système nerveux central, bradycardie et syncope)
 - Interventions non pharmacologiques (activité physique, stimulation intellectuelle, éducation auprès des aidants) peuvent apporter de bénéfices (plutôt faibles); elles n'ont pas d'effets indésirables
- Même si les données sont insuffisantes pour justifier un dépistage systématique, les cliniciens doivent demeurer alertes à détecter les symptômes et les signes précoces compatibles avec un déficit cognitif et les évaluer adéquatement, notamment pour les raisons suivantes :
 - Aider les personnes à établir un diagnostic et décider du traitement (y compris le traitement des causes réversibles de démence et des comorbidités associées)
 - Permettre aux cliniciens d'anticiper les difficultés que pourraient avoir les personnes à comprendre et à adhérer à un traitement
 - Aider les personnes, leurs aidants, leurs proches à anticiper et à planifier lors d'éventuels problèmes qui pourraient apparaître suite à la détérioration des fonctions cognitives

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT COGNITIF

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage du déficit cognitif

Intervention proposée dans le bilan de santé

- Les recommandations s'adressent aux personnes âgées de 65 ans et plus, vivant à domicile et ne présentant aucun signe et symptôme d'atteinte cognitive.
- Chez les adultes âgés de 65 ans et plus qui évoquent spontanément des inquiétudes à l'égard de leurs habiletés cognitives comme la mémoire, le langage ou le jugement, l'infirmière:
 - Vérifie l'ampleur et l'évolution des changements cognitifs et les répercussions sur les activités de la vie quotidienne
 - Explore les connaissances que possède la personne sur les facteurs de risque et de protection associés à la détérioration des facultés cognitives et complète l'information au besoin
 - Vérifie si la personne souhaite avoir une évaluation plus poussée de ses fonctions cognitives
- L'infirmière oriente vers le médecin ou l'IP SPL, les personnes :
 - Qui ont noté des changements dans leurs habiletés cognitives et qui désirent une évaluation plus poussée
 - Qui présentent des changements dans leurs fonctions cognitives qui ne semblent pas compatibles avec des changements associés au vieillissement normal

Justification de l'approche proposée

- L'approche suggérée dans le bilan de santé se réfère aux recommandations émises par l'ensemble des organismes :
 - Le dépistage systématique n'est pas recommandé
 - L'évaluation des personnes qui mentionnent des difficultés cognitives est recommandée :
 - Les personnes qui le désirent seront orientées vers le médecin ou l'IP SPL pour une investigation
 - Les personnes ayant des symptômes ou des signes qui pourraient suggérer la présence d'une démence seront orientées à des fins d'évaluation, de diagnostic et, le cas échéant, de traitement (notamment des causes réversibles de démence et des comorbidités associées)
- Un nombre grandissant d'études confirment l'influence de facteurs qui augmentent le risque de développer une démence ainsi que des facteurs, notamment les saines habitudes de vie, qui protègent contre le risque de développer une démence de type Alzheimer ou une maladie apparentée
 - Le bilan de santé prévoit l'évaluation des habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme, consommation d'alcool); l'estimation du risque cardiométabolique (excès de poids, hypertension artérielle, diabète et dyslipidémie); ainsi que la détection de l'humeur dépressive. Selon les situations, les personnes pourront bénéficier d'un counseling et seront orientées vers les ressources appropriées
 - Le counseling bref sera offert aux personnes âgées de 65 ans et plus qui évoquent des inquiétudes au plan cognitif afin de les soutenir dans leur processus de changement en vue de favoriser un vieillissement normal et la santé cognitive

DÉFICITS SENSORIELS ET COGNITIFS : DÉFICIT COGNITIF

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/_PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Bergman H, Arcand M, Bureau C, Chertkow H, Ducharme F, Joannette Y, et al. Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence - Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 2009. p. 1-62.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf>
4. Moyer VA on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2014;160:791-7.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/930291/0000605-201406030-00007.pdf>



SANTÉ MENTALE : STRESS ET SOMMEIL

INTERVENTION CLINIQUE : Gestion du stress et hygiène du sommeil

CMFC, 2010 [1] [2]

- La section « mode de vie/habitude » du questionnaire « soins préventifs – fiche contrôle », inclut le sommeil

USPSTF, 2012 [3]

- La gestion du stress est associée à une réduction de la pression artérielle

PECH, 2014 [4]

- La gestion du stress pour la prévention ou le traitement de l'hypertension artérielle

Intervention suggérée dans le bilan de santé

L'évaluation de la gestion du stress s'inscrit dans une démarche intégrée qui vise à favoriser le bien-être psychosocial et à détecter certains facteurs de risque

- L'infirmière vérifie la perception du bien-être psychosocial chez tous les adultes et s'ils ont ressenti un excès de stress, d'anxiété ou d'inquiétude récemment
- Chez les personnes dont c'est le cas, elle vérifie :
 - Les sources de stress
 - Les moyens utilisés pour le gérer et le soutien extérieur
 - Les conséquences sur le fonctionnement
 - Les répercussions sur les habitudes de vie
 - La qualité du sommeil
- Chez tous les adultes, elle vérifie la présence de facteurs de risque et de symptômes clés associés à une humeur dépressive; s'ils sont présents, l'infirmière poursuit avec le dépistage de l'humeur dépressive
- L'infirmière offre un counseling bref sur la saine gestion du stress et/ou sur l'hygiène du sommeil selon le cas
- Elle dirige la personne vers l'IPSP ou le médecin s'il y a un diagnostic à préciser ou en présence de symptômes intenses et incapacitants
- Elle oriente la personne qui souhaite de l'aide vers la ressource appropriée (CSSS, psychologue, organisme communautaire, etc.)

Justification de l'intervention proposée

- Parmi la population montréalaise âgée de 20 ans et plus, 27 % dit éprouver un stress quotidien élevé [5]
- Selon Statistique Canada, un Canadien sur sept âgé de plus de 15 ans (soit 3,3 millions de personnes) se plaint d'avoir de la difficulté à s'endormir ou à dormir sans interruption [6]
- Pour soulager les malaises causés par le stress, plusieurs personnes adoptent des comportements de compensation : accroissement du tabagisme, abus d'alcool ou de drogues, excès alimentaires, excès de sommeil, etc.
- La gestion du stress et les problèmes de sommeil étant souvent associés à d'autres problèmes de santé physique ou mentale, notamment la dépression, ces liens appuient la proposition d'une approche intégrée de dépistage des problèmes liés au bien-être psychosocial (stress, sommeil, humeur dépressive, suicide, violence et maltraitance envers les aînés) dans le cadre du bilan de santé
- Le bilan de santé ne cherche pas à poser un diagnostic de maladie mais vise à sensibiliser les personnes aux éléments pouvant avoir une influence sur leur bien-être dans une approche positive de la santé émotionnelle, psychologique ou mentale et à les encourager dans la prise en charge de leur santé globale
- La proposition pour le bilan de santé, ci-haut, repose sur les conditions suivantes : formation préalable de l'infirmière et ressources disponibles

SANTÉ MENTALE : STRESS ET SOMMEIL

BIBLIOGRAPHIE :

1. Dubey V, Mathew R, Iglar K. Soins préventifs – Fiche de contrôle : Pour l'évaluation routinière de l'état de santé de la femme à risque moyen. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-2.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistFemaleFrench2011.pdf
2. Dubey V, Mathew R, Iglar K. Soins préventifs – Fiche de contrôle : Pour l'évaluation routinière de l'état de santé de l'homme à risque moyen. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-2.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistMaleFrench2011.pdf
3. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med* 2007;147(11):783-6.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/20149/0000605-200712040-00009.pdf>
4. Hypertension Canada. Recommandations 2014 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (version complète). Hypertension Canada; 2014. p. 1-37.
https://www.hypertension.ca/images/CHEP_2014/2014_CHEPRecsFullVersion_FR_HCP1000.pdf
5. Dorval D. Santé mentale dans *La santé des Montréalais selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : recueil statistique*: Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2008. p. 72-79.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-643-5.pdf
6. Statistique Canada. *Le Quotidien: Étude – Insomnie* : Gouvernement du Canada; 16 novembre 2005.
<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/051116/dq051116a-fra.htm>



SANTÉ MENTALE : HUMEUR DÉPRESSIVE

INTERVENTION CLINIQUE : Repérage des personnes avec une humeur dépressive

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

- Se réfère aux recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2013) : cibler principalement la clientèle à risque
- Un outil de dépistage ultra-court, reposant sur trois questions pourrait être suffisant dans une première démarche
- Durant le mois écoulé, avez-vous été perturbé par un cafard, une déprime ou une perte d'espoir?
- Durant le mois écoulé, avez-vous été souvent perturbé par peu d'intérêt ou de plaisir dans vos activités?
- Désirez-vous être aidé?
- Le questionnaire plus détaillé est disponible sur le site : www.ladepressionfaitmal.ca

GECSSP, 2013 [4]

- Pas de dépistage systématique chez les adultes à risque moyen
- Rester alerte et dépister si présence de symptômes cliniques : insomnie, humeur dépressive, anhédonie et idées suicidaires

CMFC, 2010 [2]

- Dépistage pour les adultes s'il existe des programmes intégrés pour suivi des patients et accès à une prise en charge ou des soins de santé mentale
 - **2 questions :**
 - 1) Perte de plaisir aux activités depuis les deux dernières semaines
 - 2) Sentiment d'être triste, déprimé ou désespéré depuis les deux dernières semaines
- Positif si un « oui »

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE - MSSS, 2008 [5]

- Dépistage de la dépression chez les personnes âgées et les adultes, particulièrement les femmes enceintes et les femmes en postnatal
- Référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi

USPSTF, 2009 [3]

[En révision]

- Dépistage de la dépression lorsque les services de soins sont en place pour le diagnostic, le traitement et le suivi
- Pas de dépistage systématique si un tel système n'existe pas
- Il peut y avoir d'autres considérations qui soutiennent le dépistage chez un patient en particulier

Position conjointe de 3 organismes, 2012 [6]

(CHUM, INSPQ, U. de Sherbrooke)

- Dépistage de la dépression recommandé seulement chez les personnes présentant un risque élevé, soit en raison de leur appartenance à un groupe clinique à risque, soit en raison de la présence de symptômes spécifiques

Pour les personnes à risque, poser deux questions rapides (QSP-2) :

Au cours du dernier mois :

- Avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses?
- Vous êtes-vous senti triste, déprimé(é) ou désespéré(é)?

SANTÉ MENTALE : HUMEUR DÉPRESSIVE

INTERVENTION CLINIQUE : Détection du risque suicidaire

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

- Se réfère aux recommandations du USPSTF (2013) : les preuves sont faibles pour recommander ou non le dépistage systématique du risque suicidaire dans la population générale
- Le dépistage de la dépression est à faire s'il y a présence d'idéation suicidaire, ou si le patient présente une des conditions suivantes : histoire de maladie psychiatrique, d'abus de substance, de maladie chronique, d'histoire familiale de suicide ou s'il s'agit d'un homme, d'un immigrant ou d'un autochtone

USPSTF, 2014 [7]

- Recommandations concernent les adolescents, les adultes, les personnes âgées de la population générale, sans trouble psychiatrique identifié
- Preuves insuffisantes pour recommander ou non le dépistage systématique du risque suicidaire dans la population générale
- Étant donné que la plupart des personnes qui décèdent par suicide ont un trouble psychiatrique, les cliniciens de première ligne devraient être alertes à identifier les troubles psychiatriques parmi leurs patients et devraient considérer vérifier la présence d'idées suicidaires chez ces patients et les orienter vers les services afin de bénéficier d'un traitement (psychothérapie, traitement pharmacologique, etc.)

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE - MSSS, 2008 [5]

Les objectifs :

Réduire le taux de suicide :

- à moins de 22 pour 100 000 chez les hommes
- à moins de 6 pour 100 000 chez les femmes

Réduire les tentatives de suicide :

- à moins de 3 pour 1 000 chez les hommes
- à moins de 5 pour 1000 chez les femmes

SANTÉ MENTALE : HUMEUR DÉPRESSIVE

INTERVENTION CLINIQUE : Humeur dépressive

Intervention suggérée dans le bilan de santé

L'évaluation de l'humeur dépressive et du risque suicidaire s'inscrivent dans une démarche intégrée qui vise à favoriser le bien-être psychosocial et à détecter certains facteurs de risque

- L'infirmière revoit les facteurs de risque et les symptômes-clés de dépression pouvant avoir été détectés au bilan. Chez les personnes présentant un facteur de risque ou un symptôme identifié, elle pose 2 questions pour dépister l'humeur dépressive (une prise en charge doit pouvoir être assurée):
 - « Avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses? » (perte d'intérêt ou de plaisir)
 - « Vous êtes-vous senti triste, déprimé(e), ou désespéré(e) ? » (humeur dépressive)
- Une seule réponse positive demande une évaluation plus approfondie qui dépasse le cadre du bilan de santé. Si non fait lors de l'évaluation du stress, l'infirmière procède à une courte exploration des difficultés présentes
- L'infirmière détecte le risque et l'urgence suicidaires et évalue le niveau de risque de passage à l'acte. Elle tient compte des facteurs de risque associés au suicide. Selon la présence d'idées suicidaires ou non, et selon le niveau de risque, elle oriente, dirige ou accompagne la personne vers la ressource appropriée.

Justification de l'intervention proposée

- Selon la *Synthèse des connaissances sur le dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes* de l'INSPQ [8], les organismes répertoriés (*National Screening Committee* du Royaume-Uni, le USPSTF et le Groupe d'étude canadien sur les soins préventifs) se positionnent contre le dépistage systématique de la dépression chez les adultes en première ligne, sauf le USPSTF (à condition d'avoir un programme élargi), notamment compte-tenu de la performance des outils. Et ce, même si plusieurs arguments sont énoncés dans la littérature en faveur du dépistage de la dépression : importante cause d'invalidité, fardeau de la maladie, impact négatif direct sur le bien-être psychologique et social de la personne, effets négatifs sur l'état de santé général, etc.
- Pour le dépistage de la dépression, les recommandations, notamment l'EMP 2014, indiquent le plus souvent de cibler principalement les personnes à risque. L'évaluation globale du bilan de santé permet de détecter plusieurs facteurs de risque liés à la dépression (par ex. toxicomanie, absence de soutien social, pertes récentes, stress, troubles du sommeil); ceci permet à l'infirmière de faire un repérage ciblé des personnes pouvant présenter une humeur dépressive
- Nous avons choisi la formulation des questions de dépistage propres au CANMAT, questions recommandées par les organismes québécois et canadien
- La détection des idées suicidaires se fait également chez les personnes ayant été identifiées précédemment comme ayant une humeur dépressive et en tenant compte de facteurs de risque
- Le bilan de santé ne cherche pas ici à poser un diagnostic de maladie mais vise à sensibiliser les personnes aux éléments nécessaires au bien-être dans une approche positive de la santé émotionnelle, psychologique ou mentale et à les encourager dans la prise en charge de leur santé globale
- La proposition pour le bilan de santé, ci-haut, repose sur les conditions suivantes : formation préalable de l'infirmière et ressources disponibles

SANTÉ MENTALE : HUMEUR DÉPRESSIVE

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/_PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Depression in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2009;151(11):784-92.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/20195/0000605-200912010-00006.pdf>
4. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for depression in adults. CMAJ 2013;185(9):775-782.
<http://www.cmaj.ca/content/185/9/775.full.pdf>
5. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Gouvernement du Québec; 2008. p. 1-103.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
6. Fournier L, Roberge P, Brouillet H. Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Montréal: Centre de recherche du CHUM; 2012. p. 1-78.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf
7. LeFevre ML on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2014;160:719-26.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/1060/suicidefinalrs/pdf>
8. Comeau L, Chan A, Desjardins N. Synthèse des connaissances sur le dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes. Institut national de santé publique du Québec; 2014. p. 1-50.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1831_depistage_depression_adultes.pdf



SANTÉ MENTALE : VIOLENCE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage de la violence conjugale et familiale, et du harcèlement psychologique

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

Violence familiale

- Se base sur les recommandations du USPSTF (2013) :
 - Dépistage systématique de la violence conjugale dans un contexte de soins primaires est recommandé
- Poser 3 questions simples et directes :
 1. Un partenaire vous a-t-il déjà blessé(e), poussé(e) ou maltraité(e)?
 2. Vous arrive-t-il de ne pas vous sentir en sécurité ou d'avoir peur de votre partenaire?
 3. Votre partenaire vous traite-t-il de tous les noms ou essaie-t-il de dicter vos moindres gestes?
- Données insuffisantes pour recommander aux médecins de diriger systématiquement les femmes violentées vers une intervention particulière (counseling en contexte de soins primaires, thérapie individuelle ou refuge), dans le seul but de prévenir une récurrence. De telles interventions peuvent être néanmoins appropriées pour d'autres motifs

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE - MSSS, 2008 [3]

- Réduire le taux de femmes victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle
- Pratiques cliniques préventives à promouvoir et à soutenir :
 - Recherche de cas de violence conjugale chez les adultes

USPSTF, 2013 [2]

- Recommandations s'adressent aux femmes sans symptômes ou signes suggestifs qu'elles sont victimes de violence
- Recommande aux cliniciens de dépister les femmes en âge de procréer (soit les femmes âgées entre 18 et 46 ans) pour la violence conjugale :
 - Il existe des outils de dépistage (questionnaire validé) qui ont une bonne sensibilité et spécificité
 - Les preuves sont suffisantes quant à l'efficacité des interventions pour réduire la violence subséquente, les conséquences négatives sur la santé mentale et physique ainsi que la mortalité
 - Les interventions démontrées efficaces : le counseling, visites à domicile, orientation vers des ressources communautaires, mentorat
 - Les inconvénients du dépistage sont faibles
- Les données sont insuffisantes pour déterminer s'il y a davantage de bénéfices ou d'inconvénients à dépister la violence conjugale chez les femmes plus âgées ainsi que chez les hommes

OIIQ, 2004 [4]

- OIIQ reconnaît que :
 - La violence est un problème de santé publique grave
 - La violence constitue un facteur de risque pour la santé des personnes qui la subissent et pour celle des enfants qui y sont exposés dans leur milieu familial
 - L'importance du dépistage précoce de la violence conjugale afin de réduire l'ampleur et les conséquences et de permettre aux personnes d'amorcer une démarche vers l'amélioration de leur situation
 - Le dépistage de la violence conjugale est une activité clinique qui fait partie de la pratique professionnelle de l'infirmière et doit être inclus dans le plan thérapeutique infirmier
- Détection précoce peut se faire au moyen d'un dépistage systématique ou d'un dépistage ciblé (présence de facteurs de risque ou de signes, symptômes ou comportements liés au contexte de violence conjugale)

SANTÉ MENTALE : VIOLENCE

INTERVENTION CLINIQUE : Dépistage de la violence conjugale et familiale, et du harcèlement psychologique

Intervention suggérée dans le bilan de santé

L'identification de situations de violence conjugale, familiale ou de harcèlement psychologique s'inscrit dans une démarche intégrée qui vise à favoriser le bien-être psychosocial et à détecter certains facteurs de risque

- Chez tous les adultes de 18 à 64 ans, l'infirmière dépiste la violence conjugale, familiale ou le harcèlement psychologique à l'aide de 3 questions tirées du guide de l'OIIQ.
- Au besoin, elle complète le dépistage à l'aide des 3 questions suggérées à l'EMP (adaptées du STaT : Slapped, Threatened, and Throw ou Slapped, Things and Threaten)
- En cas de réponse positive, elle s'assure d'évaluer la situation avec une entrevue plus approfondie - quand cela est-il arrivé, quelle est la forme de violence en cause, et la dangerosité de la situation :
 - Risque d'homicide
 - Risque de suicide
 - Risque pour la sécurité des enfants
- Le plan d'intervention vise à :
 - Écouter la personne
 - Renseigner la personne sur la violence conjugale
 - Donner les soins et les traitements requis
 - Assurer la sécurité de la personne et, s'il y a lieu, celle des enfants
 - Assurer le suivi nécessaire
 - Orienter la personne vers les ressources appropriées

Justification de l'intervention proposée

- La violence conjugale peut avoir des conséquences à court et à long termes telles que des problèmes physiques et psychologiques. Ces effets néfastes peuvent même persister longtemps après l'arrêt des abus. La violence conjugale peut être associée aux homicides et aux suicides [5]
- La violence au travail est un phénomène en émergence dans le monde. Dans les organisations, elle se révèle comme une des réalités associée à plusieurs problèmes de santé psychologique. Les conséquences du harcèlement psychologique pour les personnes sont : la baisse de motivation et d'estime de soi, la détérioration de la santé physique et psychologique, et l'augmentation de l'absentéisme [6]
- Le dépistage de la violence familiale est recommandé pour tous dans l'EMP du CMQ, alors que le USPSTF se concentre sur les femmes en âge de procréer. Il nous apparaît important d'inscrire ce dépistage à la fin du bilan, ce qui permet de poser les questions dans un climat de confiance et après avoir relevé certains signaux lors de l'évaluation faite préalablement dans le bilan de santé, dont celle portant sur la présence de stress et d'humeur dépressive (incluant les sources)
- Le dépistage de l'intimidation ou du harcèlement psychologique ne fait partie d'aucune recommandation mais nous en tenons compte dans l'optique d'une démarche intégrée en santé mentale incluant l'évaluation de la gestion du stress. Les indices préalablement recueillis lors du bilan de santé permettent de soupçonner la présence de difficultés liées au travail
- Le bilan de santé ne cherche pas ici à poser un diagnostic mais vise à sensibiliser les personnes aux éléments nécessaires au bien-être dans une approche positive de la santé émotionnelle, psychologique ou mentale et à les encourager dans la prise en charge de leur santé globale
- La proposition pour le bilan de santé repose sur les conditions suivantes : formation préalable de l'infirmière et ressources disponibles

SANTÉ MENTALE : VIOLENCE

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Moyer VA on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2013;158:478-86.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/792/ipvelderfinalrs/pdf>
3. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Gouvernement du Québec; 2008. p. 1-103.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
4. Thibault C, Allard M, Bouffard L, Lapointe J, Cantin L, Durand S. Dépister la violence conjugale pour mieux la prévenir - Prise de position. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2004. p. 1-20.
http://www.oiiq.org/sites/default/files/185_doc.pdf
5. Desjardins N, D'Amours G, Poissant J, Manseau S. Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Institut national de santé publique du Québec; 2008. p. 1-150.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_avis_sante_mentale.pdf
6. Commission des normes du travail. *Harcèlement psychologique* : Gouvernement du Québec.
<http://www.cnt.gouv.qc.ca/en-cas-de/harcèlement-psychologique/vous-etes-salarie/index.html>



SANTÉ MENTALE : MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂNÉES

INTERVENTION CLINIQUE : Identification des situations de maltraitance des personnes âgées

USPSTF, 2013 [1]

- Données insuffisantes pour recommander le dépistage de l'abus ou de la négligence de toutes les personnes âgées ou vulnérables
- Pas d'outil de dépistage valide

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE - MSSS, 2008 [2]

Les pratiques cliniques préventives à promouvoir et à soutenir :

- Recherche de cas d'abus et de négligence dont seraient victimes les personnes âgées

INSPQ, 2013 [3]

- La prévalence de la maltraitance et ses conséquences sur le bien-être physique et mental des aînés en font un important problème de santé qui doit être détecté précocement
- La revue des recommandations actuelles relatives à la détection des cas de maltraitance montre de manière générale :
 - Il y a consensus quant à la nécessité que les professionnels de la santé et des services sociaux en contact avec les aînés recherchent et détectent les cas de maltraitance dans leur clientèle
 - Des divergences existent sur la clientèle à cibler (tous les aînés, uniquement ceux qui présentent des signes ou des symptômes ou des facteurs de risque, les proches ou uniquement les aidants) et l'approche pour détecter les situations de maltraitance
- Les outils de détection de la maltraitance envers les aînés doivent être utilisés avec prudence et être considérés comme des aides à l'évaluation clinique. Ils ne peuvent remplacer une démarche fondée sur le jugement clinique global et une évaluation plus approfondie
- Malgré les limites des interventions éducationnelles et des outils de détection, un consensus se dégage en faveur d'une nécessité d'impliquer le milieu clinique pour contrer le problème, certains milieux cliniques de première ligne étant névralgiques pour rejoindre les aînés, notamment les cliniques ambulatoires
- Connaissances scientifiques sur la recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées à parfaire et à approfondir

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES ÂNÉS, 2010 [4]

- Pour être efficace, la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées doit nécessairement reposer sur des actions de prévention, de dépistage et d'intervention
- Le dépistage permet aux intervenants de reconnaître les indices potentiels ou les symptômes physiques et psychologiques associés à une situation de maltraitance et de diriger les personnes vers les ressources appropriées
- MSSS a prévu la mise en place, dans chaque territoire de CSSS, d'une table multisectorielle locale visant à contrer les diverses formes de maltraitance chez les aînés; un des mandats de ces tables est de mettre en œuvre des stratégies destinées à favoriser la prévention, le dépistage et l'intervention en matière de maltraitance

SANTÉ MENTALE : MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES

INTERVENTION CLINIQUE: Identification des situations de maltraitance des personnes âgées

Intervention suggérée dans le bilan de santé

- L'identification de situations de maltraitance envers les personnes âgées s'inscrit dans une démarche intégrée qui vise à favoriser le bien-être psychosocial et à détecter certains facteurs de risque
- **Chez les adultes de plus de 65 ans**, l'infirmière revoit les facteurs de risque pouvant avoir été identifiés préalablement lors du bilan de santé
- En présence de facteurs de risque ou d'indices cliniques aux questionnaires précédents, elle utilise les questions du *Elder Abuse Suspicion Index (EASI)*
- Si positif, elle effectue le counseling et dirige la personne vers la ressource appropriée

Justification de l'intervention proposée

- La recherche de cas de maltraitance chez les personnes âgées ne fait pas l'objet de recommandations de la part des organismes retenus (Le USPSTF souligne le manque de données et d'outils) mais est inscrite au Plan national de santé publique et est encouragée par d'autres experts ou associations médicales ou de santé publique dont l'*American Medical Association* et l'OMS
- Selon l'INSPQ [3], la maltraitance commise envers des personnes âgées est de plus en plus reconnue au Québec comme un problème social et de santé dont il faut se préoccuper. [4] La prévalence de la maltraitance et ses conséquences sur le bien-être physique et mental des aînés en font un problème de santé qui doit être détecté précocement. Puisque les personnes âgées sont fréquemment en contact avec le réseau de la santé et des services sociaux, il est nécessaire d'en impliquer les intervenants de première ligne (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.)
- L'*EASI* est un test validé au Québec, à utiliser dans un contexte ambulatoire
- Il nous apparaît important d'inscrire cette recherche de cas à la fin de notre démarche de bilan, ce qui permet de poser les questions dans un climat de confiance, après avoir relevé certains signaux lors de l'évaluation faite dans les étapes précédentes du bilan, notamment la présence de stress ou d'humeur dépressive (et leurs sources éventuelles). Le bilan préventif est axé sur la relation étroite entre santé mentale et santé physique
- La recherche de cas de maltraitance envers les personnes âgées, tout comme le dépistage de la violence conjugale, familiale ou du harcèlement fait partie d'une démarche intégrée en santé mentale
- Le bilan de santé vise à sensibiliser les personnes aux éléments nécessaires au bien-être dans une approche positive de la santé émotionnelle, psychologique ou mentale, et à les encourager dans la prise en charge de leur santé globale
- La proposition pour le bilan de santé repose sur les conditions suivantes : formation préalable de l'infirmière et ressources disponibles

SANTÉ MENTALE : MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES

BIBLIOGRAPHIE:

1. Moyer VA on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2013;158:478-86.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/792/ipvelderfinalrs/pdf>
2. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Gouvernement du Québec; 2008. p. 1-103.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
3. Laforest J, Maurice P, Beaulieu M, Belzile L. Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne - synthèse des connaissances. Institut national de santé publique du Québec; 2013. p. 1-105.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1687_RechCasMaltraitPersAineesProfSSSPremiLigne.pdf
4. Ministère de la Famille et des Aînés. Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015. Gouvernement du Québec; 2010. p. 1-83.
http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Plan_action_maltraitance.pdf



SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : ITSS

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling et dépistage en matière d'ITSS

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

- Les mesures préventives suivantes sont démontrées efficaces :
 - Évaluer annuellement les facteurs de risque chez tout adulte actif sexuellement
 - Dépister annuellement les ITSS selon les facteurs de risque décelés (se réfère aux recommandations du Guide québécois de dépistage des ITSS, mise à jour 2010) et plus fréquemment si les facteurs de risque sont présents de manière répétée ou continue
 - Discuter de l'adoption et du maintien de comportements sécuritaires
 - Soutenir la personne infectée pour qu'elle avise ses partenaires
- Il est suggéré de référer aux mises à jour faites par le groupe d'experts du MSSS

GECSSP, 2014 [3]

- Aucune publication récente à ce sujet
- A fait une revue critique, en 2014, des recommandations émises par USPSTF concernant le dépistage du VIH. Considère que les recommandations de cet organisme ne s'appliquent pas à la population canadienne étant donné que la prévalence de l'infection au VIH varie dans les 2 pays (prévalence plus élevée aux États-Unis)

CMFC, 2010 [2]

- Il est suggéré de procéder à un counseling sur les comportements sexuels sécuritaires et sur les ITSS (particulièrement l'infection gonococcique)
- Le dépistage de l'infection à chlamydia, de l'infection gonococcique, au VIH et au virus de l'hépatite B sont recommandés chez les personnes à haut risque (la notion de haut risque n'est pas définie)
- Pour la prévention des ITSS, l'abstinence est la méthode la plus efficace; les preuves sont acceptables quant à l'efficacité du condom

MSSS, 2014 [4]

- Procéder à l'évaluation des facteurs de risque associés aux ITSS, au moins une fois par année, dans le cadre d'un examen médical périodique, tel celui recommandé par le Collège des médecins du Québec
- Effectuer un counseling prétest visant notamment à évaluer le niveau de risque et déterminer les infections à dépister, à permettre à la personne de fournir un consentement libre et éclairé à l'intervention ainsi qu'à offrir un counseling préventif en fonction des risques décelés et soutenir la personne dans l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires
- Procéder au dépistage des ITSS selon les facteurs de risque décelés (voir tableau à cet effet dans le guide)
- Offrir le dépistage à une fréquence qui tient compte du niveau de risque (aux 3 à 6 mois pour les personnes chez qui les facteurs de risque sont présents de manière continue ou répétée)
- Assurer un suivi et procéder à un counseling posttest lorsqu'un test de dépistage est effectué. Le counseling doit être adapté selon le résultat de l'analyse, la nature de l'ITSS en cause et selon les besoins spécifiques de la personne

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : ITSS

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling et dépistage en matière d'ITSS

USPSTF, 2008 [5] *Révision en cours (2015)*

- Le **counseling** intensif pour prévenir les ITSS est recommandé chez les adolescents actifs sexuellement et les adultes à risque augmenté de contracter une ITSS (principalement les personnes ayant contracté antérieurement une ITSS ou ayant plusieurs partenaires) [3]

USPSTF, 2007 [6] et 2005 [7] *Révision en cours (2015)*

- Le dépistage de la **chlamydia** et de l'**infection gonococcique** sont indiqués chez les femmes âgées de moins de 24 ans actives sexuellement et chez celles de plus de 24 ans ayant un risque augmenté de contracter une chlamydia (principalement : antécédents d'ITSS; nouveau partenaire ou multiples partenaires; protection sous optimale contre les ITSS; relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues). Les données sont insuffisantes pour conclure quant à la pertinence de procéder ou non au dépistage de la chlamydia et de l'infection gonococcique chez les hommes

USPSTF, 2004 [8] *Révision en cours (2015)*

- Le **dépistage de la syphilis** est recommandé chez les personnes à risque accru de contracter cette infection (HARSAH; comportements sexuels à haut risque; travailleurs et travailleuses du sexe; relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues; milieu carcéral)

USPSTF, 2014 [9]

- Le **dépistage de l'hépatite B** est indiqué chez les personnes à haut risque d'avoir contracté cette infection (personnes originaires de pays où la prévalence de l'hépatite B est élevée; personnes infectées par le VIH; utilisateurs de drogues par injection; HARSAH; contacts à domicile ou partenaires sexuels d'une personne infectée par le VHB)

USPSTF, 2013 [10]

- Le **dépistage de l'hépatite C** est recommandé chez les personnes à haut risque d'avoir contracté cette infection (le risque le plus important : injection actuelle ou passée de drogues; autres risques : transfusion avant 1992, hémodialyse, enfant né d'une mère infectée, inhalation de drogues, tatouage ou autre exposition percutanée dans des conditions non stériles)

USPSTF, 2013 [11]

- Le **dépistage du VIH** est indiqué chez les adultes âgés de 15 à 65 ans et chez les adultes plus âgés à risque accru (essentiellement HARSAH, les utilisateurs de drogues par injection et leurs partenaires)

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : ITSS

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling et dépistage en matière d'ITSS

Intervention suggérée dans le bilan de santé

L'intervention repose essentiellement sur le *Guide québécois de dépistage des ITSS* en l'adaptant pour une population adulte générale, asymptomatique. Le traitement des ITSS déborde le cadre du bilan de santé

- L'infirmière évalue, chez les adultes actifs sexuellement, les risques associés aux ITSS, si la personne a des préoccupations à l'égard des ITSS et si elle désire un dépistage
- Elle propose un dépistage aux personnes qui présentent des facteurs de risque (selon les indications émises dans le *Guide québécois de dépistage des ITSS*, mise à jour, 2014) après leur avoir expliqué la nature des tests ainsi que les avantages et les inconvénients associés au dépistage
- Elle offre du counseling sur l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires selon les facteurs de risque décelés
- L'infirmière convient du mode de communication des résultats
- Elle propose, le cas échéant, l'immunisation contre l'hépatite A, B ou le VPH selon les indications en matière de prévention des ITSS définies dans le *Protocole d'immunisation du Québec*
- L'infirmière assure un suivi afin de communiquer les résultats d'analyse et effectuer un counseling posttest. Il consiste principalement à :
 - Donner de l'information sur la signification du résultat et sur la nature de l'infection qui a été détectée
 - Explorer les connaissances que possède la personne au sujet de l'infection qui a été détectée et à compléter l'information au besoin
 - Revoir les comportements sécuritaires en fonction des risques décelés et soutenir la personne dans l'adoption et le maintien de comportements plus sécuritaires
 - Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour limiter la transmission de l'infection
 - Discuter de l'intervention préventive à effectuer auprès des partenaires
 - Diriger la personne infectée et celle présentant des symptômes ou des signes suggestifs d'une ITSS vers l'IPSPL ou le médecin répondant afin de : poser un diagnostic, vérifier la présence de complications, traiter, le cas échéant, et faire la déclaration, s'il y a lieu, à la santé publique

Justification de l'intervention proposée

- Étant donné que les recommandations concernant le dépistage des ITSS doivent tenir compte de la prévalence des infections dans la population concernée, nous avons adhéré aux recommandations québécoises récentes

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : ITSS

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Évaluation critique de: Screening for HIV: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement, [2013]*; 2014.
<http://canadiantaskforce.ca/appraised-guidelines/2013-human-immunodeficiency-virus/>
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, mise à jour 2014. Gouvernement du Québec; 2014. p. 1-227.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-308-01W.pdf>
5. U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2008;149:491-496.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=743025>
6. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chlamydial infection: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2007;147:128-34.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=735665>
7. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for gonorrhea: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement: 2005.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf05/gonorrhea/gonrs.htm>
8. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for syphilis infection: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement: 2004.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/syphilis/syphilrs.htm>
9. LeFevre ML on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis B virus infection in nonpregnant adolescents and adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014;161:58-66.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/930448/0000605-201407010-00012.pdf>
10. Moyer VA on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis C virus infection in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2013;159:349-357.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/927511/0000605-201309030-00009.pdf>
11. Moyer VA on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Preventive Services Task Force. Screening for HIV: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2013; p. 1-12.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/746/hivfinalrs/pdf>



SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : GROSSESSES NON PLANIFIÉES

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling et intervention en matière de prévention des grossesses non planifiées

MSSS, 2004 [1]

- La documentation scientifique démontre que le fait de rendre accessible la contraception orale d'urgence peut contribuer à réduire de moitié le risque de grossesses non planifiées.
- La contraception orale d'urgence est mal connue et sous-utilisée.
- Les professionnels de la santé peuvent contribuer à faire connaître la contraception orale d'urgence et ainsi participer à la prévention des grossesses non planifiées.

AWHONN, 2011 [2] – Association of women's health, obstetric and neonatal nurses

Prévention primaire

Objectifs

- Aider à ce que les grossesses soient planifiées et « en santé » (*healthy*) avec un déroulement favorable à la santé de la mère et de l'enfant
- Réduire les complications périnatales, néonatales et familiales

Moyens

- Évaluation des risques personnels et familiaux : violence conjugale, consommation de substances, exposition à des agents tératogènes
- Utilisation adéquate d'outils de dépistage :
 - Évaluation du désir d'enfants et de la planification familiale (à vie)*
 - Dépistage des infections transmissibles sexuellement
 - Évaluation des maladies génétiques/chroniques
- Stratégies de prévention* :
 - Counseling comportemental sur l'alimentation et la contraception
 - Prescription ou remise d'un contraceptif et d'une contraception d'urgence

Prévention secondaire

Objectifs

- Détecter précocement les grossesses non planifiées afin d'améliorer les aspects liés à la santé reproductive

Moyens

- Établir la grossesse et l'âge gestationnel :
 - Diagnostic de grossesse (test urinaire, sérologique, échographie)
 - Stratégies de prévention :
 - Counseling sur les options concernant la grossesse non planifiée; counseling et guider vers les ressources en respectant le choix de la femme quant à l'issue de sa grossesse

*La discussion portant sur le désir d'enfants et la planification familiale ainsi que le counseling sur la contraception sont moins efficaces s'ils ne s'adressent qu'aux femmes.

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : GROSSESSES NON PLANIFIÉES

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling et interventions en matière de prévention des grossesses non planifiées

Intervention suggérée dans le bilan de santé

La prévention des grossesses non planifiées s'inscrit dans une approche intégrée qui comprend également la prévention des ITSS et la prévention périconceptionnelle.

Chez une femme susceptible de devenir enceinte

- L'infirmière vérifie si cette dernière planifie une grossesse dans la prochaine année.
- Si elle ne planifie pas de grossesse, l'infirmière vérifie s'il y a une utilisation adéquate d'une méthode contraceptive.
- En l'absence d'utilisation d'une méthode contraceptive ou s'il y a eu une erreur dans l'utilisation, l'infirmière vérifie s'il y a une possibilité de grossesse et s'il y a une indication d'avoir recours à la contraception orale d'urgence (COU).
- S'il y a une indication d'avoir recours à la COU, l'infirmière l'initie selon une ordonnance collective ou dirige la femme vers un pharmacien communautaire à ce sujet.
- L'IC vérifie, le cas échéant, les connaissances de la personne sur la protection contraceptive et complète, au besoin, l'information à ce sujet
- L'IC dirige les femmes vers les ressources appropriées dans les situations suivantes :
 - Grossesse actuelle
 - Pose d'un stérilet d'urgence en cuivre
 - Souhait de la femme d'utiliser subséquemment une des méthodes contraceptives suivantes : contraception hormonale, stérilet, ligature tubaire (en l'absence d'ordonnance collective permettant à l'IC d'initier une méthode contraceptive hormonale ou le stérilet)

Chez un homme dont la partenaire sexuelle est susceptible de devenir enceinte

- L'infirmière vérifie s'il y a un souhait de paternité dans un avenir immédiat. S'il n'y a pas de souhait de paternité, elle vérifie les mesures de prévention des grossesses et complète, au besoin, l'information à ce sujet.

Justification de l'intervention proposée

- Au Québec, il se pratique plus de 26 000 interruptions volontaires de grossesses par année (IVG) [3]. Le taux d'IVG le plus élevé se retrouve parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans (31 pour mille, en 2011); le deuxième groupe d'âge le plus touché est chez les femmes âgées de 25 à 29 ans (22 pour mille). [3] On peut penser qu'un certain nombre de grossesses menées à terme n'étaient ni planifiées ni désirées.
- L'expérience du Centre de prévention clinique du CSSS du Sud-Ouest-Verdun révèle qu'une grande proportion des personnes qui ont utilisé ce service était composée de femmes en âge de procréer et donc susceptibles de bénéficier des interventions en matière de santé reproductive. [4]
- L'intervention suggérée dans le bilan se veut globale : prévention des ITSS (ce qui peut aider à préserver la capacité reproductive des personnes); prévention des grossesses non planifiées; prévention périconceptionnelle. Cette approche intégrée est similaire à celle préconisée par l'*Association of women's health, obstetric and neonatal nurses*. [2]

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : GROSSESSES NON PLANIFIÉES

BIBLIOGRAPHIE :

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Un nouveau mode d'accès à la pilule contraceptive d'urgence. Document de soutien pour les intervenants et les intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que leurs partenaires. Gouvernement du Québec; 2004. p. 1-15.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-255-03.pdf>
2. Taylor D, James EA. An evidence-based guideline for unintended pregnancy prevention. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2011;40(6):782-93.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266470/pdf/nihms320201.pdf>
3. Girard C. Naissance et fécondité dans *Le bilan démographique du Québec, édition 2013*. Institut de la statistique du Québec; 2013. p. 35-51.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2013.pdf>
4. Hallouche K, Gilbert A, Leane V. Centre de prévention clinique, une initiative du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun : Rapport d'évaluation d'implantation. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2012. p. 1-60.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-224-1.pdf



SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE

INTERVENTION CLINIQUE : La prévention des anomalies du tube neural

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

- On suggère aux femmes en âge de procréer la prise d'acide folique (au moins 0,4 mg par jour), au moins 10 semaines avant la grossesse jusqu'à l'allaitement

CMFC, 2010 [2]

- Afin de prévenir les anomalies du tube neural, on suggère aux femmes susceptibles de devenir enceintes :
 - La prise de 0,4 à 0,8 mg par jour, au moins un mois avant et trois après la conception, chez les femmes à faible risque
 - La prise de 4 mg par jour, trois mois avant et trois mois après la conception afin de prévenir les récurrences chez les femmes à haut risque (celles ayant eu une grossesse antérieure avec une anomalie du tube neural)

USPSTF, 2009 [3]

Révision en cours (2015)

- Les recommandations concernent les femmes qui n'ont pas de risque accru d'ATN (les femmes ayant un risque accru étant celles avec une histoire personnelle ou familiale d'ATN, la prise de médication pour traiter l'épilepsie, le diabète maternel et l'obésité – la plupart des organismes recommandent des doses plus élevées)
- On recommande que toutes les femmes qui planifient une grossesse ou qui sont susceptibles de devenir enceintes prennent un supplément contenant entre 0,4 à 0,8 mg d'acide folique. La plupart des études indiquent qu'il faut débuter la prise de suppléments au moins un mois avant la conception et la poursuivre au moins les 2 ou 3 premiers mois de la grossesse
- Les données sont à l'effet que la prise d'un supplément en acide folique durant la période périconceptionnelle n'est pas associée à des effets indésirables importants et qu'elle amène des bénéfices nets substantiels

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE :

PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE

INTERVENTION CLINIQUE : La prévention des anomalies du tube neural

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA, 2007 [4]

- Les femmes en âge de procréer devraient être informées des avantages de la prise de multivitamines renfermant de l'acide folique durant les consultations pour un bilan de santé, particulièrement si une grossesse est envisagée
- Les femmes devraient être informées d'adopter de saines habitudes en matière d'alimentation (basées sur le Guide alimentaire canadien) et des aliments qui sont d'excellentes sources d'acide folique. Toutefois, il est peu probable que la diète seule puisse apporter des niveaux similaires à ceux apportés par les multivitamines avec acide folique

A) Pour les femmes n'ayant pas de risque particulier, qui planifient une grossesse et sont observantes à la médication, les recommandations sont :

- Avoir une alimentation riche en acide folique
- Prendre une multivitamine renfermant de l'acide folique (0,4 à 1 mg) en débutant au moins 2 à 3 mois avant la conception et en poursuivant jusqu'à la 4^e- 6^e semaine postpartum (ou jusqu'à la fin de l'allaitement)

B) Pour les femmes ayant les conditions suivantes :

- Antécédents de grossesse où le fœtus a présenté une anomalie du tube neural (anencéphalie, myéloméningocèle), une fente palatine, des anomalies cardiaques, des membres, ou du tractus urinaire ainsi que l'hydrocéphalie
- Antécédents familiaux d'anomalies du tube neural
- Épilepsie, diabète insulino-dépendant, obésité (indice de masse corporelle > 35 kg/m²)
- Appartenance à un groupe ethnique à risque élevé pour les anomalies du tube neural (ex. sikh)

Les recommandations sont :

- Avoir une alimentation riche en acide folique (pour éviter la récurrence, les aliments enrichis en acide folique sont particulièrement recommandés)
- Prendre un supplément en acide folique de 5 mg, en commençant au moins 3 mois avant la conception et en poursuivant jusqu'à la 10^e ou 12^e semaine post-conception
- À partir de la 12^e semaine post-conception, prendre une multivitamine renfermant de l'acide folique (0,4 à 1 mg) en poursuivant jusqu'à la 4^e- 6^e semaine postpartum (ou jusqu'à la fin de l'allaitement)

C) Pour les femmes ayant les caractéristiques suivantes :

- Une histoire de faible observance à la médication et un enjeu lié à des habitudes de vie (alimentation variable, utilisation inconstante d'une méthode contraceptive et l'usage de substances potentiellement tératogènes, alcool, tabac, drogues)

Les recommandations sont :

- Conseiller les femmes sur la prévention des anomalies congénitales et des problèmes de santé grâce à la prise de multivitamines renfermant de l'acide folique
- Avoir recours à la stratégie visant l'apport d'un supplément avec une plus haute dose d'acide folique (5 mg) afin de permettre un niveau plus adéquat de folate érythrocytaire qu'avec une prise irrégulière de suppléments vitaminés avec de l'acide folique (et ce, avec un risque additionnel minimal pour la santé)

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE :

PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE

INTERVENTION CLINIQUE : Prévention des anomalies du tube neural

Intervention suggérée pour le bilan de santé

- La prévention des anomalies du tube neural s'inscrit dans une approche intégrée de santé périconceptionnelle qui comprend également : la promotion de saines habitudes de vie et l'immunisation contre la rubéole et la varicelle
- Chez les femmes susceptibles de devenir enceintes, l'infirmière vérifie :
 - Le statut vaccinal pour la rubéole et la varicelle et propose, le cas échéant, la vaccination
 - Si elles planifient une grossesse dans les 12 prochains mois
- Chez les femmes qui planifient une grossesse dans la prochaine année, l'infirmière :
 - Évalue sommairement l'alimentation, le tabagisme, la consommation d'alcool et drogues et effectue un counseling, le cas échéant, sur les aliments riches en folates, la consommation d'alcool et drogues durant la grossesse et la cessation tabagique
 - Identifie celles qui ont un risque accru d'anomalies congénitales (facteurs définis par la SOGC)
 - Informe sur les avantages de la prise d'un supplément d'acide folique dans la prévention des anomalies du tube neural et de certaines autres anomalies congénitales
 - Suggère la prise d'une multivitamine

Chez les femmes à faible risque : multivitamine contenant de 0,4 mg à 1 mg d'acide folique au moins 2 à 3 mois avant la conception et jusqu'à 6 semaines postpartum ou jusqu'à la fin de l'allaitement

Chez les femmes à risque accru d'anomalies congénitales : multivitamine contenant 5 mg d'acide folique, au moins 3 mois avant la conception et jusqu'à 12 semaines post-conception suivie de la prise d'une multivitamine contenant de 0,4 mg à 1 mg d'acide folique de la 12^e semaine post-conception jusqu'à 6 semaines postpartum ou jusqu'à la fin de l'allaitement

- L'infirmière dirige les femmes vers un pharmacien communautaire afin de recevoir les conseils pharmaceutiques sur la prise d'une multivitamine relativement à la prévention des anomalies congénitales

Justification de l'intervention proposée

- Les organismes s'entendent sur l'efficacité de la prise d'un supplément d'acide folique pour prévenir les anomalies du tube neural et sur le fait que la dose requise varie selon le niveau de risque
- Dans les études qui ont prouvé l'efficacité de l'acide folique à prévenir ces anomalies, l'acide folique était administré sous forme de supplément
- La dose d'acide folique et la période durant laquelle elle devrait être prise varient légèrement d'un organisme à l'autre. Nous avons repris les recommandations de la SOGC dans un souci d'harmoniser les pratiques cliniques

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/_PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. U.S. Preventive Services Task Force. Folic acid for the prevention of neural tube defects: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2009;150:626-31.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=744473>
4. Wilson RD, Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, The Motherisk Program. Pre-conceptional vitamin/acid folic supplementation 2007: The use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. J Obstet Gynaecol Can 2007;29(12):1003-13.

Annexe 2

Modèles d'ordonnance collective



ANNEXE 2 MODÈLES D'ORDONNANCE COLLECTIVE.....	375
Initier des mesures de laboratoire pour dépister le diabète de type 2 et les dyslipidémies.....	377
Initier des mesures de dépistage du cancer du sein	381
Initier des mesures de dépistage du cancer du col utérin	385
Initier des mesures de dépistage du cancer colorectal.....	389
Initier des mesures de dépistage de l'ostéoporose	393
Initier la prophylaxie à l'acide folique dans le but de prévenir des anomalies congénitales	397



Ordonnance collective

Numéro

OBJET	VALIDÉ PAR	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR
Initier des mesures de laboratoire pour dépister le diabète de type 2 et les dyslipidémies	DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS Nom de l'établissement	Indiquez la date
RÉFÉRENCE À UN PROTOCOLE ☐ oui ☒ non	ADOPTÉ PAR	DATE DE RÉVISION
	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens Nom de l'établissement	Indiquez la date

Professionnels habilités/secteurs ou programmes visés

Les infirmières œuvrant au [indiquez l'établissement ou le lieu d'exercice et s'il y a lieu le secteur et le programme visés, les habiletés requises et une formation spécifique].

Activités réservées de l'infirmière

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques selon l'ordonnance collective
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier

Médecin répondant

En cas de problème ou toutes autres questions, contacter le médecin répondant [veuillez indiquer le médecin à contacter]

Dans notre établissement, le médecin répondant travaille en collaboration avec une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL). L'infirmière clinicienne pourra contacter l'IPSPL selon des ententes établies avec le médecin répondant.

☐ Oui ☐ Non

Clientèle ou situation clinique visée

Précisez dans quel contexte clinique, l'ordonnance collective s'applique

Indication et conditions

- Dépister le diabète de type 2 à l'aide du test suivant : glycémie à jeun ou Hb1Ac (précisez le test choisi) ET les dyslipidémies à l'aide du test suivant : bilan lipidique complet (cholestérol total, cholestérol-HDL, cholestérol-LDL, triglycérides)

- Effectuer le dépistage chez les adultes de la population générale selon les indications suivantes :

Âge	Nombre de facteurs de risque cardiométabolique		
	Aucun	Un	Plus d'un
Moins de 40 ans	Aucun dépistage	Aux 5 ans	Aux 3 ans
40 ans et plus Femmes de tout âge ménopausées	Aux 5 ans*	Aux 3 ans	Annuellement

*Chez les femmes, non ménopausées, âgées de 40 à 49 ans, n'ayant aucun facteur de risque, effectuer le dépistage du diabète seulement (aux 5 ans)

- **Facteurs de risque cardiométabolique à considérer :**

- Histoire familiale précoce de maladies cardiovasculaires (avant 55 ans chez le père ou le frère, avant 65 ans chez la mère ou la sœur)
- Antécédents familiaux (parents, enfants) de dyslipidémies ou de diabète de type 2
- Antécédent personnel de diabète gestationnel ou accouchement d'un bébé ayant un poids élevé à la naissance (≥ 4 kg ou ≥ 9 livres)
- Tabagisme actuel ou présence d'une maladie pulmonaire chronique
- Pression artérielle normale élevée (pression artérielle systolique entre 130 et 139 ou pression artérielle diastolique entre 85 et 89)^a
- Indice de masse corporelle > 27 kg/m²
- Mesure du tour de taille supérieure aux valeurs recommandées (selon le pays d'origine ou l'origine ethnique)^b
- Membres des Premières Nations^b

a : La présence d'un diabète serait une indication de traiter une PA normale élevée. En présence d'HTA, voir lignes directrices sur le diagnostic et la prise en charge de cette condition.

b : Les critères du tour de taille spécifiques à la population d'origine permettent de considérer les populations sud-asiatiques, asiatiques, africaines, hispaniques (mais pas celle des Premières Nations) comme facteur de risque du diabète et des maladies cardiovasculaires

- Valeurs du tour de taille recommandées

Pays d'origine ou origine ethnique	Seuils par catégorie	
	Hommes	Femmes
Canada, États-Unis, population européenne	≥ 102 cm	≥ 88 cm
Population moyenne-orientale, sub-saharienne ou méditerranéenne orientale	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Population d'origine asiatique, sud-américaine ou centraméricaine	≥ 90 cm	≥ 80 cm

- Les précédentes indications de dépistage ne **s'appliquent pas** pour les personnes :

- Ayant des antécédents personnels de :
 - Prédiabète et diabète
 - Dyslipidémies
 - Hypertension artérielle
 - Maladies cardiaques (angine, infarctus)
 - Atteintes vasculaires (accident vasculaire cérébral, sténose des carotides ou des artères des membres inférieurs, anévrisme de l'aorte, dysfonction érectile)
 - Insuffisance rénale chronique

- Ayant des symptômes ou des signes suggestifs de :
 - Dyslipidémies (xanthélasmas, xanthomes, arc cornéen précoce)
 - Diabète (polyurie, polydipsie, perte de poids)

Contre-indications

Aucune contre-indication

Limites/référence au médecin

- La personne sera dirigée vers un médecin* dans l'une des situations suivantes :
 - Le résultat d'un test de dépistage est anormal :
 - Glycémie à jeun $\geq 6,1$ mmol/L
 - HbA1c $\geq 6,0$ %
 - Triglycérides $\geq 1,7$ mmol/L
 - La personne ayant un risque cardiovasculaire sur 10 ans selon le score de Framingham :
 - Supérieur ou égal à 20% (risque élevé)
 - Entre 10 et 20% (risque modéré) ainsi qu'un niveau de cholestérol-LDL $> 3,5$ mmol/L ou un rapport cholestérol total/cholestérol-HDL > 5
 - Inférieur à 10% (risque faible) ainsi qu'un niveau de cholestérol-LDL ≥ 5 mmol/L

*La personne pourra être dirigée vers l'IP SPL selon l'entente établie avec le médecin répondant.

- La personne sera dirigée, le cas échéant, vers la ressource appropriée dans les situations suivantes :
 - Antécédents personnels de :
 - Prédiabète et diabète
 - Dyslipidémies
 - Hypertension artérielle
 - Maladies cardiaques (angine, infarctus)
 - Atteintes vasculaires (accident vasculaire cérébral, sténose des carotides ou des artères des membres inférieurs, anévrisme de l'aorte, dysfonction érectile)
 - Insuffisance rénale chronique
 - Présence de symptômes ou de signes suggestifs de :
 - Dyslipidémies (xanthélasmas, xanthomes, arc cornéen précoce)
 - Diabète (polyurie, polydipsie, perte de poids)

Directives

- L'infirmière renseigne l'utilisateur sur les avantages et les inconvénients du dépistage, la nature des tests, la préparation avant les examens, le mode de communication des résultats et le type de suivi si le résultat est anormal.
- Lorsque le résultat du test de dépistage est anormal, l'infirmière :
 - Avise la personne et la dirige vers l'IP SPL ou le médecin répondant selon les ententes établies afin qu'un diagnostic soit posé et, s'il y a lieu, qu'un traitement soit prescrit.
 - Offre un rendez-vous de suivi le cas échéant
 - Prodigue les conseils appropriés en matière de maintien et adoption de saines habitudes de vie

Approbation de l'ordonnance collective

Signature _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Président du CMDP ☐

Md responsable du GMF ☐

Signature _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Directrice des soins infirmiers

Médecins signataires de l'ordonnance collective*

Nom et prénom	N° permis	Signature	Téléphone	Télécopieur

*Hors établissement, l'ordonnance collective doit être signée par les médecins responsables de l'ordonnance collective.

Source

Anderson TJ et al. 2012 Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the diagnosis and the treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. Can J Cardiol 2013; 29: 151-167.

Ekoé JM. et al. Lignes directrices de pratique clinique: Dépistage du diabète de type 1 et de type 2. Can J Diabetes 2013; 37 : S373-S376.

Cardiometabolic Risk Working Group. Cardiometabolic Risk in Canada: A Detailed Analysis and Position Paper by the Cardiometabolic Risk Working Group. Canadian Journal of Cardiology 27 (2011) e1– e33.



Ordonnance collective

Numéro

OBJET	VALIDÉ PAR	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR
Initier des mesures de dépistage du cancer du sein	DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS Nom de l'établissement	Indiquez la date
RÉFÉRENCE À UN PROTOCOLE ☐ oui ☒ non	ADOPTÉ PAR	DATE DE RÉVISION
	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens Nom de l'établissement	Indiquez la date

Professionnels habilités/secteurs ou programmes visés

Les infirmières œuvrant au [indiquez l'établissement ou le lieu d'exercice et s'il y a lieu le secteur et le programme visés, les habiletés requises et une formation spécifique].

Activités réservées de l'infirmière

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques selon l'ordonnance collective
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier

Médecin répondant

En cas de problème ou toutes autres questions, contacter le médecin répondant [veuillez indiquer le médecin à contacter]

Dans notre établissement, le médecin répondant travaille en collaboration avec une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL). L'infirmière clinicienne pourra contacter l'IPSPL selon des ententes établies avec le médecin répondant.

☐ Oui ☐ Non

Clientèle ou situation clinique visée

Précisez dans quel contexte clinique, l'ordonnance collective s'applique

Indication et conditions

- Dépister le cancer du sein à l'aide du test suivant : la mammographie de dépistage
- Initier le test de dépistage dans les conditions suivantes :
 - Femmes âgées de 50 à 74 ans* n'ayant pas eu de mammographie de dépistage depuis au moins deux ans

*Chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, utiliser l'ordonnance collective régionale associée au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) à moins que la femme souhaite un dépistage mais ne désire pas participer au PQDCS

- Les présentes indications de dépistage ne **s'appliquent pas** dans l'une des conditions suivantes :
 - Présence de symptômes ou de signes suggestifs d'une atteinte au sein
 - Antécédent personnel de cancer du sein ou autre anomalie lors d'une biopsie antérieure
 - Antécédent personnel ou familial de mutation génétique associée à un risque accru de cancer du sein
 - Irradiation antérieure au niveau du thorax (par exemple, pour le traitement d'un lymphome)

Contre-indications

Aucune contre-indication

Limites/référence au médecin

- La personne sera dirigée vers le médecin répondant* dans les situations suivantes :
 - Anomalies à la mammographie
- La personne sera dirigée, le cas échéant, vers la ressource appropriée dans l'une des situations suivantes :
 - Présence de symptômes ou de signes suggestifs d'une atteinte au sein
 - Antécédent personnel de cancer du sein ou autre anomalie lors d'une biopsie antérieure
 - Antécédent personnel ou familial de mutation génétique associée à un risque accru de cancer du sein
 - Irradiation antérieure au niveau du thorax (par exemple, pour le traitement d'un lymphome)

*La personne pourra être dirigée vers l'IP SPL selon l'entente établie avec le médecin répondant

Directives

- L'infirmière renseigne la femme sur les avantages et les inconvénients du dépistage, la nature des tests, le mode de communication des résultats et le type de suivi si le résultat est anormal.
- Lorsque le résultat de la mammographie est anormal, l'infirmière en avise la personne et la dirige vers le médecin répondant ou l'IP SPL selon les ententes établies, afin que l'investigation soit complétée.

Approbation de l'ordonnance collective

Signature _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Président du CMDP ☐

Md responsable du GMF ☐

Signature _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Directrice des soins infirmiers

Médecins signataires de l'ordonnance collective*

Nom et prénom	N° permis	Signature	Téléphone	Télécopieur

*Hors établissement, l'ordonnance collective doit être signée par les médecins responsables de l'ordonnance collective.

Source

- LIGNES DIRECTRICES. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 74 ans présentant un risque moyen. JAMC 2011. DOI : 10.1503/cmaj.110334.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2012/01/16/183.17.1991.DC2/bcancer-tonelli-f.pdf>



Ordonnance collective

Numéro

OBJET	VALIDÉ PAR	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR
Initier des mesures de dépistage du cancer du col utérin	DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS Nom de l'établissement	Indiquez la date
RÉFÉRENCE À UN PROTOCOLE ☐ oui ☒ non	ADOPTÉ PAR	DATE DE RÉVISION
	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens Nom de l'établissement	Indiquez la date

Professionnels habilités/secteurs ou programmes visés

Les infirmières œuvrant au indiquez l'établissement ou le lieu d'exercice et s'il y a lieu le secteur et le programme visés, les habiletés requises et une formation spécifique.

Les exigences professionnelles requises pour être en mesure d'exécuter l'ordonnance collective sont : Posséder les habiletés techniques pour effectuer le prélèvement au niveau du col utérin requis pour l'analyse cytologique.

Activités réservées de l'infirmière

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques selon l'ordonnance collective
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier

Médecin répondant

En cas de problème ou toutes autres questions, contacter le médecin répondant veuillez indiquer le médecin à contacter

Dans notre établissement, le médecin répondant travaille en collaboration avec une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL). L'infirmière clinicienne pourra contacter l'IPSPL selon des ententes établies avec le médecin répondant.

☐ Oui ☐ Non

Clientèle ou situation clinique visée

Précisez dans quel contexte clinique, l'ordonnance collective s'applique

Indication et conditions

- Dépister les lésions précancéreuses ou cancéreuses au niveau du col utérin à l'aide du test suivant :
 - ☐ Cytologie cervicale sur frottis (test Pap)
 - ☐ Cytologie cervicale en milieu liquide
- Effectuer le test de dépistage chez les femmes âgées de 21 à 65 ans dans les conditions suivantes :
 - Femmes qui ont ou ont eu des activités sexuelles (les activités sexuelles incluent toutes formes de contact génital, avec ou sans pénétration vaginale, avec des partenaires masculins ou féminines)
 - Un test de dépistage du cancer du col utérin n'a pas été effectué dans les 24 derniers mois
- Les présentes indications de dépistage ne **s'appliquent pas** dans les conditions suivantes :
 - Hystérectomie totale
 - Grossesse actuelle
 - Immunodéficience
 - Infection au VIH
 - Diagnostic antérieur de lésions précancéreuses ou cancéreuses du col utérin
 - Symptômes ou signes suggestifs d'une atteinte au niveau du col utérin :
 - Saignement vaginal inexpliqué
 - Lésion apparente au niveau du col (ulcération, tuméfaction, induration)

Contre-indications

Aucune contre-indication

Limites/référence au médecin

- La personne sera dirigée vers un médecin répondant* dans les situations suivantes :
 - Cytologie cervicale anormale
 - Dépistage antérieur non optimal du cancer du col utérin chez une femme âgée de plus de 65 ans
- La personne sera dirigée, le cas échéant, vers la ressource appropriée dans l'une des situations suivantes :
 - Grossesse actuelle
 - Immunodéficience
 - Infection au VIH
 - Diagnostic antérieur de lésions précancéreuses ou cancéreuses du col utérin
 - Symptômes ou signes suggestifs d'une atteinte au niveau du col utérin :
 - Saignement vaginal inexpliqué
 - Lésion apparente au niveau du col (ulcération, tuméfaction, induration)

*La personne pourra être dirigée vers l'IP SPL selon l'entente établie avec le médecin répondant.

Directives

- L'infirmière renseigne la femme sur les avantages et les inconvénients du dépistage, la nature des tests, le mode de communication des résultats et le type de suivi si le résultat est anormal.
- L'infirmière clinicienne effectue le prélèvement et achemine le spécimen selon les directives du laboratoire de cytopathologie.
- Lorsque le résultat de la cytologie cervicale indique que le spécimen est inadéquat, l'infirmière en avise la personne et lui offre de reprendre le prélèvement.
- Lorsque le résultat de la cytologie cervicale est anormal, l'infirmière en avise la personne et la dirige vers le médecin répondant ou l'IPSP selon les ententes établies, afin que l'investigation soit complétée.

Approbation de l'ordonnance collective

Signature _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Président du CMDP ☐

Md responsable du GMF ☐

Signature _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Directrice des soins infirmiers

Médecins signataires de l'ordonnance collective*

Nom et prénom	N° permis	Signature	Téléphone	Télécopieur

*Hors établissement, l'ordonnance collective doit être signée par les médecins responsables de l'ordonnance collective.

Source

Groupe de travail sur les lignes directrices pour le dépistage du cancer du col utérin au Québec. Lignes directrices pour le dépistage du cancer du col utérin au Québec. Institut national de santé publique du Québec 2011 : 1-28. Disponible à :

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1279_LignesDirectDepistCancerColUterin.pdf



Ordonnance collective

Numéro

OBJET	VALIDÉ PAR	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR
Initier des mesures de dépistage du cancer colorectal	DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS Nom de l'établissement	Indiquez la date
RÉFÉRENCE À UN PROTOCOLE ☐ oui ☒ non	ADOPTÉ PAR	DATE DE RÉVISION
	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens Nom de l'établissement	Indiquez la date

Professionnels habilités/secteurs ou programmes visés

Les infirmières œuvrant au [] indiquez l'établissement ou le lieu d'exercice et s'il y a lieu le secteur et le programme visés, les habiletés requises et une formation spécifique.

Activités réservées de l'infirmière

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques selon l'ordonnance collective
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier

Médecin répondant

En cas de problème ou toutes autres questions, contacter le médecin répondant [] veuillez indiquer le médecin à contacter

Dans notre établissement, le médecin répondant travaille en collaboration avec une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL). L'infirmière clinicienne pourra contacter l'IPSPL selon des ententes établies avec le médecin répondant.

☐ Oui ☐ Non

Clientèle ou situation clinique visée

Précisez dans quel contexte clinique, l'ordonnance collective s'applique

Indication et conditions

- Dépister le cancer colorectal à l'aide du test suivant : la recherche de sang occulte dans les selles par test immunochimique (RSOSi ou Fit Test)

- Initier le test de dépistage dans les conditions suivantes :
 - Adultes âgés de 50 à 75 ans, n'ayant pas eu de test de dépistage du cancer colorectal à l'aide de :
 - Recherche de sang occulte dans les selles dans les 2 dernières années
 - Coloscopie dans les 10 dernières années
- Les présentes indications de dépistage ne **s'appliquent pas** dans l'une des conditions suivantes :
 - Personnes ayant des symptômes ou des signes suggestifs d'un cancer colorectal
 - Personnes ayant un risque plus élevé de cancer colorectal :
 - Antécédent personnel ou familial de mutation génétique associée à un risque accru de cancer colorectal
 - Antécédents personnels de :
 - Cancer colorectal
 - Polypes intestinaux
 - Maladies inflammatoires de l'intestin

Contre-indications

Aucune contre-indication

Limites/référence au médecin

- La personne sera dirigée vers le médecin répondant* dans les situations suivantes :
 - La RSOSi est positive
- La personne sera dirigée, le cas échéant, vers la ressource appropriée dans l'une des situations suivantes :
 - Personnes ayant des symptômes ou des signes suggestifs d'un cancer colorectal
 - Personnes ayant un risque plus élevé de cancer colorectal :
 - Antécédent personnel ou familial de mutation génétique associée à un risque accru de cancer colorectal
 - Antécédents personnels de :
 - Cancer colorectal
 - Polypes intestinaux
 - Maladies inflammatoires de l'intestin

*La personne pourra être dirigée vers l'IP SPL selon l'entente établie avec le médecin répondant

Directives

- L'infirmière renseigne la personne sur les avantages et les inconvénients du dépistage, la nature des tests, le mode de communication des résultats et le type de suivi si le résultat est anormal.
- Lorsque la RSOSi est positive, l'infirmière en avise la personne et la dirige vers le médecin répondant ou l'IP SPL selon les ententes établies, afin que l'investigation soit complétée.

Approbation de l'ordonnance collective

Signature _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Président du CMDP ☐

Md responsable du GMF ☐

Signature _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Directrice des soins infirmiers

Médecins signataires de l'ordonnance collective*

Nom et prénom	N° permis	Signature	Téléphone	Télécopieur

*Hors établissement, l'ordonnance collective doit être signée par les médecins responsables de l'ordonnance collective.

Source

Leddin DJ et collaborateurs. Canadian Association of Gastroenterology position statement on screening individuals at average risk for developing colorectal cancer: 2010. Can J Gastroenterol 2010; 24(12): 705-712.

https://www.cag-acg.org/uploads/position_statement_colorectal_screening.pdf



Ordonnance collective

Numéro

OBJET	VALIDÉ PAR	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR
Initier des mesures de dépistage de l'ostéoporose	DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS Nom de l'établissement	Indiquez la date
RÉFÉRENCE À UN PROTOCOLE ☐ oui ☒ non	ADOPTÉ PAR	DATE DE RÉVISION
	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens Nom de l'établissement	Indiquez la date

Professionnels habilités/secteurs ou programmes visés

Les infirmières œuvrant au indiquez l'établissement ou le lieu d'exercice et s'il y a lieu le secteur et le programme visés, les habiletés et une formation spécifique.

Activités réservées de l'infirmière

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques selon l'ordonnance collective
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier

Médecin répondant

En cas de problème ou toutes autres questions, contacter le médecin répondant veuillez indiquer le médecin à contacter

Dans notre établissement, le médecin répondant travaille en collaboration avec une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL). L'infirmière clinicienne pourra contacter l'IPSPL selon des ententes établies avec le médecin répondant.

☐ Oui ☐ Non

Clientèle ou situation clinique visée

Précisez dans quel contexte clinique, l'ordonnance collective s'applique

Indication et conditions

- Dépister l'ostéoporose à l'aide du test suivant : l'ostéodensitométrie
- Initier le test de dépistage dans les conditions suivantes :
 - Chez les personnes âgées de 65 ans à 75 ans
 - Chez les personnes âgées de 50 à 64 ans et les femmes ménopausées ayant une des caractéristiques suivantes :
 - Antécédent de fracture de fragilité après l'âge de 40 ans (considérer les sites suivants : bassin, colonne dorsolombaire, hanche, humérus proximal, poignet)
 - Fracture vertébrale ou ostéopénie identifiées sur la radiographie
 - Histoire d'une fracture de la hanche chez un parent (père ou mère)
 - Faible poids corporel (< 60 kg)
 - Perte de poids majeure (> 10% du poids corporel à l'âge de 25 ans)
 - Tabagisme actuel ou maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
 - Consommation élevée d'alcool (≥ 3 consommations/jour)
- Les indications de dépistage ne **s'appliquent pas** dans les conditions suivantes :
 - La personne a eu un dépistage de l'ostéoporose à l'aide d'une ostéodensitométrie dans les 5 dernières années
 - La personne a reçu un diagnostic d'ostéoporose
 - La personne présente une condition associée à un risque accru d'ostéoporose :
 - Prise prolongée de glucocorticoïdes ou autres médicaments à risque élevé de déminéralisation (ex. médicaments pour traiter cancer du sein, cancer de la prostate)
 - Conditions pouvant être associées à une perte osseuse rapide ou à un risque de fracture telles que polyarthrite rhumatoïde, hypogonadisme, hyperparathyroïdie primaire, diabète de type 1, ostéogénèse imparfaite, hyperthyroïdie non maîtrisée, maladie de Cushing, malnutrition ou malabsorption chroniques, maladie hépatique chronique, maladies inflammatoires chroniques (p. ex., maladies inflammatoires digestives)

Contre-indications

Aucune contre-indication

Limites/référence au médecin

- La personne sera dirigée vers un médecin* dans les situations suivantes :
 - Le résultat de l'ostéodensitométrie indique de l'ostéoporose
 - La personne présente un risque de fracture à 10 ans élevé (> 20%), calculé à l'aide d'un outil standardisé (FRAX ou CAROC)
 - La personne a des antécédents de fracture de fragilité
- La personne sera dirigée, le cas échéant, vers la ressource appropriée dans l'une des situations suivantes :
 - La personne a reçu antérieurement un diagnostic d'ostéoporose
 - La personne présente une condition associée à un risque accru d'ostéoporose :
 - Prise prolongée de glucocorticoïdes ou autres médicaments à risque élevé de déminéralisation
 - Conditions pouvant être associées à perte osseuse rapide ou à un risque de fracture

*La personne pourra être dirigée vers l'IPSP selon l'entente établie avec le médecin répondant.

Directives

- L'infirmière renseigne l'utilisateur sur les avantages et les inconvénients du dépistage, la nature des tests, la préparation avant les examens, le mode de communication des résultats et le type de suivi si le résultat est anormal.
- Lorsque le test de dépistage est anormal, l'infirmière en avise la personne et :
 - Dirige l'utilisateur vers IPSPL ou vers le médecin répondant selon les ententes établies afin qu'un diagnostic soit posé et, s'il y a lieu, qu'un traitement soit prescrit
 - Offre un rendez-vous de suivi le cas échéant
 - Prodigue les conseils appropriés en matière de maintien et d'adoption de saines habitudes de vie

Approbation de l'ordonnance collective

Signature _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Président du CMDP ☐

Md responsable du GMF ☐

Signature _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Directrice des soins infirmiers

Médecins signataires de l'ordonnance collective*

Nom et prénom	N° permis	Signature	Téléphone	Télécopieur

*Hors établissement, l'ordonnance collective doit être signée par les médecins responsables de l'ordonnance collective.

Source

Papaïonnou A, Morin S, Cheung AM, et coll. pour le Conseil consultatif scientifique de la Société de l'ostéoporose du Canada. Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada – Sommaire. JAMC 2010; 182(17) : 1-11.

Ostéoporose Canada. Aide-mémoire : Lignes directrices de pratique clinique pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada. 2010. V-09-03-11.



Ordonnance collective

Numéro

OBJET	VALIDÉ PAR	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR
Initier la prophylaxie à l'acide folique dans but de prévenir des anomalies congénitales	DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS Nom de l'établissement	Indiquez la date
RÉFÉRENCE À UN PROTOCOLE ☐ oui ☒ non	ADOPTÉ PAR	DATE DE RÉVISION
	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens Nom de l'établissement	Indiquez la date

Professionnels habilités/secteurs ou programmes visés

Les infirmières œuvrant au indiquez l'établissement ou le lieu d'exercice et s'il y a lieu le secteur et le programme visés, les habiletés requises et une formation spécifique.

Les pharmaciens communautaires exerçant sur le territoire du Québec

Activités réservées de l'infirmière

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques selon l'ordonnance collective
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier

Activités réservées du pharmacien

- Initier une thérapie médicamenteuse, selon une ordonnance
- Surveiller la thérapie médicamenteuse

Médecin répondant

En cas de problème ou toutes autres questions, contacter le médecin répondant veuillez indiquer le médecin à contacter

Dans notre établissement, le médecin répondant travaille en collaboration avec une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL). L'infirmière clinicienne pourra contacter l'IPSPL selon des ententes établies avec le médecin répondant.

☐ Oui ☐ Non

Précisez dans quel contexte clinique, l'ordonnance collective s'applique

Indication et conditions

- Diminuer le risque de certaines anomalies congénitales (anomalies du tube neural, fente palatine, anomalies cardiaques, des membres ou du tractus urinaire) par la prise d'un supplément vitaminique contenant de l'acide folique
- Chez les femmes qui planifient une grossesse dans les 12 prochains mois et qui présentent l'une des conditions suivantes :
 - Grossesse antérieure dont le fœtus ou le bébé présentait une anomalie congénitale : anomalies du tube neural (anencéphalie, myéloméningocèle), fente palatine, hydrocéphalie, anomalies cardiaques, des membres ou du tractus urinaire
 - Antécédents familiaux d'anomalies du tube neural (1^{er}, 2^e, 3^e degré)
 - Épilepsie
 - Diabète insulino-dépendant
 - Obésité (IMC > 35 kg/m²)
 - Appartenance à un groupe ethnique à risque élevé (sikhs, personnes d'origine celtique, personnes originaires du nord de la Chine)
 - Histoire de faible observance avec la médication et présence d'un enjeu lié à des habitudes de vie (mauvaises habitudes alimentaires, utilisation inconstante d'une méthode contraceptive et l'usage de substances potentiellement tératogènes, alcool, tabac, drogues)
- Dose :
 - Un comprimé de multivitamine par jour, contenant 5 mg d'acide folique, idéalement au moins 3 mois avant la conception et jusqu'à la 12^e semaine après la conception
 - Un comprimé de multivitamine par jour, contenant entre 0,4 et 1 mg d'acide folique de la 12^e semaine après la conception, jusqu'à 6 semaines après l'accouchement ou à la fin de l'allaitement.

Contre-indications

- La prise d'acide folique n'est pas recommandée dans les conditions suivantes :
 - Allergie à l'acide folique
 - Intolérance à l'une des composantes du comprimé de multivitamine (lactose, gluten)

Limites/référence au médecin

- La personne sera dirigée vers un médecin* dans les situations suivantes :
 - Incertitude quant à la dose d'acide folique requise

*La personne pourra être dirigée vers l'IPSP selon l'entente établie avec le médecin répondant.

Directives

- L'Infirmière clinicienne :
 - Donne de l'information sur une alimentation riche en folates
 - Renseigne sur les avantages et les inconvénients de la prise prophylactique d'acide folique relativement à la prévention des anomalies du tube neural et de certaines autres anomalies congénitales



- Explique la prise adéquate du supplément vitaminique dont l'importance de ne pas dépasser la prise d'un comprimé par jour
- Réfère la personne au pharmacien après avoir complété et signé le formulaire de liaison
- Le pharmacien :
 - S'assure que le formulaire de liaison s'applique à une ordonnance collective qu'il détient
 - Analyse la pharmacothérapie de la personne
 - Individualise l'ordonnance collective
 - Fournit à la personne l'information nécessaire sur le supplément vitaminique dont l'importance de ne pas dépasser la prise d'un comprimé par jour

Approbation de l'ordonnance collective

Signature _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Président du CMDP ☐

Md responsable du GMF ☐

Signature _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Directrice des soins infirmiers

Médecins signataires de l'ordonnance collective*

Nom et prénom	N° permis	Signature	Téléphone	Télécopieur

*Hors établissement, l'ordonnance collective doit être signée par les médecins responsables de l'ordonnance collective.

Source

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Pre-conceptionnal vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. JOGC 2007; 29(12) : 1003-10013.

Institut national de santé publique du Québec. L'alimentation pendant la grossesse. Le portail d'information prénatale. Disponible à : <http://www.inspq.qc.ca/infoprenatale/alimentation-et-gain-de-poids>

BIBLIOGRAPHIE

Préambule et introduction

1. Aggarwal M, Hutchison B, on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement. Toward a Primary Care Strategy for Canada. Canadian Foundation for Healthcare Improvement 2012. p. 1-63.
<http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-EN.sflb.ashx>
2. Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Soins de santé primaires*.
<http://www.cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleure-sante/soins-de-sante-primaires>
3. Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Collaboration interprofessionnelle*.
<http://www.cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleurs-soins/collaboration-interprofessionnelle>
4. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Les soins de santé primaires et les soins infirmiers: Résumé des enjeux. Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2005. p. 1-6.
https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/bg7_primary_health_care_f.pdf?la=fr
5. Barbeau C, Drouin M, Bélanger A, Cliche N, Lemieux V, Paquet M-J. La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais - Modèle montréalais et plan d'action 2011-2015. Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires et Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2012. p. 1-70.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-227-2.pdf
6. Canadian Nurses Association, Villeneuve M, MacDonald J. Toward 2020: Visions for NURSING. Canadian Nurses Association; 2006. p. 1-166.
<http://buydownload.cna-aiic.ca/shopexd.asp?id=27>
7. Direction de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal. *TOPO. Faire le point sur l'état de santé des Montréalais*; 2012.
<http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/TOPO>
8. Hallouche K, Gilbert A, Leane V. Centre de prévention clinique, une initiative du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun : Rapport d'évaluation d'implantation. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2012. p. 1-60.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-224-1.pdf
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec; 2010. p. 1-55.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>
10. OCDE. Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE. OCDE; 2013. p. 1-168.
<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>
11. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Champ d'exercice et activités réservées*.
<http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice-et-activites-reservees>
12. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Infirmière praticienne spécialisée*.
<http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/la-profession/infirmiere-praticienne-specialisee>

13. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux - Mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 2000.
https://www.oiiq.org/uploads/publications/mémoires/finance/finance3_2.htm
14. Organisation mondiale de la Santé. La définition de la santé de l'OMS - Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
15. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2008 - Les soins de santé primaires: Maintenant plus que jamais. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2008. p. 1-128.
www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf

Habitudes de vie

ALIMENTATION

1. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Un repas bien pensé. Gouvernement du Québec; 2010, mise à jour 2013. p. 1-2.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/un_repas_bien_pense.pdf
2. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Un repas bien pensé (document d'accompagnement). Gouvernement du Québec; 2010, mise à jour 2013. p. 1-2.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/doc_un_repas_bien_pense.pdf
3. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Enquête TOPO 2012: Maladies chroniques et leurs déterminants. Gouvernement du Québec; mise à jour 2014. p. 1-3.
<http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Outil/Chiffres-cl%C3%A9s/TOPO2012/ChiffresclesTOPO-MTL.pdf>
4. Gouvernement du Canada. *Mon Guide alimentaire*: Gouvernement du Canada; 2013.
<http://www.canadiensensante.gc.ca/eating-nutrition/food-guide-aliment/my-guide-mon-guide/index-fra.php>
5. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
6. Le Galès-Camus CS-Dg, Beaglehole R, Epping-Jordan J, Abegunde D, Beaglehole R, Durivage S, et al. Prévention des maladies chroniques : un investissement vital. Organisation mondiale de la Santé; 2006. p. 1-183.
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/
7. Moyer VA, on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling interventions to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2012;157:367-72.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=1355698>

8. Santé Canada. *Guide alimentaire canadien - Quelle quantité d'aliments avez-vous besoin chaque jour?* : Gouvernement du Canada; 2007.
<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/basics-base/quantit-fra.php>
9. Santé Canada. *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*. Gouvernement du Canada; 2011. p. 1-2.
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/view_eatwell_vue_bienmang-fra.pdf
10. Santé Canada. *Guide alimentaire canadien - Grossesse et allaitement*: Gouvernement du Canada; 2011.
<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/choose-choix/advice-conseil/women-femmes-fra.php>
11. Santé Canada. *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien - Ressource à l'intention des éducateurs et des communicateurs*. Ministère de la Santé, gouvernement du Canada; 2011. p. 1-49.
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/pubs/res-educat-fra.pdf
12. Santé Canada. *Guide alimentaire canadien - Hommes et femmes de plus de 50 ans*: Gouvernement du Canada; 2012.
<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/choose-choix/advice-conseil/adult50-fra.php>
13. Santé Canada. *Guide alimentaire canadien - Éducateurs et communicateurs*: Gouvernement du Canada; Mise à jour 2013.
<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/educ-comm/index-fra.php>
14. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

1. Agence de la santé publique du Canada. *Conseils sur l'activité physique pour les adultes (18 à 64 ans)*: Gouvernement du Canada; 2012.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/07paap-fra.php>
2. Agence de la santé publique du Canada. *Conseils sur l'activité physique pour les adultes (65 ans et plus)*: Gouvernement du Canada; 2012.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/08paap-fra.php>
3. Bouchard C, Boisvert P. Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé - Avis du comité scientifique de Kino-Québec. Ministère de l'Éducation, gouvernement du Québec; 1999. p. 1-27.
<http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/QteActivitePhysique.pdf>
4. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Enquête TOPO 2012: Maladies chroniques et leurs déterminants. Gouvernement du Québec; mise à jour 2014. p. 1-3.
<http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Outil/Chiffres-cl%C3%A9s/TOPO2012/ChiffresclesTOPO-MTL.pdf>
5. Fédération des kinésiologues du Québec. *Le professionnel de la santé spécialiste de l'activité physique* : Fédération des kinésiologues du Québec.
<http://www.kinesiologue.com/>

6. Gauvin L. Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec - Avis du comité scientifique de Kino-Québec. Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir, gouvernement du Québec; 2004. p. 1-32.
<http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/avisstrategies.pdf>
7. Kino-Québec. *Publications - Adulte et milieu de travail*: Gouvernement du Québec; 2005.
<http://www.kino-quebec.qc.ca/adulte.asp>
8. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
9. Moyer VA, on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling interventions to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2012;157:367-72.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=1355698>
10. ParticipACTION. *On s'active*: ParticipACTION; 2013.
<http://www.participaction.com/splash/>
11. Santé Canada. *Vie saine - Activité physique*. Gouvernement du Canada; 2011.
<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/physactiv/index-fra.php>
12. Société canadienne de physiologie de l'exercice. Directives canadiennes en matière d'activité physique à l'intention des adultes âgés de 18 à 64 ans. Société canadienne de physiologie de l'exercice et ParticipACTION; 2011. p.1.
http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_adults_fr.pdf
13. Société canadienne de physiologie de l'exercice. Directives canadiennes en matière d'activité physique à l'intention des adultes âgés de 65 ans et plus. Société canadienne de physiologie de l'exercice et ParticipACTION; 2011. p.1.
http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_older-adults_fr.pdf
14. Société canadienne de physiologie de l'exercice. Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous-Q-AAP+. Société canadienne de physiologie de l'exercice; 2011. p. 1-5.
http://www.csep.ca/CMFiles/publications/parq/PARQplusSept2011version_ALL_FR.pdf
15. Société canadienne de physiologie de l'exercice. Directives en matière d'activité physique et de comportement sédentaire : Votre plan pour une vie active au quotidien. Société canadienne de physiologie de l'exercice; 2012. p. 1-32.
http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_Guidelines_Handbook_fr.pdf
16. Société canadienne de physiologie de l'exercice. *Directives canadiennes en matière d'activité physique et de comportement sédentaire* : Société canadienne de physiologie de l'exercice.
<http://csep.ca/francais/view.asp?x=949>
17. Thibault G. Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé : Synthèse de l'avis du Comité scientifique de Kino-Québec et applications. Ministère de l'Éducation, gouvernement du Québec; 1999. p. 1-19.
<http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/SynthQteActivitePhysique.pdf>

18. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.

TABAGISME

1. Association pour les droits des non-fumeurs. *Habitations sans fumée au Québec* : Association pour les droits des non-fumeurs.
<http://www.habitationssansfumeeqc.ca/hsfq/>
2. CAN-ADAPTT. Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme. Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique (CAN-ADAPTT), Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2011. p. 1-53.
<https://www.nicotinedependenceclinic.com/Francais/CANADAPTT/Pages/Home.aspx>
3. Capsana. *Famille sans fumée* : Capsana.
<http://famillesansfume.ca/>
4. Conseil québécois sur le tabac et la santé. *j'Arrête* : Conseil québécois sur le tabac et la santé, Société canadienne du cancer et le ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec.
<http://www.jarrete.qc.ca/>
5. Directeur de santé publique de Montréal. *Tabagisme*: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, gouvernement du Québec; 2014.
http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/tabagisme/problematique.html
6. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Autos et maisons sans fumée de tabac. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. p. 1-2.
http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Services_preventifs/Tabagisme/automaisonsansfume.pdf
7. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Gouvernement du Québec; 2008. p. 1-103.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
8. Durand S, Kayser JW, Thibault C. Counseling en abandon du tabac : Orientations pour la pratique infirmière - Pour le bien-être et la santé des populations. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2006. p. 1-64.
http://www.oiiq.org/sites/default/files/220_Tabagisme.pdf
9. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Soutien médical à l'abandon du tabagisme chez tout fumeur ou ex-fumeur < 6 mois. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec; 2014. p. 1-2.
<http://www.fmoq.org/fr/training/toolbox/support/Lists/Billets/Post.aspx?ID=3>
10. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada ; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf

11. Nevala J, Bossenberry C, Hart J, Hertz S, Lawler S, Mitchell J, et al. La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers, version de mars 2007. Programme des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario; 2007. p. 1-97.
http://tobaccofreernao.ca/sites/tobaccofreernao.ca/files/1179_Smoking_Cessation_2007_French.pdf
12. O'Donnell DE, Hernandez P, Kaplan A, Bourbeau J, Marciniuk DD, Balter M, et al. Recommandations de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique, mise à jour 2008 – Points saillants pour les soins primaires. Can Respir J 2008;15(suppl. A):1A-8A.
<http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/sites/all/files/2008-COPD-FR.pdf>
13. Poirier H, avec la collaboration de Stich C. La cigarette électronique : État de la situation. Institut national de santé publique du Québec; 2013. p. 1-30.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1691_CigarElectro_EtatSituation.pdf
14. Simoneau M-E, Leane V. Montréal sans tabac: Le point sur le tabagisme. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, gouvernement du Québec; 2013. p. 1-42.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/isbn978-2-89673-251-7.pdf
15. Société canadienne du cancer. E-cigarette : une technologie prometteuse ou dangereuse? Info-tabac.ca 2014;99:1-3.
http://info-tabac.ca/wp-content/uploads/2014/07/info-tabac_no99_janv2014-ref.pdf
16. Société canadienne du cancer. Vivre sans fumée secondaire: Conseils pour chez vous, votre voiture, votre travail et l'extérieur. Société canadienne du cancer; 2014. p. 1-17.
<http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Live%20free%20of%20second-hand%20smoke/Live-Free-of-Second-hand-Smoke-FR-2014.pdf>
17. Statistique Canada. Exposition à la fumée secondaire au domicile selon le sexe, par province et territoire (Pourcentage), 2010-2013. Gouvernement du Canada; 2014.
<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health96b-fra.htm>
18. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
19. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2008;148(7):529-34.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/458/copdrs/pdf>
20. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med 2009;150(8):551-5.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/20180/0000605-200904210-00009.pdf>

ALCOOL ET DROGUES

1. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad.). Repérage d'une consommation d'alcool à risque ou nocive dans *Alcool et médecine générale Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. Paris 2008. p. 63-84.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>
2. Butt P, Beirness D, Gliksman F, Paradis C, Stockwell T. L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque. Ottawa (Ontario): Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2011. p. 1-72.
<http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-fr.pdf>
3. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2013. p. 1-2.
<http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2012-Canada-Low-Risk-Alcohol-Drinking-Guidelines-Brochure-fr.pdf>
4. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*: 2014.
<http://www.ccsa.ca/Fra/topics/alcohol/drinking-guidelines/Pages/default.aspx>
5. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et le Collège des médecins de famille du Canada. *Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation - Aider les patients à réduire les risques et les méfaits liés à l'alcool*: 2012.
www.sbir-diba.ca
6. Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire.
<http://dependancemontreal.ca/>
7. Comité consultatif sur la Stratégie nationale sur l'alcool et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*: Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2011.
http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/alcohol/Pages/low_risk_drinking_guidelines.aspx
8. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Gouvernement du Québec; 2008. p. 1-103.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
9. Éduc'alcool.
<http://educalcohol.qc.ca>
10. Éduc'alcool. Alcool et santé: Les niveaux de consommation à faible risque 2-3-4-0. Éduc'alcool; 2007. p. 1-12.
http://educalcohol.qc.ca/wp-content/uploads/2011/08/Alcool_et_Sante_5_Fr.pdf
11. Éduc'alcool. Alcohol and Health: low-risk drinking 2-3-4-0. Éduc'alcool; 2007. p. 1-12.
http://educalcohol.qc.ca/wp-content/uploads/2011/08/Alcool_et_Sante_5_En.pdf
12. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf

13. Le Collège des médecins de famille du Canada et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Dépistage, intervention brève et aiguillage pour l'alcool : un guide clinique. Le Collège des médecins de famille du Canada et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2012. p. 1-2.
<http://www.sbir-diba.ca/docs/default-document-library/2012-screening-brief-intervention-and-referral-clinical-guide-fr.pdf?sfvrsn=6>
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme Alcochoix+*. Gouvernement du Québec; 2014.
http://www.dependances.gouv.qc.ca/index.php?alcochoix_accueil
15. Moyer VA, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2013:1-9.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/319/alc misusefinalrs/pdf>
16. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Éduc'alcool. Les niveaux de consommation d'alcool à faible risque. Guide pour les infirmières et les infirmiers. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Éduc'alcool; 2012. p. 1-16.
http://www.oiiq.org/sites/default/files/educalcohol_version_finale_web.pdf
17. RISQ - Recherche et interventions sur les substances psychoactives du Québec. Université du Québec à Trois-Rivières.
https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw030?owa_no_site=3472
18. St-Jacques M, Filion-Bilodeau S, Legault L, Grégoire R, Topp J, Brown T. Le profil de compétences des intervenants de première ligne pour la détection, l'intervention précoce et la référence auprès des clientèles aux prises avec des problèmes de dépendances : Rapport final au FQRSC. Douglas Mental Health University Institute et Pavillon Foster Addiction Rehabilitation Centre; 2009. p. 1-128.
http://www.frgsc.gouv.qc.ca/upload/editeur/Rapport_Final_Brown_120341.pdf
19. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
20. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Illicit Drug Use: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2008. p. 1-12.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/druguse/drugrs.pdf>

Santé cardiométabolique

EXCÈS DE POIDS

1. Bacon L, Aphramor L. Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutrition Journal* 2011;10(9):1-13.
<http://www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891-10-9.pdf>
2. Canadian Task Force on Preventive Health Care : Brauer P, Connor Gorber S, Shaw E, Singh H, Bell N, Shane A, et al. Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioural and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. *CMAJ* 2015;187(3):184-95.
<http://www.cmaj.ca/content/187/3/184.full.pdf>

3. Leiter LA, Fitchett DH, Gilbert RE, Gupta M, Mancini GB, McFarlane PA, et al. Cardiometabolic Risk in Canada: A Detailed Analysis and Position Paper by the Cardiometabolic Risk Working Group. Canadian Journal of Cardiology 2011;27:e1-e33.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Cardiometabolic_risk_working_group.pdf
4. Cazale L, Dufour R, Mongeau L, Nadon S. Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants dans *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*: Institut de la Statistique du Québec; 2010. p. 131-57.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois.pdf>
5. Chatterjee A, Harris SB, Leiter LA, Fitchett DH, Teoh H, Bhattacharyya OK. Prise en charge des risques cardiométaboliques en soins primaires : Résumé de la déclaration consensuel de 2011. Le médecin de famille canadien 2012;58:e196-e201.
<http://www.cfp.ca/content/58/4/e196.full.pdf>
6. Cornier M-A, Després J-P, Davis N, Grossniklaus DA, Klein S, Lamarche B, et al. Assessing Adiposity : A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation 2011;124:1996-2019.
<http://circ.ahajournals.org/content/124/18/1996.full.pdf>
7. Équilibre.
<http://www.equilibre.ca/public-cible/grand-public/>
8. Équilibre. *Évaluer une méthode de perte de poids*.
<http://www.equilibre.ca/approche-et-problematique/le-point-sur-les-dietes/evaluer-une-methode-de-perte-de-poids/>
9. Farooqi IS, O'Rahilly S. Genetic factors in human obesity. Obesity Reviews 2007;8(Suppl.1):37-40.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-789X.2007.00315.x/pdf>
10. Hebebrand J, Hinney A, Knoll N, Volckmar AL, Scherag A. Molecular genetic aspects of weight regulation. Dtsch Arztebl Int 2013;110(19):338-44.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3673040/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-110-0338.pdf
11. Lau DC, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E, et al. Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants (sommaire). JAMA 2007;297(8):SF1-SF11.
<http://www.cmaj.ca/content/176/8/SF1.full.pdf>
12. Lau DC, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E, et al. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. CMAJ 2006;176(Suppl. 8):1-117.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2007/09/04/176.8.S1.DC1/obesity-lau-onlineNEW.pdf>
13. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
14. Mann T, Tomiyama J, Westling E, Lew AM, Samuels B, Chatman J. Medicare's Search for effective obesity treatment : Diets are not the answer. Am Psych 2007;62:220-33.
<http://psycnet.apa.org/journals/amp/62/3/220.pdf>

15. Moyer VA, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for and management of obesity in adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2012;157:373-8.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/obeseadult/obesers.pdf>
16. Sorensen TA, Price RA, Stunkard AJ, Schulsinger F. Genetics of obesity in adult adoptees and their biological siblings. *Br Med J* 1989;298:87-90.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1835397/pdf/bmj00214-0029.pdf>
17. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
18. Venne M, Mongeau L, Strecko J, Paquette M-C, Laguë J. Bénéfices, risques et encadrement associés à l'utilisation des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA). Institut national de santé publique du Québec; 2008. p. 1-88.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/763_rapport_pisma.pdf

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

1. Cloutier L. Mesure de la pression artérielle au bureau (CD-ROM DVD): Société québécoise d'hypertension artérielle; 2008.
<http://www.hypertension.qc.ca/content.asp?node=309>
2. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Carnet : Ma tension artérielle. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2013.
3. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Enquête TOPO 2012: Maladies chroniques et leurs déterminants. Gouvernement du Québec; mise à jour 2014. p. 1-3.
<http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Outil/Chiffres-cl%C3%A9s/TOPO2012/ChiffresclésTOPO-MTL.pdf>
4. Hypertension Canada. *Sodium 101*.
<http://www.sodium101.ca>
5. Hypertension Canada. *Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) Recommandations*.
<http://www.hypertension.ca/fr/chep>
6. Hypertension Canada. Programme éducatif canadien sur l'hypertension artérielle (PECH) : Recommandations 2014. Canada: Hypertension Canada; Mise à jour 2014. p. 1-35.
http://www.hypertension.ca/images/CHEP_2014/2014_CompleteCHEPRecommandations_FR_HCP1009.pdf
7. Kino-Québec. *L'actimètre*. 2005.
<http://www.kino-quebec.qc.ca/actimetre.asp>
8. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
9. Lindsay P, Gorber SC, Joffres M, Birtwhistle R, McKay D, Cloutier L. Recommandations pour le dépistage de l'hypertension chez les adultes canadiens. *Le Médecin de famille canadien* 2013;59:e393-e400.
<http://www.cfp.ca/content/59/9/e393.full.pdf>

10. Santé Canada. Bien manger avec le Guide alimentaire canadien; 2011.
http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/view_eatwell_vue_bienmang-fra.pdf
11. Société québécoise d'hypertension artérielle. *Info patients*.
<http://www.hypertension.qc.ca/content.asp?node=4>
12. Société québécoise d'hypertension artérielle. *Info professionnels*.
<http://www.hypertension.qc.ca/content.asp?node=309>
13. Société québécoise d'hypertension artérielle. *Recommandations sur l'achat d'un appareil de mesure de pression artérielle à domicile*.
<http://www.hypertension.qc.ca/content.asp?node=8>
14. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
15. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure : U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med* 2007;147(11):783-6.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/20149/0000605-200712040-00009.pdf>

DIABÈTE ET DYSLIPIDÉMIES

1. Agence de la santé publique du Canada. Êtes-vous à risque de développer le diabète? Université de Calgary; 2014. p. 1-5.
<http://canadiantaskforce.ca/files/guidelines/2012-type-2-diabetes-canrisk-fr.pdf>
2. Anderson TJ, Grégoire J, Hegele RA, Couture P, Mancini GB, McPherson R, et al. 2012 Update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. *Canadian Journal of Cardiology*. 2013;29:151-67.
<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0828-282X/PIIS0828282X12015103.pdf>
3. Camirand J, Fournier C. Vieillir en santé au Québec: portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2012. Institut de la statistique du Québec 2012. p. 1-12.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201202.pdf>
4. Canadian Task Force on Preventive Health Care : Pottie K, Jaramillo A, Lewin G, Dickinson J, Bell N, et al. Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults. *CMAJ* 2012;184(15):1687-96.
<http://www.cmaj.ca/content/184/15/1687.full.pdf>
5. Diabète Québec.
<http://www.diabete.qc.ca>
6. Ekoé JM, Ransom T, Prebtani AP, Goldenberg R. Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada : dépistage du diabète de type 1 et de type 2. *Can J Diabetes* 2013;37(suppl. 5):S373-S6.
http://guidelines.diabetes.ca/CDACPG_resources/cpg_2013_full_fr.pdf
7. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.
<http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kplQKVoxFoG/b.3669779/k.BC38/Accueil.htm>
8. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Dépistage du diabète de type 2 chez la population adulte 2012. University of Alberta; 2012. p. 1-2.
<http://canadiantaskforce.ca/files/guidelines/2012-type-2-diabetes-clinician-findrisc-fr.pdf>

9. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
10. Leiter LA, Fitchett DH, Gilbert RE, Gupta M, Mancini GB, McFarlane PA, et al. Cardiometabolic Risk in Canada: A Detailed Analysis and Position Paper by the Cardiometabolic Risk Working Group. Canadian Journal of Cardiology 2011;27:e1-e33.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Cardiometabolic_risk_working_group.pdf
11. Société canadienne de cardiologie. Score de risque de Framingham (SRF) - Estimation du risque de maladie cardiovasculaire sur 10 ans. Société canadienne de cardiologie; 2012. p. 1.
http://www.ccs.ca/images/Guidelines/Tools_and_calculators_Fr/Lipids_Gui_2012_FRS_BW_FR.pdf
12. Statistique Canada. *Feuille d'information : diabète*, 2013: 2013.
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/201p06734944001/article/14016-fra.htm>
13. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
14. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for type 2 diabetes mellitus in adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2008;148(11):846-54.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/type2/type2rs.pdf>
15. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Lipid Disorders in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement: 2008.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/lipid/lipids.htm>

Cancers

CANCER DU SEIN

1. Gouvernement du Québec. *Portail Santé Montréal - Dépistage du cancer du sein*: 2014.
<http://www.santemontreal.qc.ca/PQDCS>
2. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Cancer du sein—Risques et bénéfices, 40–49 ans*.
<http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2011-breast-cancer/risks-and-benefits-age-40-49/>
3. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Cancer du sein—Risques et bénéfices, 50–69 ans*.
<http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2011-breast-cancer/risks-and-benefits-age-50-69/>
4. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Cancer du sein—Risques et bénéfices, 70–74 ans*.
<http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2011-breast-cancer/risks-and-benefits-age-70-74/>
5. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Dépistage du cancer du sein (2011) - Résumé des recommandations pour les cliniciens et les responsables des politiques*.
<http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2011-breast-cancer/>

6. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : Tonelli M, Connor Gorber S, Joffres M, Dickinson J, Singh H, et al. Recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 74 ans présentant un risque moyen. JAMC 2011;DOI:10.1503/cmaj.110334:1-12.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2012/01/16/183.17.1991.DC2/bcancer-tonelli-f.pdf>
7. Hampel H, Sweet K, Westman JA, Offit K, Eng C. Referral for cancer genetics consultation : a review and compilation of risk assessment criteria. J Med Genet 2004;41(2):81-91.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1735676/>
8. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Le travail de nuit, un risque pour les femmes?* : 18 juin 2012.
<http://www.inserm.fr/espace-journalistes/le-travail-de-nuit-un-risque-pour-les-femmes>
9. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Participez au Programme québécois de dépistage du cancer du sein : votre décision. Gouvernement du Québec; 2013. p. 1-7.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-243-01F.pdf>
11. National Breast and Ovarian Cancer Centre. Breast cancer risk factors: a review of the evidence. Surry Hills, NSW: National Breast and Ovarian Cancer Centre; 2009. p. 1-79.
http://canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/rfrw-breast-cancer-risk-factors-a-review-of-the-evidence_504af03f5c512.pdf
12. O'Quinn C, Steele P, Ludman MD, Kieser K. Hereditary Breast Ovarian Cancer Syndromes in the Maritimes. J Obstet Gynaecol Can 2010;32(2):155-9.
http://www.jogc.ca/abstracts/full/201002_Gynaecology_3.pdf
13. Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) - Région de la Capitale-Nationale.
<http://www.depistagesein.ca>
14. Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) - Région de la Capitale-Nationale. *Tout sur le sein - Risques personnels*: 2014.
<http://www.depistagesein.ca/risques-personnels/>
15. Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) -Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *La mammo j'y crois. Et toi?*
<https://agence.santemontreal.qc.ca/prevenir-et-soigner/pratiques-cliniques-preventives/programme-quebecois-de-depistage-du-cancer-du-sein/>
16. Richard J. Cancer du sein, facteurs de risque et patientes à risque. Le Patient 2013;7(3):48-53.
<http://www.lepatient.ca/wp-content/uploads/2013/08/vol7no3.pdf>
17. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
18. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2009;151:716-26.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/406/brcanrs/pdf>

19. U.S. Preventive Services Task Force. Genetic Risk Assessment and Breast Cancer Susceptibility Gene (BRCA) Mutation Testing for Breast and Ovarian Cancer Susceptibility. Clinical Summary of U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. 2013.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/1106/brcatestsumm/pdf>
20. Warner E, Heisey R, Carroll JC. Applying the 2011 Canadian guidelines for breast cancer screening in practice. CMAJ 2012;184(16):1803-7.
<http://www.cmaj.ca/content/184/16/1803.full.pdf>

CANCER DU COL UTÉRIN

1. Association des obstétriciens et gynécologues du Québec. *Cancer du col de l'utérus*: 2014.
<http://www.gynecoquebec.com/sante-femme/cancers-gynecologiques/33-cancer-du-col-de-l-uterus.html>
2. Bernèche F, Dufour R, Bernier S. Comportements de santé propres aux femmes dans *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*: Institut de la Statistique du Québec; 2010. p. 189-96.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebécois.pdf>
3. Canadian Task Force on Preventive Health Care : Dickinson J, Tsakonas E, Connor Gorber S, Lewin G, Shaw E, et al. Recommendations on screening for cervical cancer. CMAJ 2013;185(1):35-45.
<http://www.cmaj.ca/content/185/1/35.full.pdf>
4. Cazale L, Leclerc P. Comportements sexuels et usage de la contraception dans *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*: Institut de la statistique du Québec; 2010. p. 173-87.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebécois.pdf>
5. Comité consultatif national de l'immunisation. Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain. Relevé des maladies transmissibles au Canada, Agence de santé publique du Canada 2007;(33):1-31.
6. Fish J, commissioned by NHS Cervical Screening programme. Cervical screening in lesbian and bisexual women: a review of the worldwide literature using systematic methods. De Montfort University, UK; 2009. p. 1-49.
<http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/screening-lesbians-bisexual-women.pdf>
7. Groupe de travail sur l'acte vaccinal. VPH : vaccin contre les virus du papillome humain dans *Protocole d'immunisation du Québec*: Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 2013, mise à jour 2014. p. 343-8.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/chap10-4-4.pdf>
8. Groupe de travail sur les lignes directrices pour le dépistage du cancer du col utérin au Québec, Goggin P, Mayrand M-H, Auger M, Cloutier L, Coultée F, et al. Lignes directrices pour le dépistage du cancer du col utérin au Québec. Institut national de santé publique du Québec; 2011. p. 1-28.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1279_LignesDirectDepistCancerColUterin.pdf
9. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Dépistage par test de Pap*.
<http://sogc.org/fr/publications/dépistage-par-test-de-pap/>

10. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
11. Mayrand M-H, Duarte-Franco E, Rodrigues I, Walter SD, Hanley J, Ferenczy A, et al. Human Papillomavirus DNA versus Papanicolaou Screening tests for Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2007;357:1579-1588.
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa071430>
12. Moyer VA on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2012;156(12):880-891.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/24199/0000605-201206190-00010.pdf>
13. National Advisory Committee on Immunization. Update on Human Papillomavirus (HPV) Vaccines. Canada Communicable Disease Report, Agence de la santé publique du Canada 2012;38:1-62.
14. Pica LA, Leclerc P, Camirand H. Comportements sexuels chez les élèves de 14 ans et plus dans *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011, tome 1: Le visage des jeunes d'aujourd'hui: leur santé physique et leurs habitudes de vie*: Institut de la statistique du Québec 2012. p. 209-228.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alimentation/sante-jeunes-secondaire1.pdf>
15. Société canadienne du cancer - Québec. *Cancer du col de l'utérus*: 2014.
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/cervical/overview/?region=qc>
16. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.

CANCER COLORECTAL

1. American Cancer Society. *American Cancer Society recommendations for colorectal cancer early detection*: 2014.
<http://www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/moreinformation/colonandrectumcancerearlydetection/colorectal-cancer-early-detection-acs-recommendations>
2. Association canadienne du cancer colorectal.
<http://www.colorectal-cancer.ca/fr/>
3. Benhaberou-Brun D. Dépistage du cancer colorectal : Où en sommes-nous? Perspectives infirmières 2013;10(3):52-55.
<http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol10no3/DepistageCanerColo n.pdf>
4. Colorectal Cancer Association of Canada.
<http://www.colorectal-cancer.ca/en/>
5. Fletcher RH, Tanabe KK, Sokol HN. *Patient information: Colon and rectal cancer screening (Beyond the Basics)*: UpToDate; 2014.
<http://www.uptodate.com/contents/colon-and-rectal-cancer-screening-beyond-the-basics>
6. Gouvernement du Québec. *Portail santé mieux-être - Cancer colorectal*: 2014.
<http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/cancer-colorectal/>

7. Gouvernement du Québec. *Portail santé mieux-être - Dépistage du cancer colorectal*: 2014.
<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pqdccr/index.php?PHPSESSID=6a64315ad92c47242e51db1916276200>
8. Gouvernement du Québec. *Portail Santé mieux-être - Directives pour le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi)*. 2014.
<http://www.sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/directives-pour-le-test-immunochimique-de-recherche-de-sang-occulte-dans-les-selles-rsosi/>
9. Le Collège des médecins de famille du Canada. *Explanations for the Preventive Care Checklist Form*©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
10. Leddin DJ, Enns R, Hilsden R, Plourde V, Rabeneck L, Saowski DC, et al. Canadian Association of Gastroenterology position statement on screening individuals at average risk for developing colorectal cancer: 2010. *Can J Gastroenterol* 2010;24(12):705-712.
https://www.cag-acg.org/uploads/position_statement_colorectal_screening.pdf
11. Miller A, Candas B, Berthelot J-M, Elwood M, Jobin G, Labrecque M, et al. Pertinence et faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec : Rapport du comité scientifique constitué par l'Institut national de santé publique du Québec. Institut national de santé publique du Québec; 2008. p. 1-235.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/882_PertinFaisPrograCcColo.pdf
12. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Informations pour les professionnels - Dépistage du cancer colorectal*. Gouvernement du Québec; 2014.
<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdccr/>
13. Qaseem A, Denberg TD, Hopkins Jr RH, Humphrey LL, Levine J, Sweet DE, et al. Screening for Colorectal Cancer: A guidance statement From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2012;156:378-386.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=1090701>
14. Société canadienne du cancer. *Dépistage du cancer colorectal*: 2014.
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/colorectal/screening/?region=qc>
15. Société canadienne du cancer. *Signes et symptômes du cancer colorectal*: 2014.
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/colorectal/signs-and-symptoms/?region=on>
16. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
17. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2008;149:627-37.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/466/colors/pdf>

CANCER DE LA PROSTATE

1. Aprikian AG, Beaulieu M-D, Cusson L, Dumez V, Jacques A, Meyer F, et al. Le dépistage du cancer de la prostate - Mise à jour 2013. Collège des médecins du Québec; 2013. p. 1-33.
<http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/Files/Lignes/Lignes-depistage-cancer-prostate-2013.pdf?21516>

2. Canadian Task Force on Preventive Health Care: Bell N, Gorber SC, Shane A, Joffres M, Singh H, et al. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. CMAJ 2014;DOI:10.1503/cmaj.140703:1-10.
<http://www.cmaj.ca/content/early/2014/10/27/cmaj.140703.full.pdf>
3. Cauchon M, Labrecque M. Le dépistage du cancer de la prostate : une loterie! Le Médecin du Québec 2009;44(10):51-5.
<http://lemedecinduquebec.org/Media/104317/051-055DrCauchon1009.pdf>
4. Collège des médecins du Québec. Le dépistage du cancer de la prostate : une décision qui VOUS appartient! : Collège des médecins du Québec; 2013. p. 1-5.
<http://www.cmq.org/frCA/Public/Profil/Commun/Nouvelles/2013/~media/Files/Depliants/Depliant-depistage-cancer-prostate-2013.pdf?101329>
5. Collège des médecins du Québec. Le dépistage du cancer de la prostate - mise à jour 2013. Collège des médecins du Québec; 2013. p. 1-33.
<http://www.cmq.org/fr/RSSFeeds/~media/Files/Lignes/Lignes-depistage-cancer-prostate-2013.pdf>
6. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Note informative rédigée par Monia Ghorbel et Marie-Dominique Beaulieu. Résumé de l'exploration de la littérature scientifique sur les effets des outils d'aide à la décision pour les patients portant sur le dépistage du cancer de la prostate pour le comité d'experts du Collège des médecins du Québec. Montréal, QC: Gouvernement du Québec; 2013. p. 1-17.
<https://www.inesss.qc.ca/publications/publications/publication/resume-de-lexploration-de-la-litterature-scientifique-sur-les-effets-des-outils-daide-a-la.html>
7. Moyer VA on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2012;157:120-134.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/923/prostatefinalrs/pdf>
8. Ottawa Hospital Research Institute. *Patient decision aids* 2014.
<http://decisionaid.ohri.ca/AZlist.html>
9. Société canadienne du cancer. Le cancer de la prostate, parlons-en. Société canadienne du cancer; 2011. p. 1-5.
<http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Talking%20about%20prostate%20cancer/Talking-about-prostate-cancer-2011-FR.pdf>
10. Société canadienne du cancer. *Statistiques sur le cancer de la prostate*: 2014.
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/prostate/statistics/?region=qc>
11. Société canadienne du cancer. Test de l'antigène prostatique spécifique (APS): 2014.
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/tests-and-procedures/prostate-specific-antigen-psa/?region=qc>
12. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
13. Université Laval. *Outil d'aide à la décision pour le dépistage du cancer de la prostate*: 2013.
<https://infoprostate.fmed.ulaval.ca/Cours/Prostate/index.aspx>

14. Universités Laval, Université McGill, McMaster University. Le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) pour dépister le cancer de la prostate. Université Laval; 2013. p. 1-2.
<http://www.decisionbox.ulaval.ca/fileadmin/documents/decisionbox/document/Dbox.prostate.FR.nov2013.pdf>

CANCER DE LA PEAU

1. Association canadienne de dermatologie. *Cancer de la peau* : 2014.
<http://www.dermatology.ca/fr/peau-cheveux-ongles/la-peau/cancer-de-la-peau/>
2. Association des dermatologistes du Québec. Énoncé de position de l'Association des dermatologistes du Québec sur le dépistage des cancers cutanés par les omnipraticiens lors de l'examen médical périodique. Association des dermatologistes du Québec; 2012. p. 1-4.
http://www.adq.org/doc_publicue/Enonce_de_position_ADQ.pdf
3. Gouvernement du Québec. *Portail santé mieux-être - Se protéger du soleil et des rayons UV*: 2014.
<http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/se-protger-du-soleil-et-des-rayons-uv/>
4. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Soleil et rayons UV*: Gouvernement du Québec; 2014.
<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/environnement/index.php?soleil-et-rayons-uv>
6. Moyer VA on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling to prevent skin cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2012;157:59-65.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/962/skincancounsrs/pdf>
7. Société canadienne du cancer. *Cancer de la peau autre que mélanome*: 2014.
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/skin-non-melanoma/overview/?region=qc>
8. Société canadienne du cancer. *Mélanome*: 2014.
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/skin-melanoma/overview/?region=qc>
9. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
10. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for skin cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2009;150:188-193.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/955/skincanrs/pdf>

Immunisation

1. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Gouvernement du Québec; 2008. p. 1-103.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>

2. Groupe de travail sur l'acte vaccinal. Protocole d'immunisation du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 2013, mise à jour 2014. p. 1-505.
http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq_complet.pdf
3. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Vaccination - Foire aux questions* Gouvernement du Québec; 2014.
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?foire_aux_questions
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Fiche indicative à l'intention des médecins concernant la vaccination gratuite contre l'influenza et contre les infections à pneumocoque. Gouvernement du Québec; 2014. p. 1-2.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-278-26F.pdf>
6. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
7. U.S. Preventive Services Task Force. *Immunizations for adults*.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/InactiveTopic/232>

Traumatismes liés aux chutes

SANTÉ OSSEUSE

1. Blanchet C, Thibault G. Activité physique et santé osseuse. Avis du Comité scientifique de Kino-Québec. Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport, gouvernement du Québec; 2008. p. 1-40.
<http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/santeosseuse.pdf>
2. Bolland MJ, Avenell A, Baron JA, Grey A, MacLennan GS, Gamble GD, et al. Effect of calcium supplements on risk of myocardial infarction and cardiovascular events: meta-analysis. *BMJ* 2010;341(c3691):1-9.
<http://www.bmj.com/content/bmj/341/bmj.c3691.full.pdf>
3. Canadian Pharmacists Association. *e-CPS - Vitamin D (CPhA Monograph)* :2011.
<http://www.pharmacists.ca/>
4. Canadian Pharmacists Association. *e-CPS - Calcium Salts: Oral (CPhA Monograph)* :2014.
<http://www.pharmacists.ca/>
5. Canadian Task Force on Preventive Health Care : Cheung AM, Feig DS, Kapral M, Diaz-Granados N, Dodin S. Prevention of osteoporosis and osteoporotic fractures in postmenopausal women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2004;170(11):1-9.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2004/05/21/170.11.1665.DC1/170-11-1665.pdf>
6. Garnier E. Suppléments de vitamine D, nécessaires ou pas? *Le médecin du Québec* 2014;49(3):8-11.
<http://lemedecinquebec.org/archives/2014/3/supplements-de-vitamine-d/>

7. Guidelines Committee of the Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada : Hanley DA, Cranney A, Jones G, Whiting SJ, Leslie WD, et al. Vitamine D in adult health and disease : a review and guideline statement from Osteoporosis Canada. CMAJ 2010;182(12):E610-E6188.
<http://www.cmaj.ca/content/182/12/E610.full.pdf>
8. Holick MF. Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers, and cardiovascular disease. Am J Clin Nutr 2004;80(suppl.):1678S-1688S.
https://www.grc.com/health/pdf/sunlight_and_vitamin_d.pdf
9. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13050
10. Janz T, Pearson C. Niveaux de vitamine D chez les Canadiens. Coup d'œil sur la santé - Statistique Canada 2013;(No 82-624-X):1-12.
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11727-fra.pdf>
11. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
12. Ministère de la santé et des services sociaux. *Calcium*: Gouvernement du Québec; 2014.
<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/nutrition/index.php?calcium>
13. Moyer VA on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Vitamin D and calcium supplementation to prevent fractures in adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2013;158:691-696.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=1655858>
14. Moyer VA, on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Vitamin, mineral and multivitamin supplements for the primary prevention of cardiovascular disease and cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2014;1-8.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/1057/vitasuppfinalrs/pdf>
15. Ostéoporose Canada. *L'ostéoporose d'un coup d'œil*.
<http://www.osteoporosecanada.ca/osteoporose-et-vous/>
16. Ostéoporose Canada. *Calculatrice de calcium*.
<http://www.osteoporosecanada.ca/osteoporose-et-vous/la-nutrition/calculez-votre-apport-en-calcium>
17. Ostéoporose Canada. *Les ressources pour les professionnels de la santé*.
<http://www.osteoporosecanada.ca/les-professionnels-de-la-sante/les-ressources-pour-les-professionnels-de-la-sante>
18. Ostéoporose Canada. Le calcium est bon – Les suppléments de calcium sont-ils mauvais? : Ostéoporose Canada; 2013. p. 1-2.
<http://www.osteoporosecanada.ca/wp-content/uploads/Le-calcium-est-bon-les-supplements-de-calcium-sont-ils-mauvais-janvier-2013.pdf>
19. Osteoporosis Canada. *Osteoporosis at-a-glance*.
<http://www.osteoporosis.ca/osteoporosis-and-you/>

20. Papaïonnou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada – Sommaire. JAMC. 2010;182(17):1-11.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2011/08/02/cmaj.100771.DC3/francais.pdf>
21. Reid I, Bolland MJ, Grey A. Effects of vitamin D supplements on bone mineral density: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2014;383(9912):146-55.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613616475>
22. Réseau FADOQ (Fédération de l'Âge d'Or du Québec). *Activités et loisirs - Mise en forme*.
<http://www.fadoq.ca/fr/Activites-et-loisirs/Mise-en-forme/>
23. Theodoratou E, Tzoulaki I, Zgaga L, Ioannidis JP. Vitamin D and multiple health outcomes : umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of observational studies and randomised trials. BMJ 2014;348(g2035):1-19.
<http://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.g2035.full.pdf>
24. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.

FRAGILITÉ OSSEUSE

1. Cadarette SM. Burden of osteoporosis in Canada. RPC. 2011;144(suppl. 1):S3-S4.
2. Cheung AM, Feig DS, Kapral M, Diaz-Granados N, Dodin S, and Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of osteoporosis and osteoporotic fractures in postmenopausal women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ. 2004;170(11):1-9.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2004/05/21/170.11.1665.DC1/170-11-1665.pdf>
3. Compston J, Cooper A, Cooper C, Francis R, Kanis JA, Marsh D, et al. Guideline for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women and men from the age of 50 years in the UK. National osteoporosis guideline group (NOOG); 2013. p. 1-10.
http://www.shef.ac.uk/NOGG/NOGG_Pocket_Guide_for_Healthcare_Professionals.pdf
4. Dodin S. Guide d'implantation d'un système de soins appliqué à l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 2013. p. 1-66.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-272-01W.pdf>
5. Kanis J. Diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture risk. Lancet. 2002;359:1929-36.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-272-01W.pdf>
6. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
7. Nelson HD, Haney EM, Dana T, Bougatsos C, Chou R. Screening for Osteoporosis : An Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Inter Med 2010;153(2):1-10.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=745907>
8. Ostéoporose Canada. Évaluation du risque de fracture sur 10 ans (CAROC). Ostéoporose Canada. p. 1-2.
http://www.osteoporosecanada.ca/multimedia/pdf/CAROC_FR.pdf

9. Ostéoporose Canada. *L'ostéoporose d'un coup d'œil*.
<http://www.osteoporosecanada.ca/osteoporose-et-vous/>
10. Ostéoporose Canada. *Les ressources pour les professionnels de la santé*.
<http://www.osteoporosecanada.ca/les-professionnels-de-la-sante/les-ressources-pour-les-professionnels-de-la-sante>
11. Ostéoporose Canada. Aide-mémoire : Lignes directrices de pratique clinique pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada. V-09-03-11e éd: Ostéoporose Canada; 2010. p. 1-2.
http://www.osteoporosecanada.ca/multimedia/pdf/Quick_Reference_Guide_October_2010_FR.pdf
12. Osteoporosis Canada. *Osteoporosis at-a-glance*.
<http://www.osteoporosis.ca/osteoporosis-and-you/>
13. Papaïonnou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada – Sommaire. JAMC. 2010;182(17):1-11.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2011/08/02/cmaj.100771.DC3/francais.pdf>
14. Papaïonnou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. Background materials for 2010 Clinical Guidelines for the Diagnosis and Management of Osteoporosis in Canada. CMAJ 2011;182(17):appendix 1:1 -76.
http://www.cmaj.ca/content/suppl/2010/10/12/cmaj.100771.DC1/App_1_Jul_14_2011.doc.pdf
15. Société canadienne du cancer -Québec. *Ostéodensitométrie*.
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/tests-and-procedures/bone-density-scan/?region=qc>
16. Tenenhouse A, Joseph L, Kreiger N, Poliquin S, Murray TM, Blondeau L, et al. Estimation of the prevalence of Low Bone Density in Canadian Women and Men Using a Population-Specific DXA Reference Standard : The Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos). Osteoporosis Int 2000;11:897-904.
http://www.medicine.mcgill.ca/epidemiology/joseph/publications/Medical/camos_lowbdprev.pdf
17. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
18. U.S Preventive Services Task Force. Screening for Osteoporosis: U.S. Preventive Services Task Force - Recommendation Statement. Ann Intern Med 2011;154:356-64.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/20227/0000605-201103010-00010.pdf>
19. World Health Organization Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases. FRAX® - Outil d'Évaluation des Risques de Fractures. University of Sheffield, UK.
<http://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=19>

CHUTES

1. Bégin C, Boudreault V, Sergerie D. La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Guide d'implantation – Intervention multisectorielle personnalisée. Institut national de santé publique; 2009. p. 1-100.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/643-PreventChutesAinesVivantDomicile_2eEdi_1.pdf

2. Bégin C, Boudreault V, Sergerie D. Trousse des outils de dépistage et d'évaluation pour la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Institut national de santé publique; 2009. p. 101-684.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/643-PreventChutesAinesVivantDomicile_2eEdi_2.pdf
3. Camirand H, Légaré G. Blessures et troubles musculosquelettiques dans *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*: Institut de la statistique du Québec. p. 83-106.
<http://www.equilibre.ca/documents/files/EQSP2008.pdf>
4. Comité scientifique de Kino-Québec. L'activité physique déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus. Secrétariat au loisir et au sport, gouvernement du Québec; 2002. p. 1-60.
<http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/AvisScientifiqueAines.pdf>
5. Éduc'alcool. Alcool et santé : L'alcool et les aînés. Éduc'alcool; 2006. p. 1-12.
http://educalcohol.qc.ca/wp-content/uploads/2011/12/Alcool_et_Sante_3.pdf
6. Gagnon C, Lafrance M. La prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique. Institut national de santé publique du Québec; 2011. p. 1-211.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1241_PrevChutesPersAgeesAnalyseRecomm.pdf
7. Hébuterne X, Raynaud A, Revel-Delhom C, Alexandre D, Alix E, Ancellin R, et al. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée - Recommandations professionnelles. France: Haute autorité de santé; 2007. p. 1-25.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_591274/denutrition-personne-agee-2007-recommandations
8. Institut universitaire de gériatrie de Montréal. *La santé des aînés* : 2013.
<http://www.iugm.qc.ca/index.php/fr/publi/sante.html>
9. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13050
10. Kino-Québec. Enjoy life...Stay active! Tips and tricks for seniors. Ministère de la Famille et des Aînés, gouvernement du Québec; 2009. p. 1-36.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5177_physique_en.pdf
11. Kino-Québec. Profitez de la vie...Soyez actif! Trucs et astuces pour les aînés. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, gouvernement du Québec; 2014. p. 1-36.
http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/brochure_soyez_actif_webs.pdf
12. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
13. Moyer VA on the behalf of U.S Preventive Services Task Force. Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2012;157(3):197-204.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/fallsprevention/fallsprevrs.pdf>

14. Papaïonnou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada – Sommaire. JAMC 2010;182(17):1-11.
<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2011/08/02/cmaj.100771.DC3/francais.pdf>
15. Papaïonnou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. Background materials for 2010 Clinical Guidelines for the Diagnosis and Management of Osteoporosis in Canada. CMAJ 2011;182(17):appendix 1: 1-76.
http://www.cmaj.ca/content/suppl/2010/10/12/cmaj.100771.DC1/App_1_Jul_14_2011.doc.pdf
16. Theodoratou E, Tzoulaki I, Zgaga L, Ioannidis JP. Vitamin D and multiple health outcomes : umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of observational studies and randomised trials. BMJ 2014;348(g2035):1-19.
<http://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.g2035.full.pdf>
17. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.

Déficit sensoriels et cognitifs

DÉFICIT AUDITIF

1. Association NeurOreille. *Voyage au centre de l'audition - Grand public*: 2014.
<http://www.cochlea.org/>
2. Association NeurOreille. *Voyage au centre de l'audition - Presbyacousie*: 2014.
<http://www.cochlea.eu/pathologie/presbyacousie>
3. Bruit et société.
<http://www.bruitsociete.ca/fr-ca/accueil.aspx>
4. Caron H. Guide du professionnel de la santé et de l'intervenant auprès de la personne aînée ou adulte ayant des problèmes d'audition. Montréal, Qc: Institut Raymond-Dewar, Fondation Surdité et Groupe Forget, Audioproth  sistes; 2014. p. 1-59.
http://raymond-dewar.qc.ca/uploads/images/IRD/PDF/guide_du_professionnel_helene_caron.pdf
5. Institut Raymond-Dewar. *Questionnaire de dépistage interactif - Questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition*.
<http://raymond-dewar.qc.ca/questionnaire-de-depistage-difficultes-d-ecoute-d-audition/>
6. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Formé. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
7. Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Plan national: "Bien vieillir" 2007-2009. Gouvernement de la République Française; 2010. p. 1-33.
http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

8. Moyer VA on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Hearing Loss in Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2012;157(9):655-661.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/711/adulthearrs/pdf>
9. Santé Canada. *Vie saine - Perte d'audition due au bruit*: Ministère de la Santé, gouvernement du Canada; 2012.
http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/envIRON/hearing_loss-perde_audition-fra.php
10. Société canadienne de l'ouïe.
<http://www.chs.ca/fr/node/58>
11. The Hearing Foundation of Canada.
<http://www.fondationdelouie.ca/default.aspx>
12. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.

DÉFICIT VISUEL

1. Camirand J, avec la collaboration de Fournier C. Vieillir en santé au Québec : portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010 - Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Zoom Santé: Institut de la statistique du Québec; 2012. p. 1-12.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201202.pdf>
2. Comité d'experts du Guide de pratique clinique de la Société canadienne d'ophtalmologie : Delpero W, Beiko G, Casey R, Ellis A, Kertes P, et al. Guide de pratique clinique factuelle de la Société canadienne d'ophtalmologie pour l'examen oculaire périodique chez les adultes au Canada. *Can J Ophthalmol* 2007;42:158-63.
<http://www.cos-sco.ca/guides-de-pratique-clinique/>
3. Fondation des maladies de l'œil. *Santé visuelle*: 2012.
<http://www.fondationdesmaladiesdeloeil.org/fr/sante-visuelle.php>
4. Institut national canadien pour les aveugles (INCA). *Des yeux en santé*.
<http://www.cnib.ca/fr/vos-yeux/sante-visuelle/yeux-en-sante/Pages/default.aspx>
5. Institut national canadien pour les aveugles (INCA). *Maladies oculaires*.
<http://www.cnib.ca/fr/vos-yeux/maladies-oculaires/Pages/default.aspx>
6. Institut national canadien pour les aveugles (INCA). *Ressources sur la santé visuelle - Je ne vois plus aussi bien qu'avant : Perte de vision et vieillissement*.
<http://www.cnib.ca/fr/apropos/publications/ressources/Pages/aussi-bien.aspx>
7. Institut Nazareth et Louise Braille. *Déficiência visuelle*.
<http://www.inlb.qc.ca/grand-public/deficiencia-visuelle/cataractes/>
8. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf

9. Moyer VA, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Glaucoma: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2013;1-6.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/596/glaucomafinalrs/pdf>
10. Ordre des optométristes du Québec. *L'optométriste en tant que ressource de première ligne en santé*.
<https://www.ooq.org/collaboration-interprofessionnelle/optometriste-en-tant-que-ressource-de-premiere-ligne-en-sante>
11. Régie d'assurance maladie du Québec. Assurance maladie - Services optométriques: Gouvernement du Québec; 2014.
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-optometriques.aspx>
12. Santé Canada. Les aînés et le vieillissement - Soins de la vue. Ministère de la Santé, gouvernement du Canada; 2006. p. 1-3.
http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/life-vie/svc-asv-fra.pdf
13. Société canadienne d'ophtalmologie. *Information sur la santé visuelle*.
<http://www.cos-sco.ca/information-sur-la-sante-visuelle/>
14. Statistique Canada. Taux de limitations visuelles selon l'âge, 2006. Gouvernement du Canada; 2009.
<http://www.statcan.gc.ca/pub/89-628-x/2009013/tab/tab1-fra.htm>
15. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
16. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2009;151:37-43.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/785/viseldrs/pdf>

DÉFICIT COGNITIF

1. Alzheimer Society of Canada. The Progression of Alzheimer's Disease - Overview. 2013. p. 1-4.
http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Progression-series/progression_overview_e.pdf
2. Alzheimer Society of Canada. *Dementia numbers in Canada*: 2014.
<http://www.alzheimer.ca/en/About-dementia/What-is-dementia/Dementia-numbers>
3. Alzheimer Society of Canada. *What is dementia?* : 2014.
<http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/Dementias/What-is-dementia/Mild-Cognitive-Impairment>
4. Belleville S, Fontaine FS, Gilbert B. Faites travailler vos méninges! Trucs et astuces pour les aînés. Institut universitaire gériatrique de Montréal, gouvernement du Québec; 2009. p. 1-24.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5180_memoire_fr.pdf
5. Belleville S, Fontaine FS, Gilbert B. Get those grey cells working! Tips and tricks for seniors. Institut universitaire gériatrique de Montréal, gouvernement du Québec; 2009. p. 1-24.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5180_memoire_en.pdf
6. Bergman H, Arcand M, Bureau C, Chertkow H, Ducharme F, Joannette Y, et al. Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence - Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 2009. p. 1-62.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf>

7. Boisson M, Sauneron S, Oulier O, rédacteurs. Actes du séminaire "Le vieillissement cognitif". 8 juin 2010; Paris: Centre d'analyse stratégique.
http://oullier.free.fr/files/2010_Sauneron-Blain-Oullier_CAS-Actes_Vieillissement-Cognitif.pdf
8. Dalziel WB. Dépistage ciblé de la démence. La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences. 2009;12(3):8-12.
http://www.stacommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adPDFs/2009/Septembre2009/08.pdf
9. Gilmour H. *Performance cognitive chez les personnes âgées au Canada*: Statistique Canada; 2014.
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2011002/article/11473-fra.htm>
10. Institut universitaire de gériatrie de Montréal. *Centre de recherche – recherche santé et vieillissement*.
<http://www.criugm.qc.ca/>
11. Kino-Québec. Enjoy life...Stay active! Tips and tricks for seniors. Ministère de la Famille et des Aînés, gouvernement du Québec; 2009. p. 1-36.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5177_physique_en.pdf
12. Kino-Québec. Profitez de la vie...Soyez actif! Trucs et astuces pour les aînés. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, gouvernement du Québec; 2014. p. 1-36.
http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/brochure_soyez_actif_webs.pdf
13. Le Cerveau à tous les niveaux! *Capsule outil: Les effets du vieillissement normal sur nos capacités cognitives*.
http://lecerveau.mcgill.ca/flash/capsules/outil_bleu30.html
14. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
15. Lin JS, O'Connor E, Rossom R, Perdue L, Eckstrom E. Screening for Cognitive Impairment in Older adults : a Systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 159(9):601-12.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/928512/0000605-201311050-00006.pdf>
16. Moyer VA, on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2014;160:791-7.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/930291/0000605-201406030-00007.pdf>
17. Pigeon Gagné E. *Comment distinguer le vieillissement « normal », le trouble cognitif léger et la maladie d'Alzheimer?* : LESCA - Laboratoire d'étude de la santé cognitive des aînés; 2014.
<http://www.lesca.ca/2014/02/16/comment-distinguer-le-vieillissement-normal-le-trouble-cognitif-leger-et-la-maladie-dalzheimer/>
18. Presse N, Shatenstein B. Bien s'alimenter, pour vieillir en santé. Trucs et astuces pour les aînés. Institut universitaire de gériatrie de Montréal, gouvernement du Québec; 2009. p. 1-24.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5178_nutrition_fr.pdf
19. Presse N, Shatenstein B. Eating well, growing old healthy. Tips and tricks for seniors. Institut universitaire gériatrique de Montréal, gouvernement du Québec; 2009. p. 1-24.
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5178_nutrition_en.pdf

20. Smith T, Gildeh N, Holmes C. The Montreal Cognitive Assessment: Validity and Utility in a Memory Clinic Setting. *Can J Psychiatry*. 2007;52:329-32.
<http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=391>
21. Société Alzheimer du Canada. *La santé du cerveau*.
<http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/Brain-health>
22. Société Alzheimer du Canada. Questions que doivent se poser les médecins de famille et les professionnels de la santé lorsqu'ils soupçonnent une déficience cognitive. Société Alzheimer du Canada. p. 1-2.
http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Tip-sheets/tipsheet_Questions_to_ask_f.ashx
23. Société Alzheimer du Canada. *Cyboulot^{MD}*: 2014.
<http://www.alzheimer.ca/fr/Living-with-dementia/BrainBooster>
24. Société Alzheimer Montréal. *La maladie d'Alzheimer - Moyens préventifs*.
http://www.alzheimermontreal.ca/maladie/moyens_preventifs.php
25. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.

Santé mentale

STRESS

1. Association canadienne pour la santé mentale. *Le stress*.
http://www.cmha.ca/fr/mental_health/faits-sur-le-stress/
2. Association canadienne pour la santé mentale et la Fondation des maladies du cœur. Le stress apprivoisé. Association canadienne pour la santé mentale; 2013. p. 1-32.
<http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3cb49e24-0fb7-4cee-9404-67f4cee1cbc0%7D/Coping-w-ith-stress-fr.pdf>
3. Association canadienne pour la santé mentale - Montréal.
<http://acsmmontreal.qc.ca/>
4. Brun J-P, Martel J. Faire cesser le problème - La prévention du stress au travail. La santé psychologique au travail...de la définition du problème aux solutions: Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, Université Laval; 2003. p. 1-20.
<http://www.cgsst.com/stock/fra/doc115-395.pdf>
5. Canadian Mental Health Association, Heart and Stroke Foundation. Coping with stress. Canadian Mental Health Association,; 2013. p. 1-18.
<http://www.heartandstroke.com/atf/cf/%7B99452D8B-E7F1-4BD6-A57D-B136CE6C95BF%7D/Coping-w-ith-stress-en.pdf>
6. Centre d'études avancées en médecine du sommeil de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. *Le sommeil normal*.
<http://www.ceams-carsm.ca/fr/sommeilnormal.html>
7. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.
<http://www.cdpedj.qc.ca/fr/Pages/default.aspx>

8. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. *Harcèlement*.
<http://www.cdpdj.qc.ca/fr/droits-de-la-personne/pratiques/Pages/harcèlement.aspx>
9. Commission des normes du travail. *Harcèlement psychologique*: Gouvernement du Québec.
<http://www.cnt.gouv.qc.ca/en-cas-de/harcèlement-psychologique/index.html#c8480>
10. Desjardins N, D'Amours G, Poissant J, Manseau S. Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Institut national de santé publique du Québec; 2008. p. 1-162.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_avis_sante_mentale.pdf
11. Dorval D. Santé mentale dans *La santé des Montréalais selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : recueil statistique*: Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2008. p. 72-79.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-643-5.pdf
12. Dubey V, Mathew R, Iglar K. Soins préventifs – Fiche de contrôle : Pour l'évaluation routinière de l'état de santé de la femme à risque moyen. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-2.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistFemaleFrench2011.pdf
13. Dubey V, Mathew R, Iglar K. Soins préventifs – Fiche de contrôle : Pour l'évaluation routinière de l'état de santé de l'homme à risque moyen. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-2.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistMaleFrench2011.pdf
14. Fondation des maladies mentales.
<http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/>
15. Fournier L, Roberge P, Brouillet H. Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Montréal: Centre de recherche du CHUM; 2012. p. 1-78.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf
16. Hypertension Canada. Recommandations 2014 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (version complète). Hypertension Canada; 2014. p. 1-37.
https://www.hypertension.ca/images/CHEP_2014/2014_CHEPRecsFullVersion_FR_HCP1000.pdf
17. Institut universitaire de gériatrie de Montréal. *Formation MeSSAGES - Méthode électronique de soutien aux stratégies d'apprentissage à la gestion du stress*.
<http://www.aidant.ca/formation/gestion-du-stress>
18. Institut universitaire en santé mentale Douglas. *Infos santé mentale - Stress : causes et conséquences*.
<http://www.douglas.qc.ca/info/stress>
19. Morin CM. L'insomnie : Prévalence, fardeau et conséquences. Insomnie – Conférences scientifiques aux fins de la formation médicale continue des collègues médecins. Société canadienne du sommeil ; 2012. 1(1):1-6.
<http://www.insomnieconferences.ca/crus/150-001%20French.pdf>
20. Ordre des psychologues du Québec.
<http://www.ordrepsy.qc.ca/>
21. Ordre des psychologues du Québec. La gestion du stress chez les aînés: Plus simple qu'on pense...! Être bien dans sa tête, ça regarde tout le monde! - Coffres à outils de la semaine antistress: Association canadienne de santé mentale-Division du Québec; 2008. p. 29-34.
<http://www.acsm-ca.qc.ca/assets/08-coffre-outils.pdf>

22. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
<http://www.otstcfq.org/>
23. Passeport Santé. *L'impact du stress sur la santé*.
<http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=impact-stress-sante>
24. Passeport Santé. *Le sommeil : une période d'activité intense*.
http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/ArticleComplementaire.aspx?doc=sommeil_activite_do
25. Revivre. *Les troubles anxieux*: Revivre - Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires.
<http://www.revivre.org/troubles-anxieux.php>
26. Société de l'assurance automobile du Québec. *Sécurité routière – fatigue*.
http://www.saaq.gouv.qc.ca/securite_routiere/comportements/fatigue/index.php
27. St-Amour N, Laverdure J, Devault A, Manseau S. La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises. Institut national de santé publique du Québec; 2005. p. 1-30.
<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/375-ConciliationTravail-Famille.pdf>
28. Statistique Canada. *Le Quotidien: Étude - Insomnie*: Gouvernement du Canada; 16 novembre 2005.
<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/051116/dq051116a-fra.htm>
29. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure : U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med* 2007;147(11):783-6.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/20149/0000605-200712040-00009.pdf>

HUMEUR DÉPRESSIVE

1. Association canadienne pour la santé mentale - Montréal.
<http://acsmmontreal.qc.ca/>
2. Bilsker D, Paterson R. Guide d'autosoins pour la dépression : Développer des stratégies pour surmonter la dépression - Guide destiné aux adultes. Vancouver, C.-B.: Université Simon Fraser, BC Mental Health & Addiction Services; 2005. p. 1-78.
<http://www.comh.ca/publications/resources/asw/SCDP-French.pdf>
3. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ* 2013;185(9):775-782.
<http://www.cmaj.ca/content/185/9/775.full.pdf>
4. Centre for Applied Research in Mental Health & Addiction. Le Guide d'autosoins pour la dépression: vous aider à combattre la dépression. Vancouver, C.-B.: Université Simon Fraser; 2014. p. 1-2.
<http://www.qualaxia.org/fdownload.php?fn=2014-Guide-autosoins-depression.pdf&ct=dpd&tp=pdf>
5. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction and BC Mental Health & Addiction Services. *Antidepressant Skills Workbook*.
<http://www.comh.ca/antidepressant-skills/adult/resources/index-asw.cfm>

6. Comeau L, Chan A, Desjardins N. Synthèse des connaissances sur le dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes. Institut national de santé publique du Québec; 2014. p. 1-50.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1831_depistage_depression_adultes.pdf
7. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Gouvernement du Québec; 2008. p. 1-103.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
8. Fondation des maladies mentales.
<http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/>
9. Fournier L, Roberge P, Brouillet H. Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Montréal: Centre de recherche du CHUM; 2012. p. 1-78.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf
10. ladepressionfaitmal.ca. Revivre - Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires et la Société pour les troubles de l'humeur du Canada.
<http://ladepressionfaitmal.ca/fr/>
11. Laflamme F, Durand S, Thibault C. Prévenir le suicide pour préserver la vie - Guide de pratique clinique. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2007. p. 1-47.
<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/prevenir-le-suicide-pour-preserver-la-vie-guide-de-pratique-clinique>
12. Lane J, Archambault J, Collins-Poulette M, Camirand R. Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 2010. p. 1-99.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-247-02.pdf>
13. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
14. LeFevre ML, on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2014;160:719-26.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/1060/suicidefinalrs/pdf>
15. Ordre des psychologues du Québec.
<http://www.ordrepsy.qc.ca/>
16. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
<http://www.otstcfq.org/>
17. Réseau Qualaxia.
<http://www.qualaxia.org/index.php?lg=fr>
18. Revivre. *Les troubles anxieux*: Revivre - Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires.
<http://www.revivre.org/troubles-depressifs.php>
19. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.

20. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Depression in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2009;151(11):784-92.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/20195/0000605-200912010-00006.pdf>

VIOLENCE

1. Commission des normes du travail. *Harcèlement psychologique*: Gouvernement du Québec.
<http://www.cnt.gouv.qc.ca/en-cas-de/harcèlement-psychologique/vous-etes-salarie/index.html>
2. Desjardins N, D'Amours G, Poissant J, Manseau S. Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Institut national de santé publique du Québec; 2008. p. 1-150.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_avis_sante_mentale.pdf
3. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Gouvernement du Québec; 2008. p. 1-103.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
4. Équipe de recherche Visage - Centre d'étude sur le trauma. *La violence au travail : êtes-vous sensibilisé?* : Institut universitaire en santé mentale de Montréal; 2014.
<http://www.violenceautravail.ca/>
5. Flores J, Lampron C, Maurice P. Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale. Institut national de santé publique du Québec; 2010. p. 1-75.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1068_OutilsIdentificationViolenceConjugale.pdf
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Violence conjugale*: Gouvernement du Québec.
www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sociaux/violenceconjugale.php
7. Moyer VA, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2013;158:478-86.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/792/ipvelderfinalrs/pdf>
8. Option - une alternative à la violence conjugale et familiale.
<http://www.optionalternative.ca/>
9. Ordre des psychologues du Québec.
Disponible: <http://www.ordrepsy.qc.ca/>
10. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
<http://www.otstcfq.org/>
11. SOS violence conjugale.
<http://www.sosviolenceconjugale.ca/>
12. Thibault C, Allard M, Bouffard L, Lapointe J, Cantin L, Durand S. Dépister la violence conjugale pour mieux la prévenir - Prise de position. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2004. p. 1-20.
http://www.oiiq.org/sites/default/files/185_doc.pdf
13. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.

MALTRAITANCE

1. Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées « AQDR ». *Trousse SOS Abus*.
<http://www.troussesosabus.org/>
2. Autorité des marchés financiers. Trop beau pour être vrai? Méfiez-vous! Ministère de la Famille et Aînés, gouvernement du Québec. p. 1-2.
<http://www.lautorite.qc.ca/files/pdf/publications/conso/prevention-fraude/fraude-mefiez-vs.pdf>
3. Autorité des marchés financiers. Soyez à votre affaire pour ne pas perdre vos affaires. Autorité des marchés financiers; 2013. p. 1-28.
<http://www.lautorite.qc.ca/files/pdf/publications/conso/prevention-fraude/soyez-a-votre-affaire.pdf>
4. Bergeron LC, Giguère A, Lachance N, Laroche N, Martel P, Simard R, et al. Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées - Partenaires multisectoriels. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 2013. p. 1-441.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-830-10F.pdf>
5. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Gouvernement du Québec; 2008. p. 1-103.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
6. Gendarmerie royale du Canada. *Guide de sécurité à l'intention des aînés*: Gouvernement du Canada.
<http://www.rcmp-grc.gc.ca/pubs/ccaps-spcca/seniors-aines-fra.htm>
7. Gouvernement du Québec. *La maltraitance envers les aînés, un problème de société*: 2012.
www.maltraitanceaines.gouv.qc.ca
8. La ligne Aide Abus Aînés. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.
<http://www.aideabusaines.ca/>
9. Laforest J, Maurice P, Beaulieu M, Belzile L. Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne - synthèse des connaissances. Institut national de santé publique du Québec; 2013. p. 1-105.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1687_RechCasMaltraitPersAineesProfSSSPremiLigne.pdf
10. L'Appui pour les proches aidants d'aînés - Montréal.
<http://www.lappui.org/montreal>
11. Le réseau FADOQ, Sûreté du Québec, CSSS de Cavendish. *Aîné avisé contre l'abus et la fraude*.
<http://www.fadoq.ca/aineavise/fr/Accueil/>
12. Ministère de la Famille et des Aînés. Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015. Gouvernement du Québec; 2010. p. 1-83.
http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Plan_action_maltraitance.pdf
13. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées - Partenaires multisectoriels. Gouvernement du Québec; 2013. p. 1-441.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-830-10F.pdf>

14. Moyer VA on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2013;158:478-86.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/792/ipvelderfinalrs/pdf>
15. Ordre des psychologues du Québec.
<http://www.ordrepsy.qc.ca/>
16. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
<http://www.otstcfq.org/>

Santé sexuelle, reproductive et prévention périconceptionnelle

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

1. Agence de la santé publique du Canada. Prévention, diagnostic et prise en charge clinique, en soins primaires, des infections transmissibles sexuellement dans *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. Agence de la santé publique du Canada; 2013.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcits/section-2-fra.php>
2. Cazale L, Leclerc P. Comportements sexuels et usage de la contraception dans *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*: Institut de la statistique du Québec; 2010. p. 173-87.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois.pdf>
3. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. *Intervention préventive relative aux ITSS*.
<http://www.fmoq.org/fr/training/toolbox/support/Lists/Billets/Post.aspx?ID=4>
4. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Évaluation critique de : Screening for HIV: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement, [2013]: 2014*.
<http://canadiantaskforce.ca/appraised-guidelines/2013-human-immunodeficiency-virus/>
5. Groupe de travail sur l'acte vaccinal. Hépatites A et B et VPH dans *Protocole d'immunisation du Québec*: Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 2013, mise à jour 2014. p. 313-48.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/chap10.pdf>
6. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Ma sexualité.ca - ITS-MTS*: La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2012.
<http://www.masexualite.ca/its-mts>
7. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
8. LeFevre ML, on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis B virus infection in nonpregnant adolescents and adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2014;161:58-66.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/930448/0000605-201407010-00012.pdf>
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Infos sur les ITSS*: Gouvernement du Québec.
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?infos-sur-les-itss

10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Lutte contre les ITSS - Documentation pour les personnes infectées* : Gouvernement du Québec.
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?documentation_personnes_infectees
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *À bien y penser - Tout connaître sur les ITSS*: Gouvernement du Québec.
<http://itss.gouv.qc.ca/tout-connaître-sur-les-itss.dhtml>
12. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La lutte contre les ITSS- Publications pour les professionnels de la santé : Guides* : Gouvernement du Québec.
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?pour-les-professionnels-de-la-sante
13. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Liste des SIDEPS*: Gouvernement du Québec.
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?listes_centres_depistages
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel. Gouvernement du Québec; 2010. p. 1-78.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-333-01.pdf>
15. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans un contexte du travail. Gouvernement du Québec; 2011. p. 1-57.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-333-02W.pdf>
16. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, mise à jour 2014. Gouvernement du Québec; 2014. p. 1-227.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-308-01W.pdf>
17. Ministère de la Santé et des Services sociaux. ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés - Intervention préventive relative aux ITSS. Gouvernement du Québec 2014. p. 1-3.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-12W.pdf>
18. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Estimation du risque associé aux activités sexuelles. Gouvernement du Québec; 2014. p. 1-6.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-14W.pdf>
19. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) et auprès de leurs partenaires (IPPAP). Gouvernement du Québec; 2014. p. 1-4.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-09W.pdf>
20. Moyer VA on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis C virus infection in adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2013;159:349-357.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/927511/0000605-201309030-00009.pdf>
21. Moyer VA on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Preventive Services Task Force. Screening for HIV: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2013; p. 1-12.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/746/hivfinalrs/pdf>
22. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.

23. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for syphilis infection: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement: 2004.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/syphilis/syphilrs.htm>
24. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for gonorrhea: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement: 2005.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf05/gonorrhea/gonrs.htm>
25. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chlamydial infection: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2007;147:128-34.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=735665>
26. U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2008;149:491-496.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=743025>
27. Venne S, Lambert G, Gravel G, Minzunza S. Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2011 (et projections 2012): Ministère de la santé et des services sociaux, gouvernement du Québec; 2013. p. 1-113.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-329-01W.pdf>

GROSSESSES NON PLANIFIÉES

1. Cazale L, Leclerc P. Comportements sexuels et usage de la contraception dans *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*: Institut de la statistique du Québec 2010. p. 173-87.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois.pdf>
2. Clinique de planning des naissances de Rimouski. *Feuillets d'information*: Planning CHRR.
<http://www.planningchrr.com/feuillets/index.php>
3. Durand S, Allard M, Lussier S, Martin R-C, Richard M-J. Formulaire d'évaluation de l'infirmière pour initier la contraception hormonale ou le stérilet, mise à jour novembre 2012. *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* 2012. p. 1-10.
https://www.oiq.org/sites/default/files/8378-formulaire-contraception_web.pdf
4. Girard C. Naissance et fécondité dans *Le bilan démographique du Québec, édition 2013*. Institut de la statistique du Québec; 2013. p. 35-51.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2013.pdf>
5. Guibert E, au nom du Comité d'experts de planning familial de l'Institut national de santé publique du Québec, Trudeau J-P, Durand S, Caron M. Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale et de stérilet, mise à jour novembre 2012. *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*; 2012. p. 1-22.
https://www.oiq.org/sites/default/files/1377_GuideContraceptionHormonale_2012.pdf
6. Hallouche K, Gilbert A, Leane V. Centre de prévention clinique, une initiative du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun : Rapport d'évaluation d'implantation. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2012. p. 1-60.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-224-1.pdf

7. Institut national de santé publique du Québec. *L'ordonnance collective de contraception hormonale et du stérilet*.
<http://www.inspq.qc.ca/contraception>
8. Institut national de santé publique du Québec. Modèle d'ordonnance collective de contraception d'urgence, mise à jour 2014. Gouvernement du Québec; 2014. p. 1-7.
<http://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/ContraceptionHormonale/ModelecontraceptionurgenceINSPO.pdf>
9. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Ma sexualité.ca - Contraception*: La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. 2012.
<http://www.masexualite.ca/contraception>
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *À bien y penser - Grossesse non désirées*: Gouvernement du Québec.
<http://itss.gouv.qc.ca/grossesses-non-desirees.dhtml>
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Un nouveau mode d'accès à la pilule contraceptive d'urgence. Document de soutien pour les intervenants et les intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que leurs partenaires. Gouvernement du Québec; 2004. p. 1-15.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-255-03.pdf>
12. Taylor D, James EA. An evidence-based guideline for unintended pregnancy prevention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011;40(6):782-93.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266470/pdf/nihms320201.pdf>
13. Thériault N, Risi C, Lessard J, Guibert E. Algorithmes décisionnels : Oubli de contraceptif hormonal combiné et Port prolongé du timbre et de l'anneau contraceptifs. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2009. p. 1-2.
<http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/contraceptionhormonale/OCC-ALGOdecisionnel.pdf>

PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE

1. Carson G, Cox LV, Crane J, Croteau P, Graves L, Kluka S, et al. Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse. *JOGC* 2010;32(8):S1-S36.
<http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui245CPG1008F1.pdf>
2. Colapinto C, O'Connor DL, Tremblay MS. Folate status of the population in the Canadian Health Measures Survey. *CMAJ* 2011;183(2):E100-E6.
<http://www.cmaj.ca/content/183/2/E100.full.pdf>
3. Colapinto CK, O'Connor DL, Dubois L, Tremblay MS. Prévalence et corrélats de la consommation d'un supplément d'acide folique au Canada. *Rapports sur la santé, Statistique Canada*. 2012;82-003-X:1-8.
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012002/article/11677-fra.pdf>
4. Copp AJ, Stanier P, Greene ND. Neural defects: recent advances, unsolved questions, and controversies. *Lancet Neurol* 2013;12:799-810.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4023229/pdf/emss-58506.pdf>
5. De Wals P, Tairou F, Van Allen MI, Uh SH, Lowry RB, Sibbald B, et al. Reduction in neural-tube defects after folic acid fortification in Canada. *N Engl J Med* 2007;357:135-42.
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa067103>

6. Éduc'alcool. *Alcool et santé - La consommation d'alcool durant la grossesse*. Éduc'alcool, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec et le Collège des médecins du Québec; 2008. p. 1-8.
http://educalcohol.gc.ca/wp-content/uploads/2011/12/Grossesse_et_alcool.pdf
7. Groupe de travail sur l'acte vaccinal. Rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, zona dans *Protocole d'immunisation du Québec*: Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 2013, mise à jour 2014. p. 253-282.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/chap10.pdf>
8. Gruslin A, Steben M, Halperin S, Money D, Yudin M, en collaboration avec le Comité sur les maladies infectieuses et la Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada. Immunisation pendant la grossesse. *JOGC* 2009;31(11):1093-101.
<http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui236CPG0911f.pdf>
9. Heseker H. Folic acid and other potential measures in the prevention of neural tube defects. *Ann Nutr Metab* 2011;59:41-45.
10. Institut national de santé publique du Québec. *Le portail d'information prénatale*: Ministère de la santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 2014.
<http://www.inspq.qc.ca/infoprenatale/>
11. Koren H, Goh YI. Increasing Folate Supplementation for Selected Groups of Canadian Women. *JOGC* 2007;29(12):992-996.
http://jogc.org/abstracts/full/200712_DrugsinPregnancy_1.pdf
12. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *L'acide folique Pour la préconception et la grossesse*: La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.
<http://sogc.org/fr/publications/lacide-folique-pour-la-preconception-et-la-grossesse/>
13. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Enceinte? Alcool et drogues - ce qu'il faut savoir*. Gouvernement du Québec; 2009. p. 1-12.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-804-01F.pdf>
15. Moyer VA on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2013;159:210-8.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/927351/0000605-201308060-00011.pdf>
16. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Éduc'alcool. *Les niveaux de consommation d'alcool à faible risque*. Guide pour les infirmières et les infirmiers; 2012. p. 1-16.
http://www.oiq.org/sites/default/files/educalcohol_version_finale_web.pdf
17. Service des toxicomanies et des dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec S.O.S Grossesse. *Enceinte? Alcool et drogues, ce qu'il faut savoir*. Gouvernement du Québec; 2009. p. 1-12.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-804-01F.pdf>

18. Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes and its Panel on Folate, Vitamin B12, and Choline and Subcommittee on Upper Reference Levels of Nutrients Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. Dietary reference intakes for thiamin, riboflavin, vitamin B6, Folate, Vitamin B12, pantothenic acid, biotin and choline. Washington, DC: National Academy of Sciences; 1998.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK114310/pdf/TOC.pdf>
19. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
20. U.S. Preventive Services Task Force. Folic acid for the prevention of neural tube defects: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2009;150:626-31.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=744473>
21. Wilson RD, Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, The Motherisk Program. Pre-conceptional vitamin/acid folic supplementation 2007: The use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. J Obstet Gynaecol Can 2007;29(12):1003-13.
22. Wolff T, Witkop CT, Miller T, Syed SB. Folic acid supplementation for the prevention of neural tube defects : an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services; 2009. p. 1-34.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/576/folicacides/pdf>

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Est-de-
l'Île-de-Montréal**

Québec 