

L'examen médical périodique

Une comparaison des recommandations canadiennes et américaines

Cléo Mavriplis, MD, CCFP, FCFP Guylène Thériault, MD, CCFP

RÉSUMÉ

OBJECTIF Comparer les recommandations relatives à l'examen médical périodique (EMP) émises par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSSP) et le *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF), selon l'ordre du déroulement habituel de l'entrevue médicale.

QUALITÉ DES PREUVES Chacun des deux groupes de travail a fait une révision exhaustive de la littérature et chacun a établi un système de classification qui permet de mesurer la qualité des preuves.

MESSAGE PRINCIPAL Deux tableaux résument les conclusions des deux groupes quant aux manœuvres préventives à inclure dans l'EMP, soit un tableau pour l'adulte en général et l'autre spécifiquement pour la femme. Trois autres tableaux résument les manœuvres pour lesquelles les recommandations sont divergentes ou conflictuelles, ainsi que les manœuvres qui sont possiblement à exclure. On trouvera sur le site http://medecinefamiliale.com/umf/emc/emp_guide.htm de nombreux outils pour l'EMP basés sur ces comparaisons. De nombreuses recommandations sont similaires et malgré cela, de nombreux médecins omettent de les inclure dans l'EMP. Lorsqu'il y a des divergences, de multiples facteurs peuvent les expliquer, comme par exemple la difficulté d'uniformiser le processus scientifique de révision des données, le fait que l'émission des recommandations est un processus à la fois social et scientifique et le manque de ressources financières du GÉCSSP.

CONCLUSION Le processus scientifique de révision de la littérature, même fait par des experts avec des critères stricts, n'est pas facile à uniformiser. Les divergences quelque fois importantes et révélées dans la présente comparaison démontrent le besoin de s'attarder au processus d'émission de ces recommandations. Une recherche plus poussée sur cet aspect est souhaitable.

ABSTRACT

OBJECTIVE To compare recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care with those of the United States Preventive Services Task Force for periodic health examinations (PHEs), following the usual sequence of a medical interview.

QUALITY OF EVIDENCE Each task force reviewed the literature exhaustively and created a system of classification that indicated the quality of the evidence.

MAIN MESSAGE Two tables sum up the conclusions of the task forces with respect to preventive measures to be included in PHEs: one for adults generally and one for women specifically. Three other tables show measures for which recommendations are different or conflicting, as well as measures that might be excluded. Several forms and other materials for PHEs based on these comparisons can be found at http://medecinefamiliale.com/umf/emc/emp_guide.htm. Many recommendations are similar; in spite of this, many physicians fail to include them in PHEs. Certain factors could explain the differences between the recommendations, including the challenge of arriving at a standard scientific process for reviewing data, the fact that formulating recommendations is a social as well as a scientific process, and the fact that the CTFPHC is seriously underfunded.

CONCLUSION A scientific review of the literature, even when performed by experts using strict criteria, is not easy to standardize. The differences that our comparison revealed, some of which are substantial, highlight the need to further examine how recommendations are formulated. More research in this field would be helpful.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

This article has been peer reviewed.

Can Fam Physician 2006;52:58-63.

Plusieurs organismes évaluent les manœuvres à effectuer lors de l'examen médical périodique (EMP); au Canada, le Groupe d'étude sur les soins de santé préventifs (GÉCSSP) est l'organisme principal¹ et aux États-Unis, le *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) est son homologue.² Le site de la Bibliothèque du Collège des médecins de famille du Canada possède une bibliographie intéressante à ce sujet.³ Puisque nous nous référons souvent à la littérature américaine et canadienne pour notre pratique, nous avons décidé de comparer les recommandations des deux pays. Ceci est d'autant plus pertinent que les deux organismes ont souvent collaboré à l'évaluation de la littérature⁴ et à la formulation de recommandations.⁵

Plusieurs recommandations du GÉCSSP ne sont pas aussi à jour que celles de l'USPSTF. Ceci nous a poussé à chercher les raisons sous-jacentes et à examiner de plus près le travail de ces deux groupes.

Dans la littérature, il y a peu de comparaisons entre les conclusions du GÉCSSP et celles de l'USPSTF. Le site du National Guideline Clearinghouse (États-Unis) permet de comparer deux ou trois recommandations à la fois⁶ selon une grille de facteurs préétablis. Toutefois, il ne permet pas une comparaison exhaustive de toutes les pratiques préventives. Deux articles récents qui énumèrent les recommandations des deux organismes décrivent des stratégies pour améliorer notre prestation de soins préventifs.^{7,8}

Voici une comparaison des différentes composantes de l'EMP, avec une discussion des différences. Nous avons voulu aussi élaborer des tableaux pratiques qui suivent le déroulement habituel de l'entrevue médicale, soit l'anamnèse, l'examen, les conseils et l'investigation. Ceux-ci peuvent donc être utilisés en clinique par le médecin de famille et même servir de guide pour un schéma informatisé de l'EMP.

Le site internet de l'unité de médecine familiale où nous travaillons (Gatineau) offre des résumés

Dr^e Mavriplis est enseignante à l'unité de médecine familiale de Gatineau affiliée à l'Université McGill.

Dr^e Thériault enseigne au même endroit et travaille aussi à la Direction de la santé publique de l'Outaouais en tant que médecin-conseil en pratiques cliniques préventives.

et des feuilles de prises de données pour l'EMP par groupe d'âge.⁹ De plus, il offre pour certains problèmes de santé un résumé des recommandations du GÉCSSP, de l'USPSTF et d'autres organismes comme l'Association canadienne du diabète et la Société d'ostéoporose du Canada. Cette référence peut être utile pour comparer les recommandations multiples qui sont diffusées.

Qualité des données

Les systèmes d'évaluation des données des deux groupes sont quasi identiques^{1,2} (**tableau 1**). En effet, l'USPSTF s'est inspiré du système établi par le groupe canadien.

Comparaison des recommandations

Nous avons choisi de présenter les données sous forme de tableaux pour permettre une consultation rapide. Ces tableaux découlent d'une comparaison des différentes recommandations sur plusieurs thèmes liés à l'EMP (**tableaux 2,¹⁰ 3,^{11,12} 4, 5, et 6**). Nous avons choisi, dans chacun des tableaux, de suivre le déroulement habituel de l'entrevue médicale et non de les diviser par pathologie comme il est souvent fait.

Il est à noter que les recommandations en ce qui concerne l'immunisation, les problématiques liées à la grossesse et les problèmes dentaires et pédiatriques n'ont pas été abordées. À noter également que les recommandations ci-dessous sont valides pour les adultes à risque moyen et ne sont pas nécessairement adaptées aux personnes à haut risque.

Discussion

Puisque nous offrons une perspective internationale sur la prévention et l'EMP, mentionnons tout d'abord que d'autres pays que le Canada et les États-Unis ont une approche différente. Au Royaume-Uni, par exemple, il n'y a pas d'examen périodique. Le dépistage est fait de façon opportuniste, avec rappels informatisés intégrés dans un programme régional de dépistage (communication personnelle avec le Dr Martin Dawes, chef du département de médecine familiale de l'Université McGill).^{13,14}

En Amérique du Nord, l'EMP est un moment privilégié pour effectuer des manœuvres préventives, mais suivons-nous les recommandations

Tableau 1. Les niveaux de recommandations: A) Du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSP); B) Du United States Preventive Services Task Force (USPSTF).

A	
A	Le GÉCSP conclut qu'on dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle on devrait s'intéresser à cette affection.
B	Le GÉCSP conclut qu'on dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle on devrait s'intéresser à cette affection.
C	Le GÉCSP conclut que les données pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection sont conflictuelles.
D	Le GÉCSP conclut que les données sont acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection.
E	Le GÉCSP conclut que les données sont suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection.
I*	Le GÉCSP conclut que les données sont insuffisantes pour émettre une recommandation.
<p><i>Le GÉCSP reconnaît que dans de nombreux cas, des facteurs spécifiques propres au patient doivent être considérés et discutés. Ces facteurs incluent la valeur que le patient attribue à la prévention; les conséquences positives et négatives de l'intervention; et le contexte et/ou les circonstances personnelles du patient (médicales ou autres). Dans certains cas, là où les données sont conflictuelles ou insuffisantes, une discussion plus détaillée sera possiblement nécessaire.</i></p> <p><i>*En 2003, le GÉCSP, dans une mise à jour de ses niveaux de recommandations, a inclus un niveau I pour les situations où les données sont insuffisantes pour faire une recommandation (auparavant ces situations étaient incluses dans la catégorie C). Ce changement n'est pas rétroactif et les recommandations C faites avant 2003 n'ont pas été réévaluées.</i></p>	
B	
A	L'USPSTF recommande fortement que les cliniciens fournissent le service aux patients admissibles. L'USPSTF a conclu qu'il existait suffisamment de données solides pour affirmer que le service améliore la santé et conclut que les avantages dépassent largement les inconvénients.
B	L'USPSTF recommande que les cliniciens fournissent ce service aux patients admissibles. L'USPSTF a conclu qu'il existait au moins une quantité raisonnable de données montrant que ce service améliore la santé et conclut que les avantages dépassent largement les inconvénients.
C	L'USPSTF ne fait pas de recommandation pour ou contre la prestation de ce service. L'USPSTF conclut qu'il existe au moins une certaine quantité de données montrant que ce service peut améliorer la santé, mais que le rapport entre les avantages et les inconvénients n'est pas suffisamment concluant pour formuler une recommandation générale.
D	L'USPSTF recommande de ne pas fournir ce service aux patients asymptomatiques. L'USPSTF a réuni une quantité suffisante de données montrant que ce service n'est pas efficace ou que les inconvénients dépassent les avantages.
I	L'USPSTF conclut que les données sont insuffisantes pour recommander ou déconseiller la prestation de ce service. Les données montrant que ce service est efficace sont trop peu nombreuses; ou la qualité des données est faible; ou les données sont conflictuelles; ou le rapport entre les avantages et les inconvénients ne peut être déterminé avec précision.
<p><i>Note: L'USPSTF classe ses recommandations selon un barème de cinq cotes (A, B, C, D, I) qui reflète la qualité des données et l'impact des avantages nets (avantages moins inconvénients).</i></p>	

officielles? En 2002, Dr Marie-Dominique Beaulieu et coll. ont évalué les EMP effectués par 87 médecins de famille québécois. En moyenne, seulement 12 des 23 manœuvres préventives recommandées par le GECSSP avaient été effectuées.¹⁵

Tableau 2. Manœuvres recommandées chez l'adulte à risque moyen: Les données sont **A** probantes, **B** acceptables, **C** conflictuelles, et **I** insuffisantes.

PARTIE DE L'EMP OÙ LA MANOEUVRE EST EFFECTUÉE	CANADA	ÉTATS-UNIS
ANAMNÈSE		
Dépistage dépression	B (si programme intégré et accès à des soins de santé mentale) 2005	B (si système en place pour assurer un diagnostic valide et un traitement efficace et si un suivi est isponible) 2002
Questions sur les problèmes d'audition chez la personne âgée	B 1994	B 1996
EXAMEN		
Dépistage obésité (mesure IMC)	B (pour personnes avec maladies liées à l'obésité seulement) 1999 C (pour tous) 1999	B (pour tous) 2003
Prise TA	B (21 à 84 ans) 1994	A (>18 ans) 2003
Dépistage de problèmes de vue chez la personne âgée*	B 1995	B 1996
CONSEILS		
Tabac	A 1994	A 2003
Alcool	B 1994	B 2004
Obésité	B (si maladies liées à l'obésité) 1999 C (pour tous les obèses) 1999 en révision	B (pour tous les obèses) 2003
Ceinture de sécurité au volant	B 1993	B 1996
LABORATOIRE ET INVESTIGATIONS		
Dépistage diabète (glycémie à jeun; fréquence optimale non connue)	B (si hypertension ou hyperlipidémie seulement) 2005	B (si hypertension ou hyperlipidémie seulement) 2003 I (population générale) 2003
Dépistage cancer du colon: sang occulte dans les selles chez les patients ≥50 ans tous les ans ou tous les 2 ans	A 2001	A 2002

*Dépistage avec le Snellen sight chart.¹⁰

Comme l'indiquent les tableaux ci-haut, les deux groupes de travail sont d'accord à de nombreux égards, mais pas à tous. Par exemple, la mammographie de dépistage chez les femmes âgées de 40 à 49 ans est recommandée par le groupe américain² mais ne l'est pas par son homologue canadien.¹ Même si le processus de révision de la littérature est

semblable dans les deux organismes, les conclusions divergent. Notons qu'après une revue des mêmes études le Cochrane Collaborative ne considère pas

Tableau 3. Manœuvres recommandées chez la femme à risque moyen

PARTIE DE L'EMP OÙ LA MANOEUVRE EST EFFECTUÉE	CANADA	ÉTATS-UNIS
CONSEILS		
Contraception	B adolescents 1994	B toutes femmes à risque de grossesse non prévue 1996
Acide folique		
• En préconception	A 1994	A 1996
• Toutes femmes capables de devenir enceinte	A 1994	B 1996
LABORATOIRE ET INVESTIGATIONS		
Test Pap		
• Début dépistage	B 1992	A 2003
• Fréquence dépistage	Dépistage annuel est recommandé dès le début des relations sexuelles ou à partir de l'âge de 18 ans; après deux tests Pap normaux, dépistage aux 3 ans jusqu'à l'âge de 69 ans. Augmenter la fréquence en présence de facteurs de risque.	Débuter le dépistage dans les 3 ans suivant les premières relations sexuelles ou à partir de 21 ans. Tous les 3 ans jusqu'à 65 ans. Continuer seulement si dépistage inadéquat (dépistage adéquat: trois Pap consécutifs normaux et aucun Pap anormal dans les 10 dernières années)
• Fin dépistage		
Chlamydia (<25 years old or at high risk)	B 1996	A 2001
Rubéole (sérologie ou vaccination)	B 1994	B 1996
Mammographie	A pour 50-65 ans 1998 C pour 40-49 ans 2001 (à partir de 40 ans, on doit informer les femmes des risques et avantages)	B pour 40-69 ans 2002
Ostéodensitométrie (si ≥65 ans)	B (plus jeune si l'échelle ORAI* >9 ou échelle SCORE† >6 2004 C (pour tous les obèses) 1999 en révision	B (60-64 ans en présence de facteurs de risque) 2002

*ORAI—Osteoporosis Risk Assessment Instrument.¹⁰

†SCORE—Simple Calculated Osteoporosis Risk Estimation.¹¹

Tableau 4. Manœuvres où il y a désaccord entre les deux groupes

PARTIE DE L'EMP OÙ LA MANOEUVRE EST EFFECTUÉE	CANADA	ÉTATS-UNIS
CONSEILS		
Diète (fibres, lipides)	B (informations générales) 1994	I B (counselling intensif pour ceux qui ont des facteurs de risques de MCV) 2003
Protection contre rayons UV	B (éviter exposition) 1994 C (crème solaire) 1994	I 2003
Prise d'aspirine en prévention primaire	C 1994	A (à discuter avec les personnes présentant un risque accru de MCV, ie, risque à 10 ans ≥6%) 2002
Prévention des chutes chez la personne âgée	C 1993 en révision	B 1996
LABORATOIRE ET INVESTIGATIONS		
Dépistage cholestérol élevé	C pour hommes 30-59 ans 1994	A pour hommes ≥35 ans et pour femmes ≥45 ans 2001

Tableau 5. Manœuvres pour lesquelles les données sont non concluantes ou insuffisantes

PARTIE DE L'EMP OÙ LA MANOEUVRE EST EFFECTUÉE	CANADA	ÉTATS-UNIS
EXAMEN		
Examen de la peau pour recherche de cancer	C 1994	I 2001
Toucher rectal	C 1994	I 2002
Dépistage démence	C	I 2003
		B (si la personne se plaint de problèmes de mémoire) A (si l'entourage décrit un déclin cognitif) 2001
CONSEILS		
Suggérer activité physique régulière	C 1994	I 2002
Dépistage de glaucome	C 1995	I 2005
LABORATOIRE ET INVESTIGATIONS		
sTSH	C 1994	I 2004

Tableau 6. Manœuvres possiblement à exclure

PARTIE DE L'EMP OÙ LA MANOEUVRE EST EFFECTUÉE	CANADA	ÉTATS-UNIS
EXAMEN		
Examen des testicules	C 1994	D 2004
CONSEILS		
Enseignement de l'auto-examen des seins	D 2001	I 2002
LABORATOIRE ET INVESTIGATIONS		
Dépistage du cancer du poumon	D Radiographie pulmonaire 2003	I Radiographie pulmonaire, expectorations, tomodensitogramme) 2004
L'antigène prostatique spécifique	D 1994	I 2002

justifiable le recours à la mammographie comme outil de dépistage.¹⁶ Ceci a été rediscuté dans la littérature.¹⁷ Donc le processus scientifique de révision de la littérature, même fait par des experts avec des critères stricts, n'est pas facile à uniformiser.

Il peut y avoir des divergences pour d'autres raisons. Dans la littérature une comparaison des recommandations pour le dépistage du cancer de la prostate au Canada, aux États-Unis et en Europe de l'Ouest montre des différences importantes.¹⁸ Ceci n'est peut-être pas une surprise pour un sujet aussi controversé. Un autre article démontre qu'en Europe et aux États-Unis, les critères de dépistage de l'ostéoporose ne sont pas les mêmes.¹⁹

Par ailleurs, la comparaison des recommandations pour le traitement du diabète provenant de 13 pays montre encore de grands écarts.²⁰ Ceci n'englobe pas la prévention, mais vu le peu d'études comparatives internationales, cet article soulève des points pertinents relatif à notre comparaison. En effet, l'auteur mentionne que la création de telles recommandations est «un processus social aussi bien que technique». À cet égard, les guides de pratique européens et canadiens sont souvent plus conservateurs que ceux des États-Unis.^{19,21} Dans la littérature, on mentionne aussi le manque de considération des différences ethniques dans les recommandations.²²

Nous posons donc comme hypothèse que les recommandations d'un pays en matière de prévention et dépistage peuvent être influencées par de nombreux facteurs, entre autres sa culture, ses ethnies, ses ressources et la structure de son système

de santé. Les déterminants sociaux du processus d'émission de recommandations méritent plus d'investigations.

Par ailleurs, certaines recommandations canadiennes datent d'il y a plusieurs années. Il se peut qu'il n'y ait pas eu de mise à jour faute de nouvelle littérature qui changerait la conclusion (comme pour le tabac, **tableau 2**¹⁰). Mais il se peut aussi que deux recommandations divergentes ne se basent pas sur la même littérature, la plus récente incorporant de nouvelles données. (Le dépistage de l'obésité n'a pas été révisé au Canada depuis 1999, le dépistage de l'hyperlipidémie depuis 1994). La mise à jour constante des recommandations peut être difficile compte tenu du peu de ressources financières à la disposition du GÉCSP (communication personnelle avec le Dr John Feightner, chef du GÉCSP). Ce groupe a d'ailleurs tout récemment mis fin à ces activités faute de ressources financières.¹

L'USPSTF continue ses activités et met à jour ses recommandations. Toutefois, il existe un débat au sujet des conclusions émises depuis 1996.^{23,24} Il semble y avoir eu un changement de méthodologie et de groupes faisant les révisions de la littérature depuis ce moment. Un effort a été fait pour tenir compte de l'impact des recommandations et des conséquences économiques.^{25,26}

Conclusion

Ces recommandations sur l'EMP nous permettent d'appliquer des notions basées sur les données sans avoir à réviser nous-mêmes toute la littérature. Nous croyons que la comparaison avec nos voisins du Sud, et avec d'autres pays, améliore la prestation de soins prodigués à nos patients. La convergence des recommandations est un élément qui peut nous convaincre, et les différences nous permettent de mieux saisir certaines controverses.

Les différences dans les recommandations semblent dépendre de multiples facteurs dont la difficulté d'uniformiser le processus scientifique de révision des données de la littérature, le fait que l'émission des recommandations est un processus à la fois social et scientifique et le manque de ressources financières du GÉCSP. La démission récente des membres de ce groupe souligne la crise

de financement de cet organisme canadien unique, qui a été un pionnier dans son domaine.

Le processus de création de guides de pratique nécessite encore plus de recherche pour clarifier ces différences et leur impact sur la qualité des recommandations. Une approche globale, qui ne considère pas seulement la mortalité et la morbidité associées aux problématiques de santé, mais aussi la qualité de vie, serait fort intéressante.²⁰ ✨

Remerciements

Nous souhaitons remercier **Lynn Dunikowski**, Directrice des services bibliothécaires pour le Collège des médecins de famille du Canada, de son aide précieuse et rapide. Nous remercions également **Pierre Lebrun** et **Tom Wiley** de leur aide importante dans la préparation de cet article et **D^r Dawes**, **D^r Feightner**, et **D^r G. Brousseau** de leur contribution.

Correspondance à: D^{re} Cléo Mavriplis, 475 ave Cole, Ottawa, ON K2A 2B1; cleomavr@magma.ca

Références

- Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Evidence-based clinical prevention*. London, Ont: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 1997, dernier mise à jour 2005 juin 14. Accessible à: <http://www.ctfpch.org>. Accédé le 9 novembre 2005.
- Agency for Healthcare Research and Quality. *Preventive services*. U.S. Preventive Services Task Force. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality; dernier mise à jour 2005 novembre 15. Accessible à: <http://www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm#uspstf>. Accédé le 17 novembre 2005.
- Collège des médecins de famille du Canada. *Bibliothèque: examens médicaux périodique*. Mississauga, Ont: Collège des médecins de famille du Canada; 2004. Accessible à: <http://www.cfpc.ca/French/CFPC/CLFM/bibperiodic/default.asp?s=1>. Accédé le 9 novembre 2005.
- Woolf SH. U.S. Preventive Services Task Force. ii. *Methodology*. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality; 1995. Accessible à: http://odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/guidecps/text/ii_met~1.txt. Accédé le 9 novembre 2005.
- United States Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: commentary on the recommendations of the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Am J Prev Med* 1994;10(4):187-92.
- National Guideline Clearinghouse. *NGC guideline comparison*. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005. Accessible à: <http://www.guideline.gov/compare/compare.aspx>. Accédé le 9 novembre 2005.
- Groulx S. La prévention chez l'adulte, une occasion à saisir au vol. *Méd Qué* 2005;40(5):65-73.
- Clapperton I. La prévention pratique-pratique. *Méd Qué* 2005;40(5):33-9.
- Thériault G, Mavriplis C. *Examen médical périodique*. Gatineau, Qué: UMF de CSSS de Gatineau; 2004. Accessible à: http://medecinefamiliale.com/umf/emc/emp_guide.htm. Accédé le 9 novembre 2005.
- Patterson C. *Screening for visual impairment in the elderly*. Ottawa, Ont: Approvisionnement et Services Canada; 1994. Accessible à: http://www.ctfpch.org/Full_Text/Ch78full.htm. Accédé le 10 novembre 2005.
- Cadarette SM, Jaglal SB, Kreiger N, McIsaac WJ, Darlington GA, Tu JV. Development and validation of the Osteoporosis Risk Assessment Instrument to facilitate selection of women for bone densitometry. *CMAJ* 2000;162:1289-94.
- Mauck KF, Cuddihy MT, Atkinson EJ, Melton LJ III. Use of Clinical prediction rules in detecting osteoporosis in a population-based sample of postmenopausal women. *Arch Intern Med* 2005;165:530-6,1294.
- UK National Screening Committee. *NSC criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme*. Accessible à: http://www.nsc.nhs.uk/uk_nsc/uk_nsc_main.htm. Accédé le 9 novembre 2005.
- National Electronic Library for Health. *National Service Frameworks: a practical aid to implementation in primary care*. London, Engl: Department of Health; 2005.

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- Les deux principaux organismes nord-américains évaluant les manœuvres à effectuer lors de l'examen médical périodique (EMP) sont le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSP) et le *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF).
- Peu d'articles comparent de façon exhaustive leurs recommandations au sujet des pratiques préventives.
- De façon générale, les recommandations se ressemblent. Toutefois, certaines divergences surprennent comme, par exemple, la mammographie chez la femme âgée de 40 à 49 ans cotée B en 2002 par l'USPSTF mais cotée C en 2001 par le GÉCSP, ainsi que le dépistage du cholestérol coté A aux États-Unis et coté C au Canada.
- La disparition du GÉCSP, faute de ressources financières, représente une grande perte.

EDITOR'S KEY POINTS

- In North America, the procedures to be included in periodic health examinations (PHEs) are primarily evaluated by two organizations: the Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) and the United States Preventive Services Task Force (USPSTF).
- Few articles provide an exhaustive comparison of their recommendations for preventive practice.
- Their recommendations are fairly similar; however, there are some surprising differences. Two such differences are mammography for women between 40 and 49 years rated B in 2002 by the USPSTF but C in 2001 by the CTFPHC and cholesterol screening rated A in the United States and C in Canada.
- The disappearance of the CTFPHC due to lack of funding is a great loss.

Accessible à: http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4082776&chk=9K%2B1n. Accédé le 9 novembre 2005.

- Beaulieu MD, Rivard M, Hudon E, Beaudoin C, Saucier D, Remondin M. Comparative trial of a short workshop designed to enhance appropriate use of screening tests by family physicians. *CMAJ* 2002;167:1241-6.
- Gotzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000;355:129-34.
- Green BB, Taplin SH. Breast cancer screening controversies. *J Am Board Fam Pract* 2003;16(3):233-41.
- Peters SM, Jovell AJ, Garcia-Altes A, Serra-Prat M. Screening and clinical management of prostate cancer. *Int J Technol Assess Health Care* 2001;17(2):215-21.
- Kanis JA, Torgerson D, Cooper C. Comparison of the European and USA practice guidelines for osteoporosis. *Transmission Electron Microsc* 2000;11(1):28-32.
- Burgers JS, Bailey JV, Klazinga NS, Van Der Bij AK, Grol R, Feder G; AGREE Collaboration. Inside guidelines: comparative analysis of recommendations and evidence in diabetes guidelines from 13 countries. *Diabetes Care* 2002;25:1933-9.
- Krahn M, Naylor CD, Basinski AS, Detsky AS. Comparison of an aggressive (U.S.) and a less aggressive (Canadian) policy for cholesterol screening and treatment. *Ann Intern Med* 1991;115:248-55.
- Manna DR, Bruijnzeels MA, Mokkink HGA, Berg M. Ethnic specific recommendations in clinical practice guidelines: a first exploratory comparison between guidelines from the USA, Canada, the UK, and the Netherlands. *Qual Saf Health Care* 2003;12:353-8.
- Hasenfeld R, Shekelle PG. Is the methodological quality of guidelines declining in the US? Comparison of the quality of US Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) guidelines with those published subsequently. *Qual Saf Health Care* 2003;12:428-34.
- Shaneyfelt TM, Mayo-Smith ME, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed literature. *JAMA* 1999;281:1900-5.
- Berg AO, Allan JD. Introducing the third US preventive services task force. *Am J Prev Med* 2001;20(Suppl 3):3-4.

