

# Bilan de santé chez l'adulte

## Mise à jour de Soins préventifs - Fiche de contrôle<sup>©</sup>

Jane Ridley MD CCFP Amanda Ischayek MD CMC CCFP Vinita Dubey MD MPH CCFP FRCPC Karl Iglar MD CCFP

### Résumé

**Objectif** Décrire les mises à jour apportées à Soins préventifs - Fiche de contrôle<sup>©</sup> pour aider les médecins à se tenir à fait des plus récentes recommandations en matière de soins de santé préventifs.

**Qualité des données** Une recension dans la base de données Ovid MEDLINE a été effectuée à l'aide de mots-clés et d'autres paradigmes pertinents au bilan de santé périodique. Des sources secondaires, comme le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, l'Agence de la santé publique du Canada, la base de données Trip et l'Infobanque de l'Association médicale canadienne, ont aussi fait l'objet d'une recherche. Nous avons révisé les recommandations relatives aux soins préventifs pour des adultes à risque moyen. Les recommandations de bonne qualité et passables sont présentées respectivement en caractères gras et italiques.

**Message principal** La fiche de contrôle a été mise à jour en fonction des recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif relatives au dépistage de l'obésité (2015), du cancer du col (2013), de la dépression (2013), de l'ostéoporose (2013), de l'hypertension (2012), du diabète (2012, 2013) et du cancer du sein (2011). D'autres mises à jour se fondent sur les recommandations d'autres organisations canadiennes concernant le dépistage du VIH (2013), le dépistage des infections transmises sexuellement (2013), les immunisations (2012 à 2014), le dépistage de la dyslipidémie (2012), le counseling en fertilité chez la femme (2011, 2012) et le dépistage du cancer colorectal (2010). Certaines recommandations antérieures ont été éliminées et d'autres, peu étayées par des données probantes, n'ont pas été incluses.

### POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- Soins préventifs - Fiche de contrôle<sup>©</sup> permet aux médecins de famille de suivre les recommandations les plus récentes concernant les soins préventifs durant les bilans de santé périodiques des adultes asymptomatiques à risque moyen.
- Les recommandations mises à jour sont tirées de celles du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ou d'autres organisations canadiennes importantes publiées entre 2010 et 2015. Les mises à jour portent, entre autres, sur les immunisations et le dépistage des cancers, des maladies chroniques et des infections transmises sexuellement.



Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) et cliquez sur le lien vers Mainpro.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2016;62:e171-8

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the April 2016 issue on page 307.

**Conclusion** Soins préventifs - Fiche de contrôle a été mise à jour pour inclure les recommandations récentes afin de permettre aux médecins de famille d'offrir des soins complets et fondés sur des données probantes aux patients durant les bilans de santé périodiques.

Soins préventifs - Fiche de contrôle<sup>©</sup> est un outil fondé sur des données probantes servant aux dépistages lors du bilan de santé périodique<sup>1</sup>. Des fiches pour les hommes et les femmes résument l'anamnèse, les manœuvres de l'examen physique, le counseling, les investigations et les immunisations pertinents aux soins de santé préventifs\*. La fiche de contrôle a reçu l'aval du Collège des médecins de famille du Canada et sa dernière mise à jour remontait à 2010. Les recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) et d'autres grandes organisations canadiennes sont incluses. La fiche a été validée lors d'une étude randomisée contrôlée qui a démontré que l'utilisation des formulaires a entraîné une hausse absolue de 22,8% ( $p = ,0001$ ) et une augmentation relative de 46,6% dans la prestation de services de santé préventifs<sup>2</sup>.

\* Les formulaires Soins préventifs - Fiche de contrôle pour les hommes et les femmes en français et en anglais, de même que les explications (en anglais seulement) se trouvent à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca). Allez au texte intégral de l'article en ligne et cliquez sur **CFPlus** dans le menu du coin supérieur droit de la page.

Pour préserver sa pertinence, il est nécessaire de procéder à des mises à jour systématiques afin de tenir compte des recommandations fondées sur des données probantes portant sur les soins préventifs chez les adultes à risque moyen.

Même si des quantités considérables de nouvelles données probantes continuent d'émerger, il se produit des retards dans leur transposition dans les guides de pratique. Le GECSSP ne peut pas passer en revue toutes les interventions pertinentes en soins préventifs ni les plus récentes données factuelles; c'est pourquoi nous encourageons les médecins à se baser sur leur propre jugement clinique dans leurs décisions à propos de ce qui convient le mieux selon chaque patient, tout en se servant de la fiche de contrôle comme guide. Les mises à jour fondées sur des données probantes servent de rappel qu'un plus grand nombre de dépistages n'est pas synonyme de meilleurs résultats. Il faut donc se servir de son jugement clinique pour faire un juste équilibre entre des dépistages plus poussés et la capacité de prendre en charge des patients symptomatique ou des maladies confirmées.

### Qualité des données

**Méthodes.** Nous avons effectué une recension dans Ovid MEDLINE à l'aide des expressions suivantes: *mass screening, preventive medicine, adult complete health assessment, screening guidelines, physical examination, primary prevention and public health, guidelines* (en tant que sujet), *diagnosis, practice guidelines* (en tant que sujet), *evidence based practice, risk factors, risk assessment* et *health education*. Une recension secondaire a été effectuée pour cerner des articles potentiellement passés inaperçus à l'aide d'environ 40 autres syntagmes de recherche pertinents.

Nous avons passé en revue les bases de données du GECSSP et d'autres grandes organisations canadiennes pour trouver de nouvelles lignes directrices, notamment de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) et de la Société canadienne de cardiologie (SCC). Nous avons effectué une recherche dans la base de données Trip et l'Infobanque de l'Association médicale canadienne pour assurer que des articles pertinents n'étaient pas passés inaperçus. La recherche documentaire a été complétée en décembre 2013 et tous les articles retenus se limitaient aux guides de pratique canadiens publiés en 2010 ou après. Une mise à jour additionnelle a été effectuée en février 2015 pour n'inclure que les nouvelles recommandations du GECSSP. Les lignes directrices provinciales et internationales n'ont pas été retenues, puisque la fiche de contrôle est un outil pancanadien. Un guide de pratique était exclu s'il n'était pas pertinent à la visite de soins préventifs, s'il n'avait pas de conception d'étude précise ou de question de dépistage identifiée, s'il ne se fondait que sur

des opinions ou s'il existait déjà des lignes directrices du GECSSP sur le sujet, étayées par des données plus robustes. Des guides de pratique sur certains sujets avaient été publiés par 2 organisations nationales. Dans tous les cas, si des lignes directrices avaient été rédigées par le GECSSP sur le même sujet, elles avaient préséance. Un guide de pratique additionnel était inclus s'il provenait d'une source importante et bien connue.

**Résultats.** Des mises à jour ont été apportées à la fiche de contrôle en se fondant sur les recommandations du GECSSP pour le dépistage de l'obésité, du cancer du col, de la dépression, de l'ostéoporose, de l'hypertension, du diabète et du cancer du sein. Des modifications ont aussi été faites en se basant sur les recommandations d'autres organisations canadiennes pour le dépistage du VIH, le dépistage des infections transmises sexuellement, les immunisations, le dépistage de la dyslipidémie, le counseling sur la fertilité féminine et le dépistage du cancer colorectal (**Tableau 1**)<sup>3-30</sup>.

Le GECSSP a changé sa classification des recommandations comme étant fortes ou faibles selon que les données probantes sont de qualité élevée, modérée, faible ou très faible. Sur les fiches, les recommandations du GECSSP sont en caractères gras si elles se fondent sur une recommandation de bonne qualité et en italique si la recommandation est passable. La classification antérieure sous forme de grade A ou B, en caractères gras ou italiques respectivement, est demeurée sur la fiche si aucune mise à jour n'a été cernée. La qualité des données probantes n'est pas indiquée pour les lignes directrices ne provenant pas du GECSSP, mais le lecteur est invité à consulter les publications originales pour obtenir ces renseignements.

### Message principal

#### **Nouvelles recommandations**

**Dépistage du VIH (2013):** L'ACSP a publié de nouvelles lignes directrices pour le dépistage du VIH<sup>22</sup> qui recommandent d'envisager un test du VIH dans le contexte des soins médicaux périodiques de routine. On devrait offrir à toutes les personnes qui sont ou ont été actives sexuellement et qui n'ont jamais eu de test du VIH d'en subir un. Les tests devraient aussi être faits plus souvent chez les personnes qui ont des facteurs de risque du VIH et prescrits à celles qui en font la demande (voir les lignes directrices pour une liste complète<sup>22</sup>). Ces lignes directrices n'ont pas pour but de se substituer aux recommandations provinciales.

**Counseling en fertilité féminine (2011, 2012):** La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada recommande aux médecins d'offrir des conseils aux femmes dans la vingtaine et la trentaine concernant l'infertilité reliée à l'âge<sup>5</sup>. Il y a une réduction statistiquement significative dans la réussite reproductive des femmes vers la

Tableau 1. Recommandations incluses dans Soins préventifs – Fiche de contrôle<sup>©</sup> de 2015

SUJET	RECOMMANDATION	CHANGEMENTS À LA FICHE DE CONTRÔLE	SOURCE DE LA RECOMMANDATION	QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES
<b>Mode de vie et habitudes</b>				
Dépistage de la pauvreté <sup>3,4</sup>	Aucune question de dépistage validée Données probantes que la pauvreté est un déterminant social de la santé	<i>Revenu sous le seuil de la pauvreté a été changé à Pauvreté</i>	ACSP (2003)	SO
Planification familiale chez la femme <sup>5,6</sup>	Conseils à la vingtaine et à la trentaine concernant l'infertilité reliée à l'âge, le déclin de la réussite reproductive à la fin de la trentaine et durant la quarantaine, le fait que les TRA ne compensent pas le déclin dû à l'âge	Détails ajoutés à la page des explications	SOGC (2011, 2012)	SO
<b>Revue fonctionnelle</b>				
Dépression <sup>7</sup>	Ne pas dépister systématiquement la dépression en l'absence d'antécédents ou de symptômes	Dépistage de la dépression enlevé	GECSPP (2013)	Recommandation faible, données de très basse qualité
<b>Éducation et conseils</b>				
Obésité <sup>8</sup>	1. Consigner la taille, le poids et l'IMC à toutes les visites appropriées 2. IMC de $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> mais $< 40$ kg/m <sup>2</sup> : offrir des interventions comportementales pour amaigrissement 3. IMC de 30 à 39 kg/m <sup>2</sup> ou à risque élevé de diabète: offrir des interventions comportementales pour amaigrissement	<i>Taille, poids et IMC mis en caractères gras</i> <i>Obésité (IMC <math>\geq 30</math>) remplacée par Embonpoint ou obésité</i> Ajout d'interventions comportementales pour amaigrissement	GECSPP (2015)	1. Forte recommandation, données de très basse qualité 2. Faible recommandation, données de qualité modérée 3. Forte recommandation, données de qualité modérée
<b>Examen physique</b>				
PA <sup>9,10</sup>	1. Mesurer la PA à toutes les visites médicales appropriées selon les techniques décrites par le PECH 2. Seuil visé de PA de $< 140/90$ mm Hg chez la plupart; $< 130/80$ mm Hg pour les diabétiques; PA systolique de $< 150$ mm Hg si $\geq 80$ ans avec hypertension systolique isolée	<i>PA mis en caractères gras</i> Seuils visés ajoutés à la page des explications	GECSPP (2013), PECH (2013)*	1. Forte recommandation, données de qualité modérée 2. SO
Cancer du col <sup>11</sup>	1. Dépister aux 3 ans par test de Papanicolaou s'il y a déjà eu activité sexuelle pour les femmes de 25 à 69 ans 2. Cesser le dépistage à 70 ans si les résultats à 3 tests de Pap étaient normaux au cours des 10 dernières années	<i>Pap mis en caractères gras</i> Âge et fréquence du dépistage mis à jour	GECSPP (2013)	1. Faible recommandation, données de qualité modérée de 25 à 29 ans; forte recommandation de 30 à 69 ans; 2. Faible recommandation, données de qualité modérée
Cancer du sein chez la femme <sup>12</sup>	1. Dépister par mammographie aux 2 ou 3 ans de 50 à 74 ans 2. Ne pas dépister systématiquement les femmes de 40 à 49 ans 3. Ne pas dépister par imagerie par résonance magnétique 4. Ne pas faire d'examen clinique des seins 5. Conseiller aux patientes de ne pas faire d'autoexamen des seins	<i>Examen des seins enlevé de l'examen physique</i> Âge et fréquence de la mammographie mis à jour	GECSPP (2011)	1. Faible recommandation, données de qualité modérée de 50 à 69 ans; données de basse qualité de 70 à 74 ans 2. Faible recommandation, données de qualité modérée 3. Faible recommandation, aucune donnée 4. Faible recommandation, données de basse qualité 5. Faible recommandation, données de qualité modérée
Manœuvres de l'examen physique <sup>13</sup>	Existence de données probantes pour la PA, l'IMC et les tests de Pap chez les adultes	Section de l'examen physique laissée en blanc, sauf pour les manœuvres étayées par des données probantes	Veterans Affairs Evidence-based Synthesis Program (2011)	SO
<b>Laboratoire et investigations</b>				
Diabète de type 2 <sup>14-18</sup>	1. Dépister entre annuellement et aux 5 ans selon le risque déterminé au moyen d'un calculateur, en présence d'autres facteurs de risque ou si $\geq 40$ ans 2. La mesure de l'HbA <sub>1c</sub> est le test de dépistage privilégié (GAJ ou HPPO sont des options acceptables) 3. Taux de HbA <sub>1c</sub> $\geq 6,5\%$ , niveau de GAJ de $\geq 7$ mmol/l ou glycémie 2 heures après HPPO de $\geq 11,1$ mmol/l sont le diagnostic	<i>Glycémie à jeun changé pour A<sub>1c</sub> ou GAJ selon le risque individuel</i> Facteurs de risque, épreuves diagnostiques et seuils mis à jour	GECSPP (2012), SCD (2013)	1. Faible recommandation, données de basse qualité 2. SO 3. SO

Suite à la page e174

Tableau 1 suite de la page e173

SUJET	RECOMMANDATION	CHANGEMENTS À LA FICHE DE CONTRÔLE	SOURCE DE LA RECOMMANDATION	QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES
Dyslipidémie <sup>19,20</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dépister au moyen d'un profil lipidique à jeun les hommes de <math>\geq 40</math> ans, les femmes de <math>\geq 50</math> ans (ou après la ménopause) ou plus tôt si à risque accru</li> <li>Dépister au moyen de l'évaluation des risques de Framingham aux 3 à 5 ans si le risque à 10 ans est de <math>&lt; 5\%</math> ou chaque année, si le risque à 10 ans est de <math>\geq 5\%</math>, jusqu'à 75 ans</li> <li>Le score de risque de Framingham doit être multiplié par 2 si antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires prématurées</li> <li>Discuter de « l'âge cardiovasculaire »</li> </ol>	Âge et fréquence du dépistage ajoutés Épreuves et seuils visés mis à jour Discussion d'autres marqueurs lipidiques et d'épreuves secondaires	SCC (2012)	SO
Cancer colorectal <sup>21</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dépistage par TIF ou RSOS chaque année ou aux 2 ans ou par sigmoïdoscopie flexible aux 10 ans si 50 à 75 ans</li> <li>Envisager un dépistage opportuniste individualisé par TIF, RSOS ou sigmoïdoscopie flexible jusqu'à 85 ans</li> </ol>	Recommandations du GECSPP conservées dans les fiches <sup>†</sup> Détails sur les recommandations de l'ACG mis à jour	ACG (2010)	SO
ITS <sup>22-27</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dépister les ITS en présence de facteurs de risque</li> <li>Dépister le VIH en présence de facteurs de risque, d'activités sexuelles présentes ou passées</li> </ol>	ITS inscrites dans la liste des épreuves de laboratoire et des investigations Mise à jour des facteurs de risque Épreuves spécifiques mises à jour	ASPC (2013)	SO
<b>Immunisations</b>				
Vaccin contre le VPH <sup>28</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Recommandé pour les femmes jusqu'à 45 ans même si déjà actives sexuellement, peu importent les antécédents d'infections antérieures</li> <li>Recommandé pour les hommes jusqu'à 26 ans</li> <li>Recommandé pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes</li> </ol>	Recommandations pour le vaccin contre le VPH mises à jour dans la fiche pour les femmes et ajoutées pour les hommes	CCNI (2012)	SO
Immunisations systématiques chez l'adulte <sup>29,30</sup>	L'ASPC a mis à jour son <i>Guide canadien d'immunisation</i>	Ajout des recommandations d'immunisations systématiques chez les adultes	ASPC (2012-2014)	SO

ACG—Association canadienne de gastroentérologie, ASPC—Agence de la santé publique du Canada, CCNI—Comité consultatif national de l'immunisation, GAJ—glycémie à jeun, GECSPP—Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, HbA<sub>1c</sub>—hémoglobine A<sub>1c</sub>, HPVO—hyperglycémie provoquée par voie orale, IMC—indice de masse corporelle, ITS—infection transmise sexuellement, PA—pression artérielle, PECH—Programme éducatif canadien sur l'hypertension, RSOS—recherche de sang occulte dans les selles, SCC—Société canadienne de cardiologie, SCD—Société canadienne du diabète, SO—sans objet, SOGC—Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, TIF—test immunochimique fécal, TRA—technologie de reproduction artificielle, VPH—virus du papillome humain.

\*Au moment de la publication, des lignes directrices plus récentes avaient été publiées et sont accessibles sur le site web du PECH (<http://guidelines.hypertension.ca/ressources-francaises/>).

<sup>†</sup>Le GECSPP a mis à jour les recommandations en 2016.

fin de la trentaine et à la quarantaine, sauf pour celles qui utilisent un don d'ovule. Un autre guide de pratique réitérait qu'il y avait un déclin statistiquement significatif dans la fertilité et la fécondité après 32 ans. Il est recommandé de conseiller que la procréation assistée artificiellement ne peut pas garantir une naissance vivante ni compenser la baisse de fertilité associée à l'âge<sup>6</sup>. Des recommandations s'appliquant aux hommes n'ont pas été incluses, parce que les données probantes entourant l'âge paternel avancé sont conflictuelles et que les risques qui y sont associés sont plus faibles<sup>5</sup>.

### Recommandations du GECSPP mises à jour

**Obésité chez les adultes (2015):** Le GECSPP recommande de mesurer la taille et le poids et de calculer l'indice de masse corporelle (IMC) des adultes en santé<sup>8</sup>.

Les adultes dont le poids est normal ne devraient pas faire l'objet d'interventions pour prévenir le gain pondéral. Les adultes ayant un surpoids ou qui sont obèses ( $25 \text{ kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 40 \text{ kg/m}^2$ ), surtout s'ils sont à risque élevé de diabète, devraient se voir offrir des interventions comportementales structurées visant la perte de poids. Les interventions pharmacologiques pour perdre du poids ne sont pas recommandées en raison des inquiétudes entourant leurs effets indésirables.

**Dépistage du cancer du col (2013):** Le dépistage systématique du cancer du col n'est pas recommandé chez les femmes de 24 ans ou moins, en raison de la très faible incidence du cancer du col dans ce groupe d'âges et de l'absence de données probantes à l'effet qu'un dépistage précoce prévient le décès causé par ce cancer à un âge plus avancé<sup>11</sup>. Le dépistage dans ce groupe

d'âges entraîne souvent des taux plus élevés d'épreuves de suivi, y compris des biopsies du col inutiles. Pour les femmes de 25 à 69 ans, le dépistage de routine devrait se faire aux 3 ans si la femme a été sexuellement active. Chez les femmes de 70 ans ou plus, le dépistage systématique peut cesser si elles ont subi des dépistages adéquats (3 tests négatifs successifs de Papanicolaou au cours des 10 dernières années).

*Ostéoporose (lignes directrices évaluées en 2013):* Le guide de pratique clinique de 2010, produit par le Conseil consultatif scientifique d'Ostéoporose Canada, a fait l'objet d'une évaluation par le GECSSP en 2013<sup>31</sup>. Le GECSSP a soulevé plusieurs questions concernant ces lignes directrices. Ces préoccupations portaient sur le manque de description de la façon dont on a transigé avec les intérêts concurrents, les méthodes utilisées dans la création du guide et à cause des données probantes de faible qualité étayant les recommandations sur l'exercice, le calcium et la vitamine D comme interventions thérapeutiques<sup>32</sup>. Étant donné l'importance de l'ostéoporose et des fractures qu'elle provoque, le GECSSP suggère d'utiliser ce guide mais d'user de prudence dans l'application des recommandations qui se fondent sur des données de faible qualité.

*Dépistage de l'hypertension (2013):* Le GECSSP recommande de mesurer la pression artérielle (PA) à toutes les visites médicales appropriées selon les techniques décrites par le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH)<sup>9,10</sup>. Si une personne a une PA élevée, on devrait se servir des critères du PECH pour évaluer et diagnostiquer l'hypertension. Le PECH met à jour ses recommandations sur une base annuelle et, au moment de la publication de cet article, des lignes directrices plus récentes avaient été publiées. Veuillez consulter le site web du PECH pour trouver la dernière version (<http://guidelines.hypertension.ca/ressources-francaises/>).

*Dépistage du diabète de type 2 (2012, 2013):* Le GECSSP recommande d'utiliser un calculateur du risque validé pour le diabète comme FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score) ou CANRISK (Questionnaire d'évaluation du risque de diabète à l'intention des Canadiens)<sup>14,15</sup>. On ne devrait pas procéder au dépistage du diabète de type 2 chez les adultes ayant un risque de faible à modéré<sup>16</sup>. Chez les adultes à risque élevé, le dépistage se fait par la mesure des valeurs de l'hémoglobine A<sub>1c</sub> aux 3 à 5 ans. Si le risque est très élevé, on procède au dépistage chaque année.

L'Association canadienne du diabète a aussi des recommandations concernant le dépistage du diabète de type 2<sup>17,18</sup> qui sont indiquées dans la section des explications\*.

*Dépistage du cancer du sein (2011):* Les femmes de 50 à 74 ans devraient passer une mammographie aux 2 ou 3 ans, ce qui représente un intervalle plus long entre les dépistages par rapport aux recommandations

antérieures<sup>12</sup>. Le dépistage aux 2 ou 3 ans préserve les bienfaits de l'examen périodique, mais réduit les effets indésirables, les désagréments et les coûts. On ne devrait pas systématiquement dépister les femmes de 40 à 49 ans par mammographie en raison des taux plus élevés de faux-positifs dans ce groupe d'âges, ce qui entraîne des épreuves de suivi plus nombreuses, y compris des biopsies inutiles. Le GECSSP n'avait pas de recommandation auparavant pour ce groupe d'âges. Le dépistage au moyen de l'imagerie par résonance magnétique n'est pas recommandé en raison du manque de données. Les examens cliniques et l'autoexamen des seins ne sont pas recommandés, parce qu'il n'y a pas de données prouvant que l'un ou l'autre réduit la mortalité. L'autoexamen des seins cause plus de préjudices (un plus grand nombre de biopsies du sein se révélant bénignes).

#### **Recommandations mises à jour d'autres organisations canadiennes importantes en l'absence de recommandations du GECSSP**

*Dépistage de la dyslipidémie selon la SCC (2012):* La SCC recommande encore le dépistage de la dyslipidémie au moyen d'un profil lipidique à jeun chez les hommes de 40 ans et plus et les femmes de 50 ans et plus (ou après la ménopause, et plus tôt chez certaines ethnicités ou les femmes atteintes de certains problèmes médicaux)<sup>19</sup>. Le dépistage optimal se fait par la mesure des niveaux d'apolipoprotéine B ou du ratio albumine-créatinine dans l'urine. Il faudrait procéder au dépistage et à une évaluation des risques de Framingham aux 3 à 5 ans (si le risque à 10 ans est <5%) ou chaque année (si le risque à 10 ans est ≥5%) jusqu'à l'âge de 75 ans. Une évaluation des risques devrait être faite lorsque la situation du patient sur ce plan change.

Les patients plus jeunes qui ont au moins 1 facteur de risque pourraient bénéficier d'une évaluation des risques pour les motiver à améliorer leur mode de vie. Il a aussi été démontré que la discussion à propos de «l'âge vasculaire» d'un patient augmente la probabilité que le patient atteigne les objectifs<sup>20</sup>.

La SCC a aussi mis à jour les lignes directrices sur les traitements et les objectifs qui se trouvent dans la section des explications\*.

*Dépistage des infections transmises sexuellement selon l'ACSP (2011, 2013):* L'ACSP a mis à jour les lignes directrices canadiennes sur les infections transmises sexuellement<sup>23-25</sup>. Les recommandations sur le dépistage fondé sur les facteurs de risque se trouvent dans la section des explications\*. Les recommandations sur le dépistage par épreuves moléculaires, comme les tests d'amplification des acides nucléiques, et les sites de prélèvement des spécimens ont aussi été mises à jour<sup>24-27</sup>.

*Vaccination contre le virus du papillome humain selon le CCNI (2012):* La vaccination contre le virus du



papillome humain est recommandée chez toutes les femmes adultes<sup>28</sup>. Les données probantes à l'appui sont convaincantes jusqu'à l'âge de 45 ans. La vaccination est recommandée même chez les femmes qui ont eu antérieurement des résultats anormaux au test de Pap ou qui sont déjà actives sexuellement malgré une infection antérieure, parce qu'elles n'ont peut-être pas été infectées par toutes les souches contenues dans le vaccin. Le vaccin quadrivalent contre le virus du papillome humain est recommandé chez les hommes de 9 à 26 ans et aux hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes pour prévenir une néoplasie intraépithéliale anale, un cancer anal et des verrues anogénitales.

*Recommandations sur les immunisations systématiques chez l'adulte selon le CCNI (2012 à 2014):* Le *Guide canadien d'immunisation* a été mis à jour<sup>29,30</sup> et les recommandations d'immunisations systématiques chez l'adulte sont inscrites dans la fiche et la section des explications\*. Les vaccinations pour les groupes à risque élevé ne sont pas incluses.

*Pauvreté (2011):* La pauvreté est un déterminant social de la santé bien connu, mais les méthodes de dépistage sont limitées<sup>3</sup>. Un projet expérimental a évalué l'efficacité de questions de dépistage pour identifier les patients dans les pratiques familiales qui vivaient dans la pauvreté<sup>4</sup>. La réponse affirmative à la question « Avez-vous de la difficulté à joindre les 2 bouts à la fin du mois? » avait une très forte sensibilité dans la détection de la pauvreté, mais cette constatation n'a pas encore été validée ou entérinée dans un guide de pratique national à l'heure actuelle. *Revenu sous le seuil de la pauvreté* a été remplacé par *pauvreté* dans la fiche.

*Dépistage du cancer colorectal selon l'Association canadienne de gastroentérologie (2010):* Le GECSSP n'avait pas mis à jour ses recommandations sur le dépistage du cancer colorectal jusqu'en 2016, après que les mises à jour de la fiche de contrôle aient été terminées. L'Association canadienne de gastroentérologie recommande le dépistage chez les personnes entre 50 et 75 ans qui n'ont pas de facteurs de risques additionnels et le dépistage opportuniste individuel devrait être envisagé jusqu'à 85 ans<sup>21</sup>. Le test immunochimique fécal ou l'épreuve de recherche de sang occulte dans les selles à haute sensibilité aux 10 ans sont acceptables pour les programmes de dépistage. Le test immunochimique fécal, la recherche de sang occulte dans les selles, la sigmoïdoscopie flexible et la colonoscopie sont tous appropriés pour le dépistage opportuniste individuel.

### Recommandations éliminées

*Dépistage de la dépression selon le GECSSP (2013):* Auparavant, le GECSSP recommandait le dépistage systématique de la dépression chez les adultes dans les milieux de soins primaire. À la suite d'une autre révision, il n'est plus recommandé de le faire en raison du manque

d'études démontrant des bienfaits d'un tel dépistage et des préjudices possibles<sup>7</sup>.

### Recommandations révisées mais non utilisées pour mettre à jour la fiche de contrôle

*Dépistage du cancer de la prostate (2014):* Le GECSSP a continué à recommander de ne pas dépister systématiquement le cancer de la prostate au moyen du test de l'antigène prostatique spécifique. Chez les hommes de moins de 55 ans, l'incidence de la maladie est faible et le taux de mortalité due à la maladie est peu élevé. De plus, le dépistage apporte peu de bienfaits, mais des préjudices démontrés. Pour les hommes de 55 à 69 ans, les risques et les avantages du dépistage au moyen de l'antigène prostatique spécifique, de même que ses conséquences, devraient être discutés avec le patient. Le GECSSP fait ses recommandations en se fondant sur la moins grande importance d'une légère et incertaine réduction dans la mortalité et une importance relative plus élevée du risque de résultats faux-positifs dans ce groupe d'âges. Pour les hommes de 70 ans et plus, les préjudices possibles du dépistage ont été démontrés, ainsi qu'une moins longue espérance de vie<sup>33</sup>.

*Activité physique selon l'ACSP (2010):* Les lignes directrices mises à jour sur l'activité physique étaient semblables à celles de 1994 et, par conséquent, aucun changement n'a été apporté<sup>34,35</sup>.

*Dépistage du cancer du poumon (2012):* De nouvelles données probantes préconisent l'utilisation de la tomodensitométrie à faible dose pour dépister le cancer du poumon chez les patients à risque élevé<sup>36</sup>. Le Preventive Services Task Force des États-Unis recommande un tel dépistage<sup>37</sup>. Le GECSSP prévoit examiner ce sujet en 2016.

*Dépistage de l'incontinence urinaire selon l'Association canadienne d'urologie (2012):* L'Association canadienne d'urologie recommande de dépister l'incontinence urinaire chez les aînés en se fondant sur des études cliniques de bonne qualité<sup>38</sup>. Parce qu'aucune question ou méthode de dépistage n'a été indiquée, la recommandation n'a pas été incluse.

**Discussion.** Les recommandations concernant les soins de santé préventifs sont en constante évolution. Soins préventifs - Fiche de contrôle présente aux médecins de famille les recommandations les plus récentes en prévention sous la même forme de liste de vérification depuis 2004. La plupart des provinces au Canada ont un code de facturation pour le bilan de santé périodique des adultes et la fiche de contrôle peut aisément être intégrée aux dossiers médicaux électroniques.

La nécessité de faire un examen physique complet chez les adultes asymptomatiques est un sujet controversé. Dans un article de révision, on s'est penché sur les données probantes à l'appui des manœuvres d'un

examen physique, on a examiné les recommandations du Preventive Services Task Force des États-Unis et on a fait une recherche documentaire sur les diverses composantes de l'examen physique et leurs bienfaits<sup>13</sup>. Selon les conclusions tirées, les composantes de l'examen physique recommandées chez les adultes asymptomatiques sont la PA, l'IMC et les tests de Papanicolaou. Toutefois, dans la fiche de contrôle, la section sur l'examen physique a été conservée, parce que cet examen fait souvent partie des exigences dans les codes de facturation provinciale pour le bilan de santé périodique. Les médecins devraient adapter la plage horaire des bilans de santé périodiques en fonction de leurs préférences personnelles, en gardant à l'esprit que du temps supplémentaire est nécessaire pour exécuter et revoir les manœuvres en soins préventifs et, par conséquent, ils ont moins de temps à consacrer à d'autres genres de consultations.

Soins préventifs - Fiche de contrôle a été mise à jour en fonction des recommandations actuelles fondées sur des données probantes pour le bilan de santé périodique des adultes asymptomatiques à risque moyen. La fiche peut servir de guide aux médecins de soins primaires pour trouver les recommandations appropriées et les moyens efficaces d'offrir des services de prévention.

La D<sup>re</sup> **Ridley** est chargée de cours au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto, en Ontario, et médecin membre du personnel au St Michael's Hospital à Toronto. La D<sup>re</sup> **Ischayek** est médecin de famille et praticienne à Montréal, au Québec. La D<sup>re</sup> **Dubey** est médecin-hygiéniste adjointe à la Santé publique de Toronto, urgentologue au Lakeridge Health Bowmanville, en Ontario, et professeure adjointe au Département des sciences de la santé publique de l'Université de Toronto. Le D<sup>r</sup> **Iglar** est professeur agrégé et directeur de la formation postdoctorale au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto et médecin membre du personnel au Département de la médecine familiale et communautaire du St Michael's Hospital à Toronto.

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué à la recherche documentaire et à l'interprétation de l'information, de même qu'à la préparation du manuscrit aux fins de soumission.

#### Correspondance

D<sup>re</sup> **Vinita Dubey**; courriel [vinita.dubey@utoronto.ca](mailto:vinita.dubey@utoronto.ca)

#### Références

- Dubey V, Glazier R. Preventive care checklist form. Evidence-based tool to improve preventive health care during complete health assessment of adults. *Can Fam Physician* 2006;52:48-55.
- Dubey V, Mathew R, Iglar K, Moineddin R, Glazier R. Improving preventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive Health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 2006;7:44.
- Agence de la santé publique du Canada [site web]. *What makes Canadians healthy or unhealthy? Underlying premises and evidence table*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2003. Accessible à: [www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-eng.php#income](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-eng.php#income). Réf. du 15 mai 2014.
- Brcic V, Eberdt C, Kaczorowski J. Development of a tool to identify poverty in a family practice setting: a pilot study. *Int J Family Med* 2011;2011:812182. Publ. en ligne du 26 mai 2011. Erratum dans: *Int J Family Med* 2015;2015:418125.
- Liu K, Case A, Cheung AP, Sierra S, AlAsiri S, Carranza-Mamane B et coll. Advanced reproductive age and fertility. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33(11):1165-75.
- Johnson JA, Tough S; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Delayed child-bearing. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34(11):80-93.

- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; Joffres M, Jaramillo A, Dickinson J, Lewin G, Pottie K et coll. Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ* 2013;185(9):775-82. Publ. en ligne du 13 mai 2013. Erratum dans: *CMAJ* 2013;185(12):1067.
- Brauer P, Connor Gorber S, Shaw E, Singh H, Bell N, Shane AR et coll. 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. Publ. en ligne du 26 janv. 2015.
- Lindsay P, Connor Gorber S, Joffres M, Birtwhistle R, McKay D, Cloutier L et coll. Recommendations on screening for high blood pressure in Canadian adults. *Can Fam Physician* 2013;59:927-33 (ang), e393-400 (fr).
- Hackam DG, Quinn RR, Ravani P, Rabi DM, Dasgupta K, Daskalopoulou SS et coll. The 2013 Canadian Hypertension Education Program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *Can J Cardiol* 2013;29(5):528-42. Publ. en ligne du 29 mars 2013.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; Dickinson J, Tsakonas E, Connor Gorber S, Lewin G, Shaw E et coll. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ* 2013;185(1):35-45. Publ. en ligne du 7 janv. 2013.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; Tonelli M, Connor Gorber S, Joffres M, Dickinson J, Singh H et coll. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *CMAJ* 2011;183(17):1991-2001. Erratum dans: *CMAJ* 2011;183(18):2147.
- Evidence-based Synthesis Program Center. *Evidence brief: role of the annual comprehensive physical examination in the asymptomatic adult*. Washington, DC: Department of Veterans Affairs; 2011. Accessible à: [www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/physical.pdf](http://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/physical.pdf). Réf. du 15 mai 2014.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Screening for type 2 diabetes in the adult population 2012*. FINDRISK. Edmonton, AB: Université de l'Alberta; 2012. Accessible à: <http://canadiantaskforce.ca/perch/resources/d-patient-findrisk.pdf>. Réf. du 15 mai 2014.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Are you at risk for diabetes? CANRISK*. Edmonton, AB: Agence de la santé publique du Canada, Université de l'Alberta; 2013. Accessible à: <http://canadiantaskforce.ca/perch/resources/canrisk-eng.pdf>. Réf. du 15 mai 2014.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; Pottie K, Jaramillo A, Lewin G, Dickinson J, Bell N et coll. Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults. *CMAJ* 2012;184(15):1687-96. Erratum dans: *CMAJ* 2012;184(16):1815.
- Comité d'experts sur le guide de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète; Goldenberg R, Punthakee Z. Definition, classification and diagnosis of diabetes, prediabetes and metabolic syndrome. *Can J Diabetes* 2013;37(Suppl 1):S8-11. Publ. en ligne du 26 mars 2013.
- Comité d'experts sur le guide de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète; Ekoé JM, Punthakee Z, Ransom T, Prebani AP, Goldenberg R. Screening for type 1 and type 2 diabetes. *Can J Diabetes* 2013;37(Suppl 1):S12-5. Publ. en ligne du 26 mars 2013.
- Anderson TJ, Grégoire J, Hegele RA, Couture P, Mancini GB, McPherson R 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. *Can J Cardiol* 2013;29(2):151-67.
- Myhealthcheckup.com [site web]. *Do you know your cardiovascular age?* Montréal, QC: Université McGill; 2009. Accessible à: <http://myhealthcheckup.com/cvd/?lang=en>. Réf. du 24 févr. 2016.
- Leddin DJ, Enns R, Hilsden R, Plourde V, Rabeneck L, Sadowski D et coll. Canadian Association of Gastroenterology position statement on screening individuals at average risk for developing colorectal cancer: 2010. *Can J Gastroenterol* 2010;24(12):705-14.
- Agence de la santé publique du Canada [site web]. *Human immunodeficiency virus HIV screening and testing guide*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2013. Accessible à: [www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/guide/hivstg-vihgdd-eng.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/guide/hivstg-vihgdd-eng.php). Réf. du 17 janv. 2015.
- Knowing about STI risk factors and epidemiology. Dans: Agence de la santé publique du Canada [site web]. *Canadian guidelines on sexually transmitted infections. Section 2—primary care and sexually transmitted infections*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2013. Accessible à: [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-2-eng.php#a2](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-2-eng.php#a2). Réf. du 20 oct. 2014.
- Chlamydial infections. Dans: Agence de la santé publique du Canada [site web]. *Canadian guidelines on sexually transmitted infections. Section 5—management and treatment of specific infections*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2013. Accessible à: [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-2-eng.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-2-eng.php). Réf. du 20 oct. 2014.
- Individuals at risk. Dans: Agence de la santé publique du Canada [site web]. *Canadian guidelines on sexually transmitted infections. Section 5—management and treatment of specific infections. Gonococcal infections*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2013. Accessible à: [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-6-eng.php#toc361210446](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-6-eng.php#toc361210446). Réf. du 20 oct. 2014.
- Laboratory diagnosis of specific infections. Dans: Agence de la santé publique du Canada [site web]. *Canadian guidelines on sexually transmitted infections. Section 3—laboratory diagnosis of sexually transmitted infections*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2013. Accessible à: [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-3-eng.php#a3](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-3-eng.php#a3). Réf. du 20 oct. 2014.

27. Agence de la santé publique du Canada [site web]. *Important notice—public health information update on the treatment for gonococcal infection*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2011. Accessible à: [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/alert/2011/alert-gono-eng.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/alert/2011/alert-gono-eng.php). Réf. du 17 mai 2014.
28. Comité consultatif national de l'immunisation. Update on human papillomavirus (HPV) vaccines. An Advisory Committee Statement (ACS). *Can Commun Dis Rep* 2012;38(ACS-1):1-62.
29. Comité consultatif national de l'immunisation [site web]. *Canadian immunization guide*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2014. Accessible à: [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-eng.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-eng.php). Réf. du 15 mai 2014.
30. Table 1. Recommendations for routine immunization in healthy adults at low risk. Dans: Comité consultatif national de l'immunisation [site web]. *Canadian immunization guide*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2014. Accessible à: [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p03-02-eng.php#p3c1t1](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p03-02-eng.php#p3c1t1). Réf. du 1<sup>er</sup> févr. 2015.
31. Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S et coll. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *CMAJ* 2010;182(17):1864-73. Publ. en ligne du 12 oct. 2010.
32. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Osteoporosis 2010 critical appraisal report*. Calgary, AB: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2013. Accessible à: <http://canadiantaskforce.ca/files/appr-guidelines/2013-osteoporosis-en.pdf>. Réf. du 24 févr. 2016.
33. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H et coll. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *CMAJ* 2014;186(16):1225-34. Publ. en ligne du 27 oct. 2014.
34. Warburton DE, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SS. A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010;7:39.
35. Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010;7:38.
36. Jaklitsch MT, Jacobson FL, Austin JH, Field JK, Jett JR, Keshavjee S et coll. The American Association for Thoracic Surgery guidelines for lung cancer screening using low-dose computed tomography scans for lung cancer survivors and other high-risk groups. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2012;144(1):33-8.
37. Moyer VA; US Preventive Services Task Force. Screening for lung cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014;160(5):330-8.
38. Bettez M, Tu le M, Carlson K, Corcos J, Gajewski J, Jolivet M et coll. 2012 Update: guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the Canadian Urological Association. *Can Urol Assoc J* 2012;6(5):354-63.

— \* \* \* —