

# EMP

20

13

*Groupes  
d'âge*

*Thèmes*

*Références*

*Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal*

Québec 



COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC



## Recherche par groupe d'âge :

**20 - 30 ans**

**30 - 40 ans**

**40 - 50 ans**

**50 - 60 ans**

**60 ans +**



L'évaluation médicale périodique est une réalisation du secteur Services préventifs en milieu clinique de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en collaboration avec le Collège des médecins du Québec.

### **Recherche par thème :**



**Maladies  
cardiovasculaires  
et respiratoires**



**Cancers**



**Maladies  
infectieuses**



**Traumatismes  
et déficits  
sensoriels**



**Problèmes  
psychosociaux**

**Rédacteur en chef : Dr Claude Thivierge**  
Direction de santé publique,  
Agence de la santé et des services  
sociaux de Montréal

**Co-auteurs et comité scientifique :**  
Drs Johanne Blais, Carl Fournier,  
François Goulet, Dominique Hanna,  
Alexandra Kossowski, Claude Laberge,  
Francine Léger, Monique Letellier,  
Sylvie Venne.

**Réviseurs :** Drs Johanne Blais,  
Carl Fournier, François Goulet,  
Francine Léger.

© Direction de santé publique - Agence de la  
santé et des services sociaux de Montréal (2013)  
Tous droits réservés  
ISBN : 978-2-89673-268-5  
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives  
nationales du Québec, 2013  
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives  
Canada, 2013.



# 20 - 30 ans

## À DEMANDER

Tabagisme  
Alimentation  
Activité physique  
Violence familiale  
Counselling I.T.S.S.  
Abus d'alcool  
Dépression  
Acide folique chez la femme

## À EXAMINER

Tension artérielle  
Poids  
Indice de masse corporelle  
Tour de taille  
Vision  
Cytologie cervicale aux 2 à 3 ans  
dès l'âge de 21 ans

## À FAIRE

Vaccin dcaT une fois à vie  
Vaccin virus du papillome humain  
Vaccin d<sub>2</sub>T<sub>5</sub> (aux 10 ans)

## À RISQUE

Dépistage I.T.S.S. (chlamydia, gonorrhée, syphilis, VIH, hépatites B et C)  
Immunisation (rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, hépatites A et B, influenza et pneumocoque)



# 30 - 40 ans

## À DEMANDER

Tabagisme  
Alimentation  
Activité physique  
Violence familiale  
Counselling I.T.S.S.  
Abus d'alcool  
Dépression  
Acide folique chez la femme

## À EXAMINER

Tension artérielle  
Poids  
Indice de masse corporelle  
Tour de taille  
Vision  
Cytologie cervicale aux 2 à 3 ans

## À FAIRE

Vaccin dcaT une fois à vie  
Vaccin d<sub>2</sub>T<sub>5</sub> (aux 10 ans)

## À RISQUE

Dépistage I.T.S.S. (chlamydia, gonorrhée, syphilis, VIH, hépatites B et C)  
Immunisation (rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, hépatites A et B, influenza et pneumocoque)



# 40 - 50 ans

À DEMANDER

Tabagisme  
Alimentation  
Activité physique  
Violence familiale  
Counselling I.T.S.S.  
Abus d'alcool  
Dépression

À EXAMINER

Tension artérielle  
Poids  
Indice de masse corporelle  
Tour de taille  
Vision  
Cytologie cervicale aux 2 à 3 ans

À FAIRE

Bilan lipidique aux 3 ans  
Glycémie aux 3 ans  
Vaccin dcaT une fois à vie  
Vaccin d<sub>2</sub>T<sub>5</sub> (aux 10 ans)  
Spirométrie (fumeur symptomatique)

À RISQUE

Dépistage I.T.S.S. (chlamydia, gonorrhée, syphilis, VIH, hépatites B et C)  
Immunisation (rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, hépatites A et B, influenza et pneumocoque)



# 50 - 60 ans

À DEMANDER

**Tabagisme**  
**Alimentation**  
**Activité physique**  
**Violence familiale**  
**Counselling I.T.S.S.**  
**Abus d'alcool**  
**Dépression**  
**Calcium / Vitamine D**  
**Facteur de risque ostéoporose**

À EXAMINER

**Tension artérielle**  
**Poids**  
**Indice de masse corporelle**  
**Tour de taille**  
**Vision**  
**Cytologie cervicale aux 2 à 3 ans**  
**Seins / prostate (voir cancers)**

À FAIRE

**Bilan lipidique aux 3 ans**  
**Glycémie aux 3 ans**  
**Mammographie aux 2 ans**  
**Dépistage cancer colorectal**  
**Vaccin dcaT une fois à vie**  
**Vaccin d<sub>2</sub>T<sub>5</sub> (aux 10 ans)**  
**Spirométrie (fumeur symptomatique)**

À RISQUE

**Dépistage I.T.S.S.** (chlamydia, gonorrhée, syphilis, VIH, hépatites B et C)  
**Immunisation** (rougeole, rubéole, zona?, oreillons, hépatites A et B, influenza et pneumocoque)



# 60 ans +

## À DEMANDER

Tabagisme  
Alimentation  
Activité physique  
Audition  
Violence familiale  
Counselling I.T.S.S.  
Abus d'alcool  
Dépression  
Calcium / Vitamine D  
Facteur de risque ostéoporose  
Évaluation chute  
Déficit cognitif

## À EXAMINER

Tension artérielle  
Poids, IMC, tour de taille  
Vision  
Cytologie cervicale aux 2 à 3 ans  
Seins / prostate (voir cancers)

## À FAIRE

Bilan lipidique  
Glycémie aux 3 ans  
Mammographie aux 2 ans  
Dépistage cancer colorectal  
Vaccin dcaT une fois à vie  
Vaccin d<sub>2</sub>T<sub>5</sub> (aux 10 ans)  
Spirométrie (fumeur symptomatique)

## À RISQUE

Dépistage I.T.S.S. (chlamydia, gonorrhée, syphilis, VIH, hépatites B et C)  
Immunisation (rougeole, rubéole, oreillons, zona, hépatites A et B, influenza et pneumocoque)  
Ostéodensitométrie  
Écho abdominale (anévrisme aorte)



# Table des matières

Maladies cardiovasculaires et respiratoires	11
Tabagisme	11
Alimentation	12
Dyslipidémies	13
Aspirine	13
Obésité	14
Hypertension artérielle	15
Activité physique	16
Diabète de type 2	17
Anévrisme de l'aorte abdominale	18
Cancers	19
Cancer colorectal	19
Cancer du sein	20
Cancer du col utérin	20
Cancer du poumon et MPOC	21
Cancer de la peau	21
Cancer de la prostate	22
Maladies infectieuses	23
Diphtérie - tétanos - coqueluche	23
Poliomyélite	23
Rubéole	24
Rougeole - oreillons	24
Varicelle	25
Hépatite A	26
Hépatite B	26
Pneumocoque	27
Méningocoque	28
Influenza	29
Virus du papillome humain	30
Zona	31
ITSS	31
Traumatismes et déficits sensoriels	33
Chutes chez les aînés vivant à domicile	33
Ostéoporose	34
Audition	35
Vision	35
Problème psychosociaux	36
Abus d'alcool et de substances	36
Déficit cognitif	37
Violence familiale	37
Dépression	38
Suicide	38
Références	39



# L'évaluation médicale périodique de l'adulte

Quatre-vingt pour cent des décès évitables peuvent être prévenus : une bonne raison pour intégrer les pratiques cliniques préventives à l'évaluation médicale périodique.<sup>1-2</sup>

Ces recommandations ont été résumées afin de faciliter de meilleures pratiques en prévention adulte. Elles découlent des plus récentes lignes directrices québécoises, canadiennes ou américaines pertinentes\*.

## **CINQ GRANDS THÈMES**

**sont présentés pour mieux regrouper les pratiques cliniques préventives :**

- 1. Les maladies cardiovasculaires et respiratoires**
- 2. Les cancers**
- 3. Les maladies infectieuses**
- 4. Les traumatismes et déficits sensoriels**
- 5. Les problèmes psychosociaux**

\* Lorsque plusieurs lignes directrices coexistent, les recommandations les plus récentes sont citées parmi les québécoises ou canadiennes puis, le cas échéant, américaines.

# Maladies cardiovasculaires et respiratoires



## Tabagisme<sup>3</sup>

Un cinquième de la population adulte fume. Le tabagisme actif est responsable de 30 % des maladies cardiovasculaires, de 85 % des cancers du poumon et des maladies pulmonaires obstructives chroniques. Les interventions préventives suivantes ont été démontrées efficaces (CAN-ADAPPT, 2012) :

1. identifier et documenter l'évolution du statut tabagique;
2. encourager tout fumeur prêt à cesser de fumer par le counselling et le traitement médical;
3. prescrire des aides pharmacologiques, parfois même plus d'un agent est nécessaire chez les fumeurs de 10 cigarettes et plus;
4. faire une intervention clinique - même brève, est démontrée efficace;
5. utiliser l'approche motivationnelle afin d'augmenter les chances d'arrêt pour le fumeur qui n'est pas prêt à cesser de fumer;
6. faciliter l'accès au counselling plus intensif (individuel, de groupe ou téléphonique) - plus il est fréquent et prolongé, plus on obtient des résultats;
7. organiser sa clinique pour offrir une approche systématique - comme des systèmes de rappel, des modalités de référence vers les ressources en counselling et du matériel éducatif.

La Régie de l'assurance maladie du Québec rémunère un acte de soutien médical au fumeur par année (soutien médical à l'abandon du tabagisme : code 15161). Une fiche est disponible pour décrire l'évolution clinique du fumeur dans ses démarches de cessation ([www.fmoq.org](http://www.fmoq.org)).



## Alimentation<sup>4-5</sup>

Au moins la moitié des adultes ne consomme pas suffisamment de lait, de produits laitiers, de fruits ou de légumes. Une saine alimentation est recommandée pour la population en général au Canada selon le Guide alimentaire canadien, mais le counselling pour la population en général n'est pas requis. On considère prudent d'orienter les sujets à risque vers un(e) diététiste ou un programme global qui tient compte des autres facteurs de risque.

Le nombre de portions quotidiennes dans chaque groupe d'aliments est établi selon le sexe et l'âge. Chez l'adulte (en général) :

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

Il faut parler de la vitamine D surtout chez les plus de 50 ans et du calcium au besoin (voir la section sur l'ostéoporose). L'acide folique (au moins 0,4 mg par jour) est suggéré aux femmes en âge de procréer, au moins 10 semaines avant la grossesse jusqu'à l'allaitement.



## Dyslipidémies<sup>6-7</sup>

Quarante pour cent des adultes affichent une cholestérolémie trop élevée. Selon la Société canadienne de cardiologie (2013), un bilan lipidique devrait être effectué aux 3 à 5 ans chez tous les hommes de 40 à 75 ans et toutes les femmes de 50 à 75 ans. Toutefois, les patients avec une maladie cardiovasculaire connue devraient faire ce bilan annuellement et les diabétiques tous les 1 à 3 ans.

Le dépistage s'adresse également aux hommes et aux femmes plus jeunes avec des facteurs de risque comme le diabète, le tabagisme, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, l'obésité, la sédentarité et les antécédents familiaux précoces de maladies cardiovasculaires, pour n'en citer que les principaux.

Une évaluation multifactorielle permet de prédire le risque de mortalité ([www.score-canada.ca](http://www.score-canada.ca) et [www.framinghamheartstudy.org](http://www.framinghamheartstudy.org)) ou le risque d'événement cardiovasculaire ([www.reynoldsriskscore.org](http://www.reynoldsriskscore.org)).



## Aspirine<sup>8</sup>

L'aspirine n'est plus proposée en prévention primaire pour réduire les risques vasculaires, même chez les diabétiques sans maladie vasculaire, sauf si le profil de risque cardiovasculaire est élevé et chez les hypertendus à risque cardiovasculaire élevé (PECH, 2013; Société canadienne de cardiologie, 2011).



## Obésité<sup>6-9</sup>

Quinze pourcent de la population est obèse. Obésité Canada et le Groupe de Travail sur le Risque Métabolique (2011) recommandent la mesure de l'indice de masse corporelle et du tour de taille chez tous les adultes. Une corrélation claire a été établie entre le tour de taille, qui reflète l'accumulation de graisse viscérale, et le risque cardiovasculaire. Chez l'homme, il ne devrait pas dépasser 102 cm et 88 cm chez la femme (valeurs nord-américaines).

La glycémie à jeun, le bilan lipidique, l'évaluation des enzymes hépatiques et l'analyse d'urine doivent être mesurés chez la personne obèse. Il importe également de dépister les troubles de l'humeur qui pourraient influencer l'alimentation.

Ensuite, il importe d'évaluer la motivation du patient à modifier son comportement et les obstacles à la perte de poids. L'alimentation doit être réduite en énergie de 500 à 1000 kcal par jour, ce qui représente une perte de 0,5 à 1 kg par semaine (diète hypocalorique).

L'activité physique doit aussi être intégrée aux meilleures habitudes de vie.

La pratique régulière de 30 à 60 minutes par jour d'activité aérobique, d'intensité modérée et à long terme (un an) chez l'adulte obèse, avec ou sans recommandation nutritionnelle, a été associée à une diminution de poids.



## Hypertension artérielle<sup>10-11</sup>

Un adulte sur cinq a une tension artérielle trop élevée. Il est recommandé de mesurer la tension artérielle de chaque patient à chaque visite médicale appropriée.

Le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH, 2013) considère que le diagnostic devrait être établi rapidement, surtout en présence d'un risque cardiovasculaire élevé, en utilisant l'une de ces trois méthodes : la mesure standardisée au cabinet, le monitoring ambulatoire ou l'automesure à domicile. Il est prudent de faire plusieurs mesures avant de conclure. Une tension artérielle à la maison mesurée deux fois le matin et deux fois le soir, pendant sept jours, dont la moyenne (excluant la première journée) est de 135/85 mmHg, est un diagnostic d'hypertension. L'hypertension du sarrau blanc (en cabinet) peut être évaluée par cette méthode. L'hypertension masquée (normale au cabinet, élevée ailleurs) est à surveiller puisqu'elle peut évoluer vers une hypertension franche.

La modification des habitudes de vie est la pierre angulaire du traitement antihypertenseur et antiathérosclérotique. La consommation de sodium devrait se situer entre 1 500 et 3 000 mg par jour (surtout présent dans les aliments transformés).

La perte de poids, la diète DASH, l'activité physique d'intensité modérée (au moins 150 minutes / semaine) et la réduction de la consommation d'alcool peuvent réduire la tension artérielle autant qu'un médicament.

Le traitement pharmacologique est également recommandé, le cas échéant, en ciblant des valeurs à moins de 140/90 mmHg ou de 130/80 pour les patients diabétiques (150/90 chez les plus de 80 ans). La diminution des maladies cardiovasculaires est aussi fonction du degré d'abaissement de la tension. Une attention particulière devrait être portée à l'observance du traitement (jusqu'à 3 hypotenseurs peuvent être nécessaires).

Des ordonnances collectives peuvent être utiles pour mieux prendre en charge le patient avec une infirmière et un pharmacien ([www.hypertension.qc.ca](http://www.hypertension.qc.ca)).



## Activité physique<sup>12</sup>

La sédentarité est présente chez la moitié des adultes, autre facteur de risque des maladies chroniques. Pour cette raison, il importe de mettre l'accent sur un mode de vie actif qui intègre des activités au quotidien progressivement.

À cet effet, la Société canadienne de physiologie de l'exercice a publié ses recommandations en 2011.

Les adultes de 18 à 64 ans :

- devraient 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. Ils devraient également faire, deux fois ou plus par semaine, des exercices de musculation sollicitant les grands groupes musculaires.

Les adultes de 65 ans et plus :

- devraient faire les activités ci-haut, et pour ceux à mobilité réduite, faire également des exercices d'équilibre afin de réduire le risque de chute.



## Diabète de type 2<sup>13</sup>

La prévalence du diabète augmente. L'Association canadienne du diabète (2013) recommande un dépistage de laboratoire tous les 3 ans chez les plus de 40 ans sans facteur de risque, de même que chez les moins de 40 ans porteurs de facteurs de risque cardiovasculaire. La glycémie à jeun, l'hyperglycémie provoquée ou la mesure de l'hémoglobine A1c sont valables pour diagnostiquer un diabète de type 2 (sauf chez la femme enceinte et les moins de 18 ans).

Le diagnostic de diabète peut être posé si la glycémie à jeun est supérieure à 7,0 mmol/L ou si l'hyperglycémie provoquée est de plus de 11,1 mmol/L ou si toute glycémie supérieure à 11,1 mmol/L est accompagnée de symptômes de diabète (à confirmer par une seconde analyse) ou si l'hémoglobine A1c est supérieure à 6,5 %.

1. La surveillance de l'hémoglobine glycosylée demeure importante.
2. L'évaluation des facteurs de risque est toutefois suggérée sur une base annuelle.
3. La modification des habitudes de vie (exercice et alimentation) demeure l'approche de base, du moins pour les trois premiers mois suivant le diagnostic, avant de considérer la pharmacothérapie.

Également, l'adoption d'habitudes de vie favorables à la santé comme la cessation tabagique, l'activité physique, la réduction du poids et de la consommation d'alcool aident à prévenir l'apparition du diabète.



## Anévrisme de l'aorte abdominale<sup>14</sup>

L'Agence d'évaluation des technologies en matière de santé (AETMIS, 2010) et la Société canadienne de chirurgie vasculaire (2008) suggèrent au moins un dépistage par ultrasons chez les hommes de 65 à 75 ans, ainsi que chez les hommes de moins de 65 ans avec une histoire familiale positive. Chez les femmes de plus de 65 ans avec des antécédents personnels ou familiaux de maladie cérébrovasculaire, le dépistage pourrait être considéré.

# Cancers



Avant tout, le patient doit être informé sur les avantages et les risques du dépistage d'un cancer. La décision sera alors discutée et éclairée. Les risques de subir des tests invasifs diagnostics (biopsies) augmentent chez les patients dépistés, de même que les complications, chirurgies et traitements non souhaités. Au Canada, et par année, 100 000 personnes développent un cancer parmi les suivants : sein, colorectal, poumon et prostate.



## Cancer colorectal<sup>15-16</sup>

Le cancer colorectal représente la deuxième cause de mortalité par cancer, après le cancer du poumon. Il affecte plus de 20 000 personnes par année et cause 9 000 décès aussi par année au Canada. L'Association canadienne de gastroentérologie (2010) a publié les recommandations de dépistage suivantes :

1. Patients de 50 à 75 ans sans facteur de risque : test de guaiac 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.
2. 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.



## Cancer du sein<sup>17</sup>

Il est le cancer le plus répandu chez la femme, soit 23 000 nouveaux cas et 5 000 décès par année au Canada.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2011) a publié des lignes directrices qui mettent à jour les niveaux de preuves selon les âges et les technologies employées. La mammographie est recommandée, aux deux à trois ans, pour les femmes de 50 à 74 ans (69 ans au PQDCS et aux deux ans). L'examen clinique des seins peut également apporter des informations supplémentaires, mais n'est plus recommandé formellement pour le dépistage.

Le dépistage génétique pourrait aussi être envisagé pour les personnes à haut risque. Même si l'enseignement de l'autoexamen des seins n'est pas recommandé, les femmes doivent consulter si elle observent des changements (masse, écoulement, rétraction, ...).



## Cancer du col utérin<sup>18</sup>

L'Institut national de santé publique du Québec (2011) recommande un dépistage par frottis de Papanicolaou (PAP test) tous les deux à trois ans entre 21 et 65 ans chez les femmes non hystérectomisées, en raison de la rareté des cas avant cet âge. Après 65 ans, la cytologie n'est plus requise si les deux derniers tests étaient négatifs.

Actuellement, le taux de dépistage est d'environ 70 % au Québec (le plus faible au Canada). Jusqu'à 15 % des femmes n'ont jamais eu ce test. La cytologie peut être refaite de 6 à 12 mois plus tard en présence de résultats équivoques.

La colposcopie suivra au besoin. Le test VPH serait plus sensible et fait l'objet d'études cliniques.



## Cancer du poumon et MPOC <sup>19</sup>

Plus de 25 000 canadiens développent le cancer du poumon et 20 000 en mourront chaque année au Canada. Pour dépister le cancer du poumon; ni la radiographie, ni la cytologie des expectorations n'exercent d'influence positive sur la réduction de mortalité. Le CT scan demeure à l'étude.

Pour la MPOC, outre l'arrêt du tabac et un environnement sans fumée, la spirométrie est recommandée (GOLD, 2013) chez les fumeurs et anciens fumeurs de plus de 40 ans qui ont les symptômes suivants : toux, toux et expectoration fréquentes, essoufflement facile, wheezing, infection des voies respiratoires fréquentes ou plus longtemps que les autres.



## Cancer de la peau<sup>20</sup>

L'Association des dermatologistes du Québec (2013) encourage la surveillance des lésions cutanées surtout chez les individus ayant des antécédents personnels ou familiaux positifs de cancers de la peau, ceux qui sont immunosupprimés, les adeptes du bronzage, les blonds ou les roux, ceux qui ont reçu des traitements de photothérapie, ceux qui font fréquemment des activités extérieures ou qui ont eu des coups de soleil en bas âge. Il faut utiliser son jugement clinique en présence d'une lésion atypique, évolutive ou qui ne guérit pas.

Il est également essentiel de favoriser la protection solaire en encourageant les gens à utiliser des écrans solaires de FPS 30 et plus, en portant des vêtements protecteurs (chapeau, etc.) et en évitant de s'exposer au soleil entre 10h et 15h.



## Cancer de la prostate<sup>21</sup>

Il s'agit du cancer le plus fréquent chez l'homme, soit plus de 25 000 nouveaux cas et 4 000 décès par année au Canada.

Compte tenu des 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 puissent prendre la décision éclairée d'y avoir recours ou non. (Recommandation forte).

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. (Recommandation forte).

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) (Recommandation faible).

Les médecins devraient faire un toucher rectal aux patients qui optent pour le dépistage, en plus du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS). (Recommandation faible).

(Collège des médecins du Québec, 2013).

# Maladies infectieuses <sup>22</sup>



Les recommandations du Comité de l'immunisation du Québec sont rassemblées dans le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) ([www.msss.gouv.qc.ca/immunisation/piq](http://www.msss.gouv.qc.ca/immunisation/piq)). Un adulte jamais vacciné doit recevoir une série primaire complète. Tous les vaccins recommandés au calendrier régulier sont offerts gratuitement. La gratuité à d'autres vaccins est aussi offerte pour certains groupes d'âges et certaines conditions à risque.



## Diphthérie - tétanos - coqueluche ( $d_2T_5$ - dcaT)

Les adultes sans série primaire ont besoin de 3 doses à recevoir aux temps 0, 2 mois et 14 mois (possible dès le 8e mois). Utiliser le dcaT à la première dose et le  $d_2T_5$  pour les doses subséquentes.

Un rappel avec le  $d_2T_5$  doit être fait tous les 10 ans après une série primaire complète.

Tout adulte déjà vacciné qui n'a pas reçu le composant acellulaire contre la coqueluche devrait recevoir une dose de dcaT.



## Poliomyélite

La vaccination systématique des adultes demeurant au Canada n'est pas nécessaire. Une série vaccinale complète est cependant indiquée pour les stagiaires et travailleurs de la santé.

Une dose de rappel unique est indiquée pour les voyageurs vaccinés dans l'enfance s'ils prévoient se rendre à l'extérieur du Canada, des États-Unis, de l'Europe de l'Ouest, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande ou du Japon. Une série vaccinale complète sera nécessaire pour ces voyageurs s'ils n'ont pas déjà été vaccinés.



## Rubéole

Administrer une dose de vaccin RRO (rougeole – rubéole – oreillons) aux femmes en âge de procréer mais non enceintes à moins de disposer d'une preuve écrite de vaccination ou d'une sérologie positive.

Les stagiaires et travailleurs de la santé, hommes et femmes, doivent aussi être protégés pour éviter d'exposer des femmes enceintes au virus de la rubéole. En l'absence d'une preuve écrite de vaccination ou d'une sérologie positive, administrer une dose de RRO.



## Rougeole - oreillons

Si le patient est né avant 1970, il n'a pas besoin du vaccin contre la rougeole et les oreillons. Un patient né entre 1970 et 1979 doit avoir reçu une dose de vaccin sauf les stagiaires et travailleurs de la santé, et les voyageurs qui doivent avoir reçu 2 doses de vaccin contre la rougeole. Un patient né depuis 1980 doit avoir reçu 2 doses de vaccin RRO.



## Varicelle

Le vaccin contre la varicelle est indiqué et offert gratuitement aux adultes réceptifs lors de la vérification de leur statut vaccinal. Il n'est pas indiqué pour prévenir le zona.

Il faut d'abord déterminer le statut immunitaire contre la varicelle par l'anamnèse ou la sérologie. Si l'histoire est négative ou douteuse, on peut faire une sérologie avant d'administrer le vaccin. On doit administrer deux doses à au moins 4 semaines d'intervalle à partir de l'âge de 13 ans (une seule dose si moins de 13 ans). À partir de l'âge de 50 ans, il est préférable de donner le vaccin contre le zona.

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

1. personnes atteintes de fibrose kystique du pancréas ou de syndrome néphrotique, ou sous hémodialyse ou dialyse péritonéale sans traitement immunosuppresseur;
2. certaines personnes infectées par le VIH, atteintes de leucémie aiguë ou étant sous traitement immunosuppresseur après évaluation médicale des risques et des bénéfices.
3. personnes vivant avec des personnes immunosupprimées;
4. personnes en attente d'un traitement immunosupprimant;
5. travailleurs de la santé et stagiaires;
6. travailleurs et stagiaires en centres de la petite enfance et en milieux scolaires;
7. adolescents et adultes, surtout les femmes en âge de procréer;
8. immigrants et réfugiés issus de pays tropicaux.



## Hépatite A

Vacciner les personnes à haut risque et celles qui désirent réduire leur risque, en particulier les groupes suivants :

1. hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes;
2. utilisateurs de drogues illégales;
3. personnes atteintes de maladie hépatique chronique (cirrhose, porteur du VHB, de VHC, etc.);
4. contacts domiciliaires d'un enfant à adopter (ou adopté depuis moins de 3 mois) et venant d'un pays endémique pour l'hépatite A;
5. détenus;
6. personnes de communautés à incidence élevée d'écllosion d'hépatite A;
7. voyageurs (vaccins non gratuits).



## Hépatite B

Vacciner les personnes à haut risque et celles qui désirent réduire leur risque, en particulier les groupes suivants :

1. hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes;
2. personnes qui ont eu récemment une infection transmise sexuellement et personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels;
3. utilisateurs de drogues dures ou injectables;
4. hémophiles et personnes recevant régulièrement des produits sanguins;
5. personnes atteintes de maladie hépatique chronique (cirrhose, porteur du VHC, etc.);
6. nourrissons et enfants dont la famille élargie provient de pays fortement ou moyennement endémique;
7. contacts domiciliaires d'un enfant à adopter ou adopté et venant d'un pays endémique pour l'hépatite B;
8. personnes qui vivent au même domicile qu'un porteur chronique du virus (incluant certains services de garde en milieu familial);
9. détenus et ex-détenus;
10. travailleurs et stagiaires de la santé ou autres travailleurs à risque (vaccin aux frais de l'employeur).
11. voyageurs en zone endémique (vaccin non gratuit).



## Pneumocoque

Donner une dose du vaccin polysaccharidique 23 valent (Pneumo-23, Pneumovax) aux personnes de 65 ans ou plus. Vacciner également, quel que soit leur âge, les personnes atteintes des affections suivantes :

1. anémie falciforme;
2. asplénie;
3. implant cochléaire;
4. maladie respiratoire chronique (sauf l'asthme à moins qu'il ne soit accompagné de bronchite chronique, d'emphysème ou de corticothérapie de longue durée);
5. maladie cardiaque;
6. maladie hépatique (ex.: cirrhose, alcoolisme);
7. trouble neurologique ou neuromusculaire avec incidences respiratoires;
8. néphropathie chronique;
9. diabète;
10. fuite chronique de LCR;
11. infection par le VIH;
12. affections associées à une immuno-déficience (maladie de Hodgkin);
13. lymphome;
14. myélome multiple;
15. immunosuppression induite en vue d'une transplantation d'organe;
16. porteurs d'erreur innée du métabolisme.

Certaines de ces personnes devraient également être vaccinées contre le méningocoque et contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* (Hib), de même qu'annuellement contre l'influenza. La revaccination contre le pneumocoque, cinq ans après la première vaccination, est recommandée pour les personnes immunosupprimées ou aspléniques et celles avec néphropathie chronique, mais pas pour toute la population adulte. Un vaccin conjugué 13-valent est homologué pour les adultes de 50 ans ou plus.



## Méningocoque

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

1. asplénie anatomique ou fonctionnelle (ex. : anémie falciforme);
2. déficience en complément, en properdine (gammaglobuline) ou en facteur D;
3. déficience congénitale en anticorps;
4. séjour en zone d'endémie ou d'épidémie à méningocoque (le vaccin monovalent est utilisé si le séro groupe C est seul impliqué);
5. séjour en Arabie Saoudite durant la période du pèlerinage à la Mecque (certificat de vaccination obligatoire);
6. groupes spécifiques : travailleurs de laboratoires spécialisés (*neisseria meningitidis*), recrues militaires.

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

Les personnes avec asplénie ou déficience en complément, en properdine ou en facteur D, ou avec déficience congénitale en anticorps doivent aussi être vaccinées contre le pneumocoque et contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* (Hib), de même qu'annuellement contre l'influenza. Les personnes antérieurement vaccinées avec un vaccin polysaccharidique devraient être revaccinées avec le vaccin conjugué quadrivalent.



## Influenza

Vacciner annuellement les personnes suivantes :

1. les personnes âgées de 60 ans ou plus;
2. les adultes et les enfants de plus de six mois atteints de troubles cardiaques ou d'affections pulmonaires chroniques (y compris la dysplasie bronchopulmonaire, la fibrose kystique et l'asthme);
3. les adultes et les enfants de plus de six mois atteints de maladies chroniques (ex. : diabète, maladies métaboliques, obésité importante, maladies hépatiques chroniques, cancer, immunodéficience, immunosuppression, néphropathie, anémie, hémoglobinopathie, infection par le VIH, troubles neurologiques avec incidence respiratoire) et les personnes avec troubles cognitifs ou mobilité réduite;
4. les résidents de tout âge des centres d'accueil ou des établissements de soins prolongés;
5. les travailleurs et stagiaires de la santé et les autres personnes en contact étroit avec des individus appartenant à des groupes déjà décrits comme à risque élevé pour l'influenza;
6. les personnes (y compris les enfants) vivant sous le même toit qu'une personne à risque;
7. les personnes qui habitent ou qui ont de nombreux contacts avec des personnes à risque ou avec des enfants âgés de 0 à 23 mois, ou qui en prennent soin;
8. les femmes enceintes présentant une des conditions susmentionnées;
9. les femmes enceintes en bonne santé qui sont au 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> trimestre;
10. les personnes ayant un risque élevé des complications de l'influenza qui voyagent dans des régions où le virus circule;
11. les personnes vivant dans des communautés éloignées ou isolées.

Rappeler aux parents qui vous consultent que tous les enfants âgés de 6 à 23 mois devraient également être vaccinés contre l'influenza : deux doses la première année, une dose les années suivantes.

Le MSSS diffuse aussi une fiche indicative à l'intention des médecins concernant la vaccination gratuite contre l'influenza et contre les infections à pneumocoque ([www.msss.gouv.qc.ca/sujets/sante-publique/vaccination](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/sante-publique/vaccination)).



## Virus du papillome humain

La vaccination contre le VPH est indiquée pour :

- les filles et les femmes âgées de 9 à 45 ans, qu'elles aient ou non déjà eu des infections par ce virus;
- les garçons et les hommes âgés de 9 à 26 ans (vaccin non gratuit).

Elle protège contre le cancer du col causé par les VPH type 16 et 18. Depuis septembre 2008, un programme gratuit de vaccination est réalisé en milieu scolaire pour les filles. Le vaccin quadrivalent (Gardasil) protège également contre les condylomes (souches 6 et 11).

La vaccination est gratuite seulement pour les femmes de moins de 18 ans ainsi que les femmes immunosupprimées de 18 à 26 ans.

Les femmes vaccinées doivent continuer à suivre les recommandations relatives au dépistage du cancer du col, qui peut aussi être causé par des sérotypes non contenus dans le vaccin.



## 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 n'y a pas encore de programme gratuit de vaccination contre le zona. Il peut être administré dès l'âge de 50 ans quoiqu'il y ait moins d'expérience 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.



## Infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)<sup>23</sup>

Les infections transmissibles sexuellement comme l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique et la syphilis augmentent au Québec. On estime que près de 20 000 personnes vivent avec le VIH au Québec et environ 20% d'entre elles ne connaissent pas leur statut.

- Les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont particulièrement touchés par l'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique. Ils sont de plus en plus touchés par la syphilis infectieuse.
- La majorité des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH concernent des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH); les HARSAH âgés de moins de 30 ans sont de plus en plus touchés.
- 15% des utilisateurs de drogues par injection (UDI) seraient infectés par le VIH et 63% auraient contracté l'hépatite C; pour les deux infections, un peu moins du quart ne savent pas qu'ils sont infectés.

Les interventions 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 (voir le Tableau sur les ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés ) et plus fréquemment si les facteurs de risque sont présents de façon répétée ou continue,
- discuter de l'adoption et du maintien de comportements sécuritaires,
- soutenir la personne infectée pour qu'elle avise ses partenaires.

Des outils sont disponibles pour soutenir ces interventions préventives : ([www.msss.gouv.qc.ca/itss](http://www.msss.gouv.qc.ca/itss), section Documentation, rubrique Professionnels de la santé, onglet Outils, page « Intervention préventive relative aux ITSS »). Consultez régulièrement ce site pour avoir les versions les plus récentes.

Le médecin peut facturer l'intervention préventive relative aux ITSS en utilisant le code d'acte 15230.



# Traumatismes et déficits sensoriels



## Chutes chez les aînés vivant à domicile<sup>24</sup>

L'Institut national de santé publique du Québec (2011) recommande, pour toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus, que le médecin vérifie si elles ont fait une chute au cours de la dernière année et si elles souffrent d'un trouble de l'équilibre et de la marche.

Dans l'affirmative, le clinicien devrait procéder à une évaluation multifactorielle du risque de chute et de fracture suivie d'interventions appropriées. On peut évaluer les risques en considérant :

- la médication, l'adhésion et les effets secondaires;
- les risques d'ostéoporose (voir section sur l'ostéoporose);
- le dépistage de conditions chroniques ou aiguës;
- la présence de problèmes urinaires;
- la vue et la correction de cataractes;
- l'équilibre, la démarche, la force;
- les fonctions neurologiques et les fonctions cognitives; les nerfs périphériques et la proprioception des membres inférieurs;
- la peur de chuter et les symptômes dépressifs;
- les pathologies des pieds, la qualité des chaussures et le port de semelles adhérentes;
- la condition cardiovasculaire et l'hypotension orthostatique;
- la nutrition et la consommation d'alcool. Les exercices de renforcement musculaire et d'équilibre et le supplément de vitamine D (800 à 1000 UI) sont considérés efficaces pour aider à prévenir les chutes chez les sujets à risque.



## Ostéoporose<sup>25</sup>

Plus de 80 % des fractures sont causées par l'ostéoporose chez les plus de 50 ans. Parmi ceux-ci, 80 % n'ont jamais eu d'évaluation de leurs risques d'ostéoporose ou de traitements à cet effet. La Société canadienne d'ostéoporose (SCO, 2010) recommande aux plus de 50 ans qui n'ont pas d'ostéoporose documentée un apport adéquat de calcium (1200 mg/j) et de vitamine D (800 - 1000 UI/j) pour prévenir les fractures ostéoporotiques. Pour les moins de 50 ans, une alimentation selon le Guide alimentaire canadien devrait suffire. En période hivernale, de faible exposition au soleil, un supplément de vitamine D est à considérer. Si un supplément de calcium est nécessaire, ne pas dépasser 500 mg.

Selon la Société canadienne d'ostéoporose, les cliniciens devraient rechercher, pour les plus de 50 ans, la présence de facteurs de risque d'ostéoporose. Une mesure de la densité minérale osseuse est recommandée en présence des facteurs de risque énumérés à la page suivante. Pour mieux évaluer le risque global remplir la grille de calcul FRAX adaptée au Canada.

### Facteurs de risque

1. âge > 65 ans;
2. fracture vertébrale par écrasement (rechercher par une radiographie si perte staturale de > 2 cm récente ou > 6 cm à vie, cyphose ou douleur dorsale incapacitante);
3. fracture de fragilisation après l'âge de 40 ans;
4. antécédents familiaux de fractures ostéoporotiques (surtout fracture de la hanche chez la mère);
5. thérapie systémique aux glucocorticoïdes pour plus de 3 mois;
6. autres : syndrome de malabsorption; hyperparathyroïdie primaire; tendance aux chutes; ostéopénie apparente sur un cliché radiographique; hypogonadisme; ménopause précoce (<45 ans);

7. arthrite rhumatoïde; antécédents d'hyperthyroïdie clinique; thérapie chronique aux anticonvulsivants ou à l'héparine; faible apport alimentaire en calcium; tabagisme; consommation excessive d'alcool (3 verres et plus par jour) ou de caféine; poids corporel < 60 kg; perte pondérale > 10 % du poids corporel depuis l'âge de 25 ans.

La SCO suggère d'encourager toute personne à pratiquer une activité physique, en particulier des exercices contre la gravité (marche, danse, sport de raquette, etc.), avec impact ou comprenant l'utilisation de poids.



## Dépistage de la surdité<sup>26</sup>

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 alors par une question chuchotée alors que l'examineur est hors du champ visuel du patient, ou la friction des doigts ou le tic tac d'une montre près de l'oreille. Il importe de s'assurer de la protection contre les bruits environnants à tout âge.



## Évaluation de l'acuité visuelle<sup>27</sup>

La Société canadienne d'ophtalmologie (COS, 2007) recommande pour toute personne asymptomatique présentant un faible risque un examen ophtalmologique de routine à un intervalle de 10 ans pour les personnes de 19-40 ans, de 5 ans pour les 41-55 ans, de 3 ans pour les 56-65 ans et de 2 ans pour les plus de 65 ans.

# Problèmes psychosociaux



## Abus d'alcool et de substances<sup>28</sup>

Le USPSTF et Educ'alcool recommandent l'identification de l'abus d'alcool dans la population adulte, incluant les femmes enceintes et les aînés.

On peut l'identifier par :

- Quatre questions du questionnaire « CAGE » touchant le besoin de réduire la consommation, la présence de culpabilité, la réception de critiques à ce sujet, la prise d'un verre le matin (pour « démarrer »). L'acronyme de « CAGE » correspond aux questions-clefs en anglais : Cut down/Annoyed/Guilty/Eye-opener.
- Une réponse positive à plus de 15 consommations par semaine chez l'homme (10 chez la femme).

Le USPSTF a conclu que les preuves scientifiques actuelles sont insuffisantes pour recommander ou non le dépistage systématique d'abus de substances illicites, mais le jugement clinique prévaut toujours.



## Déficit cognitif<sup>29</sup>

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 counselling 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](http://www.mocatest.org)) est plus sensible que le Mini-Mental State Examination ou le Test de Folstein.



## Violence familiale<sup>30</sup>

Le dépistage systématique de la violence conjugale dans un contexte de soins primaires est recommandé (USPSTF, 2013).

Trois questions simples et directes peuvent être posées :

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 ?

Les données sont insuffisantes pour recommander aux médecins de référer systématiquement les femmes violentées vers une intervention particulière, tel qu'un counselling en contexte de soins primaires ou une thérapie individuelle ou un refuge, dans le seul but de prévenir une récurrence. De telles interventions peuvent être néanmoins appropriées pour d'autres motifs.



## Dépression<sup>31</sup>

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2013) recommande de cibler principalement la clientèle à risque. Un outil de dépistage ultra-court, reposant sur trois questions, pourrait être suffisant dans une première démarche.

1. Durant le mois écoulé, avez-vous été perturbé par un cafard, une déprime ou une perte d'espoir?
2. Durant le mois écoulé, avez-vous été souvent perturbé par peu d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ?
3. Désirez-vous être aidé ?

Le questionnaire plus détaillé est disponible sur le site ([www.ladepressionfaitmal.ca](http://www.ladepressionfaitmal.ca)). Pour les troubles anxieux, il n'y a pas de recommandations portant sur le dépistage.



## Dépistage du suicide<sup>32</sup>

Selon les recommandations du MSSS (2010), les preuves sont insuffisantes pour recommander ou non le dépistage systématique du risque suicidaire dans la population générale. Cependant, 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.



## Références

1. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.  
[www.canadiantaskforce.ca](http://www.canadiantaskforce.ca)
2. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) Recommendations for clinical preventive services.  
[www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
3. CAN-ADAPTT. Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme. 2012. 66p. [www.can-adaptt.net](http://www.can-adaptt.net)
4. Santé Canada. Bien manger avec le guide alimentaire canadien.  
[www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)
5. USPSTF. Behavioral Counseling Interventions to promote A healthful diet and physical activity for cardiovascular Disease prevention in adults. *Ann Int Med* 2012; 157 (5) : 367-372.
6. Leiter, LA et al. Position Statement. Cardiometabolic Risk in Canada. A detailed analysis and position paper by the Cardiometabolic Risk Working Group. *Can J Cardiology* 2011; 27 (2): 124-131.  
[www.onlinecjc.ca](http://www.onlinecjc.ca)
7. Anderson Todd J, Grégoire Jean et al. 2012 Update of the Cardiovascular Society Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult. *Can J Cardiology* 2013; 29: 151-167.  
[www.onlinecjc.ca](http://www.onlinecjc.ca)
8. Bell AD et al. The use of antiplatelet therapy in the outpatient setting: Canadian Cardiovascular Society Guidelines. *Can J Cardiology* 2011; 27 (2) : 208-221. [www.onlinecjc.ca](http://www.onlinecjc.ca)
9. Plourde Gilles, Prud'homme Denis. Review Managing Obesity in Adults. *CMAJ* 2012; 184 (9) : 1039-1044.  
[www.cmaj.ca](http://www.cmaj.ca)

10. Société canadienne d'hypertension artérielle. Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Les Recommandations canadiennes de 2013 pour l'évaluation et le traitement de l'hypertension [www.hypertension.ca](http://www.hypertension.ca)
11. Société québécoise d'hypertension artérielle. Hypertension - Guide thématique, 4e édition 2012 [www.hypertension.qc.ca](http://www.hypertension.qc.ca)
12. Société Canadienne de physiologie de l'exercice. Directives canadiennes en matière d'activités physiques. 2011 [www.cesp.ca](http://www.cesp.ca)
13. Association canadienne du diabète. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of diabetes in Canada. 2013. [www.diabetes.ca](http://www.diabetes.ca)
14. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Dépistage systématique de l'anévrisme de l'aorte abdominale par échographie. 2010. 129p. [www.inesss.qc.ca](http://www.inesss.qc.ca)
15. Canadian Cancer Society. Canadian Association of Gastroenterology position statement on screening individuals at average risk for developing colorectal cancer: 2010. *Can J Gastroenterol* 2010; 24 (12): 705-715. [www.pulsus.com/journals](http://www.pulsus.com/journals)
16. American College of Physicians. Screening for Colorectal cancer. A Guidance statement from the American College of Physicians. *Ann Int Med* 2012; 156(5):378-386.
17. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *CMAJ* 2011; 183 (17): 1991-2000. [www.cmaj.ca](http://www.cmaj.ca)
18. Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec. INSPQ 2011. [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)



19. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Global strategy for the diagnosis, management and prevention Of chronic obstructive pulmonary disease. 2013. 99p. [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)
20. Association des dermatologistes du Québec. Énoncé de position de l'Association des dermatologiste du Québec sur le dépistage des cancers cutanés par les omnipraticiens lors de l'examen médical périodique. 2013. 5 p. [www.adq.org/interet\\_public.html](http://www.adq.org/interet_public.html)
21. Collège des médecins du Québec. Le dépistage du cancer de la prostate. 2013. [www.cmq.org](http://www.cmq.org)
22. Protocole d'immunisation du Québec. [www.msss.gouv.qc.ca/immunisation](http://www.msss.gouv.qc.ca/immunisation)
23. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang. [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-308-03F\\_verso.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-308-03F_verso.pdf)
24. Institut national de santé publique. Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : Volet médical Pratiques cliniques préventives, 2011, 235 p. [www.inspq.qc.ca/publications](http://www.inspq.qc.ca/publications)
25. Osteoporosis Canada. 2010 Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis, CMAJ 2010; 182 : 1864-1873. [www.osteoporosecanada.ca](http://www.osteoporosecanada.ca)
26. US Preventive Services Task Force. Screening For Hearing Loss in Older Adults. Ann Int Med 2012; 157.(9):.655-661.

27. Société Canadienne d'ophtalmologie. Guide de pratique factuelle de la Société canadienne d'ophtalmologie pour l'examen oculaire périodique chez les adultes au Canada. Can J Ophtalmol 2007; 42 (1): 158-163. [www.canadianjournalofophthalmology.ca](http://www.canadianjournalofophthalmology.ca)
28. Éduc'alcool et Collège des médecins du Québec. Les niveaux de consommation d'alcool à faible risque. Guide pour les médecins et les professionnels de la santé. 2012. 13p. [www.educalcool.qc.ca](http://www.educalcool.qc.ca)
29. Gauthier Serge et al. 4<sup>e</sup> Conférence canadienne Consensuelle sur le diagnostic et le traitement de la démence. Can J Neurol Sci 2012; 39; Suppl 5: S1-S8 [www.cjns.org](http://www.cjns.org)
30. USPSTF. Screening for intimate partner violence and Abuse of elderly and vulnerable adults. Ann Int Med 2013; 158 (6) : 478-486.
31. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommandations sur le dépistage de la dépression chez l'adulte. 2013. [www.cmaj.ca](http://www.cmaj.ca)
32. Ministère de la santé et des services sociaux Prévention du suicide. Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants de centres de santé et de services sociaux. 2010. 93 p. [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)

