

EMP

20

12



Maladies
cardiovasculaires
et respiratoires



Cancers



Maladies
infectieuses



Traumatismes
et déficits sensoriels



Problèmes
psychosociaux

Québec 



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.

Rédaction :

Dr Claude Thivierge

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

En collaboration avec Drs. :

Huguette Bélanger

Johanne Blais

Irma Clapperton

Carl Fournier

André Jacques

Alexandra Kossowski

Samy Stéphane Mohanna

Daniel Paquette

Danielle Saucier

Guyline Thériault

Hawa Sissoko, inf. Msc.

© Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux
de Montréal (2012)

Tous droits réservés

ISBN : 978-2-89673-124-4 (Version imprimée)

978-2-89673-125-1 (Version PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales
du Québec, 2012

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2012

Table des matières

Maladies cardiovasculaires et respiratoires	7
Tabagisme	7
Alimentation	8
Dyslipidémies	8
Aspirine	10
Obésité	10
Hypertension artérielle	11
Activité physique	12
Diabète de type 2	13
Anévrisme de l'aorte abdominale	14
Cancers	15
Cancer colorectal	15
Cancer du sein	16
Cancer du col utérin	16
Cancer du poumon et MPOC	17
Cancer de la peau	17
Cancer de la prostate	18
Maladies infectieuses	19
Diphtérie - tétanos - coqueluche	19
Poliomyélite	19
Rubéole	20
Rougeole - oreillons	20
Varicelle	21
Hépatite A	22
Hépatite B	22
Pneumocoque	23
Méningocoque	24
Influenza	25
Virus du papillome humain	26
Zona	27
Infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)	28

Traumatismes et déficits sensoriels	29
Chutes chez les aînés vivant à domicile	29
Ostéoporose.....	30
Audition.....	32
Vision.....	32
Problèmes psychosociaux	33
Abus d'alcool et de substances.....	33
Déficit cognitif.....	34
Violence familiale	35
Dépression	36
Suicide	37
Références	37
Grille de l'évaluation médicale périodique de l'adulte	41
Grille de l'ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés	42

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.¹⁻²

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*. Ce document de référence se veut un aide-mémoire utile. Il est accompagné d'une grille sommaire à personnaliser pour chaque patient**.

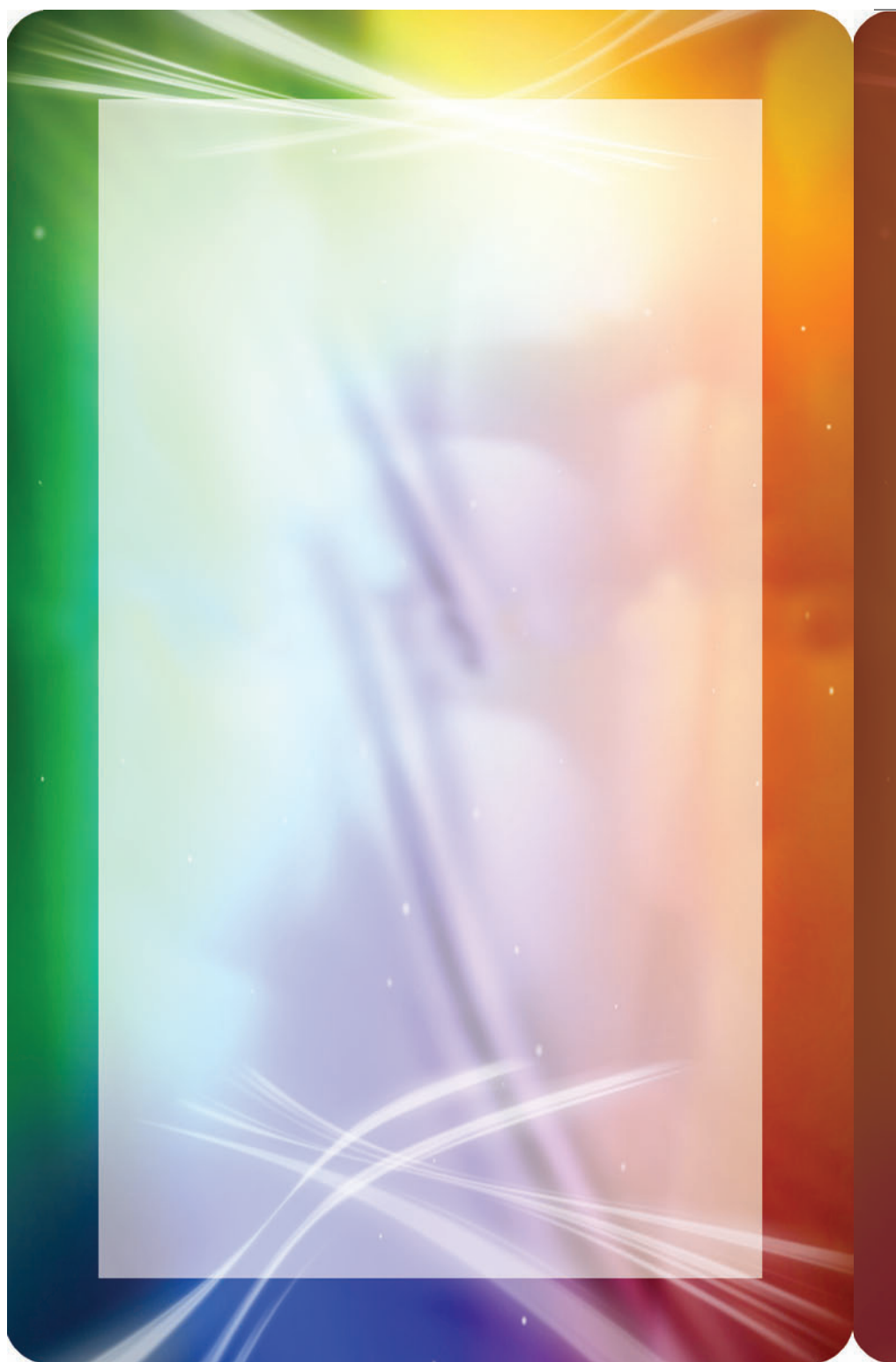
CINQ GRANDS THÈMES sont présentés pour mieux regrouper les pratiques cliniques préventives :

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.

** Les cotes A, B, C, D, E et I ne sont pas utilisées dans la présente édition, étant donné l'hétérogénéité des systèmes de classification quant à la force des évidences des différentes sociétés scientifiques. Seules les données probantes sont ici présentées. Pour plus de détails, consultez les références à la fin de ce document.

** Téléchargez ces documents : www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications ou : www.cmq.org



Maladies cardiovasculaires et respiratoires



Tabagisme³

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. La fumée de tabac secondaire affecte la santé du quart des Québécois. Les interventions préventives suivantes ont été démontrées efficaces (Direction de santé publique de Montréal, 2010) :

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, elle a une certaine efficacité;
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/formation professionnelle / outils de formation/soutien à la pratique clinique](http://www.fmoq.org/formation_professionnelle/)).

Alimentation⁴⁻⁵

Au moins la moitié des adultes ne consomme pas suffisamment de lait, de produits laitiers, de fruits ou de légumes. Le counselling en faveur d'une saine alimentation est recommandé pour la population en général au Canada selon le *Guide alimentaire canadien* et pour répondre aux besoins nutritionnels de certains groupes à risque (ex. : diabétiques). 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 400 microgrammes par jour) est suggéré aux femmes en âge de procréer, au moins 10 semaines avant la grossesse jusqu'à l'allaitement. Bien qu'il y ait eu amélioration, 22 % des femmes ont un taux sérique de folate insuffisant pour prévenir les malformations du tube neural.

Dyslipidémies⁶⁻⁷

Quarante pour cent des adultes affichent une cholestérolémie trop élevée. Selon le Groupe de travail canadien sur l'hypercholestérolémie et autres dyslipidémies (2009), un bilan lipidique devrait être effectué périodiquement chez tous les hommes de 40 à 70 ans et toutes les femmes de 50 à 70 ans ou ménopausées. Il n'y a pas de fréquence précise et validée à ce jour. Aux États-Unis, il est suggéré de le faire aux cinq 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 de maladies cardiovasculaires, comme 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.scorecanada.ca et www.framinghamheartstudy.org) ou le risque d'événement cardiovasculaire (www.reynoldsriskscore.org).

Aspirine⁸

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 (Société canadienne de cardiologie, 2011).

Obésité⁶⁻⁹

Le quart 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, la valeur optimale est de 102 cm et chez la femme de 88 cm selon les normes nord-américaines. D'autres recommandations ciblent les valeurs européennes (94 chez l'homme et 80 chez la femme). Cette mesure sert d'outil supplémentaire pour évaluer l'obésité abdominale.

La glycémie à jeun, le bilan lipidique, l'évaluation des enzymes hépatiques et l'analyse d'urine doivent être mesurés chez la personne avec embonpoint ou 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. Il faut viser comme objectif une perte de poids de 5 % à 10 % pendant les 6 premiers mois.

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 artérielle¹⁰⁻¹¹

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, 2012) 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'auto-mesure 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 anti-athérosclérotique. 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. 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 (voir Société québécoise d'hypertension artérielle : www.hypertension.qc.ca).

Activité physique¹²

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 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 2¹³

La prévalence du diabète augmente. L'énoncé de position de l'Association canadienne du diabète (2011) maintient 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 (inférieure à 7 %) 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.

Il est possible de freiner la progression de l'intolérance au glucose vers le diabète par des modifications d'habitudes de vie comme une diminution de 5 % du poids ou par des agents pharmacologiques comme la metformine ou l'acarbose (30 % de réduction). Également, l'adoption d'habitudes de vie favorables à la santé comme la cessation tabagique, l'activité physique, la réduction du poids en trop et de la consommation d'alcool aident à prévenir l'apparition du diabète.

Anévrisme de l'aorte abdominale¹⁴

La Société canadienne de chirurgie vasculaire (2008) et l'Agence d'évaluation des technologies en matière de santé (AETMIS, 2010) 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. Mais avant tout, une bonne façon de prévenir le cancer est de prescrire l'adoption de bonnes habitudes de vie. Au Canada, et par année, 100 000 personnes développent un cancer parmi les suivants : sein, colorectal, poumon et prostate.

Cancer colorectal¹⁵

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 plus de 50 ans et de moins de 75 ans sans facteur de risque : test de guaiac ou immunochimique (ultrasensible) 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 dépistage dans les selles est positif.
2. Histoire familiale ou personnelle de cancer colorectal ou de polypes : sigmoidoscopie aux 5 ans ou coloscopie aux 10 ans. Il est souhaitable de débiter le dépistage 10 ans plus tôt chez les adultes avec antécédents personnels ou familiaux positifs.

Des projets pilotes se déroulent dans huit établissements de santé au Québec en 2012. La référence en coloscopie et l'utilisation du test immunochimique fécal sont particulièrement étudiés.

Cancer du sein¹⁶⁻¹⁷

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. 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'auto-examen des seins n'est pas recommandé, les femmes doivent consulter si elle observent des changements (masse, écoulement, rétraction, ...).

Cancer du col utérin¹⁸

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 test 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 de projets pilotes.

Cancer du poumon et MPOC¹⁹

Plus de 25 000 canadiens le développeront et 20 000 en mourront chaque année au Canada. Outre l'arrêt du tabac et un environnement sans fumée, la Société canadienne de thoracologie (2008) et l'American College of Physicians (2011) recommandent la spirométrie 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.

Sur le plan du cancer du poumon, l'American College of Chest Physicians (2007) ne recommande aucune méthode pour dépister le cancer du poumon; ni la radiographie, ni la cytologie des expectorations n'exercent d'influence positive sur la réduction de mortalité.

Cancer de la peau²⁰

Le US Preventive Services Task Force (2011) considère les données insuffisantes pour recommander le dépistage systématique du cancer de la peau en première ligne, de même que pour recommander l'auto-examen de la peau par la population en général.

Il faut toutefois utiliser son jugement clinique en présence d'une lésion de plus de 6 mm, d'une histoire familiale positive ou d'une exposition fréquente au soleil. Lors de l'examen physique clinique pour un problème de santé donné, il peut être opportun de vérifier la présence de lésions. Le counselling sur la protection solaire pour les personnes qui s'exposent fréquemment est suggéré.

Cancer de la prostate²¹

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. Le dépistage de ce cancer demeure controversé. Il repose sur le toucher rectal et le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) chez les hommes de 50 à 75 ans (Association canadienne d'urologie, 2011).

Les études publiées en 2010 suggèrent l'APS combiné au toucher rectal pour les hommes de 50 à 69 ans jouissant d'une espérance de vie supérieure à 10 ans et qui présentent des préoccupations ou des craintes relatives au cancer de la prostate, après counselling sur les avantages et les inconvénients.

Le dépistage est toutefois peu spécifique et peut entraîner des biopsies ou chirurgies comportant des risques de complications. Pour le patient qui obtient des valeurs légèrement élevées, une observation active peut être faite par l'urologue. La même recommandation est faite pour les plus de 40 ans ayant un parent du premier degré atteint de la maladie ou qui sont d'origine afro-américaine. Un nouveau test plus coûteux, mais plus sensible, se pratique sur un échantillon d'urine; il s'agit du test moléculaire du gène 3 du cancer de la prostate (PCA3).

Maladies infectieuses²²



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).

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.

Diphtérie - tétanos - coqueluche (d₂T₅ – dcaT)

Un rappel doit être fait tous les 10 ans après une série primaire complète. Les adultes déjà vaccinés n'ayant pas reçu de vaccin contre la coqueluche à l'adolescence devraient recevoir une dose unique de dcaT.

Les adultes sans série primaire ont besoin de 3 doses à recevoir aux temps 0, 2 mois et 14 mois. Utiliser le dcaT à la première dose et le d₂T₅ lors des doses subséquentes.

Poliomyélite

La vaccination systématique des adultes demeurant au Canada n'est pas nécessaire. Une série vaccinale complète est cependant indiquée pour les voyageurs et les 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.

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 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 d'immunité, administrer une dose de RRO.

Rougeole - oreillons

Comme il y a encore des cas de rougeole et d'oreillons, une protection adéquate est nécessaire.

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 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.

Varicelle

Le vaccin contre la varicelle est indiqué et offert gratuitement aux adultes réceptifs tout comme les autres vaccins du calendrier régulier 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, il est préférable de 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).

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 vivant avec des personnes immunosupprimées;
2. personnes en attente d'un traitement immunosupprimant;
3. travailleurs de la santé et stagiaires;
4. travailleurs et stagiaires en milieu scolaire;
5. adolescents et adultes, surtout les femmes en âge de procréer;
6. personnes atteintes de fibrose kystique du pancréas ou de syndrome néphrotique, ou sous hémodialyse ou dialyse péritonéale sans traitement immunosuppresseur;
7. 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;
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. 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 récemment eu une infection transmise sexuellement et personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels;
3. utilisateurs de drogues dures ou injectées;
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 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. détenus et ex-détenus;
9. travailleurs de la santé ou autres travailleurs à risque.

Pneumocoque

On donne une dose du vaccin polysaccharidique 23 valent (Pneumo-23, Pneumovax) aux personnes de 65 ans ou plus. Doivent également être vaccinées les personnes atteintes des affections suivantes :

1. anémie falciforme;
2. asplénie;
3. implant cochléaire;
4. maladie respiratoire chronique (sauf l'asthme);
5. maladie cardiaque;
6. cirrhose;
7. alcoolisme;
8. néphropathie chronique;
9. diabète;
10. fuite chronique de LCR;
11. infection par le VIH;
12. affections associées à une immunodéficiences (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 que contre l'influenza selon la saison. La revaccination, cinq ans après la première vaccination, est recommandée pour les personnes immunosupprimées ou aspléniques, mais pas pour toute la population adulte parce que le pouvoir immunogène de ce vaccin diminuerait avec le nombre de doses.

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 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).

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 que contre l'influenza selon la saison. 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 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^e ou 3^e trimestre;

10. les personnes ayant un risque élevé des complications de l'influenza qui voyagent dans des régions où le virus est probablement présent;
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/santepublique/vaccination).

Virus du papillome humain

La vaccination contre le VPH est indiquée pour les filles et les femmes âgées de 9 à 26 ans, qu'elles aient ou non déjà eu des infections par ce virus.

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). Ce vaccin est aussi disponible pour les garçons et les jeunes hommes (9 à 26 ans) et les femmes de 27 à 45 ans mais n'a pas fait l'objet de recommandations par les organismes consultatifs nationaux pour ces groupes.

La vaccination est gratuite pour les femmes de moins de 18 ans ainsi que les femmes immuno-supprimées 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.

Le fabricant le rend aussi disponible dès l'âge de 50 ans.

Infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)²³

Les infections à syphilis, gonorrhée et chlamydia augmentent particulièrement. Selon le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, on doit évaluer les risques associés aux infections transmissibles sexuellement ou par le sang, en particulier pour le VIH.

En fonction de ceux-ci, offrir un counselling visant l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires, et assurer les dépistages appropriés.

Il est suggéré de rechercher les ITSS suivantes selon les divers facteurs de risque identifiés (voir, à la fin, la reproduction de la fiche du MSSS). Il est à noter que des honoraires supplémentaires peuvent désormais être facturés à la RAMQ pour le dépistage et le suivi des ITS (code 15230). Les tests pourraient être répétés tous les 3 à 6 mois selon les risques.

La notification des partenaires est également très importante.

Traumatismes et déficits sensoriels



Chutes chez les aînés vivant à domicile²⁴

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.

Ostéoporose²⁵

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. Un supplément quotidien peut être envisagé pour le calcium (500 mg) et pour la vitamine D (800 UI). Il existe des préparations combinées ou unidose hebdomadaire. 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.

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 par l'OMS (www.osteoporosecanada.ca).

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 surdité²⁶

Le USPSTF (2011) recommande le dépistage pour la population de plus de 50 ans 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 visuelle²⁷

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 substances²⁸

Bien qu'un peu d'alcool puisse réduire les événements coronariens jusqu'à 25 %, il ne s'agit pas d'un mode de vie à prescrire. Le USPSTF recommande l'identification de l'abus d'alcool et le counselling à cet égard dans la population adulte, incluant les femmes enceintes. Par ailleurs, la Société américaine de gériatrie a recommandé le dépistage de la consommation d'alcool chez les plus de 65 ans en raison de la diminution de tolérance, de la diminution du volume de distribution et de l'augmentation des interactions médicamenteuses (la consommation de médicaments étant plus élevée).

Les outils utilisés pour l'identification sont :

- ▶ 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 la consommation de plus de 14 consommations par semaine chez l'homme (9 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.

Déficit cognitif²⁹

Selon les experts du National Institute of Health (2010), les preuves sont insuffisantes pour démontrer l'efficacité de différents médicaments, notamment la prescription d'antihypertenseurs, d'anti-inflammatoires, de vitamines, d'omega 3, et d'oestrogènes en tant qu'agents de prévention primaire de la démence.

Les experts admettent 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 aux sujets lorsqu'une prédisposition familiale a été découverte, telle qu'un parent de premier degré atteint de la maladie et qui présente la mutation.

La démence est souvent précédée d'un prodrome identifiable nommé déficit cognitif léger (DCL). Le Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (www.mocatest.org) est plus sensible que le Mini-Mental State Examination (MMSE) ou le Test de Folstein (Folstein, 1975) pour détecter un DCL.

Violence familiale³⁰

Selon l'*Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux* de l'Institut national de santé publique (INSPQ, 2008) et le USPSTF (2008), les preuves sont insuffisantes pour procéder à un dépistage systématique de la violence conjugale auprès des femmes dans un contexte de soins primaires, principalement en raison de l'absence d'études démontrant les effets de ce dépistage sur la récurrence de la violence. En revanche, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a publié un consensus à l'égard de la violence conjugale dans lequel on recommande aux médecins de questionner toutes les patientes sur leur exposition à la violence conjugale lors d'une première visite, de visites annuelles de routine ou de visites de soins prénataux. En dépit de ces discordances, tous les experts s'entendent à l'effet que les cliniciens doivent demeurer attentifs aux signes et symptômes d'abus et questionner au besoin lors de leur évaluation.

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.

Dépression³⁰⁻³¹

L'INSPQ reconnaît le bénéfice potentiel du dépistage en contexte de soins primaires lorsque celui-ci est accompagné au besoin d'une prise en charge adéquate, c'est-à-dire un traitement et un suivi appropriés. L'outil de dépistage ultra-court reposant sur trois questions pourrait être suffisant dans une première démarche (www.minerva-ebm.be).

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). Pour les troubles anxieux, il n'y a pas de recommandations portant sur le dépistage.

Dépistage du suicide³²

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, s'il y a présence d'histoire familiale de suicide ou s'il s'agit d'un immigrant ou d'un jeune homme autochtone.

Références

1. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (www.canadiantaskforce.ca).
2. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) Recommendations for clinical preventive services (www.ahrq.gov).
3. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Des professionnels actifs pour traiter le tabagisme et sa dépendance. 2010, 20 p.
4. Santé Canada. Bien manger avec le guide alimentaire canadien, 2007.
5. Cynthia K. et al. Folate status of the population in the Canadian Health Measures Survey. CMAJ, 2011; 183 (2); E 100 - E 106
6. Leiter, LA et al. Position Statement. Cardio-metabolic Risk in Canada. A detailed analysis and position paper by the Cardiometabolic Risk Working Group. Can J cardiol, 2011, vol. 27, no 2, 124-131.
7. Genest J, Frohlich J, Fodor G et McPherson R (the Working Group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias). Recommendations for the management of dyslipidemia and the prevention of cardiovascular disease. Canadian Journal of Cardiology, vol. 25, no 10, 567-579.
8. Bell AD et al. The use of antiplatelet therapy in the outpatient setting: Canadian Cardiovascular Society Guidelines. Can Journ cardiol, 2011, vol. 27, no 2, 208-221.
9. Grenier Anne-Marie. L'obésité, où en sommes-nous. Le Médecin du Québec, 2011, vol. 46, no 9, 26-32.
10. Société canadienne d'hypertension artérielle. Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Les Recommandations canadiennes de 2012 pour l'évaluation et le traitement de l'hypertension (www.hypertension.ca/ PECH).

11. Société québécoise d'hypertension artérielle. Hypertension - Guide thématique, 4^e édition 2012 (www.hypertension.qc.ca)
12. Société Canadienne de physiologie de l'exercice. Directives canadiennes en matière d'activités physiques. 2011 (www.cesp.ca).
13. Goldenberg Ronald M et al. Canadian Association of diabetes. Canadian Journal of diabetes. Position Statement: Use of glycated hemoglobin (A1c) in the diagnosis of type 2 diabetes mellitus in adults, July 2011, 247-249.
14. Canadian Society for Vascular Surgery. Screening for abdominal aortic aneurysm in Canada; review and position statement. J Vasc Surg, 2007, vol. 45, no 6, 1268-76 (www.csvs.vascularweb.org).
15. Canadian Cancer Society. Canadian Association of Gastroenterology position statement on screening individuals at average risk for developing colorectal cancer: 2010. Can J Gastroentrol. December, 2010, vol. 24, no 12, 705-715.
16. USPSTF. Screening for breast cancer: an update for the USPSTF, Ann Intern Med, Nov 2009; 151: 716- 724.
17. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. The Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ, November 2011, vol. 183, no 17, 1991-2000.
18. INSPQ. Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec, novembre 2011, 55 p.
19. O'Donnell DE et coll. Canadian Thoracic Society Recommendations for management of COPD, 2008 Update highlights for primary care. Can Respir J 2008; 15 (Suppl A):1A- 8A.
20. USPSTF. Behavioral counselling to prevent skin cancer: A systematic Review for the USPSTF. Arch Inter Med. Feb 2011 154: 190-201.
21. Canadian Journal of Urology. Urology- Mise à jour 2011 pour les médecins de première ligne. L'APS et le médecin de famille, 2011, vol. 18, suppl.1, 22-26.

22. Protocole d'immunisation du Québec (www.msss.gouv.qc.ca/immunisation/piq).
23. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, 2008 (www.msss.gouv.qc.ca/itss).
24. Institut national de santé publique. Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique. Volet médical Pratiques cliniques préventives, 2011, 235 p.
25. Osteoporosis Canada. 2010 Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis, CMAJ, November 23, 2010, vol. 182, 1864-1873.
26. Chou Roger et al. Screening adults aged 50 years or older for hearing loss: a review of the evidence for the USPSTF, Ann Int Med, 2011, vol. 154, no 5, 347-354.
27. Canadian ophthalmological society. Canadian ophthalmological society evidence-based clinical practice guidelines for the periodic eye examination in Canada. Clinical practice guideline expert committee. Can J Ophthalmol, 2007, vol. 42, no 1, 39-45.
28. Giesbrecht N et al. Alcohol in Canada: reducing the toll through focused interventions and public health policies, CMAJ, 2011, vol.183, no 4, 450-455.
29. NIH, National Institute of Health State-of-the-Science Conference Statement: Preventing Alzheimer Disease and Cognitive Decline. Ann Int Med, 2010, vol. 153, 176-181.
30. Institut national de santé publique. Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Institut national de santé publique, 2008, 162 p.

31. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *Journal of affective disorders*, 2009, vol. 117, S1- S2.
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.

Nom : _____ # dossier : _____

		Année	2012	
À DEMANDER	Tabagisme	TOUS		
	Alimentation			
	Activité physique			
	Protection solaire			
	Violence familiale			
	Counselling I.T.S.S.			
	Abus d'alcool			
	Dépression			
	Acide folique (jeune femme)			
	Facteurs de risque ostéoporose		50+	
	Calcium / Vitamine D			
	Évaluation chute		60+	
	Déficit cognitif			
À EXAMINER	Tension artérielle	TOUS		
	Poids			
	Indice de masse corporelle			
	Tour de taille			
	Audition et vision			
	Cytologie cervicale		♀	
	À FAIRE		Bilan lipidique	40♂ 50♀
Glycémie		40+		
Mammographie		50+		
Dépistage cancer colorectal				
DÉPISTAGE		Personnes à risque		
Gonorrhée				
Syphilis				
Chlamydia				
VIH				
Hépatites B et C				
IMMUNISATION				
Rougeole-rubéole-oreillons				
Varicelle				
Hépatites A et B				
Pneumocoque, zona				
Influenza chaque année				
dcaT puis d ₂ T ₅ aux 10 ans			TOUS	
Virus du papillome humain		♀		
Spirométrie (fumeurs symptômes)		40±		
Ostéodensitométrie		65+		
Écho abdominale (anévrisme aorte)				

La grille est accessible en ligne : www.cmq.org

ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés (à titre indicatif)

Facteurs de risque	ITSS À RECHERCHER				
	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	Infection gonococcique	Syphilis	Infection par le VIH	Hépatite B ¹

✓ : Dépistage recommandé

La personne qui a eu des relations sexuelles non protégées avec une personne appartenant à l'un ou l'autre des groupes 2 à 7 ou au groupe 11 devrait se soumettre aux mêmes analyses que si elle faisait partie de ce groupe. Cela ne s'applique généralement pas pour l'hépatite C, dont la transmission sexuelle est faible.

Critères sociodémographiques et facteurs liés aux comportements sexuels

1. Personne de moins de 25 ans sexuellement active sans autre facteur de risque	✓					
2. Personne ayant eu plus de deux partenaires sexuels au cours des deux derniers mois ou plus de cinq partenaires au cours de la dernière année ou un partenaire anonyme au cours de la dernière année	✓	✓	✓	✓	✓	
3. Personne ayant eu une relation sexuelle avec un partenaire originaire d'une région où les ITS ou le VIH sont endémiques	✓	✓	✓	✓	✓	
4. Personne originaire d'une région où le VIH est endémique				✓	✓	
5. Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	✓	✓	✓	✓	✓	
6. Travailleur ou travailleuse du sexe	✓	✓	✓	✓	✓	
7. Jeune de la rue	✓	✓	✓	✓	✓	

Antécédents médicaux

8. ITSS antérieure						
a. Personne ayant contracté une infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> , répéter le dépistage six mois plus tard	✓					
b. Personne ayant contracté une infection gonococcique, répéter le dépistage six mois plus tard	✓	✓				
c. Personne ayant contracté une infection gonococcique, une syphilis, une infection par le VIH, une hépatite B ou une hépatite C ² au cours de la dernière année ³	✓	✓	✓	✓	✓	✓ ⁴

Grossesse³					
9.	Femme demandant une interruption de grossesse		✓		
10.	Femme enceinte		✓		
a.	Bilan prénatal de base chez toutes les femmes enceintes		✓	✓	✓
b.	Répéter le dépistage ³ si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque		✓	✓	✓
Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques					
11.	Utilisateur de drogues par injection ou par inhalation			✓	✓
12.	Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement infectés (tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition en milieu de travail) ⁷			✓	✓
13.	Personne ayant subi des procédures (chirurgicales ou autres) avec du matériel contaminé dans des régions du monde où la prévalence de ces infections est élevée			✓	✓
14.	Transfusion de sang ou de produits sanguins, greffe de cellules, de tissus ou d'organe			✓ ⁸	✓ ⁸
Autre					
15.	Personne demandant un dépistage après un counseling prénatal, même en l'absence de facteur de risque avoué		✓	✓	✓

1. À moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Au Québec, un programme de vaccination universelle s'adressant aux élèves de 4^e année du primaire est en place depuis 1994. Se référer au Protocole d'immunisation du Québec pour renseignements supplémentaires.

2. STI s'agit d'une hépatite C, chlamydia trachomatis, d'herpès génital ou d'une infection par le virus du papillome humain, considérer les autres facteurs de risque pour déterminer les ITSS à rechercher.

3. Rechercher le VIH, seulement si le partenaire est infecté par le VIH ou s'il s'agit d'une infection contractée par voie sanguine.

5. Le dépistage est recommandé compte tenu des complications importantes possibles pouvant affecter la santé de la femme; l'issue de la grossesse ou la santé du nouveau-né.

6. Répéter le dépistage, au moins plus d'une fois et au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement.

7. Consulter les guides portant sur la prophylaxie post-exposition.

8. Au Québec, avant 1970 pour le VIH; avant octobre 1985 pour le VIH; avant avril 1992 pour le HVC. Pour connaître les recommandations précises en matière de biologie, consulter la Direction de santé publique de son territoire.

Adapté de : Complément québécois aux Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2006, produit par l'INSPQ, 2007

www.msss.gouv.qc.ca/itsc, section **Professionnels**, rubrique **Publications/outils**

EMP

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

Québec 



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC