

Fin de l'examen «médical» périodique

Par la Dre Geneviève Dechêne le 22 octobre 2014 pour [L'actualité médicale](#)

L'inutilité de l'examen médical annuel pour réduire la morbidité et la mortalité à l'échelle d'une population est aujourd'hui démontrée. Qu'en est-il de l'examen médical périodique, cet examen fortement encouragé par plusieurs ordres médicaux et qui fait l'objet, au Québec, de normes détaillées ?

On sait que les médecins de famille québécois consacrent une part importante de leur temps aux nombreux éléments de l'examen médical périodique chez leurs patients stables ou en bonne santé, alors que l'accès rapide au médecin est impossible pour une majorité de Québécois.

Si nous examinons attentivement les nombreux éléments des guides québécois d'examen médical périodique, nous constatons qu'à peine 10 mesures préventives reposent sur des preuves robustes, qu'aucune n'est un acte purement « médical » et qu'une simple restructuration à l'échelle provinciale (ministère de la Santé et des Services sociaux, Santé publique) permettrait à des infirmières de les prendre en charge de façon plus structurée et efficace que les médecins de famille.

Les mesures suivantes n'ont pas démontré de façon robuste leur efficacité préventive : prescription de calcium aux femmes ménopausées, dépistage de l'obésité légère, dépistage du cancer de la prostate par la mesure de l'antigène prostatique spécifique (APS), dépistage de la démence, de la violence domestique, de la dépression, et dépistage de l'ostéoporose avant l'âge de 65 ans (sauf en cas d'arthrite rhumatoïde ou de prise de doses élevées de corticostéroïdes pendant plus de trois mois).

Il est à noter que le dépistage du cancer du poumon entraîne des coûts et des risques associés trop élevés pour justifier un dépistage. Ces mesures préventives de base sont coordonnées au niveau national au Royaume-Uni et entièrement déléguées aux infirmières, de façon à libérer les médecins. Dans un contexte de coûts de santé qui explosent, seules les activités préventives « robustes » devraient être retenues et faire l'objet de protocoles standardisés de délégation aux infirmières de première ligne (ordonnances collectives), incluant le consentement éclairé, les rappels et l'organisation d'une prise en charge rapide lors de tests positifs.

Le médecin de famille ne peut plus porter sur ses seules épaules la santé de la population. Abolissons « l'examen médical périodique » et priorisons pour tous les Québécois les rares mesures préventives reconnues efficaces.

10 mesures préventives robustes

1. Vaccination pour les enfants (et les adultes): c'est le mandat des infirmières de CLSC (programme PIQ). Pourquoi, en 2014, n'est-on pas capable d'avoir un carnet de vaccination en ligne, simple à remplir et accessible aux patients ?

2. Arrêt tabagique: le principal rôle du médecin est d'encourager ses patients à cesser de fumer et de les adresser aux excellentes cliniques d'arrêt tabagique des CLSC, où les infirmières devraient pouvoir prescrire toutes les molécules d'aide tabagique (ordonnances collectives).

3. Dépistage ITSS priorisant la recherche de la chlamydia et de la gonorrhée dans les urines (chez les hommes) et par autoprélèvement vaginal chez les femmes, cet examen étant plus sensible et moins invasif, par conséquent plus acceptable que le prélèvement cervical. Pourquoi restreindre l'accès au dépistage des jeunes femmes à risque en les obligeant à subir un examen interne ?

4. Dépistage du cancer du col utérin: le test Pap ne devrait pas être effectué avant l'âge de 25-30 ans; en effet, réaliser ce test plus tôt ne permet aucunement de réduire le risque de cancer. Ce test doit être combiné au test VPH à partir de 30 ans en cas d'anomalies de type ASCUS : la gratuité du test VPH réduirait considérablement les coûts et les risques associés aux nombreuses colposcopies inutiles du col utérin. Un registre provincial en ligne permettrait d'identifier les femmes non testées, les plus à risque (30 % des cancers).

5. Dépistage de l'hypertension artérielle. Dans le contexte actuel d'obésité accrue et de vieillissement de la population, des appareils de tension artérielle gratuits et calibrés devraient être disponibles non seulement dans les pharmacies et les salles d'attente des cliniques, mais aussi dans d'autres établissements publics et même dans des centres commerciaux. Nous ne pouvons que déplorer qu'un grand nombre de Québécois hypertendus ne soient pas traités en raison de l'accès difficile à un médecin de famille, ce qui rend inopérant ce dépistage à l'échelle populationnelle.

6. Dépistage du diabète et du cholestérol tous les trois à cinq ans à partir de 40 ou 50 ans. En plus des infirmières de première ligne, pourquoi ne pas encourager les glycémies capillaires gratuites hors des bureaux de médecin (pharmacies, centres commerciaux) avec suggestion de voir un médecin au besoin ? Le nombre élevé de diabétiques qui s'ignorent est en forte croissance au Québec en raison de l'accès limité aux médecins de famille.

7. Dépistage de l'obésité modérée à sévère (IMC > 30), maladie associée à une augmentation de la morbidité, ce qui n'est pas le cas de l'obésité légère (IMC entre 25 et 30). Si possible, il convient de diriger ces patients vers une intervention pluridisciplinaire intensive (au moins 10-12 visites, non disponible en CLSC sauf pour les diabétiques), la seule approche dont il a été démontré qu'elle était légèrement efficace à court et à moyen termes (moins de deux ans). La prévention (politiques de santé publique) semble être la seule solution efficace à long terme.

8. Dépistage du cancer du sein par la mammographie tous les deux ans à partir de 50 ans et surtout entre 60 et 69 ans, puisque l'incidence augmente avec l'âge. Puisque peu de vies sont sauvées par ce dépistage, il faut obtenir auparavant un consentement éclairé grâce à l'excellent outil décisionnel du PProgramme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Celui-ci devrait être révisé avec une infirmière formée, responsable de rappeler les patientes pour leur communiquer les résultats et d'organiser la prise en charge rapide en cas d'anomalie (2-6 semaines).

9. Dépistage du cancer colorectal par la recherche de sang dans les selles tous les deux ans à partir de 50 ans, idéalement par le test FIT (recherche de l'hémoglobine humaine). Un outil provincial de consentement éclairé similaire à celui utilisé pour le cancer du sein devrait être discuté avec une infirmière formée qui devrait être chargée de rappeler les patients pour leur communiquer les résultats et d'organiser la prise en charge rapide en cas d'anomalie (2-6 semaines).

10. Dépistage de l'ostéoporose fracturaire en prévention secondaire (fracture de fragilité): plus de la moitié des personnes concernées ne sont pas traitées pourtant. Dépistage par la mesure de la densité minérale osseuse (DMO) chez les femmes de plus de 65 ans (à compter de 75 ans pour les hommes) uniquement si l'outil de dépistage détermine un risque de plus de 7,5 % de fractures à 10 ans. À noter que la combinaison âge/IMC semble être un outil plus efficace que le FRAX : les petites femmes maigres et âgées sont celles qui inquiètent le plus.

Petite histoire anglaise

Patty Smith, 52 ans, charmante Anglaise de Manchester, a consulté le mois passé sa « nurse » travaillant en équipe, à temps plein, avec un médecin généraliste : celle-ci lui a fait son test Pap (tous les trois ans), a vérifié sa tension artérielle et sa glycémie capillaire (IMC 29). Elle l'a encouragée à faire plus d'exercices et à manger moins de *fish & chips*.

Elle l'avait envoyée passer sa deuxième mammographie (la première, réalisée à 50 ans, était normale) après lui avoir redonné documents et explications quant aux avantages/désavantages du dépistage du cancer du sein : une semaine plus tard, en raison d'une anomalie détectée à la mammographie (rapport en moins de sept jours) et confirmée deux semaines plus tard à l'échographie (rapport en moins de sept jours), l'infirmière l'a adressée pour une biopsie à l'aiguille qui a été pratiquée sept jours plus tard au Centre local du programme national de dépistage du cancer du sein.

Elle a reçu deux semaines plus tard la confirmation d'un résultat normal. Sa « nurse » a pu cocher avec satisfaction dans le site gouvernemental la mention selon laquelle la cible nationale d'un délai de moins de six semaines entre un test de dépistage positif et le diagnostic final avait été respectée.
