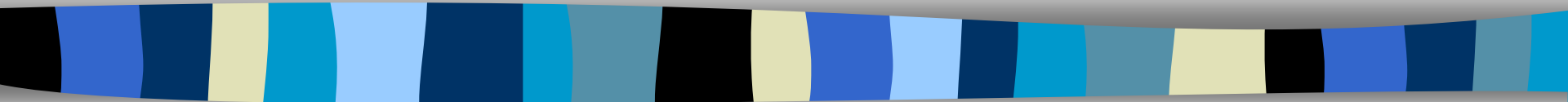


Prévention clinique chez l'adulte



Danielle LeBlanc
Département de médecine familiale de
l'Université de Montréal



Conflits d'intérêt

Je n'ai aucun conflit d'intérêt



Contexte

- Le bilan de santé et les activités de prévention sont toujours des raisons fréquentes de consultation en médecine générale.
- Certains patients ne reçoivent pas des services dont l'efficacité est prouvée; et d'autres patients se font prescrire des analyses dont l'inefficacité est soupçonnée voir établie.
- Il y a actuellement beaucoup de questionnement par rapport à nos mesures de prévention: le surdiagnostic



Questions de tous les jours chez nos patients

- Doit-on passer un bilan de santé à chaque année ?
- Que doit contenir un bilan de santé standard ?



Objectifs

- Au terme de cette activité vous serez en mesure
 - De comprendre l'impact du surdiagnostic
 - D'appliquer en prévention une approche ciblée en fonction de l'âge, du sexe et des facteurs de risque du patient.
 - D'identifier des moyens pour intégrer la prévention dans sa pratique quotidienne.



Pratiques préventives

- Ensemble d'interventions
- Proposées à des individus asymptomatiques
- Dans le but de réduire les risques de morbidité et de mortalité auxquels ils(elles) peuvent être exposé(e)s.

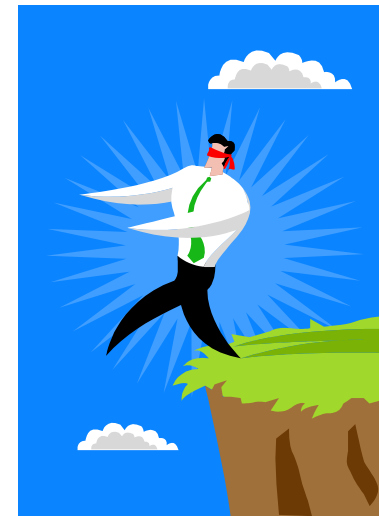


De quels outils dispose-t-on ?

- Notre démarche clinique
- Conseils sur les habitudes de vie
- Immunisation
- Médicaments (pharmacoprophylaxie)
- Tests de dépistage(laboratoire et autres)

Prévention, oui mais...

Et si la prévention pouvait être quelque chose de risqué ?



The Harms of Screening

New Attention to an Old Concern

Steven H. Woolf, MD, MPH

Russell Harris, MD, MPH

AMERICANS ARE ENTHUSIASTIC ABOUT SCREENING, especially cancer screening.¹ What could be wrong with screening, especially if it can detect a life-threatening condition at an earlier stage? Trials show that early detection of breast, colorectal, and other cancers can reduce cause-specific mortality rates, and the same could apply to other conditions. With presumably little to lose and much to gain from early detection, why recommend against screening unless the concern is costs? Are lives being lost to save money?

But costs are rarely the reason that guidelines set limits on screening. Most screening controversies turn on how to balance potential harms relative to potential benefits. Harms from screening programs are real; the burden of these harms can be disputed, but their existence cannot. Screening can produce iatrogenic complications (eg, perforation from colonoscopy), anxiety over abnormal results, and a cascade of follow-up tests and treatments. Screening can also precipitate overdiagnosis, the workup and treatment of conditions that qualify as disease but pose little threat to patients' health.

Concerns about the harms of screening might seem exaggerated without closer scrutiny. For instance, if a test with 90% sensitivity and 96% specificity (better than most screening tests) is used to screen for a condition with a prevalence of 0.6% (typical of some cancers), 88% of abnormal results will be erroneous; for every 1000 patients screened, only 6 will have the condition and 40 will have false-positive results. That ratio may be acceptable if the benefits obtained by the 6 patients with true disease outweigh the harms incurred by the 1000 patients who undergo screening, but what if there is little evidence that early detection improves their prognosis? If only 1 or 2 of the 6 patients obtain benefit, is it ethical to subject the entire population to screening? The concern about overdiagnosis is justified: by some estimates, overdiagnosis accounts for 15% to 25% of screen-detected lung cancers² and potentially more breast and prostate cancers.

Whether the harms are important enough to limit screening has been a vociferous debate for decades. In the 1980s, the most cautious groups—notably the US Preventive Ser-

vices Task Force (USPSTF)—broke sharply with proponents of screening. Skeptics argued that the potential harms made it unethical to recommend screening without compelling scientific evidence of meaningful benefits (eg, lower morbidity/mortality). The proponents (eg, American Cancer Society, American College of Radiology) dismissed concerns about harms and warned that waiting for definitive evidence would cost lives.

In the 1990s, the opposing parties found middle ground as both the science and respect for harms became stronger. In 1992, citing mounting evidence of benefits, the USPSTF abandoned its earlier skepticism and endorsed fecal and sigmoidoscopy screening for colorectal cancer. In 2000 and 2001, respectively, the American Urological Association and American Cancer Society recommended that men obtain information about harms before undergoing prostate-specific antigen (PSA) screening. In 2002, the USPSTF added colonoscopy as a screening option and abandoned its opposition to mammography screening for women 40 years and older. However, a largely unnoticed caveat in the 2002 mammography guideline revealed continuing concern about harms: "The precise age at which the benefits from screening mammography justify the potential harms is a subjective judgment and should take into account patient preferences. Clinicians should inform women about the potential benefits . . . , potential harms . . . , and limitations . . . that apply to women their age."

In 2008, the apparent consensus in guidelines began to unravel. Two colorectal cancer screening tests that the USPSTF found lacking in evidence—fecal DNA testing and computerized tomographic colonography—were endorsed by the American Cancer Society and medical specialty societies. In 2009, the USPSTF issued a controversial recommendation against "routine" mammography among women aged 40 to 49 years. Amplifying its earlier caveat, the USPSTF urged women of this age group to first make an informed decision with their physician that considered individual clinical context and "the patient's values regarding specific benefits and harms." In 2011, concern about

Author Affiliations: Department of Family Medicine, Virginia Commonwealth University, Richmond (Dr Woolf); and University of North Carolina School of Medicine and School of Public Health, Cecil G. Sheps Center for Health Services Research, University of North Carolina at Chapel Hill (Dr Harris).

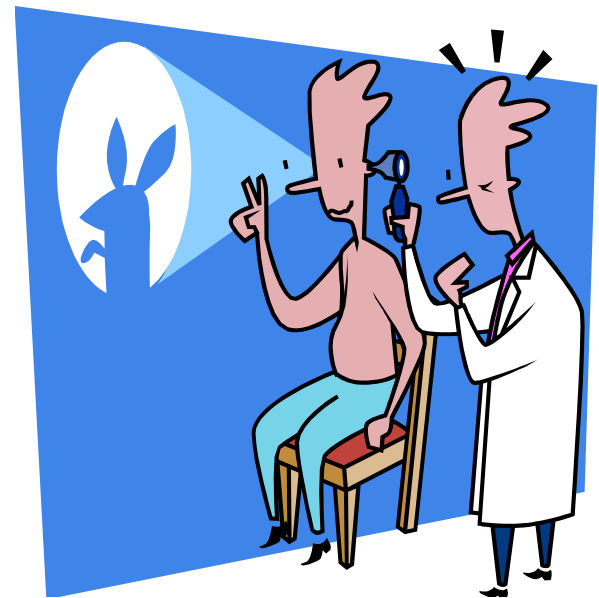
Corresponding Author: Steven H. Woolf, MD, MPH, Department of Family Medicine, Virginia Commonwealth University, West Hospital, 1200 E Broad St, PO Box 980251, Richmond, VA 23298-0251 (swoolf@vcu.edu).

Le dépistage...

« Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent. »

Dr Knock

Jules Romain, 1923



SPÉCIAL RÉFÉRENDUMS

LE PLAN
ÉCOSSAIS /24

LES CACHOTTERIES DE 1995
SELON CHANTAL HÉBERT /22



RENTRÉE /36
POUR APPRENDRE,
ÉTUDIEZ DEHORS!



L'actualité

**EXAMENS
SUPERFLUS
DÉPISTAGE
HASARDEUX
TRAITEMENTS
INUTILES**



VOTRE MÉDECIN VOUS REND-IL MALADE?



**UNE GRANDE ENQUÊTE SUR
LA « SURDOSE » MÉDICALE**





surdiagnostic

- Le mal de notre médecine moderne...
- Le surdiagnostic survient quand, chez une personne, on diagnostique une maladie qui ne lui causerait jamais de problème (symptômes, voir décès), ou qu'on pose tout geste qui n'apporte pas de valeur ajoutée à un traitement.



| Surdiagnostic: plusieurs facteurs contributifs (inspiré de l'AMQ, 2013)

- Culture de la pratique médicale:
 - peur des poursuites
 - «mieux vaut prévenir que guérir»
 - «ce qui est nouveau est mieux »
 - difficulté p/r au vieillissement et à la mort
 - influence de l'industrie sur les données probantes
 - biais de publications



Surdiagnostic: plusieurs facteurs contributifs (inspiré de l'AMQ, 2013)

■ Le système:

- notre dépendance à l'imagerie médicale
- utilisation des guides de pratiques avant le jugement clinique
- mode de rémunération à l'acte
- campagnes massives de détection précoce
- déploiement lent des technologies d'information: travail en vase clos, manque de communication



| Surdiagnostic: plusieurs facteurs contributifs (inspiré de l'AMQ, 2013)

■ Les patients:

- accès à l'information sur Internet
- pressions pour avoir des tests ou des médicaments
- peur des enjeux du vieillissement
- atcds familiaux



Surdiagnostic: plusieurs facteurs contributifs (inspiré de l'AMQ, 2013)

■ Les soignants:

- être « sûr à 100% »
- pallier au manque de connaissances ou de confiance par plus de tests
- notre difficulté « à ne rien faire »
- absence de démarche clinique au préalable
- manque de temps dans le bureau
- demande de tests d'imagerie sans donner l'information clinique complète



Impacts du surdiagnostic

- Ça coûte cher! (en ressources, en argent et en temps de patient et de soignants)
- Augmentation de pression sur le réseau de la santé: diminution d'accessibilité
- Ça peut être risqué(médication et traitements)
- Source de grand stress pour les patients



surdiagnostic

Approches plurielles

mais nous faisons partie de
la solution!



Chirurgie pédiatrique (NOUVEAU)

L'Association canadienne de chirurgie pédiatrique

Chirurgie vasculaire (NOUVEAU)

La Société canadienne de chirurgie vasculaire

Cardiologie

La Société canadienne de cardiologie

Gériatrie

La Société canadienne de gériatrie

Médecine interne

La Société canadienne de médecine interne

Médecine transfusionnelle (NOUVEAU)

La Société canadienne de médecine transfusionnelle

Néphrologie

La Société canadienne de néphrologie

Rhumatologie

La Société canadienne de rhumatologie

Endocrinologie et métabolisme

La Société canadienne d'endocrinologie et de métabolisme

Soins palliatifs

La Société canadienne des médecins de soins palliatifs

Recommandation downloads

- + Télécharger toute la collection de listes
- + Télécharger un chiffrier contenant toutes les 150+ recommandations

À propos des listes

Les associations de médecins spécialistes qui participent à la campagne ont déjà conçu ou élaborent actuellement les listes des cinq actions que les médecins et les patients devraient remettre en question. Ces listes contiennent les examens, traitements et procédures couramment utilisés dans leur spécialité, mais qui ne sont pas appuyés par des preuves de leur nécessité et qui pourraient exposer les patients à des préjudices inutiles. Les associations de médecins spécialistes sont libres de déterminer le processus

EMP

20 14

*Groupes
d'âge*

Thèmes

Références

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC



Fiche de PRÉVENTION CLINIQUE

Tabagisme

Identifier, documenter l'évolution du statut tabagique et conseiller au besoin (CAN ADAPPT 2012)



Hyperlipidémie

Faire un bilan lipidique aux 3 à 5 ans chez tous les hommes de 40 à 75 ans et toutes les femmes de 50 à 75 ans (SCC 2013)

Alimentation et activité physique

Il peut être approprié, en fonction de l'état général ou de facteurs de risques cardiovasculaires, de recommander les mesures à adopter (USPSTF 2014)



Diabète

Dépister tous les 3 ans chez les plus de 40 ans, de même que chez les moins de 40 ans porteurs de facteurs de risque (ACD 2013, GECSSP 2012)



Hypertension artérielle

Mesurer la tension artérielle de chaque patient à chaque visite médicale appropriée (GECSSP 2012, PECH)

Abus d'alcool

Identifier l'abus d'alcool chez les adultes (USPSTF 2013, CMQ 2012)



Obésité

Mesurer l'indice de masse corporelle chez tous les adultes, puis offrir ou référer à des interventions comportementales structurées si l'obésité est documentée (GECSSP 2015)

Cancers

Dépister aux 2 ans après une décision éclairée du patient :
pour les hommes - colorectal (50-74 ans) et prostate (55-70 ans);
pour les femmes - sein (50-69 ans), colorectal (50-74 ans), col utérin (21 à 65 ans) (ASG 2010, INSPQ 2011, ACP 2012, CMQ 2013, USPSTF 2012, GECSSP 2013, 2014)



Ostéoporose

Rechercher des facteurs de risques pour les 50 ans et plus. Si identifiés, effectuer une mesure de la densité minérale osseuse ainsi que pour les 65 ans et plus (SCO, USPSTF 2010, MSSS 2012)

Documenter une histoire de chute à partir de 65 ans (INSPQ 2011)



Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Évaluer les facteurs de risque chez tout adulte actif sexuellement, offrir un counseling préventif et dépister les ITSS selon les facteurs de risque décelés (MSSS 2014, USPSTF 2014)

Immunisation

Compléter la vaccination de l'adulte selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) en considérant l'âge, les facteurs de risque (dont la grossesse et les maladies chroniques) et le nombre de doses déjà reçues pour « diphtérie - coqueluche - tétanos », « rougeole - rubéole - oreillons ». Les adultes réceptifs de certains groupes pourraient nécessiter une vaccination contre la poliomyélite et la varicelle. Offrir annuellement la vaccination contre l'influenza surtout s'il y a des facteurs de risque chez l'adulte ou des contacts familiaux à risque. Vacciner une fois les adultes de plus de 65 ans, de même que les plus de 18 ans en état d'immunosuppression contre les pneumocoques. Offrir le vaccin contre le Zona aux 60 ans et plus et le considérer pour certains groupes à risque dès l'âge de 50 ans. Envisager tout autre vaccin, selon les risques, dont ceux pour protéger les voyageurs.

Ces recommandations sont issues de données probantes récentes et remplacent celles de l'évaluation médicale périodique. Elles s'appliquent lors des visites médicales appropriées ou d'un suivi régulier. D'autres activités préventives peuvent être pratiquées en fonction du jugement clinique.

Auteurs : Drs Claude Thivierge, Alexandra Kossowski, Claude Laberge, Monique Letellier, Sylvie Venne. Réviseurs : Drs Johanne Blais, Carl Fournier, François Goulet.
© Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Collège des médecins du Québec Tous droits réservés - 2015

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec


COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC
Une médecine de qualité
au service du public



Les références

- Le Groupe d'étude Canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP)
- L'évaluation médicale périodique de l'adulte, Direction de la santé publique de Montréal centre.
- The US Preventive Services Task Force

Autres associations médicales

..... EBM avant tout.....



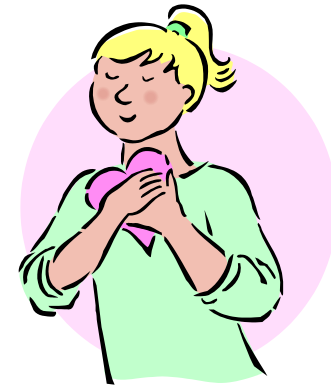
Appliquer une approche ciblée

■ Deux questions

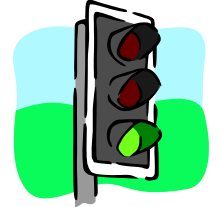
- À quels problèmes de santé cette personne est-elle exposée à cause de :
 - Son âge
 - Son sexe
 - Ses habitudes de vies
 - Ses antécédents personnels et familiaux
- Dispose-t-on d'interventions efficaces pour prévenir ou dépister ces problèmes et les corriger?

Vignette 1: Julie 26 ans

- Julie a 26 ans. Elle étudie en astronomie à l'université et travaille quelques soirs et fins de semaine dans un magasin. Elle a un nouveau partenaire depuis un an. Elle a pris rendez-vous pour faire renouveler sa pilule. Elle ne fume pas.



Mesures préventives chez Julie, selon les données probantes



- Rechercher à l'histoire/faire le counselling
 - Tabac
 - Pratiques sexuelles
 - Consommation d'alcool
 - Alimentation
 - Activité physique
 - (Acide folique)
- Examen physique
 - Prise de TA
 - Poids et IMC
 - (Tour de taille)
- Laboratoires
 - Test PAP
 - Chlamydia (si nouveau partenaire <2mois; multiples partenaires dans la dernière année; ITSS)
 - (VIH, syphilis, gonorrhée, hépatites)
 - (Sérologie rubéole)
- Vaccins
 - dcaT, D₂T₅ rappel aux 10 ans
 - RRO si non immunisée
 - (Vaccin virus du papillome humain)



Risque cardio-vasculaire

- Tension artérielle

PECH 2013: mesure de la tension artérielle de chaque patient à chaque visite médicale appropriée

- Obésité

GECSSP 2015:

IMC adultes



Cancer du col utérin

- INSPQ 2011, GECSSP 2014

test PAP tous les 2 à 3 ans chez les femmes de 21 à 65 ans non hystérectomisées

Vignette 2 : Pierre 56 ans

- Fumeur d'un paquet par jour depuis longtemps, Pierre s'inquiète de son état de santé depuis qu'un de ses collègues de bureau vient d'être hospitalisé pour un infarctus du myocarde. Il n'a pas vu de médecin depuis 10 ans.. Il veut un bilan complet.





Quelques données sur Pierre...

ATCD fam: Père DCD à 78 ans d'un anévrisme de l'aorte; Mère 77 ans, HTA, hypothyroïdie.

ATCD personnels: sp

- Médication : nil
- Fumeur de 36 paquets-année (1 paquet die depuis l'âge de 20 ans);
- Alcool: 2 bières au retour du travail et 4 à 5 par jour la fin de semaine ;ne prend pas de drogue.
- Marche 15 min x 3 /semaine
- Vaccination à jour
- Sx: Toux matinale, presque tous les jours depuis un an, mais n'en est pas importuné.

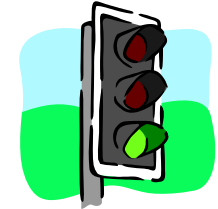


Examen physique de Pierre

■ Examen physique

- TA 142 / 88 pouls régulier à 80 / min.
- Poids 93 kg, mesure 1,76 m
- IMC est à 30
- TT est à 104 cm
- L'examen cardiovasculaire est normal (auscultation cardiaque, pouls périphériques)
- Poumons clairs
- TR normal(?)

Les mesures préventives chez Pierre, selon les données probantes



- Rechercher à l'histoire/faire le counselling
 - Tabac
 - Alcool
 - Activité physique
 - Alimentation (incluant sources de calcium et vit. D)
 - ITSS
- Examen physique
 - TA
 - Poids et IMC
 - (Tour de taille)
- Laboratoires
 - Lipides aux 3-5 ans
 - Glycémie aux 3 ans
 - Cancer colorectal
 - Cancer de la prostate?
 - Échographie abdominale?
 - Vaccins / pharmacoprophyl.
 - dcaT, D₂T₅ aux 10 ans
 - Pneumocoque, influenza?



Dépistage de l'abus d'alcool

- Questionnaire CAGE
- Une réponse positive à plus de 15 consommations par semaine chez l'homme et 10 chez la femme
- (USPSTF 2013, CMQ 2012 et Educ'alcool)



Activité physique

- Au moins 150 minutes d'activité aérobique d'intensité moyenne (léger essoufflement) par semaine
 - et
 - 2 fois ou plus par semaine, des exercices de musculation sollicitant les grands groupes musculaires
- (Société canadienne de physiologie de l'exercice 2011)



Laboratoires

- **Dyslipidémies:**

Bilan lipidique aux 3-5 ans chez les hommes de 40 à 75 ans et les femmes de 50 à 75 ans ou ménopausées

(Société canadienne de cardiologie 2013)

- **Glycémie:**

aux 3 ans chez les plus de 40 ans

ou moins de 40 ans si risque cardio.-vasc.

(Ass.can.du diabète 2013)



Anévrisme de l'aorte abdominale

Société canadienne de chirurgie vasculaire(2008) et AETMIS (2010) suggèrent une écho. abdominale:

- Hommes de 65 à 75 ans
- Hommes <65 ans si Hx familiale +
- femmes > 65 ans avec ATCDs personnels ou familiaux de maladie cérébrovasculaire et histoire familiale + d'AAA(peut être considéré)

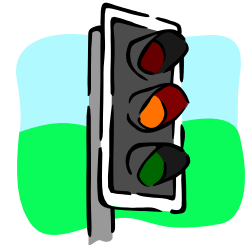


Aspirine

- Pas en prévention primaire SAUF si le profil de risque cardio-vasculaire est élevé (Société canadienne de cardiologie 2011 et PECH 2013)

Le bilan de santé de Pierre, fumeur de 56 ans.

Il n'est pas recommandé:



- R-X pulmonaire
- ECG d'effort



Cancer du poumon et MPOC

- Cancer du poumon:
pas de dépistage

- MPOC

counselling sur l'arrêt tabagique: ★★☆☆☆

spirométrie chez fumeurs symptomatiques

(GOLD, 2013)



Cancer

colorectal¹⁵⁻¹⁶ ★★★★★

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 : sigmoïdoscopie 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.



Et le dépistage du cancer de la prostate?

CONTROVERSE et INCERTITUDE
des dernières années



Les faits sur le cancer de la prostate

- Cancer le plus fréquent chez l'homme: 14% (plus de 25000 nouveaux cas chaque année au Canada)
- 3^e cause de décès par cancer chez l'homme au Canada: 4%
- Décès: 2/3 > 70 ans
- Evolution lente dans la majorité des cas
- Dépistage: dosage de l'APS + toucher rectal (tests imparfaits)



APS

- Conditions augmentant les taux sériques d'APS:
 - Cancer de la prostate
 - HBP
 - Prostatite aiguë, chronique, cystite
 - Manipulations(massage, biopsies, cathétérisme...)
 - Rétention urinaire aiguë



| Améliorer la sensibilité et la spécificité de l'APS

- Echelle d'APS selon l'âge:

AGE	Seuil d'APS (mcg/litre)
40-49	2.5
50-59	3.5
60-69	4.5
70 et plus	6.5



Aujourd'hui, on reconnaît:

- Les limites de nos outils de dépistage (APS et toucher rectal)
- La faiblesse des meilleures données scientifiques disponibles sur l'effet du dépistage et Rx d'un cancer de la prostate découvert à un stade précoce sur la mortalité



| Aujourd'hui, on reconnaît:

- Notre difficulté à distinguer les cancers de la prostate qui demeureront latents et ne causeront jamais de problème à la personne et ceux qui évolueront plus agressivement et donneront des complications



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.

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.

★★★★★

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. ★★★★★

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). ★

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



Prise de décision partagée

« Processus au cours duquel le professionnel de la santé et le patient prennent ensemble une décision basée sur les meilleures données scientifiques disponibles sur les avantages et les risques de toutes les options, tout en considérant les valeurs et préférences du patient ».



Outil d'aide à la décision pour le dépistage du cancer de la prostate



Le cancer de la prostate
Le dépistage
Évaluer votre risque
Une décision à prendre
Autres sources
d'information
Qui sommes-nous?
Avis de non-responsabilité

Accueil



Bienvenue dans cet outil d'aide à la décision pour le dépistage du cancer de la prostate.

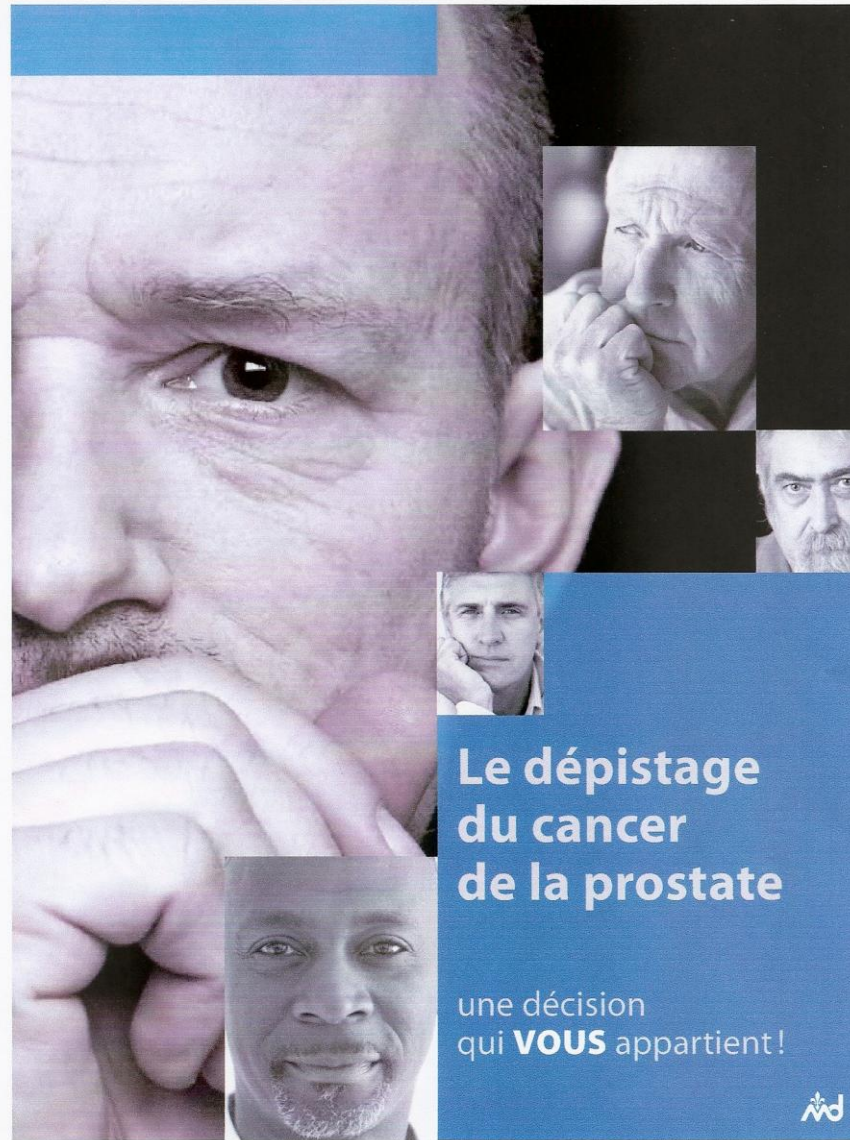
Ce site a été conçu pour vous informer et vous aider à décider de faire ou non le dépistage du cancer de la prostate.

Il s'adresse aux hommes de 40 à 50 ans avec une histoire de cancer de la prostate dans la famille proche et aux hommes de 50 à 69 ans avec ou sans histoire de cancer de la prostate dans la famille. Chez les autres hommes, dont les hommes plus âgés, la majorité des organismes en santé ne recommandent pas de faire le dépistage du cancer de la prostate. Les mêmes organismes ne recommandent également pas de faire le dépistage chez les hommes chez qui on estime qu'ils auraient moins de 10 années à vivre à cause d'autres problèmes de santé.

La première section explique ce qu'est le cancer de la prostate. Cliquez sur **Le cancer de la prostate** dans le menu de gauche.


© Droits réservés, Université Laval 2010
Dernière mise à jour: 30 janvier 2013

infoprostate.fmed.ulaval.ca



**Le dépistage
du cancer
de la prostate**

une décision
qui **VOUS** appartient!



www.cmq.org



Prise de décision partagée

- **1. Initier un processus de prise de décision éclairée**
 - a. Présenter la discussion (recommandations actuelles); annoncer qu'il y a une décision à prendre
 - b. Vérifier le désir et le confort du patient à participer à la prise de décision; offrir notre soutien pour évaluer les pour et les contre de toutes les options offertes



Prise de décision partagée

1. suite

- c. Rassurer: Dans l'état actuel des connaissances, faire ou ne pas faire de dépistage du cancer de la prostate (pour les hommes à faible risque) sont des options acceptables. La bonne décision est celle avec laquelle on est le plus confortable.



Prise de décision partagée

□ 2. Partager les info. pertinentes de façon claire et mesurée

- partir de questions ouvertes pour vérifier la compréhension des données
- partager du matériel d'information



Prise de décision partagée

Pour le cancer de la prostate:

- Dépistage: but
tests de dépistage
- Controverse: Surdiagnostic* menant à un traitement agressif, parfois inutile

*Surdiagnostic: « le fait de découvrir et de traiter des cancers qui ne se seraient pas manifestés sans le dépistage et qui n'auraient pas eu de conséquences sur la vie de la personne »



Prise de décision partagée

➤ **Avantages du dépistage:**

- Survie: Pour chaque 100 hommes dépistés, 1 décès par cancer de la prostate pourrait être évité avec un suivi à long terme
- Être rassuré: 82/100 hommes dépistés ont un test négatif



Prise de décision partagée

➤ Inconvénients du dépistage:

- Être rassuré à tort: 2/82 hommes rassurés ont un cancer de la prostate
 - «Fausse alerte»: sur les 18 hommes ayant un test positif, 16 ne meurent pas du cancer de la prostate (6 n'auraient jamais su qu'ils avaient un cancer de la prostate sans le dépistage)



Prise de décision partagée

■ 3. Favoriser la participation active du patient à la prise de décision

-aider le patient à clarifier ses valeurs et préférences par rapport aux options

« Qu'est-ce qui est le plus important pour vous? »

« Y a-t-il d'autres choses importantes pour vous qui influenceraient votre décision? »



Prise de décision partagée

■ 4. S'assurer que le patient se sente à l'aise avec la décision

« Avez-vous toute l'information pour prendre votre décision? »

« Avez-vous des questions? »

« Avez-vous le sentiment de pouvoir prendre une décision tout de suite? » Désirez-vous y réfléchir et qu'on s'en reparle? » ou

« Êtes-vous confortable avec votre décision? »

Vignette 3: Jacqueline 72 ans

- La dernière visite médicale de Jacqueline date de plus de 3 ans. Elle désire passer une mammographie de dépistage, inquiète de ne pas avoir eu de lettre du PQDCS, et se questionne sur ses risques de faire de l'ostéoporose.





Quelques données sur Jacqueline...

- **ATCD fam.:**

- Père MCAS à 66 ans

- Mère DCD à 79 ans: diabète, HTA

- 1 frère DCD à 66 ans de néo du colon

- 1 frère 74 ans: diabète, MCAS à 53 ans(PAC)

- **ATCD personnels:**

- cholécystectomie

- ménopause à 50 ans; pas de HTR

- Médication: nil

- Vaccin à jour



Quelques données sur Jacqueline...

Ex-fumeuse; 37 paquets-année, cessé à 55 ans

Alcool: nil

Alimentation: peu de produits laitiers

Marche 30 minutes par jour

Partenaire stable

N'a pas vu l'optométriste depuis 7 ans

Bon équilibre, pas de chute

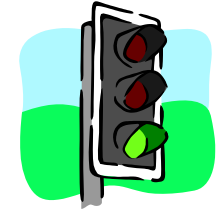


Examen physique de Jacqueline

- Poids 72 Kg Taille 165 cm
- IMC 26.4
- TT 90 cm
- TA 148/92 RCR à 76/min

- Elle vous fait répéter à quelques reprises pendant l'entrevue
- Oreilles: pas de cérumen
- Reste de l'examen normal

Les mesures préventives chez Jacqueline



- Rechercher à l'histoire/counselling
- - Tabac
 - Alcool
 - Activité physique
 - Risque de chute
 - Nutrition et facteurs de risque d'ostéoporose
 - (audition-vision)
- Examen physique
 - TA
 - IMC (et tour de taille)
 - (Test de la voix chuchotée)
- Laboratoires
 - DMO
 - (Mammographie)
 - Cancer colorectal
 - glycémie et lipides
- Vaccins / pharmacoprophylaxie
 - DCaT, D₂T₅
 - Pneumovax, influenza
 - Discuter du vaccin contre le zona
 - Calcium et vitamine D



Chutes chez les aînés vivant à domicile

- A vérifier chez les personnes âgées de 65 ans ou plus:
 - histoire de chute dans la dernière année
 - trouble de l'équilibre et de la marche

(INSPQ-2011)



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. 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.



Cancer du sein

- Le cancer le plus fréquent chez la femme
- Risque d'avoir un cancer du sein: 12 %
- Risque de mourir d'un cancer du sein:3%
- 80% chez des femmes de 50 ans et plus
- PQDCS existe depuis 1998



EMP 2014



Cancer du sein¹⁷ ★★★

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

Soutien à la prise de décision éclairée concernant le dépistage du cancer du sein

Révision de l'approche de communication suite:

- à la disponibilité de nouvelles données scientifiques et
- au désir des femmes de participer plus activement aux décisions concernant leur santé





Dépistage du cancer du sein

- A lire: dépliant du PQDCS- MSSS

(2013)

« Participer au programme québécois de dépistage du cancer du sein: votre décision »

- Formation en ligne sur le soutien à la prise de décision éclairée concernant le dépistage du cancer du sein



Prise de décision partagée

- **2. Partager les info. pertinentes de façon claire et mesurée**
 - **Avantages du dépistage aux 2 ans sur 20 ans**
 - Survie (vrai +): 7 décès de moins par 1000 femmes dépistées(13 vs 20)
 - Être rassurée(vrai)
 - Réduire le risque d'avoir de la chimiothérapie



Prise de décision partagée

➤ Inconvénients du dépistage:

- être rassurée à tort(faux -): 21/77 ayant un cancer du sein ont eu mammo normale
- attente et inquiétude(faux +):170 femmes de plus passent ≥ 1 examen complémentaire (495/1000 en 20 ans)
- surdiagnostic: 10/77 cancers du sein seront traités pour rien

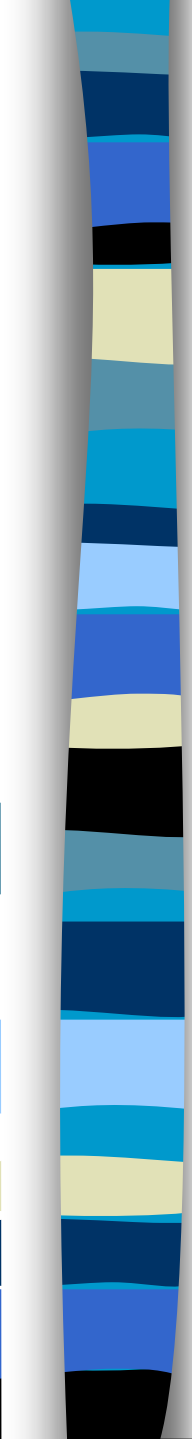


Questions de tous les jours

- Doit-on passer un bilan de santé à chaque année ?

NON

- Que doit contenir un bilan de santé standard ?
 - Il n'y a pas de bilan de santé standard



| Le bilan de santé (ou évaluation médicale périodique) change...

- Questionnement sur son utilité et son impact réel sur la santé des gens
- Questionnement sur des tests de dépistage
- Questionnement sur notre façon traditionnelle de faire:
 - maintenir les visites axées sur L'EMP(non)
 - ou **intégrer des approches préventives au cours de diverses visites appropriées**
 - travailler en collaboration avec d'autres professionnels**



La prévention clinique, de la théorie à la pratique

- Un bon questionnaire et un examen physique pertinent
- Accent sur les habitudes de vie
- Peu de tests de routine
- Une communication personnalisée; le patient partenaire
- Un bureau organisé(TI et DME-access adapté)
- Le travail en collaboration



références

1. Fiche de prévention clinique

CMQ et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2015

2. EMP 2014. CMQ et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

2. Le médecin du Québec. La prévention dans la pratique, mai 2015

3. Première conférence internationale sur le surdiagnostic . Rapport de mission de l'AMQ, octobre 2013

4. « Choisir avec soin »

www.choisiravecsoin.org

5. Le dépistage du cancer de la prostate, une décision qui vous appartient! Collège des médecins du Québec, 2013

6. Participer au programme québécois de dépistage du cancer du sein: votre décision, 2013