

# La prévention chez l'adulte une occasion à saisir au vol!

4

*Stéphane Groulx*

**Au cœur d'une famille recomposée, pris en sandwich entre un travail exigeant, des enfants en bas âge, des ados turbulents et des parents vieillissants, le couple Lavigueur-Latendresse affronte quotidiennement une dynamique complexe et en équilibre instable. Pour ces deux adultes qui ont plus d'un chat à fouetter, c'est tout un défi que de mettre la prévention et la promotion de leur propre santé à l'agenda ! Pourtant, après deux ans de consultations sans rendez-vous avec leurs enfants, ils se décident enfin à venir vous voir pour un bilan de santé.**

## **Interventions préventives qui doivent attirer l'attention du clinicien dans le brouhaha de la consultation**

### *Un sixième sens pour la prévention*

Dès les premiers instants d'une consultation, une foule d'indices verbaux et non verbaux alimentent nos hypothèses diagnostiques concernant les problèmes de santé réels ou potentiels de notre clientèle. Au même titre que les signes et symptômes attirent notre attention, les facteurs de risque et de vulnérabilité que l'on note chez nos patients sont autant de drapeaux rouges qui doivent nous inciter à ouvrir la voie à des interventions préventives. Ces dernières visent à prévenir la morbidité et la mortalité prématurées dues à cinq grands fléaux qui affectent notre clientèle, à l'aide de quatre méthodes cliniques éprouvées : le counseling, le dépistage, l'immunisation et la chimioprophylaxie. Les principaux axes de notre intervention

*Le Dr Stéphane Groulx, omnipraticien, exerce la médecine familiale à Saint-Lambert. Il est médecin-conseil aux Directions de santé publique de la Montérégie et de la Capitale nationale et professeur d'enseignement clinique au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke.*

préventive sont illustrés à la figure 1.

### *Les cas de Francine et de Jean-Pierre*

Francine Latendresse, 35 ans, est éducatrice en garderie, mais elle est en congé de maternité. Elle a des antécédents personnels et familiaux de dépression, n'est pas enthousiaste de retourner travailler à l'issue de son congé de maternité dans huit mois et envisagerait plus volontiers une nouvelle grossesse, à laquelle Jean-Pierre s'oppose. Très sédentaire, elle fume depuis toujours 15 cigarettes par jour, n'a réussi au mieux qu'à réduire sa consommation à 10 cigarettes au cours de ses grossesses et souffre d'asthme intermittent.

Jean-Pierre Lavigueur, 52 ans, est entrepreneur en portes et fenêtres à son compte, plutôt stressé et toujours actif sur un chantier. Il dit boire 24 bières par semaine « pour se détendre », mais a alors tendance à lever le ton avec sa femme et ses enfants, sans jamais toutefois être violent physiquement. Il a cessé de fumer il y a cinq ans. Il a un excès de poids et un abdomen proéminent. Son père, qui était fumeur, est mort à 55 ans d'un infarctus du myocarde.

### *Le point de vue des experts*

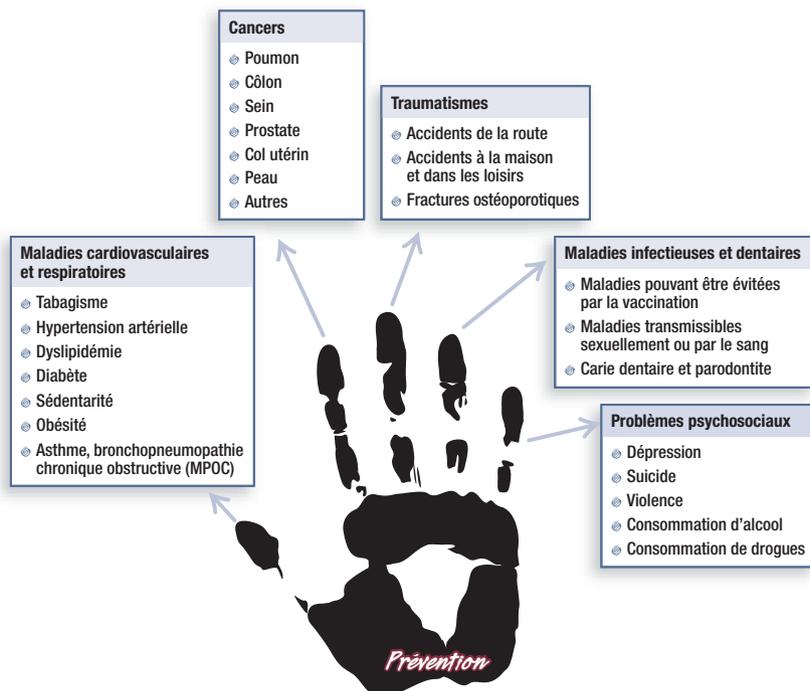
Le tableau présente les principales recommandations canadiennes (Groupe d'étude canadien sur les

**Au même titre que les signes et symptômes attirent notre attention, les facteurs de risque et de vulnérabilité que l'on note chez nos patients sont autant de drapeaux rouges qui doivent nous inciter à ouvrir la voie à des interventions préventives.**

Repère

Figure 1

### Principaux axes de l'intervention préventive chez l'adulte



maladie pulmonaire irréversible ainsi que le risque de maladie cardiovasculaire et de nombreux cancers. De façon indirecte, sa consommation de tabac constitue un risque non négligeable pour son conjoint et ses enfants ainsi que dans la perspective d'une nouvelle grossesse (*encadré*). Le tabagisme de Francine constitue également un exemple déplorable pour les adolescents et leur procure une accessibilité accrue aux cigarettes. Aucune intervention préventive menée par un médecin n'est aussi efficace et rentable pour réduire la mortalité et la morbidité que le counselling antitabac. Plus l'intervention est soutenue (durée et fréquence), plus on obtient de résultats. Un counselling minimal ou bref (moins de trois minutes)

soins de santé préventifs, GÉCSP<sup>1,2</sup> et américaines (*United States Preventive Services Task Force, USPSTF*)<sup>3,4</sup> fondées sur des données probantes en matière de prévention chez les adultes. Les deux groupes d'experts travaillent en collaboration, mais les recommandations américaines sont mises à jour plus fréquemment et ont tendance à être plus interventionnistes.

Souvent, la pratique prend de l'avance ou du retard sur les preuves scientifiques, ce qui n'est pas nécessairement un sacrilège. Les guides de pratique sont des lignes directrices, non des paroles d'évangile. Ils peuvent donc à l'occasion suivre un mouvement de balancier déroutant pour les cliniciens et leurs patients (Ex. : les recommandations concernant l'hormonothérapie de remplacement à la ménopause). Dans tous les cas, le jugement du clinicien, le point de vue du patient et l'analyse du contexte de l'intervention doivent jouer un rôle prépondérant dans la prise de décision.

#### Le point de vue du clinicien dans le cas de Francine

Dans le cas de Francine, le tabagisme demeure notre principale préoccupation, de par son action directe sur l'aggravation de l'asthme, l'apparition possible d'une

devrait être réalisé dans le cadre de la présente consultation, avec évaluation du stade de changement, recommandation forte et claire en faveur de l'abandon du tabac, prescription éventuelle d'aides pharmacologiques, consignation du statut de fumeur au dossier et offre de suivi, soit par un rendez-vous consacré à ce sujet, soit par l'orientation vers un programme validé<sup>5</sup>.

La sédentarité de Francine est un facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires. Si les preuves à l'appui du counselling médical sur l'activité physique sont moins fortes que pour le tabac, les multiples bienfaits de l'activité physique pour la santé devraient nous inciter à faire un counselling bref à la prochaine visite et à diriger Francine vers les ressources appropriées.

Il faut mesurer la pression artérielle de tous les adultes à chaque visite, à l'aide d'une technique standardisée et d'un appareil calibré, puis traiter le patient, le cas échéant.

Quant au cancer, celui du poumon demeure le plus redoutable, mais seul l'abandon du tabac peut nous venir en aide. En effet, la radiographie demeure dé-

conseillée tandis que les données relatives à la technique de tomodensitométrie hélicoïdale (*spiral CT scanning*) sont insuffisantes. Si l'arrêt du tabac semble impossible à court terme, une recommandation de consommer des fruits et légumes verts feuillus pour prévenir le cancer du poumon a été émise par le Groupe d'étude canadien, mais on peut s'interroger sérieusement sur sa pertinence. L'examen clinique des seins est recommandé annuellement au Canada, en complément de la mammographie, pour les femmes de 50 à 69 ans. Les experts américains recommandent la mammographie, avec ou sans examen clinique, tous les ans ou tous les deux ans, dès 40 ans. Comme Francine n'a pas de facteur de risque de cancer du sein et n'a que 35 ans, ces interventions ne sont pas indiquées. L'enseignement de l'auto-examen des seins est déconseillé par les experts canadiens. Le test de Papanicolaou demeure incontournable et doit être répété à un intervalle de un à trois ans selon le niveau de risque. Enfin, nous pourrions profiter de l'arrivée du printemps pour aborder la question de la protection contre l'exposition excessive au rayonnement ultraviolet, l'emploi d'écrans solaires demeurant une mesure discutable.

La prévention des infections nécessite la mise à jour de l'immunisation de base, avec un rappel du vaccin diphtérie-tétanos tous les dix ans. Francine devrait recevoir au moins une fois le nouveau vaccin diphtérie-tétanos intégrant la composante acellulaire contre la coqueluche (dCaT) pour protéger ses propres enfants ainsi que ses petits clients de la garderie. Le vaccin antigrippal est clairement indiqué dans son cas, car elle souffre d'asthme. Toutes les personnes vivant sous le même toit qu'elle peuvent aussi le recevoir gratuitement. La vaccination de toute la famille est doublement indiquée à cause de la petite Clothilde qui n'a que quatre mois et qui ne peut donc recevoir le vaccin. Il ne faut pas hésiter à recommander le vaccin antipneumococcique à Francine s'il y a le moindre doute quant à la présence d'une bronchite chronique causée par le tabac. Le lecteur est prié de consulter le numéro d'octobre 2004 du *Médecin du Québec* pour de plus amples renseignements sur la vaccination.

Le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et la recommandation de moyens de protection pourraient être indiqués si Francine ou son conjoint avaient été exposés. Enfin, sur le plan de la prévention de la carie dentaire et de la

## Encadré

### La fumée de tabac dans l'environnement

- ☉ La fumée de tabac dans l'environnement, qui est produite à faible température et qui n'est pas filtrée, est encore plus toxique que celle que les fumeurs respirent. Parmi les 4000 produits chimiques qu'elle contient, dont au moins 40 sont cancérogènes, certains sont de 2 à 100 fois plus concentrés que ceux se trouvant dans la fumée aspirée par les fumeurs.
- ☉ La fumée de tabac dans l'environnement est le principal polluant de l'air dans les maisons, les édifices publics et les véhicules où l'on permet de fumer. Les non-fumeurs qui passent une heure en voiture avec un fumeur « fument » l'équivalent de trois cigarettes. Une journée complète dans la même pièce qu'un fumeur équivaut à six cigarettes.
- ☉ Ouvrir la fenêtre, faire fonctionner la hotte de la cuisine ou fumer seulement dans certaines pièces est inefficace pour éviter la présence de substances toxiques. La seule solution est de bannir définitivement le tabac de l'environnement.
- ☉ À court terme, les non-fumeurs souffrent des effets irritants de la fumée de tabac dans l'environnement : irritation des yeux, du nez et de la gorge, toux, maux de tête, maux de cœur, étourdissements, etc., sans parler des risques d'incendie et de brûlures.
- ☉ À moyen terme, les problèmes suivants, souvent liés à la dose, sont à craindre dans les familles où l'on fume<sup>12</sup> :
  - ☉ baisse de la fertilité, grossesses extra-utérines, avortements spontanés ;
  - ☉ hématomes rétroplacentaires, insertion basse du placenta ;
  - ☉ accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes ;
  - ☉ retard de croissance intra-utérine (100 g) ;
  - ☉ malformations congénitales, mort *in utero*, mortalité néonatale ;
  - ☉ réduction de la production de lait ;
  - ☉ mort subite du nourrisson ;
  - ☉ bronchiolites, bronchites, otites, asthme ;
  - ☉ hyperactivité, troubles du comportement, troubles cognitifs ;
  - ☉ cancers.
- ☉ À long terme, on estime que 380 Québécois meurent prématurément chaque année à cause de la fumée de tabac dans l'environnement.

parodontite, les visites périodiques, l'utilisation de fluorures topiques, de dentifrice fluoré, de la soie dentaire, de rince-bouche fluoré ou de rince-bouche antiseptique chez les personnes à risque ainsi que l'abandon du tabac sont recommandés.

En raison des antécédents de dépression de Francine, l'anamnèse systématique devrait cibler la présence de symptômes dépressifs et d'idées suicidaires. Le médecin devrait également faire le dépistage d'une éventuelle toxicomanie associée, particulièrement d'une consommation excessive d'alcool. Les experts canadiens se sont rapprochés de la position des experts américains et ont recommandé le dépistage systématique de la dépression

## Principales recommandations canadiennes et américaines en matière de prévention chez les adultes

Axe préventif	Problème	Interventions préventives	Recommandations (catégorie-année)	
			GÉCSP <sup>1,2*</sup>	USPSTF <sup>3,4†</sup>
Maladies cardiovasculaires et respiratoires	Tabagisme	Counselling antitabac	A-1994	A-2003
		Aides pharmacologiques	A-1994	A-2003
		Consignation du statut de fumeur au dossier		B-2003
		Orientation vers un programme spécialisé	B-1994	A-2003
		Environnement sans fumée	C-1994	
	Hypertension	Dépistage	B-1994	A-2003
		Traitement	A-1994	
	Sédentarité	Pratique d'activités physiques	B-1994	
		Counselling sur l'activité physique	C-1994	I-2002
	Dyslipidémies	Dépistage	C-1994 (30-69 ans)	A-2001 (H35/F45 ans)
	Mauvaise alimentation associée à l'HTA, au diabète, à une dyslipidémie ou à des problèmes liés à l'obésité	Counselling diététique intensif (6 séances de 30 minutes)	B-1994	B-2003
	Diabète	Dépistage de masse	D-1994	I-2003
		Dépistage chez les patients hypertendus et dyslipidémiques	B-2005	
	Obésité	Mesure de l'indice de masse corporelle (IMC)	B-1999	B-2003
Cardiopathie ischémique	Prescription d'AAS (risque élevé)		A-2002	
Cancers	Cancer du poumon	Counselling antitabac	A-1994	A-2003
		Consommation de fruits et légumes verts feuillus (fumeurs)	B-2003	
	Cancer colorectal (CCR)	Recherche de sang occulte dans les selles	A-2001	A-2002
		Sigmoïdoscopie	B-2001	A-2002
		Coloscopie		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ CCR non polyposique</li> <li>⊙ Antécédents familiaux de CCR ou de polypes</li> <li>⊙ Aucun facteur de risque, sauf l'âge</li> </ul>	B-2001 C-2001 C-2001	
	Cancer du sein	Enseignement de l'auto-examen	D-2001	I-2002
		Examen clinique annuel	A-1998	I-2002
		Mammographie	A-1998 (50 à 69 ans)	B-2002 (40 ans et +)
	Cancer du col utérin	Test de Papanicolaou à un intervalle de un à trois ans	B-1994	A-2003
	Cancer de la prostate	Toucher rectal	C-1994	I-2002
		Dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS)	D-1994	I-2002
	Cancer de la peau	Examen clinique	C-1994	I-2001
		Évitement de l'exposition solaire	B-1994	I-2003
Utilisation d'écrans solaires		C-1994	I-2003	
Traumatismes	Accidents de la route	Port de la ceinture	B-1994	B-1996
		Counselling sur l'alcool au volant	C-1994	B-1996
		Port du casque à vélo	C-1994	
	Exposition au bruit	Port d'un moyen de protection adéquat	A-1994	
	Accidents à la maison ou dans les loisirs	Prévention des blessures et des empoisonnements	B-1994	B-1996
		Installation d'un détecteur de fumée	B-1994	
		Counselling sur l'alcool associé aux sports nautiques	C-1994	
	Fractures ostéoporotiques	Dépistage ≥ 65 ans ou postménopause + facteurs de risque	B-2004	B-2002
		Traitement par des bisphosphonates	A-2004	
		Prescription d'autres médicaments à titre préventif	B-2004	
		Hormonothérapie de substitution	D-2004	
		Prise de suppléments de calcium et de vitamine D	B-2004	

## Principales recommandations canadiennes et américaines en matière de prévention chez les adultes (suite)

Axe préventif	Problème	Interventions préventives	Recommandations (catégorie-année)		
			GÉCSSP <sup>1,2*</sup>	USPSTF <sup>3,4†</sup>	
Maladies infectieuses et dentaires	Diphthérie-tétanos	d <sub>2</sub> T <sub>5</sub> tous les 10 ans (dCaT une fois si le patient est en contact avec des enfants)		PIQ‡	
	Rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, hépatites A et B	Selon les indications spécifiques		PIQ‡	
	Grippe	Vaccination annuelle (groupes à risque)		PIQ‡	
	Infections pneumococciques	Vaccin polysaccharidique (groupes à risque)		PIQ‡	
	Dépistage et counselling concernant les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS), chez les personnes à risque	Dépistage de la syphilis		A-1979	A-2004
		Counselling sur la gonorrhée		B-1994	
		Dépistage de la gonorrhée		A-1994	B-1996
		Dépistage des infections à <i>Chlamydia</i>		B-1996	A-2001
		Dépistage de l'hépatite B			A-2004
		Dépistage de l'hépatite C			I-2004
		Dépistage du VIH		A-1991	A-1996
	Tuberculose (risque élevé)	Dépistage		A-1994	A-1996
		Chimioprophylaxie par l'isoniazide (INH)		A-1994	
	Carie dentaire	Utilisation de dentifrice fluoré		A-1995	B-1996
		Application de fluorures topiques et utilisation de rince-bouche fluoré (risque élevé)		A-1995	
Parodontite	Utilisation de soie dentaire		A-1998	B-1996	
	Brossage des dents		B-1992		
	Détartrage et utilisation d'un dentifrice antitartre (risque élevé)		B-1992		
	Utilisation d'un rince-bouche antiseptique (groupes à risque élevé)		A-1992		
	Abandon du tabac		B-1992		
Problèmes psychosociaux	Dépression	Dépistage de la dépression (si services adéquats disponibles)	B-2005	B-2002	
		Traitement de la dépression	A-1994		
	Risque de suicide	Dépistage du risque de suicide	C-1994	I-2004	
		Formation des médecins	B-1994		
		Traitement des patients suicidaires	B-1994		
	Toxicomanie	Recherche de cas/counselling sur l'abus d'alcool	B-2002	B-2004	
		Dépistage des drogues		I-1996	
	Violence familiale	Dépistage de la violence		I-2003	I-2004
		Counselling auprès des victimes, orientation vers un refuge ou une ressource d'accompagnement		I-2003	
		Thérapie individuelle ou orientation vers les ressources appropriées		I-2003	
Orientation des personnes hébergées vers un programme structuré qui les défendra			B-2003		
Dépistage des agresseurs, intervention auprès des agresseurs			I-2003		

\* Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSSP) classe les données probantes par catégorie de recommandation : « A » données *suffisantes* pour recommander l'intervention; « B » données *acceptables* pour recommander l'intervention; « C » données *controversées* pour appuyer ou non la recommandation de l'intervention; « D » données *acceptables* pour déconseiller l'intervention; « E » données *suffisantes* pour déconseiller l'intervention; « I » données *insuffisantes* pour émettre une recommandation.

† Le US Preventive Services Task Force (USPSTF)<sup>3,4</sup> classe les données probantes par catégorie de recommandation : « A » fortement recommandé (preuves suffisantes); « B » recommandé (preuves acceptables); « C » ni recommandé ni déconseillé (preuves conflictuelles); « D » déconseillé (preuves acceptables); « I » ni recommandé ni déconseillé (preuves insuffisantes).

‡ Protocole d'immunisation du Québec

Fond rose : s'applique aux femmes; fond bleu : s'applique aux hommes.

dans un tel cas, pour autant que les ressources nécessaires à la prise en charge soient accessibles. Il existe, par ailleurs, une forte association entre dépression et tabagisme, ce qui pourrait compliquer l'intervention sur chacun de ces problèmes. Bien qu'un dépistage systématique de la violence familiale dans la population et un counselling spécifique à ce sujet ne soient pas recommandés actuellement, cette problématique devrait faire l'objet d'une attention particulière à l'anamnèse.

Enfin, il pourrait être pertinent, au cours de rencontres ultérieures, de faire du counselling sur la sécurité routière ainsi que sur la sécurité à la maison et dans les loisirs, quoique les interventions communautaires et la loi semblent plus efficaces que le counselling individuel. La prévention des fractures ostéoporotiques repose sur le dépistage de l'ostéoporose à l'aide d'un questionnaire (SCORE, IFRO) ou par ostéodensitométrie chez les femmes post-ménopausées avec facteurs de risques ou de plus de 65 ans, sur un traitement médicamenteux préventif chez les femmes présentant un risque élevé de fracture et sur la prise de suppléments de calcium et de vitamine D par toutes les femmes ménopausées. Francine est trop jeune pour ces interventions, mais en la conseillant sur son alimentation et son tabagisme et en l'encourageant à marcher, nous pourrions l'aider à réduire ce risque.

### *Le point de vue du clinicien pour Jean-Pierre*

Dans le cas de Jean-Pierre, nous devrions nous préoccuper au premier chef de son excès de poids qui, combiné à ses antécédents familiaux de maladie cardiaque précoce, pourrait laisser soupçonner plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire. Il faut prendre sa pression artérielle de façon systématique à chaque visite et instituer un traitement, s'il y a lieu, en insistant d'abord sur l'approche non pharmacologique : atteinte d'un poids santé, diète de type DASH<sup>6</sup>, réduction de l'apport sodé, augmentation de l'activité physique, restriction de la consommation d'alcool et gestion du stress<sup>7</sup>. Une mesure du taux de cholestérol total et HDL devrait être effectuée chez les hommes à partir de 35 ans et chez les femmes dès 45 ans. Le conseil général de réduire la consommation de gras saturés demeure valide pour tous les hommes de cet âge et un traitement diététique ou pharmacologique est recommandé chez les sujets exposés à un risque élevé. Dans le cas de Jean-Pierre, il faut également faire le dépistage du diabète en

raison de son embonpoint, bien que le dépistage systématique dans la population demeure déconseillé. Le calcul de l'indice de masse corporelle et la mesure du tour de taille permettront de fixer des objectifs de perte pondérale. Jusqu'à présent, seul un counselling intensif portant sur une saine alimentation (six rencontres de trente minutes) chez des patients ayant un problème de santé lié à l'excès de poids, comme l'hypertension ou le diabète, s'est révélé efficace. Une orientation en diététique est donc souhaitable. Une chimioprophylaxie par l'aspirine est recommandée par les experts américains pour prévenir la cardiopathie ischémique.

En ce qui concerne le cancer, il faut aider Jean-Pierre à négocier un environnement sans fumée pour lui et ses enfants. La valeur du toucher rectal et du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) dans le dépistage du cancer de la prostate chez les hommes sans symptômes de 50 ans ou plus demeure controversée. Nous avons donc la délicate tâche de discuter du pour et du contre de ces examens avec notre patient. Par contre, pour le cancer colorectal, dont les trois quarts des cas surviennent chez des sujets sans autre facteur de risque que l'âge, les preuves sont fortes pour recommander la recherche de sang occulte dans les selles (Gaiac sur trois échantillons) chez les hommes et les femmes à partir de 50 ans à un intervalle de un à deux ans. Les preuves sont acceptables pour la sigmoïdoscopie, mais la valeur de la coloscopie de dépistage chez les sujets sans facteur de risque n'est pas encore établie. Enfin, le sujet de la protection solaire chez un travailleur fortement exposé aux rayons UV mérite d'être abordée.

Jean-Pierre devrait également recevoir une mise à jour de son immunisation, un rappel du vaccin diphtérie-tétanos tous les dix ans (composante coqueluche acellulaire une fois) et le vaccin antigrippal gratuitement, particulièrement pour protéger sa conjointe et son bébé de quatre mois. Pour plus de détails concernant la vaccination, le lecteur peut consulter le numéro d'octobre 2004 du *Médecin du Québec*. Les conseils donnés à Francine s'appliquent également à Jean-Pierre en matière de prévention de la carie dentaire et de la parodontite.

Au cours de visites ultérieures, nous pourrions aborder les risques de traumatismes liés à son travail, à ses déplacements ou à ses loisirs, l'efficacité du counselling sur ce sujet demeurant toutefois controversée.

L'anamnèse pourrait révéler une consommation ex-

cessive d'alcool (plus de quatorze consommations par semaine chez les hommes et plus de neuf chez les femmes). Une recherche systématique des cas de buveurs à problèmes est recommandée. Les répercussions possibles de cette consommation sur la santé physique et le fonctionnement social devraient être recherchées : hypertension artérielle, atteinte hépatique, absentéisme, alcool au volant, comportements violents.

### **Comment arriver, dans un temps très court, à conclure une entente préventive avec le patient ?**

#### *Le point de vue du patient et la prise de décision*

Dans un système de santé aux ressources illimitées, toutes les interventions indiquées chez Francine et Jean-Pierre seraient entreprises systématiquement. Dans la réalité, toutefois, le clinicien et son patient doivent faire des choix, en s'appesantissant sur l'importance et l'urgence des problèmes, en négociant les modalités d'application des décisions et en conciliant leurs agendas.

Toute intervention préventive ou curative s'accompagne forcément d'un débat entre le médecin et son patient portant principalement sur les bienfaits, les risques, les contraintes et les coûts. Une démarche systématique de collecte d'information, un message clair, une entente négociée ainsi qu'une offre de services et de suivi peuvent augmenter l'efficacité de la communication, tout en accélérant le processus de décision. Un algorithme en ce sens est proposé à la figure 2.

Le médecin réunit d'abord l'information clé concernant le **comportement** actuel du patient. Est-il actif physiquement ? A-t-elle l'habitude de passer une mammographie de dépistage ? Reçoit-elle le vaccin antigrippal tous les ans ? Prend-il de l'aspirine tous les jours ? Tous nos clients n'étant pas au même stade de changement concernant l'adoption d'un nouveau comportement<sup>8</sup>, il faut explorer l'**intention** du patient face au comportement souhaité (Est-il réticent, ouvert aux suggestions, déjà en action ?) et, enfin, découvrir ses **moti-**

**vations** personnelles (balance décisionnelle pour les réticents, aides et barrières anticipées pour ceux qui sont prêts, bienfaits et inconvénients pour ceux qui sont déjà en action), puis résumer et valider toute cette information auprès du patient. Cette phase de diagnostic correspond à l'étape **évaluer** (*Assess*) du cadre conceptuel des « 5 A » proposé par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs<sup>9</sup>.

Le médecin doit ensuite afficher clairement sa position (**conseiller** ou *Advise*), l'expliquer, discuter des différentes options, répondre aux questions et objections du patient et négocier avec lui afin de **s'entendre** sur la conduite à suivre (*Agree*). L'entente peut se limiter à rediscuter de la recommandation si le patient est réticent. Elle peut aller plus loin et comporter une **aide** directe du médecin (*Assist*) : fournir de la documentation complémentaire, prescrire ou administrer un test ou un médicament ou encore remettre le patient qui vient de rechuter sur le droit chemin. Dans tous les cas, le médecin ne doit pas abandonner son patient sur la voie difficile du changement, mais continuer de le **soutenir**, en l'orientant vers une ressource plus spécialisée ou en prévoyant un rendez-vous de relance (*Arrange*). La patience est de mise, car les changements de comportement sont lents. Il faut savoir planter son clou sur le point sensible et redonner un petit coup amical dessus à chaque visite, afin de faire tomber les résistances une à une.

### **Comment assurer la continuité nécessaire des soins préventifs chez des adultes très occupés ?**

#### *Les soins préventifs : d'aujourd'hui à demain*

Les besoins préventifs n'exerçant pas autant de pression que les besoins curatifs, la répétition nécessaire et le suivi d'une intervention dépendent d'un système de rappel périodique fiable. Ainsi, bien que 90 % des femmes du Québec consultent un médecin au moins une fois tous les deux ans, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein n'a réussi à ce jour qu'à

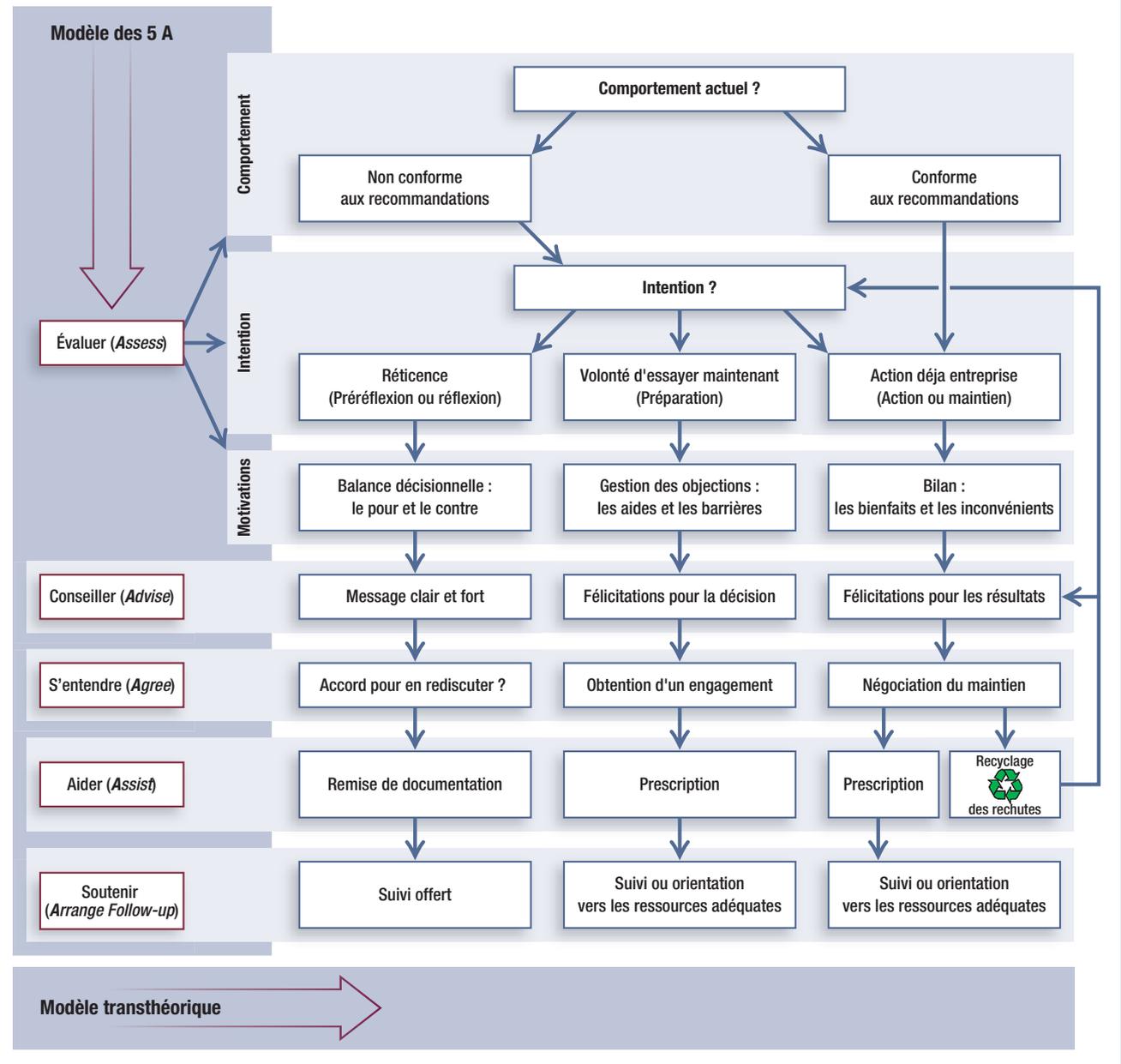
**Une démarche systématique de collecte d'information, un message clair, une entente négociée, une offre de services et de suivi peuvent augmenter l'efficacité de la communication, tout en accélérant le processus de décision.**

**Les besoins préventifs n'exerçant pas autant de pression que les besoins curatifs, la répétition nécessaire et le suivi d'une intervention dépendent d'un système de rappel périodique fiable.**

Repères

**Figure 2**

**Algorithme de counselling en faveur d'une intervention préventive**



recruter 47 % des femmes, alors qu'il faudrait en rejoindre 70 % pour obtenir une réduction de la mortalité de 25 %. Pour la vaccination antigrippale, on estime que seulement 59 % des personnes de 65 ans ou plus, 43 % des gens de 60 à 64 ans, 54 % des malades chroniques et 39 % des professionnels de la santé eux-mêmes ont été vaccinés en 2003 en Montérégie, alors que l'objectif pour tous ces groupes est fixé à 80 %. Pour l'hypertension artérielle, seulement 13 % des hy-

pertendus maîtrisent bien leur maladie<sup>10</sup>. D'autres problématiques, comme le tabagisme ou le cancer du col utérin et du côlon, pourraient faire l'objet de suivis plus systématiques. Les médecins sont directement interpellés par ces résultats insuffisants et pourraient les améliorer en s'équipant de systèmes de relance dont l'efficacité a été maintes fois démontrée. Ainsi, l'utilisation d'autocollants sur les dossiers traditionnels ou de rappels dans les dossiers cliniques infor-

matés, d'une feuille de route préventive dans le dossier (*flow sheet*), comme celle qui nous est proposée dans le premier article de cette série (« La prévention pratico-pratique » par la D<sup>re</sup> Irma Clapperton), ou encore la constitution d'un registre des patients à risque dans le but d'effectuer un rappel postal ou téléphonique sont des options dont l'efficacité est reconnue<sup>11</sup>.

Les patients doivent aussi se responsabiliser face à leur santé. Différents moyens peuvent les aider : messages dans les médias écrits et électroniques (sans oublier Internet), lignes ouvertes d'information, affiches et dépliants dans la salle d'attente, prescription préventive de leur médecin, carnets de santé autogérés et programmes d'éducation spécifiques.

L'examen annuel a fait son temps. Proposé par l'*American Medical Association* en 1922, il a été remplacé en 1983 par le concept d'examen médical périodique personnalisé, fondé sur des données probantes. Si les femmes adultes nous consultent davantage pour des bilans de santé annuels, souvent liés à la contraception et aux particularités de leur appareil reproducteur, les hommes en bonne santé n'en devraient pas moins subir un tel bilan de façon périodique, un intervalle de trois à cinq ans nous paraissant raisonnable. Dans la réalité, toutefois, ils le font rarement avant l'âge de 50 ans, si ce n'est sous l'insistance de leur conjointe... Les convaincre de la nécessité d'un « entretien préventif » constitue un défi de taille mais, après tout, ils le font bien pour leur voiture ! En attendant, nous devons saisir toute occasion au vol.

**P**OUR FAIRE de la prévention efficace chez les adultes, il faut être à l'affût des occasions, moduler son intervention selon le patient et le contexte clinique, bien connaître les interventions efficaces mais demeurer souple dans leur application, être à l'écoute du patient, tout en faisant des recommandations claires, savoir négocier une entente et organiser un suivi systématique. ☞

**Date de réception :** 17 novembre 2004

**Date d'acceptation :** 8 février 2005

**Mots-clés :** prévention, promotion de la santé, adultes, counselling, soins primaires

## Bibliographie

1. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa : Groupe Communication Canada ; 1994.

## Summary

**Prevention in adults: jump at the opportunity.** In the approach to prevention in adults, the primary care physician should be alert to any risk factor that can provide him with an opportunity for a targeted preventive intervention. Premature death, and morbidity from cardiovascular and respiratory diseases, cancer, trauma, infections and psychosocial problems can be effectively addressed by counselling, screening, immunization or chemoprophylaxis. Being up to date with evidence-based recommendations, the physician has to assess patient's behaviour, intention (stage of change) and motivations, advise clearly interventions appropriate to the patient's needs and to the clinical context, negotiate and agree with patient on these grounds, assist patient in going through the process and arrange follow-up or referral. An algorithmic approach to counselling for any preventive intervention is proposed. Finally, the necessary repetition of preventive interventions along the timeline requires effective recall systems for physicians and patients, along with other tools to ensure follow-up.

**Keywords:** prevention, health promotion, adults, counselling, primary care

2. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Site Internet (malheureusement plus complet en anglais) : [www.ctfphc.org](http://www.ctfphc.org)
3. United States Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2<sup>e</sup> éd. Alexandria : International Medical Publishing ; 1996.
4. United States Preventive Services Task Force. Site Internet : [www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm#review](http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm#review)
5. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. *Treating tobacco use and dependence. Quick reference guide for clinicians*. Rockville : US Department of Health and Human Services. Public Health Service ; 2000.
6. National Heart, Lung and Blood Institute. The DASH eating plan. 2003, Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. Site Internet : [www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash](http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash)
7. Société canadienne d'hypertension artérielle. *Recommandations 2004*. Site Internet : [www.hypertension.ca/](http://www.hypertension.ca/)
8. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. *Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York : William Morrow and co. inc. ; 1994.
9. Elford RW, MacMillan HL, Wathen CN et coll. *Counselling for risky health habits: a conceptual framework for primary care practitioners*. Rapport technique du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. London : 2001 ; 1 (7). Site Internet : [www.ctfphc.org](http://www.ctfphc.org)
10. Joffres MR, Hamet P, McLean DR. Distribution of blood pressure and hypertension in Canada and the United States. *Am J Hypertens* 2001 ; 14 : 1099-105.
11. Koutsavlis AT. Dissémination des guides de pratique chez les médecins. Montréal : Direction de santé publique de Montréal-Centre et Institut national de santé publique du Québec ; 2001. Site Internet : [www.inspq.qc.ca/aucoeurdelavie](http://www.inspq.qc.ca/aucoeurdelavie)
12. Delcroix M. *La grosseur et le tabac*. Paris : Presses Universitaires de France. Collection Que sais-je ? 2002.