

Médecine familiale

Treize examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger par
Le Collège des médecins de famille du Canada
Dernière mise à jour : juin 2017



1 Ne recourez pas à des examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos à moins d'être en présence de signaux d'alarme.

Les signaux d'alarme comprennent, entre autres, les déficits neurologiques graves ou progressifs ou des conditions sous-jacentes graves, comme l'ostéomyélite, lorsque leur présence est soupçonnée. Un examen d'imagerie de la colonne vertébrale avant six semaines n'améliore pas les résultats.

2 N'utilisez pas d'antibiotiques pour traiter une infection des voies respiratoires supérieures vraisemblablement d'origine virale, comme une maladie s'apparentant à la grippe, ou spontanément résolutive, comme une infection des sinus qui dure depuis moins de sept jours.

Lorsqu'elles se produisent, les infections bactériennes des voies respiratoires sont généralement un problème secondaire causé par une complication d'une infection virale comme la grippe. Bien qu'il soit parfois difficile de distinguer une sinusite virale d'une sinusite bactérienne, presque tous les cas sont d'origine virale. Même si des cas de sinusite bactérienne peuvent profiter des bienfaits des antibiotiques, les preuves de tels cas ne se manifestent généralement pas avant au moins sept jours en présence de la maladie. Non seulement les antibiotiques sont rarement indiqués pour traiter une infection des voies respiratoires supérieures, mais certains patients éprouvent des effets indésirables de ces médicaments.

3 Ne prescrivez pas de radiographies pulmonaires et d'électrocardiogrammes de dépistage aux patients asymptomatiques ou à faible risque.

Rares sont les preuves que la détection d'une sténose de l'artère coronaire chez les patients asymptomatiques à faible risque de maladie coronarienne améliore la santé. Des résultats faussement positifs peuvent s'avérer préjudiciables au patient en raison des procédures invasives inutiles, des traitements excessifs et des erreurs de diagnostic qu'ils entraînent. Les radiographies pulmonaires chez les patients asymptomatiques et sans indications spécifiques pour l'imagerie ont un rendement diagnostique insignifiant, mais produisent un nombre important de rapports faussement positifs. Les éventuels inconvénients d'un tel dépistage systématique dépassent les bénéfices potentiels.

4 Ne soumettez pas les femmes de moins de 21 ans ou de plus de 69 ans aux examens de dépistage par frottis cervico-vaginal (test Pap).

- Ne procédez pas à des examens de dépistage à l'aide des frottis de Pap tous les ans chez les femmes dont les examens antérieurs se sont avérés normaux.
- Ne faites pas de frottis vaginaux chez les femmes qui ont subi une hystérectomie pour une maladie non maligne.

Les préjudices potentiels du dépistage chez les femmes de moins de 21 ans l'emportent sur les avantages, et rares sont les éléments qui prouvent la nécessité de procéder à ce test chaque année lorsque les résultats des tests antérieurs étaient normaux. Les femmes qui ont subi une hystérectomie complète pour des troubles bénins n'ont plus besoin de ce dépistage. Le dépistage doit s'arrêter à 70 ans si les résultats des trois derniers tests étaient normaux.

5 Ne demandez pas d'analyses sanguines de dépistage chaque année, sauf si le profil de risque du patient l'exige.

Peu de preuves existent sur la valeur des analyses sanguines de routine chez les patients asymptomatiques. Au contraire, cette pratique est susceptible de produire un plus grand nombre de résultats faussement positifs qui peuvent conduire à des examens supplémentaires inutiles. La décision d'effectuer des tests de dépistage et la sélection des tests à effectuer doit faire l'objet d'un examen approfondi en fonction de l'âge du patient, de son sexe et de ses possibles facteurs de risque.

6 Éviter de prescrire systématiquement un dosage de la vitamine D chez les adultes à faible risque.

Puisque le Canada est situé au nord du 35e parallèle, la plupart des gens ont une exposition solaire insuffisante pour maintenir une concentration adéquate de vitamine D, particulièrement durant les mois d'hiver. La mesure du taux sérique de 25-hydroxyvitamine D est superflue, puisque la prise de suppléments de vitamine D est appropriée pour la population générale. Le dosage de la vitamine D n'est indiqué que chez les patients atteints de maladies rénales ou métaboliques graves.

7 Évitez d'effectuer de routine la mammographie de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans qui présentent un degré de risque moyen. Pour chaque patiente, l'évaluation des préférences et des risques doit guider la discussion et la décision au sujet de la mammographie de dépistage dans ce groupe d'âge.

Si, après avoir effectué cette évaluation attentive et avoir eu cette discussion avec la patiente, il se trouve que son risque de cancer du sein n'est pas élevé, les données probantes actuelles indiquent que les avantages de la mammographie de dépistage sont faibles. En outre, dans ce groupe d'âge, le risque que le dépistage produise des résultats faussement positifs est plus élevé et, par conséquent, celui aussi de subir des interventions inutiles ou préjudiciables. Comme toujours, les professionnels de la santé doivent être conscients de l'évolution du poids respectif des risques et des avantages et aider les femmes à comprendre ces données probantes. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs offre des documents de grande qualité pour faciliter ces discussions.

8 Éviter de pratiquer l'examen physique annuel chez les adultes asymptomatiques ne présentant aucun facteur de risque particulier.

L'examen physique périodique est bénéfique puisqu'il permet au médecin de vérifier l'état de santé de son patient alors qu'il se porte encore bien. Cependant, une remise en question de la périodicité est indiquée. Plusieurs maladies chroniques pour lesquelles le dépistage précoce est utile, mettent plus d'un an à se développer. Les examens médicaux préventifs devraient plutôt être pratiqués aux intervalles recommandés dans les lignes directrices, notamment celles formulées par le Groupe d'étude Canadienne sur les soins de santé préventifs pour l'examen médical périodique.

9 Éviter de prescrire la mesure de l'ostéodensitométrie par absorptiométrie biénergétique à rayons X (DEXA) pour le dépistage de l'ostéoporose chez les patients à faible risque.

Même s'il est important d'évaluer les facteurs de risque d'ostéoporose chez tous les patients de 50 ans et plus à l'aide de moyens de dépistage tels que l'outil d'auto-évaluation des risques d'ostéoporose (OST), l'ostéodensitométrie par DEXA n'est pas justifiée chez les femmes de moins de 65 ans ou chez les hommes de moins de 70 ans à faible risque.

10 Éviter de conseiller une routine d'autosurveillance régulière des glycémies capillaires chez les diabétiques qui n'utilisent pas l'insuline.

L'autosurveillance glycémique (ASG) est recommandée à certains patients atteints de diabète pour les aider à normaliser leur glycémie. Toutefois, pour la plupart des adultes atteints de diabète de type 2 et ne prenant pas d'insuline, de nombreuses études montrent que l'ASG de routine est peu utile pour l'atteinte soutenue des cibles glycémiques dans le temps.

11 Éviter de prescrire des tests de fonction thyroïdienne chez les patients asymptomatiques.

Afin de justifier un dépistage chez les patients asymptomatiques, on doit pouvoir démontrer que le traitement qui en découle permet d'améliorer l'état de santé des personnes dépistées par rapport aux patients qui ne sont pas soumis au dépistage. Or, les données actuelles ne permettent pas d'affirmer que le dépistage des maladies thyroïdiennes donne de tels résultats.

12 Ne continuez pas l'analgésie par opioïdes au-delà de la période postopératoire immédiate ou de l'épisode de douleur aiguë et intense.

La durée de la période postopératoire immédiate ou de l'épisode de douleur aiguë et intense est généralement de trois jours ou moins et dépasse rarement sept jours. Prescrivez la plus faible dose efficace et le plus petit nombre de doses requises pour soulager la douleur prévisible. Cette recommandation ne s'applique pas aux patients qui prennent déjà un traitement prolongé par opioïdes ou agonistes des opioïdes.

13 N'instaurez pas de traitement analgésique prolongé par opioïdes pour la douleur chronique avant d'avoir essayé les modalités non pharmacologiques et d'avoir procédé à un essai suffisant des agents non opioïdes.

Selon le mécanisme de la douleur et les comorbidités du patient, cela pourrait inclure l'acétaminophène, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), les tricycliques et les gabapentinoïdes. Les autres modalités non pharmacologiques pour la prise en charge de la douleur aiguë, subaiguë et chronique incluent : exercice, perte de poids, thérapie cognitivocomportementale, massothérapie, physiothérapie et manipulation vertébrale. L'essai des opioïdes doit se faire selon des critères clairement établis pour en vérifier l'efficacité et un plan doit être en place pour les arrêter si ces critères ne sont pas satisfaits.

Comment la liste a été établie

Le forum sur les enjeux de la pratique générale et familiale (forum des OP) de l'Association médicale canadienne (AMC) est un collectif regroupant les dirigeants des sections de médecine générale des associations médicales provinciales et territoriales. Pour établir la liste de ses cinq recommandations Choisir avec soin, chaque membre du forum des OP a consulté les membres de sa propre section des OP en vue de contribuer aux recommandations contenues dans les listes proposées. Les recommandations provenant de la liste Choosing Wisely® de l'American Academy of Family Physicians figuraient parmi les listes proposées. Toutes les recommandations figurant sur les listes proposées ont été rassemblées et une recherche documentaire a été effectuée afin de confirmer que ces recommandations étaient soutenues par des données probantes. Les membres du forum des OP ont discuté des treize recommandations proposées parmi lesquelles certaines devaient être retenues. Un consensus s'est établi sur huit d'entre elles. Les médecins de famille, membres du forum électronique de l'AMC, ont voté pour sélectionner cinq des huit recommandations. Celles-ci ont ensuite été approuvées par les sections provinciales et territoriales du forum des OP. Le Collège des médecins de famille du Canada est un membre observateur du forum des OP et a participé au processus de création de la liste. Les quatre premières recommandations de cette liste ont été adaptées avec l'autorisation de Five Things Physicians and Patients Should Question. © 2012 American Academy of Family Physicians.

La liste des items 6 à 11 a été établie à partir de dix recommandations proposées à l'origine pour les items 1 à 5. Les membres du Forum des OP ont examiné ces recommandations et, d'un commun accord, en ont retenues huit. Comme ils l'ont fait pour la première vague, les médecins de famille membres du Forum électronique de l'ACM ont choisi par scrutin cinq des huit recommandations. À la suite d'autres discussions, les membres du Forum des OP ont décidé d'en retenir six. On a ensuite sollicité l'opinion des sections provinciales et territoriales de médecine générale concernant ces six recommandations des sections de médecine générale provinciales et territoriales. Le Collège des médecins de famille du Canada est membre observateur du Forum des OP et a participé au processus de création de la liste.

Recommandations 12 et 13

À la fin de 2016, les partenaires de Choisir avec soin, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association médicale canadienne, ont mis sur pied la Collaboration pancanadienne relative à l'éducation pour la prescription améliorée des opioïdes afin de prévenir les préjudices associés à la prise d'opioïdes, réduire l'écart entre les différentes façons de les prescrire et améliorer la prise en charge de la douleur chez les patients. L'organisme a officiellement fait appel à Choisir avec soin au début de 2017 et lui a demandé de s'impliquer en invoquant son rôle important dans la mise à contribution des sociétés professionnelles représentant diverses spécialités cliniques pour s'attaquer aux soins inutiles. Le résultat est le lancement en mars 2018 de « Prescrire des opioïdes avec soin » et l'ajout des points 12 et 13 à la liste préexistante des 11 pratiques sur lesquelles les patients et les médecins devraient s'interroger.

Sources

- 1 Association canadienne des radiologistes. [Lignes directrices relatives aux demandes d'examen en radiologie de la CAR 2012](#) [Site Web]. 2012. (Consulté le 9 mai 2017).
Chou R, et coll. Imaging strategies for low-back pain: Systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 7 février 2009; 373(9662):463-72. [PMID : 19200918](#).
Ministère de la santé et des soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario. [L'excellence des soins pour tous – Stratégie en matière de lombalgie](#). [Site Web]. 2013. (Consulté le 9 mai 2017).
Physicians of Ontario Collaborating for Knowledge Exchange and Transfer (POCKET). [Red and yellow flag indicator cards](#) [Site Web]. 2005. (Consulté le 9 mai 2017).
Williams CM, et coll. Low back pain and best practice care: A survey of general practice physicians. *Arch Intern Med*. 8 février 2010; 170(3):271-7. [PMID : 20142573](#).
- 2 American Academy of Allergy Asthma and Immunology. [Sinus infections account for more antibiotic prescriptions than any other diagnosis](#) [Site Web]. 2013. (Consulté le 9 mai 2017).
Desrosiers M, et coll. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. [Lignes directrices canadiennes sur la rhinosinusite chronique]. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 10 février 2011; 7(1):2, 1492-7-2. [PMID : 21310056](#).
Hirschmann JV. Antibiotics for common respiratory tract infections in adults. *Arch Intern Med*. 11 février 2002; 162(3):256-64. [PMID : 11822917](#).
Low D. Reducing antibiotic use in influenza: Challenges and rewards. *Clin Microbiol Infect*. 14 avril 2008; 14(4):298-306. [PMID : 18093237](#).
Meltzer EO, et coll. Rhinosinusitis diagnosis and management for the clinician: A synopsis of recent consensus guidelines. *Mayo Clin Proc*. Mai 2011; 86(5):427-43. [PMID : 21490181](#).
Schumann SA, et coll. Patients insist on antibiotics for sinusitis? Here is a good reason to say "no". *J Fam Pract*. Juillet 2008; 57(7):464-8. [PMID : 18625169](#).
Smith SR, et coll. Treatment of mild to moderate sinusitis. *Arch Intern Med*. 26 mars 2012; 172(6):510-3. [PMID : 22450938](#).
- 3 Association canadienne des radiologistes. [Guide d'introduction à l'imagerie médicale : utilisation et sûreté des rayons X](#). [Site Web]. (Consulté le 9 mai 2017).
Association canadienne des radiologistes. [Lignes directrices relatives aux demandes d'examen en radiologie de la CAR 2012](#). Section E: Système cardiovasculaire. [Site Web]. 2012 (Consulté le 15 février 2014).
Tigges S, et coll. Routine chest radiography in a primary care setting. *Radiology*. Novembre 2004; 233(2):575-8. [PMID : 15516621](#).
U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). [Screening for coronary heart disease with electrocardiography](#) [Site Web]. Juillet 2012. (Consulté le 9 mai 2017).
- 4 Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, et coll. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ*. 8 janvier 2013; 185(1):35-45. [PMID : 23297138](#).
Partenariat canadien contre le cancer. [Cervical cancer screening guidelines: Environmental scan](#) [Site Web]. Septembre 2013. (Consulté le 9 mai 2017).
National Institute for Health and Care Excellence. [Cervical screening](#) [Site Web]. 2010. (Consulté le 9 mai 2017).
- 5 Boland BJ, et coll. Yield of laboratory tests for case-finding in the ambulatory general medical examination. *Am J Med*. Août 1996;101(2):142-52. [PMID : 8757353](#).
U.S. Preventive Services Task Force. [Guide to clinical preventive services: An assessment of the effectiveness of 169 interventions](#) [Site Web]. 1989. (Consulté le 15 février 2014).
Wians FH. Clinical laboratory tests: Which, why, and what do the results mean? *Lab Med*. 2009; 40:105-13.
- 6 British Columbia Guidelines and Protocol Advisory Committee. [Vitamin D testing protocol](#) [en ligne]. Le 1er juin 2013 [consulté le 25 septembre 2014].
Hanley DA, et coll. Vitamin D in adult health and disease: a review and guideline statement from Osteoporosis Canada. *CMAJ*. Le 7 septembre 2010; 182(12):E610-618. [PMID : 20624868](#).
Ontario Association of Medical Laboratories. [Guideline for the Appropriate Ordering of Serum Tests for 25-hydroxy Vitamin D and 1,25-dihydroxy Vitamin D](#) [en ligne]. Juin 2010 [consulté le 25 septembre 2014].
Toward Optimized Practice (TOP) Working Group for Vitamin D. [Guideline for Vitamin D Testing and Supplementation in Adults](#) [en ligne]. Edmonton (Alb.) : Toward Optimized Practice; le 31 octobre 2012 [consulté le 25 septembre 2014].

- 7** Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. [Dépistage du cancer du sein](#) (2011) – Résumé des recommandations pour les cliniciens et les responsables des politiques [en ligne]. Le 22 novembre 2011 [consulté le 25 septembre 2014].
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. [Dépistage du cancer du sein](#). Affiche « risques et avantages pour les femmes de 40 à 49 ans » [en ligne]. 2014 [consulté le 25 septembre 2014].
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, et coll. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. CMAJ. Le 22 novembre 2011; 183(17):1991-2001. PMID : 22106103.
Ringash J, et coll. Preventive health care, 2001 update: screening mammography among women aged 40-49 years at average risk of breast cancer. CMAJ. Le 20 février 2001; 164(4):469-476. PMID : 11233866.
US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med, le 17 novembre 2009; 151(10):716-726, w-236. PMID : 19920272.
- 8** Blais J, et coll. [L'évaluation médicale périodique](#) – 2014. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Collège des médecins du Québec [en ligne]. 2014 [consulté le 25 août 2014].
Boulware LE, et coll. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. Ann Intern Med, le 20 février 2007; 146(4):289-300. PMID : 17310053.
Krogsboll LT, et coll. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ, 2012; 345:e7191. PMID : 23169868.
Si S, et coll. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract, janvier 2014; 64(618):e47-53. PMID : 24567582.
The periodic health examination. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. CMAJ, le 3 novembre 1979; 121(9):1193-1254. PMID : 115569.
US Preventive Services Task Force Guides to Clinical Preventive Services. The Guide to Clinical Preventive Services 2012: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (États-Unis); 2012.
- 9** Lim LS, et coll. Screening for osteoporosis in the adult U.S. population: ACPM position statement on preventive practice. Am J Prev Med, avril 2009; 36(4):366-375. PMID : 19285200.
Papaioannou A, et coll. Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada. JAMC, le 2 août 2011. PMID : 20940232.
Powell H, et coll. Adherence to the U.S. Preventive Services Task Force 2002 osteoporosis screening guidelines in academic primary care settings. J Womens Health (Larchmt), janvier 2012; 21(1):50-53. PMID : 22150154.
The International Society for Clinical Densitometry. [2013 ISCD Official Positions – Adult](#) [en ligne], 2013 [consulté le 26 août 2014].
- 10** Brownlee C. [For Diabetics Not on Insulin, Self-Monitoring Blood Sugar Has No Benefit](#). The Cochrane Library [en ligne]. Le 19 janvier 2012 [consulté le 25 septembre 2014].
Cameron C, et coll. Cost-effectiveness of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus managed without insulin. CMAJ, le 12 janvier 2010; 182(1):28-34. PMID : 20026626.
Gomes T, et coll. Blood glucose test strips: options to reduce usage. CMAJ, le 12 janvier 2010; 182(1):35-38. PMID : 20026624.
O'Kane MJ, et coll. Efficacy of self monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study): randomised controlled trial. BMJ, le 24 mai 2008; 336(7654):1174-1177. PMID : 18420662.
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Optimal therapy recommendations for the prescribing and use of blood glucose test strips. CADTH Technol Overv, 2010; 1(2):e0109. PMID : 22977401.
- 11** Best Practice Advocacy Centre New Zealand. [Management of thyroid dysfunction in adults](#) [en ligne]. Décembre 2010; (22):22-33. [consulté le 25 septembre 2014].
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. [Screening for thyroid disorders and thyroid cancer in asymptomatic adults](#). Guide canadien de médecine clinique préventive [en ligne]. 1994;612-18 [consulté le 25 septembre 2014].
Surks MI, et coll. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. JAMA, le 14 janvier 2004; 291(2):228-238. PMID : 14722150.
U.S. Preventive Services Task Force. Screening for thyroid disease: recommendation statement. Ann Intern Med, le 20 janvier 2004; 140(2):125-127. PMID : 14734336.
- 12** Centers for Disease Control and Prevention. [CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain](#). Le 29 août 2017. [En ligne]. [consulté le 6 octobre 2017].
Scully RE et coll. Defining Optimal Length of Opioid Pain Medication Prescription After Common Surgical Procedures. JAMA Surg. Le 27 septembre 2017. PMID : 28973092.
Shah, C. et coll. Characteristics of Initial Prescription Episodes and Likelihood of Long-Term Opioid Use – United States, 2006-2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. Le 17 mars 2017; vol. 66, n° 10 : p. 265-269. PMID : 28301454. [En ligne].
- 13** Busse JW et coll. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. JAMC. Le 8 mai 2017; vol. 189, n° 18 : p. E659-E666. PMID : 28483845. [En ligne].
Rapports d'examen rapide de l'ACMTS. [La thérapie manuelle dans la prise en charge de douleurs lombaires non spécifiques d'apparition récente ou persistantes : efficacité clinique et lignes directrices](#). [En ligne]. (consulté le 11 décembre 2017).
Julie M. Fritz, John S. Magel, Molly McFadden, Carl Asche, Anne Thackeray, Whitney Meier, Gerard Brennan. Early Physical Therapy vs Usual Care in Patients with Recent-Onset Low Back Pain A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2015; vol. 314, n° 14 : p. 1459-1467.
Amir Qaseem, Timothy J. Wilt, Robert M. McLean, Mary Ann Forcica. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017; vol. 166 : p. 514-530.

À propos du Collège des médecins de famille du Canada

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) est un fier partenaire de *Choisir avec soin*. Représentant plus de 30 000 membres d'un bout à l'autre du pays, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) est l'organisme professionnel responsable de l'établissement des normes de formation, de certification et d'apprentissage continu des médecins de famille. Il est le défenseur de la médecine familiale en tant que spécialité, des médecins de famille et de leurs patients. Le CMFC procède à l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale offerts dans les dix-sept facultés de médecine du Canada.

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements.