



CES PATIENTS, comme tous les autres résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), sont déjà assez hypothéqués médicalement. Même si certains sont capables de marcher, la plupart ont des troubles de mobilité ou sont carrément alités.

Outre la démence et une hypothyroïdie contrôlée par des médicaments, M^{me} Loubli est relativement en bonne santé physique. Elle peut marcher seule, mais a besoin d'aide pour le reste des activités de la vie quotidienne (AVQ). M. Stroke, au contraire, présente une hémiparésie droite et une aphasie dues à son accident vasculaire cérébral (AVC). Il est diabétique, hypertendu, et souffre d'insuffisance cardiaque. Il se déplace tantôt avec une canne quadripode, tantôt en fauteuil roulant, selon son degré de tolérance à l'effort.

À leur admission, les deux patients ont été évalués par le médecin de l'unité. Selon le résultat de cette évaluation et compte tenu des informations contenues dans le formulaire CTMSP (classification par types en milieu de soins et services prolongés), ce médecin leur prescrira ou non un bilan sanguin.

Quelles mesures de prévention reste-il pour ces patients ? Doit-on faire des tests de dépistage ? Effectuer une réévaluation annuelle ? Prescrire un bilan sanguin annuel ?

Avant de répondre à ces questions, faisons un tour d'horizon des différents types de prévention (*encadré*) et des recommandations faites par les

La D^{re} Marie-Françoise Mégie, omnipraticienne, est professeure adjointe de clinique à l'unité de médecine familiale de l'Université de Montréal et exerce au CLSC du Marigot, à Laval.

La prévention au CHSLD

mission possible

par Marie-Françoise Mégie

M^{me} Ella Loubli, 78 ans, est admise au centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) avec un diagnostic de démence de type Alzheimer ; M. Brian Stroke, 63 ans, y est admis après avoir subi un accident vasculaire cérébral. Peuvent-ils bénéficier de mesures de prévention, dans leur état de santé actuel ?

Encadré

Différents types de prévention

Prévention primaire : consiste en la prévention des maladies par la vaccination ou le *counseling*.

Prévention secondaire : consiste en des mesures de dépistage.

Prévention tertiaire : c'est la prévention des complications, des incapacités (traitement de l'hypertension, réadaptation après une chute, etc.).

autorités compétentes en la matière.

Les activités de prévention doivent être adaptées au contexte global du patient (maladies concomitantes, capacité de collaborer, attentes du patient et de sa famille). Le CHSLD étant un milieu de vie, les objectifs de l'équipe soignante doivent être réalistes, c'est-à-dire viser les meilleurs soins possibles sans compromettre la qualité de vie du résident.

Recommandations officielles

Avec le vieillissement de la population et son corollaire, l'augmentation du nombre d'incapacités par personne, le clinicien doit s'adapter à une nouvelle réalité. La notion de bilan de santé annuel pour tous a évolué. Plusieurs groupes d'études, entre

autres le Frame Study, le Brewlow/Saver Study, le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (GECEMP) et le Clinical Cancer Study se sont penchés sur la question¹. Ils ont publié des lignes directrices qui tiennent compte des besoins propres aux différents groupes d'âge.

Pour faire ces recommandations, le GECEMP, comme les autres groupes, prend en considération² :

- le fardeau de souffrance engendré par le problème de santé pour lequel l'intervention est proposée (malaise, incapacités, coûts) ;
- l'évaluation de l'efficacité de l'intervention proposée. Elle tient compte des risques et des avantages de l'intervention, de sa sensibilité, de sa spécificité et de sa valeur prédictive, de son innocuité, de sa simplicité, de son coût

Tableau I

Activités de prévention possibles au CHSLD

Mesures	Fréquence
Prévention primaire	
Vaccin anti-influenza ^{3,4}	Annuellement
Amantadine ^{3,4}	24 à 48 h après l'apparition d'un cas d'influenza soupçonné
Vaccin antipneumococcique ^{3,4}	Une seule fois
Vaccin antitétanique D ₂ T ₅	Rappel tous les 10 ans ^{3,4} , ou tous les 5 ans si le patient a des plaies à risque de tétanos ³
Sécurité de l'environnement ³	Sur une base continue
<i>Counselling</i>	Sur une base continue
Prévention secondaire	
Mesure de la tension artérielle ^{3,4}	Mensuellement ³
Dépistage de la perte d'autonomie ^{3,4}	À chaque consultation
Dépistage de la malnutrition	Pesée annuelle et dosage des paramètres biologiques ⁴ . Certains centres font un contrôle du poids tous les 3 mois.
Tuberculine PPD et chimioprophylaxie à l'isoniazide (INH) ^{3,4}	Lorsqu'il y a virage de la cutiréaction.
Prévention tertiaire	
Traitement de l'hypertension artérielle ⁴	
Revue des médicaments	Tous les 2 ou 3 mois
Prophylaxie antibiotique pour les résidents à risque ^{3,4}	Généralement recommandée avant les interventions dentaires et génito-urinaires et la plupart des opérations
Changements de position et mobilisation des patients immobiles ³	Sur une base continue
Mesures de lutte contre l'infection et de surveillance des cas ³	Sur une base continue

et de son acceptabilité pour le patient.

J'ajouterais à ces critères la préservation de la qualité de vie du patient.

Activités de prévention possibles au CHSLD

Les recommandations préventives émises par le GECEMP, tout comme celles de l'American Task Force, sont destinées aux personnes âgées ambulatoires. Elles ne sont pas toutes applicables aux personnes âgées fragiles ni à celles qui vivent en établissement, puisque ces dernières sont déjà très

malades. Il n'existe pas de lignes directrices propres à ce groupe de personnes.

Joseph Ouslander et ses collaborateurs³, se fondant sur les recommandations des groupes américains, sur leur expérience clinique et sur des normes de qualité des soins, ont proposé des directives plus adaptées au contexte des établissements d'hébergement. Le *tableau I* s'inspire de ces directives, qui sont mises en parallèle avec celles du GECEMP⁴. Le groupe d'Ouslander a cependant émis les réserves suivantes :

- l'efficacité et le rapport coût-bénéfices

de certaines de ces mesures n'ont pas été bien étudiés ;

- les recommandations ne sont pas applicables à tous les résidents de l'établissement, à cause de l'hétérogénéité de cette population (troubles cognitifs, handicaps physiques, phase terminale d'une maladie).

Prévention primaire (tableau I)

La vaccination

Vaccin anti-influenza. Tous les résidents et le personnel qui est en rela-

Tableau II

Principes généraux de prescription au CHSLD

1. S'assurer que le médicament est nécessaire pour traiter le problème de santé du résidant.
2. À chaque médicament prescrit devrait correspondre un diagnostic.
3. Quand un médicament est prescrit :
 - a) Déterminer la dose en fonction de l'état de santé et de la clairance de la créatinine.
 - b) Commencer avec une dose faible et l'augmenter lentement est une ligne de conduite appropriée pour la plupart des médicaments.
 - c) Éviter les interactions médicamenteuses.
 - d) Éviter les interactions médicaments-maladies.
 - e) Être attentif aux aspects pratiques de l'ordonnance :
 - prescrire une fréquence minimale de doses ;
 - ne pas préciser le temps (ex. : toutes les huit heures) sur l'ordonnance, à moins que la cinétique du médicament ne l'exige absolument ;
 - écrire la durée de l'ordonnance, dans la mesure du possible (ex. : pour sept jours)
 - inclure une indication spécifique pour chaque ordonnance **p.r.n.** ;
 - f) Prendre en considération le coût des médicaments (le formulaire de l'établissement peut servir de balise à cette fin).
4. Assurer une surveillance appropriée du traitement médicamenteux :
 - a) Éviter les ordonnances de type : « omettre une dose si... » ou « ne pas donner si... », qui augmentent le temps que les infirmières doivent consacrer à l'administration des médicaments. *Ce genre de restriction devrait être levée dès que les conditions l'ayant justifiée ne s'y prêtent plus.*
 - b) Faire un suivi périodique des concentrations sanguines des médicaments à index thérapeutique étroit et dont l'efficacité clinique est liée au taux sanguin (voir le *tableau III*).
5. Reconsidérer le traitement médicamenteux tous les deux à trois mois.
6. Interrompre les médicaments qui ne sont plus nécessaires.
7. Travailler en collaboration avec le pharmacien de l'établissement, au besoin.
8. Revoir régulièrement les ordonnances, les modes d'administration et le suivi avec un comité de pharmacologie.

Adapté du tableau 23-1 intitulé *General principles of drug prescribing in the nursing home*¹¹.

tion étroite avec eux devraient recevoir le vaccin anti-influenza. La période recommandée est le mois de novembre⁵. Il ne faut cependant pas oublier les nouveaux résidants qui sont admis pendant la saison grippale.

Vaccin antipneumococcique. Ce vaccin est recommandé pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus. Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle politique gouvernementale de gratuité de ce vaccin en 1999, il est systématiquement administré dans les établissements de soins de longue durée.

Vaccin antitétanique. Beaucoup de personnes âgées n'ont pas reçu leur vaccination anti-tétanique primaire. Dans un tel cas, si le résidant a une plaie profonde contaminée, on peut lui administrer de l'immunoglobuline et de l'anatoxine tétanique. Par la suite, on complètera l'immunisation par une deuxième dose d'anatoxine un mois plus tard et une troisième 6 à 12 mois après. On donne habituellement le vaccin combiné avec l'anatoxine diphtérique pour adulte (D₂T₅)³. Cette mesure est particulièrement recommandée pour les personnes qui courent des

risques de chutes répétées.

Sécurité de l'environnement. Un éclairage adéquat et l'application d'un code de couleurs approprié, ainsi que l'élimination des dangers de chute constituent un bon moyen de prévenir les accidents.

Le counselling

Cette mesure de prévention est difficilement réalisable pour certains patients et impossible à appliquer pour d'autres, particulièrement ceux qui présentent des atteintes cognitives. Le *counselling*'s'adresse plutôt aux familles

et nécessite presque toujours l'expertise des autres professionnels de l'unité de soins.

Que dire à ceux qui peuvent comprendre ?

Le tabagisme. Si un résidant fume encore, le convaincre d'arrêter de fumer sera toujours à son grand bénéfice : diminution des problèmes cardiaques, fatals ou non, dès la première année, moins de complications pulmonaires avec diminution de la fréquence des transferts à l'urgence, meilleure qualité de vie.

L'alcool. Risque de troubles du sommeil et d'interactions avec les médicaments.

L'alimentation. Ceux qui manquent d'appétit doivent être stimulés. Il faut les inciter à s'hydrater. Ces mesures nécessitent l'intervention des services infirmiers et diététiques de l'établissement. La collaboration de la famille est importante, tant pour la stimulation que pour le respect des restrictions alimentaires qu'imposent certaines maladies.

La santé dentaire. Le personnel infirmier conseillera ou pratiquera, selon les capacités du patient, une bonne hygiène des prothèses dentaires ou des dents naturelles.

La prévention des accidents et des chutes. Les mesures de prévention en la matière comprennent les conseils, la gestion de la pharmacothérapie, l'aménagement de l'environnement et les aides techniques. Elles relèvent d'un travail de concertation entre le

médecin, le pharmacien, l'ergothérapeute, la physiothérapeute, le personnel infirmier, les préposés aux bénéficiaires et les proches du patient.

La prévention de l'isolement. Le résidant peut être invité à participer aux activités de groupe de l'établissement, ou parfois bénéficier d'interventions individuelles comme des visites d'amitié. Briser l'isolement nécessite la collaboration du récréologue, du service de bénévolat et des membres de la famille.

Le *counseling* tel qu'il est défini ici pose le dilemme du changement des habitudes de vie. Ce dilemme se pose dans tous les groupes d'âge, mais le clinicien s'y heurte encore plus à ce stade de la vie des patients.

Les conseils relatifs à la consommation d'alcool (sans abus) et au tabagisme suscitent souvent la réflexion suivante : « C'est le seul plaisir qui lui reste dans la vie... » Quant à l'isolement, souvent le patient lui-même ou sa famille dit qu'il a toujours été solitaire, qu'il n'a jamais aimé socialiser et que, par conséquent, il n'est pas question qu'il participe aux activités de groupe.

Ce volet de la prévention fait donc appel au doigté et à la compréhension des soignants.

Prévention secondaire (tableau I)

La prévention secondaire, c'est le dépistage ou la détection de maladies

à un stade où le patient est encore asymptomatique².

L'utilité d'interventions préventives comme le dépistage du cancer du sein et du col utérin est prouvée, mais les recommandations sont muettes pour les femmes de plus de 74 ans pour le premier, et de 70 ans pour le deuxième. La mammographie pourrait être envisagée pour les patientes susceptibles de bénéficier d'un traitement curatif. Elle ne devrait pas faire partie d'un protocole de dépistage systématique⁶.

Dans les CHSLD, en règle générale, le dépistage du cancer ne peut être appliqué à tous les résidants à cause du potentiel effrayant de certains tests et traitements⁶. Parfois, c'est le patient ou son représentant légal qui refuse le test ou le traitement.

Détection d'une détérioration de l'autonomie

- Évaluation de la vision et de l'audition pour déceler les causes corrigibles, s'il y a lieu.
- Évaluation fonctionnelle incluant les activités de la vie quotidienne (AVQ), la mobilité, les fonctions cognitives et la recherche de symptômes dépressifs dans le but de détecter les causes potentiellement traitables et de prévenir les complications.

Cette évaluation est évidemment multidisciplinaire. Elle devrait être faite annuellement. Cependant, à chacune de ses visites mensuelles, le médecin peut détecter des changements fonctionnels, et les mesures pour les corriger peuvent alors être prises immédiatement.

Malnutrition

Certains établissements pèsent les résidants tous les trois mois. Une perte de poids détectée précocement peut permettre de prendre des mesures ra-

La revue des médicaments est l'un des éléments de prévention les plus importants. Elle se fait tous les deux ou trois mois, selon les milieux. Dans les établissements qui disposent des services d'un pharmacien, le clinicien devrait travailler en collaboration avec lui à cette revue.

pides pour prévenir une détérioration.

PPD (*Purified Protein Derivative*)

Ouslander recommande le dépistage systématique de la tuberculose par le test de Mantoux. Cependant, le contexte épidémiologique des États-Unis étant différent de celui du Québec, il serait plus difficile d'appliquer ici les recommandations américaines dans leur intégralité⁷.

Au Québec, l'incidence de la tuberculose est faible dans les établissements de soins de longue durée. Quoique cette population soit plus vulnérable à l'infection tuberculeuse et à sa réactivation, l'incidence de la tuberculose n'y est pas supérieure à celle enregistrée pour les personnes âgées vivant dans la collectivité⁷. Le GECEMP recommande le dépistage des groupes à haut risque, mais ce groupe n'inclut toutefois pas les personnes âgées vivant en établissement. Les politiques gouvernementales ne prévoient pas non plus de mesures de dépistage systématique. Certains milieux ont adopté un programme de dépistage de la tuberculose afin de déceler et de traiter les cas de tuberculose-maladie à l'admission. Ce programme ne prévoit cependant pas l'administration d'un traitement prophylactique en cas de tuberculose-infection (virage de la cutiréaction)*. Chaque cas est évalué individuellement.

Prévention tertiaire (tableau I)

Traitement ou stabilisation des ma-

* Ces directives sont conformes aux lignes directrices pour la lutte antituberculeuse dans les établissements de soins et autres établissements au Canada (Ottawa 1996) et aux normes canadiennes de traitement de la tuberculose édictées par l'Association pulmonaire du Canada (1996).

ladies. La prévention tertiaire consiste à éviter les complications des maladies déjà présentes : hypertension artérielle, diabète, affections du pied, etc.⁸

Revue des médicaments. C'est l'un des éléments de prévention les plus importants. Elle se fait tous les deux ou trois mois, selon les milieux. Dans les établissements qui disposent des services d'un pharmacien, le clinicien devrait travailler en collaboration avec lui à cette revue et mettre en pratique les principes énoncés au *tableau II*.

Prévention des incapacités. Elle consiste en l'évaluation et en la réadaptation après une chute, et en la prévention des ankyloses et des contractures.

Prévention des plaies de pression. C'est la mobilisation du patient alité, l'amélioration de sa position au lit et dans le fauteuil, l'emploi de dispositifs (coussins, matelas et autres) pour diminuer la pression et la friction.

Prophylaxie antibiotique. C'est l'administration d'antibiotiques avant les interventions dentaires ou génito-urinaires aux patients à risque.

Lutte contre les infections. Elle se fait par l'emploi de protocoles infirmiers et la surveillance de cas.

Lutte contre les épidémies d'influenza⁵. En cas d'éclosion de grippe causée par un virus *Influenza* de type A (deux cas ou plus en moins de cinq jours qui semblent reliés entre eux), il est recommandé de recourir à un médicament antiviral, l'amantadine. Elle

doit être administrée à tous les résidents, vaccinés ou non, et aux employés non vaccinés. Le traitement doit être amorcé dans les 24 à 48 heures suivant l'apparition de la maladie et se poursuivre deux semaines après l'apparition des symptômes chez le dernier cas de grippe signalé dans l'établissement.

La dose recommandée pour les personnes âgées de 10 à 64 ans est de 200 mg par jour et, pour les plus de 65 ans, de 100 mg. Ce médicament a des effets secondaires graves associés à des concentrations plasmatiques élevées : changements marqués du comportement, délire, hallucinations, agitation et convulsions. En cas d'insuffisance rénale, on ajustera la dose en fonction de la clairance de la créatinine.

L'avenir est peut-être aux nouveaux antiviraux, les inhibiteurs sélectifs de la neuraminidase (zanamivir et oseltamivir), mais leur efficacité et leur innocuité pour les personnes âgées n'ont pas encore été démontrées. En ce qui a trait au zanamivir (Relenza^{MC}), la prudence est de mise pour les patients souffrant de maladies pulmonaires chroniques. Les auteurs semblent plus confiants dans l'innocuité de l'oseltamivir (Tamiflu^{MC}) pour les personnes âgées⁹.

Mobilisation. Les patients ayant des troubles de déglutition et alimentés par gavage seront nourris en position semi-assise pour éviter l'aspiration.

En cas d'éclosion de grippe, de l'amantadine doit être administrée à tous les résidents, vaccinés ou non, et aux employés non vaccinés. Le traitement doit être amorcé dans les 24 à 48 heures suivant l'apparition de la maladie et se poursuivre deux semaines après l'apparition des symptômes chez le dernier cas de grippe signalé dans l'établissement.

Repère

Tableau III

Exemples de tests de laboratoire à contrôle périodique au CHSLD*

Test	Fréquence	Commentaires
Résidant diabétique Glycémie à jeun et postprandiale et (ou) hémoglobine glycosylée	Chaque mois	La glycémie capillaire peut être utilisée.
Résidants prenant des diurétiques ou souffrant d'insuffisance rénale : (Cr 2 mg/dL ou urée 35 mg/dL) : Taux d'urée, de créatinine, d'électrolytes	Tous les 2 ou 3 mois	Ces résidants sont plus vulnérables à la déshydratation, à l'urémie, à l'hyponatrémie et à l'hypokaliémie
T ₄ ou TSH (US Preventive Task Force ⁶)	À l'admission. Ne pas renouveler si le patient est asymptomatique.	Détection de l'hypothyroïdie subclinique, surtout chez les femmes ⁶
Taux sanguins des médicaments : Acide valproïque Carbamazépine Digoxine Phénitoïne Lithium Théophylline	Tous les 3 à 6 mois	Plus fréquemment si le traitement vient d'être amorcé, la posologie ajustée, ou si un médicament ajouté risque d'en perturber le métabolisme

* Ces informations sont données à titre indicatif. Il va de soi que la conduite du clinicien sera guidée par son jugement clinique.

La mobilisation des membres et des articulations aide à prévenir les contractures.

Dans un tel contexte, M^{me} Loubli et M. Stroke peuvent bénéficier de bien des mesures de prévention :

- En prévention primaire : la vaccination, le *counselling*.
- En prévention secondaire : les mesures visant à prévenir la perte d'autonomie et la malnutrition et, pour M. Stroke, le contrôle de la tension artérielle.
- En prévention tertiaire : sauf pour la prévention des incapacités et la revue des médicaments, applicables à ces deux patients, le plus important pour M. Stroke, dans l'immédiat, est le contrôle des maladies existantes et la prévention des plaies de pression.

Mesures de prévention... comment les appliquer au CHSLD ?

Comme pour les patients de tous âges, les interventions préventives se font par l'examen médical et à l'aide de tests de laboratoire.

Examen médical

Les lignes directrices américaines et canadiennes ont eu une grande diffusion, mais l'examen médical périodique au CHSLD n'a été abordé que très récemment dans la littérature¹⁰. Néanmoins, les établissements exigent un examen annuel pour chaque résidant en se fondant sur des recommandations faites pour la population âgée autonome. À l'appui de cette pratique, on pourrait s'inspirer des rai-

sons invoquées par Patrick Irvine et ses collaborateurs comme prémisses à la discussion de leur étude, et les formuler comme suit¹⁰ :

- prévenir et déceler tôt les maladies traitables ;
- rassurer les patients et leur famille ;
- établir la relation médecin-patient-famille avant qu'une nouvelle maladie aiguë apparaisse ;
- répondre aux attentes des patients et des familles pour qui l'examen annuel représente un standard de qualité des soins médicaux.

Les rares écrits sur l'examen médical périodique pour cette population remettent en question cette pratique. Les deux études^{8,10} retenues ont montré qu'elle est coûteuse (temps des médecins et des infirmières) et ne permet pas de découvrir davantage de nou-

veaux problèmes.

Cependant, les auteurs de ces études ont reconnu un biais important. L'étude d'Irvine a été faite dans un centre affilié à un département de médecine et, aux fins de la recherche, des internistes ont été affectés exclusivement aux évaluations et ne dispensaient pas d'autres services. L'étude conclut que, pour que l'évaluation médicale périodique soit efficiente, le contenu et l'intervalle devraient être adaptés aux besoins de chaque résidant et aux ressources dont dispose l'établissement.

L'étude de Gambert⁸, quant à elle, a été effectuée dans un grand centre pour vétérans. Selon les chercheurs, le fait d'exiger un examen médical périodique garantirait que chaque résidant soit vu par un médecin au moins une fois par année.

Dans les centres où ces deux études ont été réalisées, des médecins étaient disponibles tous les jours, contrairement à ce qui se passe dans la majorité des établissements, où les médecins sont présents entre une fois par semaine et une fois par mois.

Compte tenu de cette dernière réalité, nous pouvons proposer, avec Ouslander³, que :

- 1) la première visite médicale ait lieu environ 10 jours après l'admission du résidant ;
- 2) les visites subséquentes aient lieu à des intervalles d'au moins 30 jours dans les trois mois suivant l'admission, et tous les 60 jours par la suite ;
- 3) l'évaluation des changements aigus ou subaigus de l'état de santé soit faite au besoin ;
- 4) une réévaluation complète soit faite sur une base annuelle.

Ouslander recommande également que la visite mensuelle soit effectuée avec l'infirmière qui connaît le mieux

le résidant, et que le médecin lise les notes des infirmières. En effet, nombre de ces patients ne pouvant pas communiquer pour expliquer leurs symptômes, les observations régulières du personnel infirmier sont d'une très grande importance³.

Ces propositions sont déjà pratique courante dans certains établissements du Québec. La quatrième proposition d'Ouslander rejoint celle de Gambert et permettrait, à mon point de vue, aux établissements où il y a peu de médecins d'assurer à chaque résidant au moins une évaluation globale annuelle. Cette proposition n'est pas nécessairement pertinente là où les patients sont vus régulièrement tous les mois.

Tests de laboratoire

Comme pour l'examen médical annuel, il n'y a pas de lignes directrices concernant le recours aux tests de laboratoire pour la clientèle des établissements de soins de longue durée. La prescription de ces tests est laissée à la discrétion des professionnels œuvrant dans ces centres¹. En règle générale, les établissements adoptent la pratique des tests de laboratoire annuels pour les raisons suivantes :

- rechercher des problèmes nouveaux et insoupçonnés ;
- assurer la prise en charge des problèmes chroniques ;
- gérer le traitement médicamenteux.

Le Department of Health and Human Services des États-Unis a publié des lignes directrices sur le dosage des taux sanguins de médicaments. Le législateur de l'Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA)* ne s'est pas prononcé sur le sujet.

Pour justifier l'usage de ces tests, le Jewish Institute for Geriatric Care, à Long Island, a effectué une étude por-

tant sur les trois questions suivantes :

- Est-il nécessaire de faire ces tests annuellement ?
- Ces tests révèlent-ils de nouvelles anomalies ?
- La découverte de ces anomalies mène-t-elle à de nouveaux diagnostics et traitements ?

Étant donné qu'il y avait des médecins 24 heures par jour et sept jours par semaine dans l'établissement où l'étude a été menée, de nouvelles anomalies étaient moins souvent détectées à l'examen annuel à cause du fréquent monitoring effectué tout au long de l'année. Ce peut ne pas être le cas dans certains milieux.

Joseph et Lyles, de leur côté, ont répertorié cinq articles portant sur l'évaluation de la pertinence des tests de laboratoire⁶. On n'y trouve malheureusement aucune donnée sur la prévalence de cette pratique dans les différents centres concernés.

Trois de ces études, qui jugeaient cette pratique inutile, étaient effectuées dans des établissements affiliés à des hôpitaux universitaires où des médecins étaient présents quotidiennement. Les auteurs ont noté que certaines anomalies ne nécessitaient pas de suivi. Ils ont donc conclu que les coûts étaient trop élevés pour le peu d'informations recueillies et le peu d'incidence d'un résultat anormal sur la conduite thérapeutique.

Cependant, ils ont tout de même souligné que ces tests pouvaient être utiles lorsque la maladie est présente, insidieuse et curable⁶. Or, dans les CHSLD, la maladie est **présente** (prévalence

* OBRA est une loi votée par le Congrès américain en 1987. Cette loi visait l'amélioration de la qualité des traitements prodigués dans les centres de soins de longue durée. Les règlements concernaient surtout l'utilisation appropriée des neuroleptiques.

élevée) et **insidieuse** (signes et symptômes masqués soit par des tableaux atypiques, soit par des atteintes fonctionnelles et cognitives). **Les maladies curables** sont moins courantes dans ce contexte. Les examens d'investigation ne sont parfois pas poursuivis pour différentes raisons : sociales, psychologiques, médicales (rapport risque-bénéfices) ou éthiques (niveau d'intervention thérapeutique déterminé).

Les deux études qui montraient que les tests de laboratoire étaient utiles ont été réalisées dans des centres où des médecins étaient présents une fois par semaine et une fois par mois. Cette présence médicale correspond à celle qui existe dans la moyenne des CHSLD au Québec. L'argumentation des auteurs se fonde sur le fait que les résidents étant pour la plupart très diminués des points de vue fonctionnel et cognitif, il leur est difficile de signaler les symptômes d'une maladie ou d'une intoxication médicamenteuse.

Le **tableau III** énumère les tests de laboratoire les plus couramment requis pour les patients vivant dans les CHSLD (adaptation du tableau d'Ouslander³).

LA PRÉVENTION existe bien dans les CHSLD. Elle est présente dans chaque évaluation d'un patient, dans chaque test demandé, dans chaque ordonnance, dans chaque hospitalisation épargnée. Toutes les interventions destinées à cette clientèle doivent être pensées en fonction du principe : **ne pas nuire**. Le maintien des capacités restantes pour assurer une qualité de vie acceptable doit guider chacun des gestes du clinicien et du personnel soignant. Ce travail doit être fait en in-

terdisciplinarité. Les lignes directrices officielles des différentes instances n'étant pas pensées en fonction de cette clientèle, il faudra les appliquer avec discernement, en tenant compte de l'espoir et de la qualité de vie du patient, du niveau d'intervention déterminé et du rapport risque-bénéfices pour celui-ci. □

Date de réception : 27 juin 2000.

Date d'acceptation : 20 juillet 2000.

Mots clés : prévention, soins de longue durée.

Bibliographie

1. Wolf-Klein GP, et al. Efficacy of routine annual studies in the care of elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society* mai 1985 ; 33 (5) : 325.
2. Aubin M, Beaucage C, Laliberté D. La prévention en milieu clinique. Dans : Beaucage C, Bonnier Viger Y. *Épidémiologie appliquée*. Boucherville : Gaëtan Morin, 1996 : 458.
3. Ouslander JG, Osterweil D, Morley JE. Health maintenance, screening, and preventive practices. Dans : *Medical Care in the Nursing Home*. 2^e éd. New York : McGraw-Hill, 1997 : 53-64.
4. Santé Canada. *Guide canadien de médecine clinique et préventive*. Ottawa : Santé Canada, 1994 : chap. 34-61.
5. Valiquette L, Beauséjour D. *Guide pour la prévention et le contrôle des éclosons de grippe dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée*. Montréal : Direction de la santé publique, RSSS Montréal-Centre. Version révisée janvier 1997.
6. Joseph C, Lyles Y. Routine laboratory assessment of nursing home patients. *Journal of the American Geriatrics Society* janvier 1992 ; 40 (1) : 98-100.
7. Gosselin S. *Évaluation de la pertinence de la mise en place d'une politique de dépistage de la tuberculose en soins de longue durée à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke*. Projet en santé publique réalisé par des étudiants de 3^e année de médecine. Sherbrooke : IUGS, février 1997 : 30.
8. Gambert SR, Duthie EH, Wiltzius F. The value of the yearly medical evaluation in a nursing home. *J Chronic Dis* 1982 ; 35 (1) : 65-8.
9. Gross P, Solsky J, et al. *L'avènement des traitements antigrippaux efficaces. Comprendre le rôle des inhibiteurs de la neuraminidase*. Tiré du symposium satellite de la 39^e assemblée générale de l'ICAAC, San Francisco, Californie, septembre 1999 : 5-7.
10. Irvine PW, et al. The value of annual medical examinations in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society* juin 1984 ; 32 (7).
11. Ouslander JG, Osterweil MJ. Drug use. Dans : *Medical Care in the Nursing Home*. 2^e éd. New York : McGraw-Hill, 1997 : 373.
12. Corporation professionnelle des médecins du Québec. Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). *Guide de l'exercice médical*. Montréal : CPMQ, août 1994.
13. Centers for Disease Control (CDC). Prevention and control of influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 2000 ; 49 (RR-3) : 14.

Summary

Preventive measures in nursing homes: Mission possible. At the present time, the recommendations of Canadian and American study groups for annual medical examinations are dedicated to independent-living elderly people. They are not easily usable to fit the needs of institutionalized elderly people. Prevention has its place in nursing homes. Prevention can be primary (ex. : anti-influenza vaccination, accident prevention), secondary (ex. : malnutrition and functional loss screening) or tertiary (ex. : medication review, pressure ulcer prevention). It could be achieved by regular medical assessment and few laboratory tests. The frequency of these assessments is still controversial. The important thing is to keep the patient's residual capacities to maintain an acceptable quality of life.

Key words: prevention, long-term care.