

EDITORIALS

Canadian Task Force on the Periodic Health Examination

Annual checkup revisited

ALAN KATZ, MB, CHB, MSC, CCFP

The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (PHE) predated both health care reform and the current trend to "evidence-based care." The task force has evaluated many diagnostic and therapeutic interventions with a standardized scientific method. The quality of evidence gathered through literature searches was evaluated according to certain criteria.

This process has resulted in a standardized reporting format now familiar to most Canadian family physicians. Publication of the reports of the task force in the *Canadian Medical Association Journal* over the years has provided practising physicians with current, scientifically valid, clinical practice guidelines to apply to their practices. The remarkable productivity of the task force over the last 16 years has led to more than 80 guidelines being published in *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*.¹ The task force continues to produce its PHE updates regularly.

For its clinical practice guidelines, the task force classified recommendations into five categories based on three types of evidence.¹ Randomized, controlled trials (Type I) represent the highest level of evidence available. Type II evidence is divided into three subcategories ranging from controlled trials without randomization to less rigorous



published data. Reports of expert committees and opinions of respected authorities are rated as Type III evidence.

All recommendations of the task force are classified according to a standard format into five categories based on the strength of the evidence. Inclusion of a maneuver might be recommended on the basis of good evidence (category A) or fair evidence (category B). A recommendation to exclude a maneuver from a PHE might be based on good evidence (category E) or fair evidence (category D). The most frequent classification of recommendations is category C, which indicates insufficient evidence for either inclusion or exclusion in a PHE.

Despite its successes and the enormous quantity of valuable material, the guidelines to date do not answer all of our questions. One area of concern is the annual physical examination, which is fundamental to primary care. Despite the 1979 recommendation of the task force that "the undefined 'annual check-up' should be abandoned,"² both family physicians and patients regard the opportunity to reevaluate family history, medical history, and lifestyle risk factors as central to their ongoing relationship. While the annual Pap test has

reinforced the need for women to have an annual physical examination, men's attendance has been less regular. Recent attempts to limit the frequency of complete examinations in asymptomatic adults in Manitoba led to sustained opposition from both patients³ and their physicians.

Manitoba Medical Service Council

The 1993 agreement between the Manitoba Medical Association (MMA) and the Manitoba government established the Manitoba Medical Service Council (MMSC) as a vehicle to find savings in the capped physician remuneration budget. In order to fulfil the agreement and to keep within the global cap, the savings necessary to allow a global fee increase needed to be found. Delisting services deemed medically unnecessary is one way of achieving these savings.

In Manitoba, routine eye examinations were previously limited to once every 2 years. Other provinces had delisted circumcisions. With this background, the MMSC proposed in the fall of 1995 to limit complete physical examinations in asymptomatic adults between 16 and 74 years to once every 5 years. To allow for breast examinations and Pap tests, a new intermediate billing code was suggested for women between the ages of 16 and 45 years. Thus, women would still be seen for those two procedures but not for an annual physical. The recommendations of the task force were said to be the scientific basis for these recommendations.

The MMA, with three representatives on the MMSC, initially supported the recommendations to limit complete

EDITORIALS

.....

physical examinations. Physician response, however, was less favourable. While some favoured the concept of limiting medical coverage to services scientifically shown to be useful, the evidence supporting the recommendation was questioned. Many family physicians were opposed to limiting what they believe to be the cornerstone of preventive health care.

In November 1995, the Manitoba Chapter of the College of Family Physicians of Canada sent a survey to all its members after examining the evidence in support of the recommendation. Recognizing the motivation for the MMSC recommendation, the survey sought members' responses to alternative cost-saving measures (rostering, individual physician capping of the number of patients seen daily) as well as the MMSC recommendation. In addition, respondents were asked to suggest alternative appropriate frequencies for PHEs in adults. An open-ended question solicited "alternative approaches to improve the cost effectiveness of primary care in Manitoba."

Survey results

Forty percent of the 472 Manitoba Chapter members responded to the survey. A remarkable 75% of respondents opposed the MMSC recommendation. Ninety percent supported the introduction of an alternative billing tariff to cover risk assessment and preventive counseling. The response to other cost-saving measures showed 59% in favour of limiting the number of patients seen daily. Sixty percent supported rostering of patients.

The frequency of PHEs recommended by respondents varied enormously. Forty-three percent suggested annual examinations from varying ages, the most common being from

50 years. Thirty-nine percent suggested every 2 years, 12% suggested every 3 years, and only 4% suggested every 5 years.

Discussion

While the survey results might not represent all Manitoba Chapter members, the results and the debate in Manitoba do raise fundamental questions. Despite the 20-year history of the task force and its 1979 recommendation that "the undefined 'annual check-up' should be abandoned," most family physicians still regard this as the cornerstone of preventive care. To replace the annual physical, the task force recommended a series of "age-specific 'health-protection packages' that could be implemented in the course of medical visits for other purposes."²

The reality is that 16 years later the so-called "health protection packages" do not exist except for infants and pregnant women. More important to the current debate, the age-specific nature of these packages imply guidance regarding frequency of application depending on age. *The Canadian Guide to Clinical Preventive Care*¹ lists 39 different screening and prevention interventions relevant to nonpregnant adults. The recommendation refers to "inclusion (exclusion) in a periodic health exam (PHE)" without reference to the frequency of the PHE.

While the 1979 recommendation might have been sensible and sound at the time, it is clearly based on expert opinion (Type III evidence) rather than scientific evidence. Furthermore, the task force has not developed the concept of age-specific health protection packages beyond the original publication. After 16 years, practising family physicians have not embraced the concept. Of the 39 recommended (A or B)

maneuvers for adults, 11 refer to the general adult population, 19 refer to high-risk populations, and nine refer to specific subgroups.

The likelihood of busy family physicians identifying those at high risk and complying with the 39 recommendations in a routine 15-minute visit when patients have their own agendas seems remote. Clearly what might have been feasible in 1979 is no longer relevant in 1996. If we are to be serious about prevention and applying the task force recommendations, family physicians need to address these issues with patients regularly.

The work of the task force has gained the respect of Canadian family physicians over the past 16 years. Many of the guidelines provide practising physicians with analyses of the scientific evidence on which to base their practice. Indeed, the task force has clearly influenced the content of the PHE as practised today. However, it is time the task force reconsider its approach to the annual physical examination and provide relevant guidance on this critical issue. ■

Dr Katz is Assistant Professor in the Department of Family Medicine at the University of Manitoba in Winnipeg. He is also President of the Manitoba Chapter of the College of Family Physicians of Canada.

Correspondence to: Dr Alan Katz, 86 Park Place E, Winnipeg, MB R3P 1C5

References

1. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Ottawa, Ont: Health Canada, 1994.
2. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: the periodic health examination. *Can Med Assoc J* 1979;121:1193-254.
3. Strike two [editorial]. *Winnipeg Free Press* 1995 Dec 26; Sect A:18.

ÉDITORIAUX

Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique

Réexamen de l'examen médical annuel régulier

ALAN KATZ, MB, CHB, MSC, CCMF

Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (EMP) existait bien avant la réforme des soins de santé et la tendance actuelle à fonder les soins sur des données expérimentales. Le groupe d'étude a utilisé une méthodologie scientifique normalisée afin d'évaluer et de pondérer de nombreuses interventions diagnostiques et thérapeutiques. La qualité des preuves recueillies lors des recensions de la littérature était soumise à une évaluation « critériée ».

Cette méthodologie a favorisé le développement d'un modèle normalisé de rapport que la plupart des médecins de famille canadiens connaissent bien. Les rapports du groupe d'étude publiés depuis plusieurs années dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* ont procuré aux praticiens des lignes directrices de pratique clinique mises à jour, scientifiquement valides et applicables dans leur pratique. Au cours des 16 dernières années, la productivité remarquable du groupe d'étude a généré plus de 80 guides de pratique clinique publiés dans le *Guide canadien des soins de santé préventifs cliniques*.¹ Le groupe d'étude poursuit sa production régulière des mises à jour sur l'examen médical périodique.



Pour ses guides de pratique clinique, toutes les recommandations du groupe d'étude comportent cinq catégories de fermeté basées sur trois classes (ou types) de qualité des preuves.¹ Les essais cliniques randomisés et contrôlés (Classe I) représentent les meilleures preuves disponibles. La Classe II de la qualité des preuves se divise en trois sous-classes qui vont des essais cliniques non randomisés à la publication de données moins rigoureuses. La Classe III comprend les rapports de comités d'experts et les opinions exprimées par des sommités dans le domaine.

Toutes les recommandations du groupe d'étude adoptent le même format basé sur cinq catégories de fermeté. On dispose de preuves suffisantes (catégorie A) ou acceptables (catégorie B) pour recommander l'utilisation d'une mesure de dépistage. Inversement, on dispose de preuves suffisantes (catégorie E) ou acceptables (catégorie D) pour déconseiller l'utilisation d'une mesure de dépistage. On attribue la cote C (cas le plus fréquent) lorsque les preuves sont insuffisantes pour recommander ou déconseiller l'utilisation d'une mesure de dépistage dans le cadre de l'examen médical

périodique. Les recommandations comportent donc deux volets, par exemple : fermeté de la recommandation : A ; qualité des preuves : II.

Malgré leur succès et l'énorme quantité de matériel d'une grande qualité, les lignes directrices n'apportent pas de réponses à toutes nos questions. L'une de nos préoccupations est l'examen médical annuel régulier qui constitue l'un des éléments fondamentaux des soins de première ligne. Malgré la recommandation formulée en 1979 à l'effet d'abandonner l'examen médical annuel régulier sans objet précis,² les médecins de famille et les patients apprécient cette occasion de passer en revue les antécédents familiaux et médicaux ainsi que les facteurs de risque liés aux habitudes de vie, et la considèrent un élément essentiel de leur relation continue. Alors que chez les femmes, la cytologie annuelle renforçait le besoin d'un examen physique annuel, l'assiduité des hommes a été négligée. Au Manitoba, les tentatives récentes de limiter la fréquence des examens complets chez les adultes asymptomatiques ont soulevé une opposition soutenue autant de la part des patients que de leurs médecins.

Le Conseil manitobain des services médicaux

En 1993, l'entente intervenue entre l'Association médicale du Manitoba (AMM) et le gouvernement manitobain a permis la création du Conseil manitobain des services médicaux (CMSM) dont le mandat était d'identifier des secteurs où l'on pourrait

réaliser des épargnes dans le budget global plafonné de la rémunération des médecins. Afin de respecter l'entente et la maintenir à l'intérieur de ce plafond global de rémunération, l'augmentation du tarif des actes rémunérés était donc fonction des épargnes réalisées ailleurs. L'un des moyens de réaliser ces épargnes est la désassurance de services jugés médicalement superflus.

Au Manitoba, l'examen oculaire de routine était antérieurement limité à un par deux ans. D'autres provinces avaient exclu la circoncision de la liste des services assurés. Avec cette toile de fond, le CMSM a proposé à l'automne 1995 de limiter à un aux cinq ans l'examen physique complet de l'adulte asymptomatique âgé de 16 à 74 ans. Afin de conserver l'examen des seins et la cytologie cervicovaginale, on a suggéré un nouveau code intermédiaire de facturation réservé aux femmes âgées de 16 à 45 ans. Les femmes pourraient ainsi bénéficier de ces interventions mais à l'exclusion de l'examen médical annuel régulier. On a mentionné que le fondement scientifique de ces recommandations provenait des recommandations du groupe de travail.

Initialement, l'AMM et trois représentants du CMSM ont accordé leur appui aux recommandations visant à limiter les examens physiques complets. La réaction des médecins s'est toutefois avérée moins favorable. Alors que certains étaient d'accord avec le concept de limiter la couverture médicale aux services dont l'utilité était établie scientifiquement, d'autres contestaient les preuves à l'appui de ces recommandations. De nombreux médecins de famille s'opposaient au principe de limiter l'accès à ce qu'ils considéraient comme la pierre angulaire des soins de santé préventifs.

En novembre 1995, après avoir analysé les preuves à l'appui de la recommandation, la Section Manitoba du Collège des médecins de famille du Canada procédait à un sondage auprès de tous ses membres. Tout en reconnaissant les motifs justifiant la recommandation du CMSM, le sondage avait pour but d'obtenir les réactions des membres face aux solutions de rechange visant à réduire les coûts (patients inscrits, plafond imposé à chaque médecin concernant le nombre de patients vus quotidiennement) et à la recommandation du CMSM. On demandait aussi aux répondants de suggérer des alternatives en termes de fréquence appropriée pour les examens médicaux périodiques chez les adultes. Une question ouverte sollicitait « des approches alternatives dans le but d'améliorer le coefficient coût-efficacité des soins de première ligne dispensés au Manitoba ».

Résultats du sondage

Quarante pour cent des 472 membres de la Section Manitoba ont retourné leur questionnaire. Il est à remarquer que 75% des répondants se sont opposés à la recommandation du CMSM. Par ailleurs, 90% se sont dits d'accord avec l'introduction d'une alternative au tarif de facturation afin de couvrir l'évaluation des risques et le counselling préventif. Quant à la réaction face aux autres mesures visant la réduction des coûts, 59% se sont dits d'accord pour limiter le nombre de patients vus quotidiennement. Soixante pour cent se sont dits d'accord avec un système d'inscription des patients.

Concernant la fréquence des EMP, les résultats montrent une grande variation dans les réponses des répondants. Quarante-trois

pour cent suggèrent des examens annuels à partir d'âges différents ; 50 ans est le chiffre le plus souvent mentionné. Trente-neuf pour cent ont indiqué aux deux ans, 12% aux trois ans et seulement 4% aux cinq ans.

Discussion

Les résultats du sondage ne représentent pas nécessairement l'opinion de tous les membres de la Section Manitoba mais, lorsqu'on les ajoute au débat actuellement en cours au Manitoba, ils soulèvent des questions fondamentales. Malgré les 20 ans d'histoire du groupe d'étude et sa recommandation faite en 1979 à l'effet « d'abandonner l'examen médical annuel régulier », la plupart des médecins de famille le considèrent encore comme la pierre angulaire des soins préventifs. Pour remplacer l'examen annuel, le groupe d'étude recommande un « programme sélectif d'ensembles de protection sanitaire variant selon les besoins de la santé durant chaque étape de la vie et d'appliquer ces ensembles lorsque le malade prend l'initiative de venir consulter le médecin pour des soins quelconques ».²

Seize ans plus tard, ces soi-disant « ensembles de protection sanitaire » n'existent toujours pas sauf pour les nourrissons et les femmes enceintes. Élément encore plus important dans le débat actuel, la nature de ces ensembles, basée sur l'âge, implique l'élaboration de lignes directrices concernant la fréquence d'application en fonction de l'âge. Le *Guide canadien des soins de santé préventifs cliniques*² liste 39 interventions différentes en termes de dépistage et de prévention applicables aux adultes, à l'exclusion de la grossesse. La recommandation réfère à « l'inclusion (ou à l'exclusion) dans l'examen médical périodique

(EMP)» sans aucune référence à la fréquence de l'EMP.

Bien que cette recommandation émise en 1979 puisse avoir été judicieuse et sensée à l'époque, elle est clairement basée sur des rapports de comités d'experts (classe III de la qualité des preuves) plutôt que sur des preuves scientifiques. De plus, suite à la publication originelle, le groupe d'étude n'a pas poursuivi le développement du concept d'ensembles de protection sanitaire et leur application aux groupes d'âge. Seize ans plus tard, les praticiens de la médecine familiale n'ont pas encore endossé ce concept. Parmi les 39 interventions recommandées pour les adultes (catégorie A ou B), 11 touchent la population adulte en général, 19 concernent les populations à haut risque et neuf touchent des sous-groupes spécifiques.

Au cours d'une visite routinière de 15 minutes, il semble peu probable que des médecins de famille

oeuvrant dans une pratique achalandée puissent identifier les personnes à haut risque et appliquer les 39 recommandations, d'autant plus que les patients ont déjà leurs propres questions. Il est clair également que ce qui aurait pu s'appliquer en 1979 est moins pertinent en 1996. Si nous voulons prendre la prévention au sérieux et appliquer les recommandations du groupe d'étude, les médecins de famille doivent régulièrement soulever ces aspects avec les patients.

Au cours des 16 dernières années, les travaux du groupe d'étude ont gagné le respect des médecins de famille canadiens. Beaucoup de ces lignes directrices fournissent aux praticiens une analyse des preuves scientifiques utiles pour mieux orienter leur pratique. En réalité, le groupe d'étude a clairement influencé le contenu de l'EMP tel qu'on le pratique aujourd'hui. Par ailleurs, le moment est venu

pour le groupe d'étude de reconsidérer son approche à l'examen médical annuel et d'élaborer des lignes directrices pertinentes dans ce domaine important. ■

D^r Katz est professeur adjoint au Département de médecine familiale de l'Université du Manitoba à Winnipeg. Il est également président de la Section Manitoba du Collège des médecins de famille du Canada.

Correspondance à : D^r Alan Katz, 86 Park Place E, Winnipeg, MB R3P 1C5

Références

1. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Le guide canadien des soins de santé préventifs cliniques*. Ottawa, Ont : Santé Canada, 1994.
2. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique : l'examen médical périodique. *Can Med Assoc J* 1979; 121:1193-254.
3. Strike two [éditorial]. *Winnipeg Free Press* 26 déc. 1995; Sect A:18.

Adoption du Code international de l'OMS sur la commercialisation des substituts du lait maternel

ANTHONY J. REID, MD, MSC, CCMF

En mai 1996, le Conseil d'administration du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) endossait le Code international de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la commercialisation des substituts du lait maternel.¹ Cette décision, dont le débat s'est poursuivi pendant près de 18 mois, a des répercussions sur toutes les composantes du CMFC, y compris le *Médecin de famille canadien (MFC)*.

Le Code de l'OMS a été rédigé en réponse aux pressions croissantes pour qu'une action soit entreprise contre une publicité inopportune en faveur des substituts du lait maternel dans les pays en développement. La publicité des années 1970 semblait dissuader les femmes d'allaiter. On y prônait agressivement que les préparations pour nourrissons constituaient une méthode dépourvue de danger et socialement acceptable. Les entreprises distribuaient gratuitement des échantillons de lait maternisé et misaient sur des «éducatrices» pour convaincre les femmes des villages de l'utiliser. Malgré l'absence d'essais rigoureux, d'autres études fournissaient des preuves convaincantes à l'appui d'arguments voulant que les substituts du lait maternel

étaient commercialisés de façon inacceptable. Les résultats furent catastrophiques pour les femmes vivant dans la pauvreté et n'ayant pas les moyens d'acheter suffisamment de lait pour nourrir adéquatement leurs nourrissons ou d'avoir accès à de l'eau propre pour diluer le lait artificiel concentré et laver les biberons et les tétines. La plupart d'entre elles n'avaient même pas de réfrigérateur pour conserver le lait. Les recommandations très strictes du Code de l'OMS semblaient justifiées dans ce contexte pour neutraliser cette bombe à retardement.

En 1981, après plusieurs années de débat animé, l'OMS a adopté son *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* par un vote de 118 à 1.¹ Seuls les États-Unis ont voté contre la résolution, en dépit