

L'examen médical périodique (EMP) de la personne âgée : Prise de position de la Société québécoise de gériatrie (SQG) 2013

La SQG est une société savante qui regroupe près de 260 médecins visant entre autres, la promotion des bonnes pratiques de soins envers les personnes âgées incluant la prévention.

La prévention chez la personne âgée est souvent négligée malgré son importance sur la réduction des facteurs de risques des maladies dégénératives (prévention primaire) et des conséquences de ces maladies dégénératives (prévention secondaire) ainsi que son rôle sur la promotion de l'autonomie résiduelle (prévention tertiaire). Cette négligence s'explique d'abord par l'agésisme d'il y a quelques années qui est encore présent mais aussi par le souci éthique de savoir jusqu'où dépister, que fera-t-on avec ce que l'on découvrira ? Quelle est l'espérance de vie anticipée ? Y a-t-il des effets indésirables aux préventions proposées ? Quels sont les souhaits du patient et, en cas d'inaptitude, les souhaits des proches ?

Il ne saurait y avoir de réponses toutes faites applicables à toutes les personnes âgées. Le vieillissement différentiel nous commande de considérer la spécificité et l'unicité de chacun (génétique, exposition à des facteurs de risque différents, comorbidités particulières).

L'EMP est une occasion privilégiée pour mettre de l'avant les activités de prévention (questionnaire, examen physique, examens para-cliniques, immunisations et *counseling*). Les médecins de première ligne doivent relever le défi du suivi des comorbidités parfois multiples et lourdes de la personne âgée en intégrant les activités de prévention mentionnées plus haut.

À l'origine, le concept d'EMP (adultes jeunes et enfants) ne s'appliquait qu'à des personnes asymptomatiques afin de dépister précocement des facteurs de risque ou une maladie pour laquelle une thérapie ou une cure seraient envisagées (prévention primaire) ; le concept a donc été élargi chez la personne âgée aux interventions de prévention secondaire et tertiaire.

La SQG trouve important de prendre position quant aux activités de prévention démontrées utiles et efficaces chez la population gériatrique bien que la robustesse des données probantes chez les gens de plus de 65 ans soit variable pour plusieurs d'entre elles. Malgré tout, un recueil de ces activités de prévention est utile et permettra d'offrir aux aînés une prise en charge médicale améliorée qui ne se contentera plus d'intervenir qu'en période de maladie aiguë. Prévenir souvent, prévoir toujours !

Bonne prévention !

Jean-Pierre Beauchemin md
Gérialre
Pour la SQG/ 2013

Plan du document

▪ Démographie du vieillissement.....	3
▪ Survie et perte d'autonomie	4
▪ Gestion des facteurs de risque.....	4
• Maladies vasculaires	
○ Tabagisme	4
○ Sédentarité et obésité	5
○ Hypertension artérielle (HTA)	6
○ Dyslipidémie.....	7
○ Diabète de type II.....	8
○ Acide acétylsalicylique (AAS)	8
○ Anévrisme de l'aorte abdominale (AAA).....	8
• Chutes.....	9
• Troubles cognitifs légers et démence	10
• Ostéoporose (OP)	11
• Dénutrition.....	11
• Cancers	
○ Cancer du sein.....	12
○ Cancer colorectal	13
○ Cancer de la prostate.....	13
○ Cancer de la peau.....	14
○ Cancer du col utérin.....	14
○ Cancer pulmonaire et MPOC	14
• Vaccins	14
• Hypothyroïdie	15
• Troubles d'afférence.....	15
• Conduite automobile	16
• Alcoolisme	16
• Hygiène dentaire.....	17
• Maltraitance.....	17
• Dépression.....	17
▪ EMP au bureau.....	18
▪ EMP en hébergement	18
Conclusion	19
Références.....	20
Annexe 1 – Critères du GECSSP et du USPSTF	
Annexe 2 – Outils de dépistage complémentaires	
Annexe 3 - Résumé des recommandations pour l'examen médical périodique de la personne âgée et aide-mémoire annuel	

Les recommandations reposent le plus possible sur les données probantes les plus récentes. Ainsi, les recommandations des groupes canadien (GECSSP : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs) et américain (USPSTF : US Preventive Services Task Force) sur l'EMP auront la priorité. Ces deux organismes ne couvrant pas toujours tous les thèmes de l'EMP, certaines recommandations peuvent être émises par d'autres organismes, par exemple : Santé publique du Québec, Programme d'immunisation du Québec, etc. On trouvera à l'annexe 1 les critères du GECSSP et du USPSTF.

Démographie du vieillissement

Tableau 1 : Démographie du vieillissement au Québec (projection)

	2006	2011	2016	2026	2036
> 65 ans	14,0%	15,7%	18,1%	23,4%	26,3%
> 75ans	6,4%	7,0%	7,7%	10,8%	14,7%
> 85 ans	1,6%	1,9%	2,4%	2,9%	4,6%

Source : Institut de la Statistique du Québec 2009

Malgré l'accroissement de la population âgée, on note une tendance: L'espérance de vie en bonne santé croît plus lentement que l'espérance de vie tout court. On vit certes plus longtemps mais au prix d'incapacités qui viennent rendre la fin de vie difficile. On trouvera au tableau 2, entre parenthèses, les années de survie avec une limitation légère ou ayant un impact sur l'autonomie fonctionnelle.

Tableau 2 : Espérance de vie au Québec

- Espérance de vie à la naissance (2006)
 - Femmes 83,0 ans (SAI* 68,3 ans (14,7 ans), SAIL** 74,9 ans (8,1 ans))
 - Hommes 78,1 ans (SAI* 66,4 ans (11,7 ans), SAIL** 72,0 ans (6,1 ans))
- Espérance de vie à 65 ans
 - Femmes (2012) 21,9 ans soit 86,9 ans
 - Hommes (2012) 19,0 ans soit 84,0 ans
- Espérance de vie pour une cohorte née en 1966
 - À 65 ans: Femmes 23,7 ans soit 88,7 ans, hommes 21,6 ans soit 86,6 ans
 - À 75 ans: Femmes 15,6 ans soit 90,6 ans, hommes 13,9 ans soit 88,9 ans
 - À 85 ans: Femmes 8,5 ans soit 93,5 ans, hommes 7,6 ans soit 92,6 ans
 - À 90 ans: Femmes 5,8 ans soit 95,8 ans, hommes 5,3 ans soit 95,3 ans

*SAI = Sans aucune incapacité, **SAIL = Sans aucune incapacité limitante

Survie et perte d'autonomie

Au cours des dernières décennies, l'allongement de la survie s'est accompagné d'une plus grande perte d'autonomie en fin de vie. L'action préventive vise à comprimer le plus possible la période de survie avec incapacités et ainsi assurer un allongement de la longévité avec le moins de perte d'autonomie possible.

Le tableau 3 regroupe les principales causes de perte d'autonomie chez la personne âgée ; l'action préventive devrait donc être dirigée vers ces causes.

Tableau 3 : Principales causes de perte d'autonomie chez la personne âgée

- Les maladies chroniques
 - MCAS et MVAS
 - Cardiopathie ischémique
 - AVC
 - Maladies neurologiques dégénératives
 - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
 - MPOC
 - Ostéoporose
- Dénutrition
- Maladies infectieuses
- Iatrogénie médicamenteuse

Gestion des facteurs de risque

• Maladies vasculaires

Tabagisme

Le tabagisme demeure un facteur de risque vasculaire peu importe l'âge, mais aussi un facteur de risque respiratoire et de néoplasie. L'arrêt du tabac a un impact clair sur la morbidité et la mortalité jusqu'à 70 ans; après 70 ans, l'évidence est toutefois moins claire.

Il faut 5 à 10 ans d'arrêt tabagique pour une diminution notable des cancers secondaires au tabac. Par contre, on observe des bienfaits rapides au niveau des symptômes de MPOC et du goût des aliments ce qui justifie un arrêt tabagique même chez le patient très âgé.. Il faut également prévoir le *counseling* habituel quant à la constipation qui pourrait apparaître ou s'exacerber avec l'arrêt du tabac et qui affecte particulièrement les gens âgés. Certaines personnes âgées pourraient aussi présenter un gain pondéral à l'arrêt du tabac en relation avec la redécouverte du goût des aliments, mais on tolérera un indice de masse corporelle plus élevé dans cette population; entre 25 et 27.

La cessation tabagique est une situation clinique idéale pour mettre de l'avant les principes de l'entrevue motivationnelle. Il faut évaluer le niveau de motivation face à l'arrêt

tabagique. La personne comprend-elle les risques reliés au tabagisme ? Se sent-elle concernée ? Est-elle convaincue des bienfaits attendus ? En bénéficiera-t-elle ?

Le GECSSP (1994) émet les 3 recommandations (A) suivantes: S'informer sur le statut tabagique, conseiller l'arrêt tabagique et offrir une thérapie de remplacement nicotinique (aussi recommandé par USPSTF 2003). Le GECSSP émet les recommandations (B) qui suivent : Inscrire le statut tabagique au dossier du patient et faire une référence à des ressources pour cesser le tabac.

Le GECSSP (B) et le USPSTF 2003 (A) recommandent l'arrêt tabagique pour la prévention des cancers de la bouche.

Aspects pratiques : *Chez la personne âgée, la cessation tabagique se justifie davantage par les bienfaits immédiats sur les symptômes de la MPOC et la redécouverte du goût des aliments que sur la prévention de la MCAS ou des divers cancers liés au tabac.*

Sédentarité et obésité

Selon le consensus canadien de 2006 sur la démence, l'activité physique d'intensité modérée (la marche régulière a été prouvée efficace (10-20 minutes 2 à 3 fois semaine)) améliore non seulement le statut cardiovasculaire mais aussi l'autonomie fonctionnelle, améliore les performances cognitives (régression du trouble cognitif léger (TCL) sans démence et diminue la conversion du TCL vers la démence). En renforçant les muscles antigravitaires, l'activité physique diminue également le risque de fracture chez les personnes ostéoporotiques en diminuant la survenue de chute. On note aussi un assouplissement articulaire associé à l'exercice. Adaptée, l'activité physique n'amène pas de complication. Cette recommandation est endossée par Kino Québec et l'USDHHS (2009).

L'obésité est bien connue pour diminuer la survie; toutefois, à l'âge gériatrique, nous manquons de données probantes pour justifier la perte de poids pour améliorer la survie ou l'autonomie fonctionnelle. Il est extrêmement important de considérer la dénutrition chez les populations âgées avant d'envisager une diète amaigrissante ; la dénutrition est un facteur clairement identifié de mauvais pronostic en gériatrie et semble plus délétère qu'un excès de poids.

Ainsi les recommandations (2011) du Groupe d'experts Obésité Canada et Groupe de travail sur le risque métabolique quant aux tours de taille visés s'adressent aux adultes jeunes et ne devraient pas être appliquées aux personnes âgées.

Les écrits étant contradictoires sur les diètes à proposer aux personnes âgées, on évitera les diètes amaigrissantes.

Aspects pratiques : *Chez la personne âgée, l'activité physique est bénéfique à plusieurs égards mais doit tenir compte des comorbidités cardiaques, pulmonaires et locomotrices en réduisant le plus possible le risque de traumatismes ; une évaluation en kinésiologie ou en physiothérapie pourrait être indiquée.*

Hypertension artérielle (HTA)

De tous les facteurs de risques vasculaires, l'HTA est le plus susceptible d'induire des complications et ce, pour tous les groupes d'âges, incluant les grands vieillards. Son traitement chez les personnes âgées prévient plusieurs événements vasculaires majeurs, en particulier les accidents vasculaires cérébraux. Les études qui ont démontré ce bienfait ont sélectionné des personnes âgées qui avaient au début des études une tension artérielle systolique (TAS) > 160 mmHg.

Il est recommandé de prendre la TA annuellement jusqu'à l'âge de 84 ans (B) selon GECSSP (1994). On notera après 65 ans la nette prépondérance de l'HTA systolique isolée par rapport à l'HTA systolo-diastolique.

L'indication de traitement pour l'HTA systolique isolée de la personne âgée **non fragile** jusqu'à 84 ans est une TAS > 160 mmHg et la cible est une TAS < 140 sans hypotension orthostatique (HTO) (B). Après 84 ans, les indications de traiter et la cible sont les mêmes mais il s'agit d'une recommandation de niveau C plutôt que B.

L'indication de traitement pour l'HTA systolique isolée du personne âgée **fragile (ou frêle)** est une TAS > 160 mmHg et la cible est une TAS < 150-155 sans HTO (opinions d'experts). La cible chez les hypertendus diabétiques âgés est une TAS le plus près possible de 130 mmHg sans HTO.

On comprend donc de ce qui précède que la décision de traiter l'HTA doit être individualisée en tenant compte de l'ensemble des comorbidités et du niveau de fragilité de la personne âgée, car le risque d'HTO iatrogénique est important à cet âge.

Les approches non pharmacologiques pour le contrôle de la TA sont préalables et concomitantes aux approches pharmacologiques.

- La prise de Na⁺ après 70 ans ne devrait pas dépasser 1200 mg par jour (CHEP 2012)
- Un programme d'exercice de type aérobique adapté (120 minutes par semaine) devrait être considéré
- Limiter la prise d'alcool à 2 consommations par jour pour les hommes et à une consommation par jour pour les femmes

Aspects pratiques : *Chez la personne âgée, il n'y a pas de limite d'âge pour traiter l'HTA ; les cibles de traitement devront être individualisées en tenant compte de l'ensemble des comorbidités et du niveau de fragilité de l'individu afin d'éviter l'HTO même asymptomatique car l'HTO peut devenir rapidement symptomatique quand le patient présente une hypovolémie (déshydratation par exemple) et qu'il est sous traitement antihypertenseur.*

Dyslipidémie

La dyslipidémie demeure un facteur de risque à tout âge. Toutefois, les objectifs du dépistage et du traitement de la dyslipidémie chez le patient âgé visent surtout la réduction de la morbidité associée aux complications vasculaires plutôt que la mortalité.

En prévention secondaire le traitement de la dyslipidémie chez la personne âgée est clairement indiqué et ce jusqu'à 80 ans; les cibles de traitement sont les mêmes que pour la population plus jeune.

Le dépistage et le traitement en prévention primaire à cet âge sont sujet de controverses. En effet, si les données probantes en prévention primaire supportent le dépistage et le traitement jusqu'à 80 ans; il en est autrement après cet âge. Chez les plus de 80 ans en prévention primaire; le dépistage et le traitement de la dyslipidémie sont laissés à la discrétion du clinicien car le nombre de patients à traiter pour éviter un évènement vasculaire majeur est très élevé.

Après 80 ans, l'espérance de vie anticipées et les comorbidités doivent être prises en compte quand il s'agit de dépister ou de traiter la dyslipidémie. En effet, une espérance de vie de moins de 2 à 3 ans, une démence, un cancer évolutif, un traitement mal toléré (myalgies diffuses avec ou sans faiblesse musculaire avec ou sans rhabdomyolyse) sont autant de facteurs qui pourraient justifier l'arrêt du dépistage ou du traitement pharmacologique.

Selon le Groupe canadien sur l'hypercholestérolémie et autres dyslipidémies (2009) :

- Faire un bilan lipidique q 3 ans (Hommes de 40 à 70 ans et femmes de 50 à 70 ans) incluant les patients avec d'autres facteurs de risque dont le DM II
- Si le patient présente une cardiopathie connue ou un syndrome métabolique : faire un bilan lipidique annuellement (B) sans égard pour l'âge
- Si le patient présente une dyslipidémie avec embonpoint ou obésité : diriger le patient en nutrition (B)

Aspects pratiques : *Chez la personne âgée (après 80 ans), en **prévention primaire**, il y a controverse sur l'intérêt à dépister et à traiter la dyslipidémie en raison du très grand nombre de patients à traiter pour prévenir un évènement vasculaire majeur. Si un tel patient est déjà sous thérapie bien tolérée, il est laissé à la discrétion du clinicien de continuer ou pas cette thérapie.*

*En **prévention secondaire**, jusqu'à 80 ans, il semble y avoir un bienfait à continuer de dépister et de traiter la dyslipidémie dans la mesure où la thérapie est bien tolérée. Après 80 ans, il n'y a pas de recommandation claire mais il n'y a pas de données probantes justifiant de débiter un traitement ou d'arrêter un traitement bien toléré ; la décision est laissée au clinicien.*

Diabète de type II

Le but du traitement du diabète chez la personne âgée de plus de 75 ans est moins la protection des organes cibles et la longévité mais plutôt d'éviter les accidents hypo et hyperglycémiques. Ainsi, en 2013, l'Association canadienne du diabète (ACD), trouve acceptables des HbA_{1C} entre 7,1% et 8,5% pour les patients âgés. Donc, des glycémies à jeun = entre 7,0 - 12,0 mmol/l pourraient être acceptables chez une personne âgée frêle. Les hypoglycémies causent des chutes et détériorent la cognition alors que les hyperglycémies sont inacceptables quand le patient est léthargique, qu'il présente des infections urinaires récidivantes ou des infections fongiques à répétition.

En ce qui a trait au dépistage, voici les recommandations de différentes sources:

- Glycémie à jeun ou HbA_{1C} q 3 ans après 40 ans (ACD 2013) sans limite supérieure d'âge. Le diagnostic de DM II peut être posé si Hb A_{1C} > 6,5%
- Dépistage après 65 ans (C selon USPSTF) et q 3 ans (avec ou sans FRV), il n'y a toutefois pas d'évidence d'influence sur les complications
- Glycémie à jeun, q 3 ans si obèse (B selon USPSTF)

Aspects pratiques : *Chez la personne âgée de plus de 75 ans, on dépistera le DMII dans la mesure où l'autonomie fonctionnelle est jugée acceptable par le patient. Pour ceux qui sont déjà sous thérapie de DMII, l'objectif est davantage de prévenir les accidents hypo et hyperglycémiques en tolérant donc des glycémies à jeun à 8,0-12,0 mmol/l et des HbA_{1C} 7,1-8,5% (ACD 2013).*

Acide acétylsalicylique (AAS)

Après quelques années de controverse, la Société cardiovasculaire canadienne (SCCV) (2011) a finalement convenue que chez les patients à faible risque vasculaire (prévention primaire) l'AAS n'était pas indiquée. Par exemple, chez le patient avec un facteur de risque isolé tel HTA, dyslipidémie ou DM II. Toutefois, chez le patient avec un DM II qui aurait deux autres facteurs de risque vasculaires (syndrome métabolique); il y aurait indication de prophylaxie à l'AAS: ces patients étant à haut risque vasculaire même en l'absence d'événement vasculaire clinique.

L'indication de la prophylaxie à l'AAS en prévention secondaire ne fait pas de doute. On suggère d'associer la prise d'un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) après 70 ans ; bien que cette suggestion soit l'objet d'une controverse.

Anévrisme de l'aorte abdominale (AAA)

Selon SCCV 2008 et AETMIS 2010, il est recommandé de faire une échographie abdominale à tous les hommes entre 65 et 75 ans et aux femmes de plus de 65 ans en présence d'un antécédent familial d'AAA ou d'antécédent personnel d'ICT/AVC ou de tabagisme. La palpation abdominale n'est pas très efficace pour dépister un AAA (C).

- **Chutes**

L'Institut National de Santé publique du Québec (INSPQ) (2011) estime que la question «Avez-vous fait une chute dans la dernière année?» est un excellent moyen de dépistage des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile. Il est aussi recommandé de s'informer de la présence d'un trouble de l'équilibre et de la marche.

Selon MSSS (2010) et USPTF (2011), il faut procéder à une évaluation multidisciplinaire chez une personne âgée ayant fait une chute (A). On prêtera une attention particulière aux points suivants :

- ✓ Les médicaments, (observance et effets indésirables)
- ✓ Le risque d'ostéoporose fracturaire
- ✓ Le dépistage de conditions chroniques ou aiguës favorisant les chutes
- ✓ La présence de problèmes urinaires
- ✓ La désafférentation visuelle
- ✓ L'équilibre, la démarche et la posture
- ✓ Les déficits sensitivo-moteurs
- ✓ La peur de faire des chutes (syndrome post chute)
- ✓ Les symptômes dépressifs
- ✓ Les pathologies des pieds
- ✓ Les chaussures (qualité des chaussures et le port de semelles adhérentes)
- ✓ La condition cardiovasculaire et la recherche d'HTO
- ✓ La nutrition et la consommation d'alcool

Les programmes d'exercices individualisés en présence d'antécédents de chutes ou de risque élevé de chutes ont démontré leur pertinence pour diminuer le nombre de chutes (A). La surveillance des troubles médicaux par un suivi médical régulier donne des résultats mitigés (C) mais doit être encouragée quand même ne serait-ce que pour rationaliser la liste des médicaments, l'iatrogénie médicamenteuse étant très prévalente à l'âge avancé. L'installation de barres d'appui dans le bain/douche (B) est particulièrement efficace pour prévenir les chutes.

On retiendra que les exercices musculaires des membres inférieurs, d'équilibre et du sens de position (incluant le Tai-Chi) et que la supplémentation en vitamine D (1000 à 1200 ui/jour) améliore la fonction neuromusculaire.

Aspects pratiques : *Chez la personne âgée, le dépistage des chutes est incontournable et se résume à une question simple. En présence de chutes non accidentelles, une investigation pour identifier la ou les causes de chutes s'impose (voir ci-haut). Des mesures préventives sont efficaces et doivent être recommandées.*

- **Troubles cognitifs légers et démence**

Les indications d'un dépistage de la démence selon le Consensus Canadien sur la démence sont un âge de plus de 80 ans, une plainte subjective spontanée (B), des déficits rapportés par un tiers (A), une atteinte fonctionnelle, un épisode de délirium récent, un AVC récent et une dépression de novo.

Selon la 4^{ème} conférence canadienne sur la démence (2012), le dépistage de la démence peut se faire non seulement avec l'examen mental de Folstein (MMSE) mais aussi par le MoCA et le test de l'horloge. Le MoCA est indiqué si le MMSE est normal et si un doute persiste (B). Autrement, le MoCA en raison de sa grande sensibilité devrait être réservé à l'évaluation des patients avec une scolarité post secondaire.

Selon la 4^{ème} conférence canadienne sur la démence (2012), les patients présentant un **déclin rapide** d'une démence jusque-là lentement progressive devraient être référés en spécialités pour avis.

De plus, un traitement devrait être proposé à tout patient avec un diagnostic de démence; les thérapies actuellement disponibles (bien que limitées) permettant une stabilisation du déclin cognitif, un maintien de l'autonomie, avec un retard d'institutionnalisation et un certain contrôle des troubles du comportement.

Aspects pratiques : *Chez la personne âgée, le dépistage de la démence est justifié à tout âge en raison de sa grande prévalence. Tous les patients devraient être encouragés à rester socialement, intellectuellement et physiquement actifs afin de protéger leurs fonctions cognitives, quel que soit leur état cognitif.*

- **Ostéoporose (OP)**

Selon la Société canadienne d'ostéoporose (SCO) (2012), il est recommandé de procéder à une mesure de la densité minérale osseuse par DEXA autant chez les femmes que chez les hommes après 65 ans (B). Un questionnaire IFRO > 9 points ou SCORE > 6 points (A), la recherche au questionnaire de fracture de fragilisation (B), les calculateurs de risque FRAX (outil d'évaluation du risque de fracture) ou CAROC (outil pour évaluer le risque de fracture sur 10 ans) ou la recherche des facteurs de risque de la SCO (1 majeur ou 2 mineurs) (A) sont autant de moyens de dépistage efficaces.

Le traitement de l'ostéoporose (A) par des médicaments anti-résorptifs est efficace pour prévenir les fractures chez la personne âgée. Bien que controversé, il y a peu de preuve d'une limite supérieure d'âge quant à l'efficacité des anti-résorptifs. Ces traitements doivent toutefois être réservés aux patients ayant une survie et un niveau d'autonomie significatif (selon le patient et son médecin). On sera particulièrement vigilant par rapport à l'observance médicamenteuse et aux effets secondaires des anti-résorptifs dans ce groupe d'âge.

En présence d'ostéoporose, l'activité physique avec mise en charge est une recommandation de niveau B chez les femmes et de niveau C chez les hommes.

Les suppléments calciques (1200 mg/jour) et en vitamine D (800-1000 ui/jour chez les personnes de > 50 ans) (en raison d'une moins bonne synthèse cutanée) réduisent les fractures non seulement en raison de leur impacts osseux mais surtout en prévenant les chutes (voir amélioration de la fonction neuromusculaire avec la vitamine D sous la rubrique chutes plus haut)

L'hormonothérapie n'est pas recommandée pour la prévention des fractures chez les femmes ostéoporotiques (D).

***Aspects pratiques :** Chez la personne âgée, le dépistage de l'OP se fait malheureusement davantage par la découverte de fractures de fragilisation que par l'ostéodensitométrie. Les suppléments calciques sont à préconiser (en tenant compte de la fonction rénale) et les suppléments de vitamine D sont recommandés. Les anti-résorptifs méritent d'être utilisés, mais selon le bon jugement clinique.*

- **Dénutrition**

Dénominateur commun d'une multitude de problèmes à l'âge avancé, la dénutrition est aussi une conséquence des grands syndromes gériatriques. Sa découverte doit amener le clinicien à faire une enquête étiologique et entreprendre une démarche en nutrition pour corriger les déficits.

Selon la Haute Autorité de Santé (France) (2007), on devrait procéder au dépistage de la dénutrition chez toutes les personnes âgées de plus de 70 ans aux fréquences suivantes :

- Visite médicale au bureau une fois par année
- À chaque hospitalisation aigüe
- À l'admission en institution d'hébergement et aux mois par la suite

Voici une liste des situations cliniques plaçant les personnes âgées à risque de dénutrition :

- Cancers
- Insuffisance cardiaque, pulmonaire et rénale
- Alcoolisme
- Maladies infectieuses chroniques
- Stress psychosociaux
- Troubles bucco-dentaires
- Dysphagie
- Dépression
- Démences
- Maladie de Parkinson
- Perte d'autonomie à au moins une activité de la vie quotidienne
- Polypharmacie

Moyens de dépistage recommandés :

- Mesurer le poids
 - À chaque visite médicale au bureau
 - À chaque hospitalisation aigüe : À l'admission et aux 15 jours
 - Hébergement : À l'admission et aux mois
 - Dénutrition : Perte > 5% en 1 mois ou >10% en 6 mois (sévère si > 10% en 1 mois ou > 15% en 6 mois) Attention tenir compte des œdèmes.
- Indice de masse corporelle
 - Dénutrition = < 21 (Sévère < 18) Attention : un IMC > à 21 n'élimine pas d'emblée une dénutrition, exemple l'obèse sarcopénique
- Albuminémie
 - Dénutrition = < 35 g/L (Sévère = < 30 g/L)
 -

On trouvera à l'annexe 2 des outils de dépistage plus détaillés.

- **Cancers**

Cancer du sein

Selon le GECSSP (2011), la mammographie est recommandée aux 2 à 3 ans pour les femmes entre 50-69 ans (faible recommandation, évidence modérée) et entre 70-74 ans (faible

recommandation, évidence faible). L'examen des seins par le médecin (avec ou sans mammographie) ou l'auto-examen des seins ne sont plus recommandés (faible recommandation, évidence modérée).

La prise de tamoxifène (durée de 5 ans) pour les femmes à risque élevé est indiquée (ex. femme ayant eu un cancer avec récepteurs oestrogéniques positifs) (USPTF 2002) (B)

Aspects pratiques : *Après 75 ans, un dépistage mammographique n'est plus recommandé.*

Cancer colorectal

Selon l'Association canadienne de gastroentérologie (2010) et l'USPTF (2008), jusqu'à l'âge de 75 ans, il est indiqué de faire une recherche de sang occulte (Guaiac de haute sensibilité ou, de préférence, test immunochimique (ex. «Fit Test»)) aux 2 ans entre 50 et 75 ans aux patients sans facteur de risque. Après 75 ans, il n'est pas recommandé de faire un dépistage de routine; à cet âge, on réservera la colonoscopie en cas de découverte de sang occulte dans les selles.

Devant une diathèse familiale de cancer colorectal non polyposique, une colonoscopie aux 5 ans (B) est indiquée; alors que la forme polyposique, commande un dépistage génétique (B) et une sigmoïdoscopie annuelle dès la puberté (A) (Il n'y a pas de limite supérieure d'âge pour cette recommandation)

Aspects pratiques : *Après 75 ans, il n'y a pas lieu de faire un dépistage systématique du cancer colorectal.*

Cancer de la prostate

Le dépistage du cancer de la prostate est un sujet majeur de controverse en raison de la variabilité de l'évolution du cancer de la prostate et de moyens de dépistage avec beaucoup de faux-positifs.

L'Association canadienne d'urologie recommande que les hommes de 50-70 ans aient un toucher rectal et un dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) annuels si espérance de vie anticipée est >10 ans et que le patient a des préoccupations importantes vis-à-vis ce cancer. Le *counseling* pré-test et post-test est primordial.

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) recommande de ne pas proposer le dépistage du cancer de la prostate après l'âge de 70 ans (recommandation de haut niveau), ni aux patients ayant une espérance de vie de moins de 10 ans.

L'échographie transrectale n'est pas recommandée comme test de dépistage (D)

Cancer de la peau

La recherche de lésions de kératose actinique et leur traitement est recommandée afin de diminuer la survenue de cancers spinocellulaires dans ce groupe d'âge. L'examen annuel de la peau est recommandé en présence de diathèse personnelle ou familiale de mélanome (B).

Pour prévenir le cancer de la peau dans la population générale, on recommande d'éviter l'exposition exagérée au soleil et porter vêtements protecteurs (B) sont indiqués alors que les écrans solaires, l'auto-examen de la peau sont de niveau C.

Cancer du col utérin

Selon GECSSP 2013, après 70 ans, si 3 PAP tests ont été négatifs dans les 10 dernières années, on pourrait cesser le PAP test. En l'absence de 3 PAP tests négatifs dans les 10 dernières années, on pourrait faire un PAP test aux 3 ans jusqu'à ce que 3 PAP test soient négatifs (Faible recommandation, faible évidence)

Cancer pulmonaire et MPOC

La prise de 7 portions de légumes verts et fruits par semaine (B) pourrait prévenir le cancer du poumon chez les fumeurs. La radiographie pulmonaire n'est pas recommandée comme moyen de dépistage du cancer du poumon (D).

Selon la Société canadienne de thoracologie (2008), une spirométrie chez les fumeurs de plus de 40 ans est utile pour dépister précocement la MPOC. Notons que la spirométrie est souvent difficile d'application chez la personne âgée et est le seul moyen de poser à coup sûr le diagnostic de MPOC. Une histoire de tabagisme au long cours et un tableau clinique de MPOC pourraient justifier un essai diagnostique avec des bronchodilatateurs sans faire de spirométrie.

• **Vaccins**

Le vaccin anti-influenza est recommandé annuellement (A) pour les groupes suivants

- > 60 ans
- MPOC (incluant asthme)
- DM II
- Troubles cognitifs
- Mobilité réduite
- Personnes en contacts avec patients avec maladies chroniques (incluant les soignants)
- Tous résidents de CHSLD et de centres d'accueil (privés ou publics)

Le vaccin anti-pneumococcique (A) est recommandé pour les groupes suivants :

- > 65 ans
- DM II
- MPOC (sauf asthme)
- Cardiopathies
- Éthylisme
- Cirrhose de toutes causes
- Néphropathie chronique
- Myélome multiple
- Asplénisme

Le vaccin anti-zona selon le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) est recommandé chez les adultes de plus de 60 ans (A) et devrait être proposé aux adultes de 55-60 ans (B). Les patients en CHSLD devraient être vaccinés (CCNI 2013).

Un rappel antitétanique aux 10 ans (A) est recommandé sans limite d'âge. On retiendra les facteurs de risque de tétanos dans ce groupe d'âge : le jardinage et les chirurgies des voies biliaires.

• **Hypothyroïdie**

Selon GECSSP, il n'y a pas assez de preuves pour soutenir un dépistage annuel par dosage de la TSH (C). Toutefois, compte tenu de l'atypie de la présentation de l'hypothyroïdie en gériatrie, il convient d'avoir un haut indice de suspicion et de ne pas hésiter à doser la TSH. Ainsi, l'hypothyroïdie «asymptomatique» en gériatrie devrait être traitée en étant prudent chez les patients avec MCAS connue ou susceptible d'être démasquée par la thérapie de remplacement. Il en est de même pour l'hypothyroïdie subclinique (TSH > 10), T4-T3 (libres normales).

• **Troubles d'afférence**

Le dépistage de la surdité > 50 ans (B) selon USPSTF 2012 est recommandé par une des 3 méthodes suivantes : audiogramme ou la question «Avez-vous des troubles auditifs?» ou le test de la voix chuchotée. En cas de surdité, il est indiqué de proposer une prothèse auditive (B). Il n'y a pas de limite supérieure d'âge pour cette recommandation.

L'acuité visuelle devrait être mesurée annuellement avec une charte de Snellen (B). Un examen du fond d'œil après 65 ans (C) ou aux 1 à 2 ans chez le diabétique (B) est indiqué. Il n'y a pas de limite supérieure d'âge pour cette recommandation.

Le dépistage du glaucome par tonométrie est controversé (C) sauf en présence de facteurs de risque (histoire familiale de glaucome); une référence en ophtalmologie/optométrie (B) est recommandée.

- **Conduite automobile**

Les exigences de la Société de l'Assurance automobile du Québec (SAAQ) quant aux formulaires à compléter après 75 ans permettent de dépister les conducteurs à risque d'accidents. Ces formulaires ne devraient jamais être complétés par un médecin qui ne connaît pas le patient (exemple clinique sans rendez-vous). Au Québec, il n'y a pas d'obligation légale pour le médecin de déclarer les conducteurs inaptes à conduire un véhicule automobile; toutefois sur le plan éthique, nous croyons qu'il est indiqué de déclarer de tels patients à la SAAQ; le CMQ endosse cette recommandation dans la mesure où un médecin aurait la conviction que son patient continuerait de conduire malgré l'avis contraire du médecin. En effet, un permis de conduire est un privilège et non un droit; il en va de la sécurité de la personne âgée mais aussi de celle d'autrui.

La législation et la publicité (A) se sont avérées des moyens efficaces de prévenir les accidents automobiles. Le *counseling* quant au port de la ceinture de sécurité et l'abstinence de consommation d'alcool avant de conduire est aussi efficace pour ce groupe d'âge.

L'échec au test dit «Trail making test B» est le plus puissant prédicteur d'échec au test sur route chez les patients avec atteintes cognitives. Ceci dit, le test sur route demeure, à l'ultime, le meilleur test pour déterminer si une personne âgée est sécuritaire au volant.

Aspects pratiques : Bien qu'il n'y a pas au Québec d'obligation légale pour le médecin de déclarer les conducteurs inaptes à conduire un véhicule automobile, le médecin est tenu sur le plan éthique de déclarer un patient inapte à la SAAQ, ceci inclus la situation où il juge que le patient ne respectera pas l'avis de cesser de conduire.

- **Alcoolisme**

Après 75 ans, la prévalence de l'alcoolisme est la même chez les femmes que chez les hommes. L'alcool est un anxiolytique sans ordonnance prisé par certaines personnes âgées et parfois utilisé comme somnifère. Une certaine tachyphylaxie s'installe si bien que la personne constate qu'il faudra augmenter les quantités pour obtenir le même effet; en ajoutant à cela une physiologie vieillissante de la posture et de l'équilibre, la personne âgée s'expose ainsi à des chutes aux conséquences redoutables.

En matière de dépistage de l'alcoolisme selon GECSSP, il est conseillé d'identifier les personnes à risque et de conseiller la personne âgée (B). Les outils de dépistage comme le questionnaire CAGE ou le questionnaire AUDIT (qui est le questionnaire CAGE avec identification des quantités et du type d'alcool consommés) sont encore utile dans ce groupe d'âge.

Bien que les quantités d'alcool à ne pas dépasser chez l'adulte jeune soient connues (hommes: 14 consommations/semaine et femmes: 9 consommations/semaine); on connaît mal la physiologie hépatique vieillissante quant à sa capacité à métaboliser l'alcool.

De plus, certaines affections hépatiques et la prise de médicaments d'élimination hépatique peuvent interférer avec le métabolisme de l'alcool. La prudence est donc recommandée quand il s'agit d'informer la personne âgée des quantités d'alcool à ne pas dépasser ; à cet égard, diviser par 2 les quantités de l'adulte jeune met de l'avant le principe de prudence même si cette approche est empirique.

Aspects pratiques : *Chez la personne âgée, l'alcoolisme est souvent non diagnostiqué (chez les hommes mais surtout chez les femmes). Les questionnaires de dépistage des adultes jeunes sont aussi efficaces chez la personne âgée. Les quantités d'alcool permises doivent tenir compte de l'ensemble des comorbidités et de la liste des médicaments.*

- **Hygiène dentaire**

Les caries dentaires, la parodontite et les attritions dentaires sont très fréquentes avec des impacts sur l'haleine, la nutrition et le confort. Le GECSSP a émis des recommandations pour prévenir ces problèmes.

Le brossage avec un dentifrice fluoré chaque jour ou l'utilisation d'un rince-bouche deux fois par jour en cas de brossage difficile sont recommandés (A). Il en va de même de l'utilisation de la soie dentaire chaque jour (A).

Pour les patients ayant eu une carie au cours de la dernière année, l'utilisation d'un rince-bouche chaque jour est aussi recommandée (A).

La cessation tabagique est recommandée (B). La question «Avez-vous des saignements en brossant vos dents?» pour dépister les problèmes de gencives est plutôt limitée (C).

- **Maltraitance**

La violence envers les personnes âgées (physique, psychologique, abus financier, négligence) est peu reconnue par les professionnels de la santé. Selon l'INSPQ (2008) poser simplement la question à la personne âgée est un bon moyen de dépistage. Même si la personne âgée victime de violence hésite souvent à en parler, le seul fait de la questionner ouvre une porte lui indiquant que son interlocuteur est disponible pour en parler. Le fait d'avoir dû passer une nuit hors du foyer par crainte de violence d'un proche, est un facteur prédictif majeur (B).

- **Dépression**

La personne âgée peut vivre des deuils à répétition (conjoint, amis, autonomie, permis de conduire, déménagement, etc.). Ces situations de vie la mettent à risque de dépression majeure.

Le clinicien doit avoir un indice de suspicion élevé quand il s'agit de dépister la dépression chez la personne âgée. En effet, la dépression est souvent atypique dans son mode de présentation (dépression sans tristesse mais avec anhédonie, dépression avec troubles cognitifs, dépression avec symptomatologie physique ou anxiété mal expliquée ou réfractaire au traitement).

On note une augmentation importante du taux de suicide particulièrement chez les hommes de plus de 75 ans et les moyens utilisés sont violents (coup de feu, pendaison, défenestration). Il ne s'agit pas de tentative de suicide en tant qu'«appel à l'aide» mais bien d'une action pour mettre un point final au mal être.

Le dépistage n'a de sens et n'est indiqué que dans la mesure où un suivi est possible (INSPQ et USPTF 2008). Si une dépression est soupçonnée, l'évaluation du risque suicidaire est recommandée (B). Le traitement de la dépression (A) prévient le suicide dans ce groupe d'âge. Il faut faire particulièrement attention aux hommes âgés qui demandent peu d'aide.

Selon le GECSSP (2013), on réservera le dépistage de la dépression aux patients présentant des stigmates dépressifs (humeur triste, anhédonie, perte d'intérêt, changements significatifs du poids et de l'appétit, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment d'inutilité ou de culpabilité excessive, capacité de réflexion et de concentration réduite, pensées récurrentes de mort ou de suicide) ou des antécédents de dépression (niveau faible de recommandation, preuve de très faible qualité). Le « Geriatric Depression Scale » (GDS) est un outil validé de dépistage de la dépression en gériatrie.

EMP au bureau

Pour parer aux contraintes de temps du suivi médical des personnes âgées en cabinet, voici quelques trucs pour éviter que la prévention ne se perde dans la gestion des autres problèmes :

- Aide-mémoire au dossier du patient
- Rencontre d'équipe (interdisciplinaire) lorsque possible
- Dépliant sur l'EMP par groupe d'âge dans la salle d'attente
- Système de rappel automatique (logiciel de gestion de la pratique médicale)
- Feuille de route (feuille résumé de suivi longitudinal)

EMP en hébergement

Selon le Guide de pratique en CHSLD du CMQ, même en hébergement, la prévention est toujours possible. Voici des actions réputées efficaces quand il s'agit de prévenir les grands syndromes gériatriques :

- 1- Évaluation médicale sommaire à l'admission
- 2- Jour 15: Évaluation bio-psycho-sociale et fonctionnelle
- 3- Jour 30: Rencontre d'équipe multidisciplinaire et rencontre de famille
 - Établissement du niveau de soins et ordonnance de réanimation ou pas (doit être complété au maximum à la fin du premier mois)
 - Aptitude de consentir aux soins
 - Réévaluer les médicaments aux 2 mois la première année
 - EMP (annuel)
 - Revoir la liste de médicaments avec la pharmacienne/le pharmacien
 - Changements de l'état clinique (exacerbation ou nouveaux symptômes)
 - Évaluation fonctionnelle
 - Examen physique
 - Il n'y a pas d'examens paracliniques de routine recommandés
 - Équipe multidisciplinaire, plan de soins

On réfère le lecteur au Guide de pratique en CHSLD du Collège des médecins du Québec pour les aspects pratiques de la prévention en hébergement au Québec.

Conclusion

On comprendra à la lecture du présent énoncé de principe que la prévention est toujours possible même à l'âge avancé mais qu'elle doit être adaptée et individualisée en tenant compte du pronostic fonctionnel et vital de la personne âgée. Vous trouverez à l'annexe 3 un tableau résumant les recommandations et un aide-mémoire pour l'examen médical périodique de la personne âgée.

Références

Générales

- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (www.canadiantaskforce.ca)
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) Recommendations for clinical preventive services. (www.ahrq.gov)
- Thivierge, C et al. EMP 2013. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Collège des Médecins du Québec. (www.cmq.org)

Tabagisme

- CAN-ADAPTT. Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme. 2012. 66p. (www.can-adaptt.net)

Obésité, sédentarité, nutrition

- USPSTF. Behavioral counseling interventions to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular Disease prevention in adults. Ann Int Med 2012; 157 (5) : 367-372.
- Leiter, LA et al. Position Statement. Cardiometabolic Risk in Canada. A detailed analysis and position paper by the Cardiometabolic Risk Working Group. Can J Cardiology 2011; 27 (2): 124-131. (www.onlinecjc.ca)
- Santé Canada. Bien manger avec le guide alimentaire canadien. www.hc-sc.gc.ca
- Plourde G, Prud'homme D. Review Managing Obesity in Adults. CMAJ 2012; 184 (9) : 1039-1044. (www.cmaj.ca)
- Société Canadienne de physiologie de l'exercice. Directives canadiennes en matière d'activités physiques, 2011. (www.cesp.ca)

Hypertension artérielle

- Société canadienne d'hypertension artérielle. Programme éducatif canadien sur l'hypertension. Recommandations canadiennes de 2013 pour l'évaluation et le traitement de l'hypertension. (www.hypertension.ca)
- Société Québécoise d'hypertension artérielle. Hypertension - Guide thématique, 4e édition 2012. (www.hypertension.qc.ca)

Dyslipidémie

- Anderson TJ, Grégoire J et al. 2012 Update of the Cardiovascular Society Guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult. Can J Cardiology 2013; 29: 151-167. (www.onlinecjc.ca)

Diabète de type II

- Association canadienne du diabète. Clinical Practice Guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. 2013. (www.diabetes.ca)

Prophylaxie vasculaire à l'acide acétylsalicylique

- Bell AD et al. The use of antiplatelet therapy in the outpatient setting: Canadian Cardiovascular Society Guidelines. Can J Cardiology 2011; 27 (2) : 208-221. (www.onlinecjc.ca)

Anévrisme de l'aorte abdominale

- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Dépistage systématique de l'anévrisme de l'aorte abdominale par échographie. 2010. 129p. (www.inesss.qc.ca)

Chutes

- Institut national de santé publique du Québec. Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : Volet médical Pratiques cliniques préventives, 2011, 235 p. (www.inspq.qc.ca/publications)

Démence

- Gauthier, S et al. 4^{ème} Conférence canadienne Consensuelle sur le diagnostic et le traitement de la démence. Can J Neurol Sci 2012; 39; Suppl 5: S1-S8 (www.cjns.org)

Ostéoporose fracturaire

- Osteoporosis Canada. 2010 Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis, CMAJ 2010; 182 : 1864-1873. (www.osteoporosecanada.ca)

Cancer du sein

- Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. CMAJ 2011; 183 (17): 1991-2000. (www.cmaj.ca)

Cancer colorectal

- Société canadienne du cancer. Canadian Association of Gastroenterology position statement on screening individuals at average risk for developing colorectal cancer: 2010. Can J Gastroenterol 2010; 24 (12): 705-715. (www.pulsus.com/journals)
- American College of Physicians. Screening for Colorectal cancer. A Guidance statement from the American College of Physicians. Ann Int Med 2012; 156(5):378-386.

Cancer de la prostate

- Collège des médecins du Québec. Le dépistage du cancer de la prostate. 2013. (www.cmq.org)

Cancer de la peau

- Association des dermatologues du Québec. Énoncé de position de l'Association des dermatologues du Québec sur le dépistage des cancers cutanés par les omnipraticiens lors de l'examen médical périodique. 2013. 5 p. (www.adq.org/interet_public.html)

Cancer du col de l'utérus

- Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for cervical cancer. CMAJ 2013; 185 (1): 35-45. (www.cmaj.ca)
- Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec. INSPQ 2011. (www.inspq.qc.ca)

Maladie pulmonaire obstructive chronique

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2013. 99p. (www.goldcopd.org)

Vaccination

- Protocole d'immunisation du Québec. (www.msss.gouv.qc.ca/immunisation)

Désafférentation auditive et visuelle

- USPSTF. Screening For Hearing Loss in Older Adults. Ann Int Med 2012; 157.(9):655-661.
- Société Canadienne d'ophtalmologie. Guide de pratique factuelle de la Société canadienne d'ophtalmologie pour l'examen oculaire périodique chez les adultes au Canada. Can J Ophthalmol 2007; 42 (1): 158-163. (www.canadianjournalofophthalmology.ca)

Alcoolisme

- Éduc'alcool et Collège des médecins du Québec. Les niveaux de consommation d'alcool à faible risque. Guide pour les médecins et les professionnels de la santé. 2012. 13p. (www.educalcool.qc.ca)

Maltraitance

- USPSTF. Screening for intimate partner violence and Abuse of elderly and vulnerable adults. Ann Int Med 2013; 158 (6) : 478-486.

Dépression et suicide

- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommandations sur le dépistage de la dépression chez l'adulte. 2013. (www.cmaj.ca)
- Ministère de la santé et des services sociaux. Prévention du suicide. Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants de centres de santé et de services sociaux. 2010. 93 p. (www.msss.gouv.qc.ca)

Annexe 1

Le GECSSP classe les données probantes par catégories de recommandations :

- Migration de:
 - A: Données suffisantes pour inclure
 - B: Données acceptables pour inclure
 - C: Données insuffisantes pour inclure ou exclure
 - D: Données acceptables pour exclure
 - E: Données suffisantes pour exclure

Vers:

- Recommandation forte, modérée, faible
- Évidence forte, modérée, faible

<http://www.canadiantaskforce.ca/>

Le USPSTF classe les données probantes par catégories de recommandations :

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)

Annexe 2

Outils de dépistage complémentaires en cas de dénutrition de la personne âgée

MNA-SF Mini nutritional Assesment Short term Form-Nestlé 1994, révision 2009 pour les patients de plus de 65 ans tant à domicile qu'en institution

DNA – Dépistage Nutritionnel des Aînés. Payette H, 2003 pour les patients en perte d'autonomie à domicile

SCREEN – Seniors in the community : Risk Evaluation for Eating and Nutrition. Keller HH et al, 2000, version 2009 pour patients âgés à domicile

Annexe 3
RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS POUR
L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Pathologies	Recommandations	Sources
Tabagisme	<ol style="list-style-type: none"> 1. S'informer du statut tabagique 2. Encourager l'arrêt 3. Offrir une thérapie de remplacement nicotinique 	GECSSP
Sédentarité et obésité	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encourager l'activité physique en tenant compte des comorbidités 2. Éviter les diètes amaigrissantes 3. Tolérer IMC de 25-27 	Kino-Quebec USDHHS CCD
Hypertension artérielle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prendre TA annuellement ad 84 ans (utile de continuer par la suite, mais recommandation plus faible) 2. Traiter si TA > 160 3. Viser TA < 140 si patient non fragile. 4. Viser TA < 150-155 si patient fragile 5. Surveiller la présence d'hypotension orthostatique 	GECSSP
Dyslipidémie	<p>A. Prévention primaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dépistage annuel recommandé ad 80ans 2. Après 80 ans selon jugement clinique <p>B. Prévention secondaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Traitement indiqué ad 80 ans 2. Après 80 ans selon jugement clinique <p>C. Cibles de tx idem que dans la population plus jeune</p>	Cardiovascular society Groupe d'experts
Diabète	<ol style="list-style-type: none"> 1. Glycémie à jeun ou HbA1C q 3 ans 2. Tolérer glycémie à jeun de 8-12 mmol/L et HbA1C de 7,1-8,5% 	ACD

Pathologies	Recommandations	Sources
AAS	<p>A. Prévention primaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tx non indiqué chez les patients à faible risque vasculaire <p>B. Prévention secondaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tx indiqué 2. Associer tx à la prise d'un IPP après 70 ans 	SCCV
AAA	Faire écho abdo aux hommes entre 65-75 ans et aux femmes de plus de 65 ans si hx familiale d'AAA ou antcd personnels d'ICT-AVC ou tabagisme	SCCV AETMIS
Chutes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demander : «Avez-vous fait une chute dans la dernière année» lors du rv annuel. 2. Procéder à une évaluation complète chez le patient ayant fait une chute 3. Recommander un programme d'exercices individualisés si hx de chute ou haut risque de chute 	INSPQ MSSS USPTF
Troubles cognitifs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dépister la démence avec MMSE ou MoCA minimalement chez pt de > 80 ans (se référer au texte pour l'ensemble des indications) 2. Offrir un tx à tout pt ayant un dx de démence 	CCD
Ostéoporose	<ol style="list-style-type: none"> 1. DEXA chez tous les patients de > 65 ans au moins 1 fois 2. Mesures de dépistage (FRAX, CAROC, IFRO, SCORE) 3. Traiter ostéoporose avec suppléments de Calcium (1200mg) et de Vitamine D (800-1000 UI\jour) 4. Tx anti-résorptif recommandé selon jugement clinique si OP 	SCO

Pathologies	Recommandations	Sources
Dénutrition	<ol style="list-style-type: none"> Dépistage chez les patients de > 70ans au moins 1 fois par année, à chaque hospitalisation aiguë et à l'admission en hébergement et q 1mois par la suite Outils de dépistage: Mesure du poids, IMC, albumine, échelles de mesure validées 	Haute autorité de santé de France
Cancer du sein	Mammographie: 50-69 ans: q 2-3 ans 70-74 ans : q 2-3 ans Non recommandé après 75 ans	GECSSP
Cancer colorectal	Dépistage par recherche de sang occulte q 2 ans ad 75 ans <ul style="list-style-type: none"> - FIT de préférence - Non recommandé après 75 ans 	Association canadienne de gastroentérologie USPTF
Cancer de la prostate	Dépistage par TR et APS: <ul style="list-style-type: none"> - 50-70 ans: annuel si espérance de vie > 10ans - Non recommandé après 70 ans 	Association canadienne d'urologie
Cancer de la peau	<ul style="list-style-type: none"> - Examen annuel de la peau en présence de diathèse personnelle ou familiale du mélanome - Recherche de kératoses actiniques 	Association des dermatologues du Québec
Cancer du col utérin	Après 70 ans: <ul style="list-style-type: none"> - Si 3 PAP tests négatifs au cours des 10 dernières années : Cesser - Sinon, considérer faire PAP test q 3 ans ad 3 négatifs 	GECSSP
Cancer du poumon	RXP non recommandé comme dépistage	Société Canadienne de thoracologie, GOLD

Pathologies	Recommandations	Sources
Vaccins	Vaccins recommandés contre : influenza (>60ans), pneumocoque (>65 ans), zona (> 60ans), tétanos (q 10ans)	Protocole d'immunisation du Québec
Hypothyroïdie	Dépistage annuel non recommandé par dosage de la TSH, mais garder haut niveau de suspicion vu atypie de la présentation	GECSSP
Troubles d'afférence	Dépistage de la surdité après 50ans Mesure de l'acuité visuelle annuellement et du fond d'oeil après 65 ans	USPSTF
Conduite automobile	Suivre les exigences de la SAAQ.	SAAQ
Alcoolisme	Questionnaire CAGE chez patient à risque	GECSSP
Hygiène dentaire	Encourager le brossage de dents quotidien avec dentifrice fluoré ou rince-bouche bid si brossage difficile	GECSSP
Maltraitance	Demander au patient s'il est victime de maltraitance	INSPQ
Dépression	Dépistage que chez les patients avec stigmates dépressifs Utiliser le GDS	GECSSP

Tableau élaboré par Dre Marie-Pierre Thibodeau, gériatre au CHUM.

AIDE-MÉMOIRE ANNUEL

1. Questions

- ✓ Évaluer le statut tabagique
- ✓ Demander : «Avez-vous fait une chute dans la dernière année»
- ✓ Questionner sur la présence de maltraitance
- ✓ Questionner la conduite automobile

2. Mesures au bureau

- ✓ Prise de la TA ad 84 ans
- ✓ Mesure du poids et de IMC (dénutrition) > 70 ans
- ✓ Dépistage surdité
- ✓ Carte de Snellen, fond d'œil
- ✓ MMSE ou MoCA minimalement chez pt de > 80 ans
- ✓ TR ad 70 ans
- ✓ PAP test q 3 ans ad 3 négatifs > 70 ans

3. Examens paracliniques:

- ✓ Dosage lipides ad 80 ans
- ✓ Glycémie à jeun ou HbA1C q 3 ans
- ✓ Dosage albumine
- ✓ Dosage TSH au moindre doute clinique
- ✓ DEXA chez tous les patients de > 65 ans au moins 1 fois
- ✓ Dosage APS ad 70 ans
- ✓ Mammographie q 2-3 ans ad 74 ans
- ✓ Recherche de sang occulte q 2 ans ad 75 ans

4. Recommandations

- ✓ Encourager activité physique
- ✓ Offrir vaccination
- ✓ Encourager hygiène dentaire

Aide-mémoire élaboré par Dre Marie-Pierre Thibodeau, gériatre au CHUM.