



L'OBJECTIF DE LA PRÉVENTION en gériatrie est d'augmenter non seulement l'espérance de vie, mais surtout le nombre d'années sans incapacité. Actuellement, l'espérance de vie à 65 ans au Canada est de 20 ans pour les femmes et de 15,5 ans pour les hommes, avec respectivement 13,2 et 11,5 ans sans perte d'autonomie¹. Des activités de prévention bien ciblées sont donc justifiées. Par contre, la population âgée est très peu homogène. Plus on vieillit, plus on se différencie sur le plan de la santé et de l'autonomie. Il faut donc adapter les stratégies de prévention en fonction du contexte particulier à chacun.

Plusieurs embûches empêchent de généraliser les pratiques préventives auprès des personnes âgées. D'abord, il y a trop peu de recherche sur leur efficacité pour ce groupe d'âge. Ensuite, les médecins demeurent sceptiques sur le bien-fondé de telles pratiques, même lorsqu'il a été démontré qu'elles sont efficaces.

Finalement, bien que la plupart des médecins de famille traitent régulièrement plusieurs patients âgés, ils le font le plus souvent dans le cadre du suivi de certaines maladies chroniques. Il est plus difficile alors d'y insérer des consultations visant principalement une réévaluation plus approfondie, environ une fois l'an, dans le cadre de l'examen médical périodique.

Vaccination

Anti-influenza

La vaccination annuelle contre l'in-

La D^e Suzanne Gosselin, omnipraticienne et professeure agrégée au département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke, exerce à l'Institut universitaire de gériatrie, à Sherbrooke.

L'examen médical périodique chez la personne âgée

que peut-on encore prévenir ?

par **Suzanne Gosselin**

Une dame de 73 ans, apparemment en bonne santé et tout à fait autonome, vous consulte, sur les instances de sa fille, afin d'avoir un bilan médical. Elle n'a aucun symptôme particulier et s'étonne que vous lui demandiez de se dévêtir, car elle n'a eu aucun examen aussi complet depuis son dernier accouchement. Elle croyait que la prise de sa tension artérielle serait suffisante ! Au lieu de vous contenter de mesurer sa pression, vous lui parlez de sa vue, de son audition, et lui demandez s'il lui arrive de tomber...

fluenza est recommandée pour toutes les personnes de 65 ans et plus². Il s'agit d'ailleurs de la seule recommandation de catégorie A (*tableau 1*) pour ce groupe d'âge. Le vaccin anti-influenza diminue l'incidence des pneumonies, des hospitalisations et même la mortalité, et ce, particulièrement chez les personnes âgées. Il faut également vacciner les dispensateurs de soins.

Antipneumococcique

La vaccination contre le pneumocoque est recommandée pour toutes les personnes de 65 ans et plus par le Comité consultatif national de l'immunisation de même que par la plupart des organismes sanitaires internationaux³. Le Groupe d'étude ca-

nadien sur les soins de santé préventifs* en fait une recommandation de catégorie C, puisque aucun essai avec randomisation à double insu n'a porté sur le sujet. Son efficacité est de l'ordre de 70 %. Il est offert gratuitement au Québec depuis l'automne 1999.

Antitétanique

La vaccination antitétanique est très efficace. Il est recommandé d'administrer un rappel tous les 10 ans, mais seulement aux personnes à risque ou après un traumatisme. Cette restriction est justifiée par la faible prévalence de la maladie et le coût élevé qu'implique le maintien d'un bon niveau

* Autrefois le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique.

La population âgée est très peu homogène. Plus on vieillit, plus on se différencie sur le plan de la santé et de l'autonomie. Il faut donc adapter les stratégies de prévention en fonction du contexte particulier à chacun.

Repère

Tableau I

Classification des recommandations selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

- A Données suffisantes pour appuyer la recommandation de s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique
- B Données acceptables pour appuyer la recommandation de s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique
- C Données insuffisantes pour appuyer la recommandation d'inclure ou d'exclure cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique
- D Données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique
- E Données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique

Tableau II

Questions à se poser avant d'entreprendre un dépistage de néoplasie chez une personne âgée

- Quel est l'âge physiologique de la personne ?
- Quelle est son espérance de vie ?
- Quel est son niveau d'autonomie fonctionnelle ?
- Souffre-t-elle de maladies susceptibles d'influer sur son espérance de vie, son autonomie ou sa qualité de vie ?
- Si une néoplasie était découverte, la personne serait-elle en mesure de subir les traitements requis ?

immunitaire chez toutes les personnes âgées.

Dépistage des néoplasies

L'incidence de la majorité des néoplasies s'accroît avec l'âge. La question de leur dépistage précoce demeure donc tout aussi pertinente. Par contre, il existe très peu de données probantes sur les effets de ce dépistage chez les aînés. La plupart des recommandations sont extrapolées à

partir d'études effectuées sur des populations plus jeunes.

Avant d'entreprendre un dépistage, il faut donc se poser un certain nombre de questions (*tableau II*).

Cancer du côlon

Le dépistage annuel par Hemocult® avec sigmoïdoscopie périodique (tous les trois à cinq ans selon certains groupes d'experts) par endoscope flexible fait l'objet d'une recommandation de catégorie C, sans limite supérieure

d'âge^{2,4}. Il faut toutefois prendre en considération le fait que l'Hemocult® peut être techniquement plus difficile à réaliser chez une personne âgée, et s'avérer par conséquent moins fiable.

Cancer du sein

Le risque de cancer du sein s'accroît avec l'âge, et ce, jusqu'à 80 ans. Même si le pronostic vital à cinq ans est comparable à celui des femmes plus jeunes, c'est chez les femmes âgées qu'on a fait le moins de progrès en ce qui concerne la prolongation de la survie. Ce phénomène peut s'expliquer, entre autres, par le fait que le diagnostic est souvent posé à un stade plus avancé dans ce groupe d'âge et que les traitements proposés sont moins vigoureux.

Avec le vieillissement, la composition du sein se modifie, ce qui augmente la fiabilité de la mammographie et sa capacité à détecter des tumeurs plus petites⁵.

Malheureusement, on ne dispose actuellement d'aucune preuve que le dépistage est efficace après 70 ans. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ne propose aucun dépistage après 69 ans². Par contre, d'autres organismes américains ne suggèrent aucune limite supérieure d'âge⁶. Un forum d'experts organisé en 1990 (National Cancer Institute et National Institute on Aging Health Care Financing Administration) a fait les recommandations suivantes :

- L'examen clinique des seins devrait être fait annuellement et la mammographie tous les deux ans chez les femmes de 65 à 74 ans.

- On devrait inciter les femmes de 75 ans et plus qui sont en bonne santé et dont l'espérance de vie est bonne à avoir une mammographie et un examen clinique des seins environ tous les deux ans.

■ Il est prudent de recommander aux femmes de 65 ans et plus de procéder à un auto-examen des seins mensuel⁷.

Cancer de la prostate

L'incidence du cancer de la prostate augmente avec l'âge et peut atteindre 43 % à 80 ans (selon les rapports d'autopsies). Par contre, il est souvent découvert de façon fortuite chez les hommes âgés et n'est pas nécessairement une cause importante de morbidité et de mortalité. De plus, les méthodes actuelles de dépistage ne sont pas suffisamment fiables et entraînent une cascade d'explorations complémentaires et de traitements comportant des effets secondaires non négligeables.

Le dépistage annuel par toucher rectal fait l'objet d'une recommandation de catégorie C, alors que le dosage de l'antigène prostatique spécifique n'est pas recommandé (catégorie D)².

Cancer du col utérin

La plupart des néoplasies envahissantes du col sont trouvées chez des femmes ménopausées qui ont eu peu ou pas d'examen cytologiques antérieurs. La majorité des organismes s'entendent pour recommander de cesser le dépistage par test de Papanicolaou après l'âge de 70 ans pour les femmes qui ont eu des tests de dépistage réguliers. Pour celles qui n'en ont jamais subi, il faut obtenir deux tests normaux à un an d'intervalle avant de cesser le dépistage^{2,8}.

Hypertension artérielle (HTA)

La prévalence de l'hypertension systolique et diastolique augmente avec l'âge. Des données épidémiologiques ont montré que l'hypertension systo-

lique ou diastolique accroît le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC), de maladie coronarienne et d'insuffisance cardiaque. Plusieurs études ont confirmé que le traitement est valable pour diminuer la mortalité, les problèmes cardiovasculaires et les AVC, et ce, jusqu'à l'âge de 80 ans, avec un rapport coût-efficacité meilleur que chez les plus jeunes^{3,8}.

Il est donc recommandé de rechercher une hypertension artérielle chez toute personne âgée de 65 à 84 ans. Si la tension artérielle est normale aux deux bras, il n'est pas nécessaire de la contrôler à trois reprises sur une période de six mois. En l'absence de recommandation plus précise, on suggère de la révérifier à chaque examen médical périodique.

Le traitement est recommandé si :

- la pression systolique est supérieure à 160 mmHg ;
- la pression diastolique est supérieure à 105 mmHg ;
- la pression diastolique se situe entre 90 et 104 mmHg et si la pression systolique est inférieure à 160 mmHg avec atteinte des organes cibles.

Hypothyroïdie primaire

L'incidence de cette affection augmente avec l'âge, surtout chez les femmes. Le tableau clinique est cepen-

dant très souvent atypique dans ce groupe d'âge. Bien qu'aucun dépistage systématique ne soit recommandé, il faut toujours garder cette possibilité à l'esprit et vérifier la TSH (hormone thyroïdienne) au besoin.

Déficiences visuelles

Treize pour cent des personnes âgées souffrent d'une forme quelconque de déficience visuelle. Parmi elles, 3 % des personnes de plus de 60 ans et 11 % des plus de 80 ans ont une cécité pratique (< 20/200). Les principales causes de déficience visuelle sont les suivantes : presbytie, cataractes (15 % des cas de cécité), dégénérescence maculaire liée à l'âge (50 % des nouveaux cas de cécité au Canada), glaucome et rétinopathie diabétique.

Plusieurs personnes âgées présentent une déficience visuelle grave non diagnostiquée. Celle-ci peut avoir des répercussions sérieuses sur leur autonomie fonctionnelle ainsi que sur le risque de chutes et d'accidents.

L'opération de la cataracte améliore la vision de façon très importante. La photocoagulation ralentit la rétinopathie diabétique et peut retarder la détérioration liée à la dégénérescence maculaire dans certains cas. Les bienfaits du traitement du glaucome par une diminution de la

La plupart des néoplasies envahissantes du col utérin sont trouvées chez des femmes ménopausées qui ont eu peu ou pas d'examen cytologiques.

Plusieurs études ont confirmé que le traitement de l'hypertension artérielle est valable jusqu'à au moins 80 ans pour diminuer la mortalité, les problèmes cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux, avec un rapport coût-efficacité meilleur que chez les plus jeunes.

Les déficiences visuelles ou auditives peuvent avoir des répercussions sérieuses sur l'autonomie fonctionnelle ainsi que sur le risque de chutes et d'accidents. Il faut donc les dépister.

Repères

pression intra-oculaire sont reconnus.

Il est donc recommandé de procéder au dépistage annuel d'une déficience visuelle avec l'échelle de Snellen. Une consultation annuelle chez un ophtalmologiste doit être suggérée à tous les diabétiques. Il est à noter que la tonométrie de Schiötz n'est plus recommandée comme mesure de dépistage du glaucome. Si le patient court un risque élevé (antécédents familiaux, race noire, diabète, myopie, HTA), on propose plutôt un suivi en ophtalmologie².

Perte auditive

La surdité est le lot de 25 à 40 % des personnes âgées de 65 ans et plus. Dans 90 % des cas, il s'agit d'une presbycusie qui se caractérise par une atteinte plus marquée au niveau des hautes fréquences entraînant de la difficulté à comprendre les conversations, surtout lorsqu'il y a des bruits de fond. Une perte auditive peut avoir des répercussions importantes sur le plan fonctionnel (impossibilité d'utiliser le téléphone, par exemple) et entraîner l'isolement ainsi qu'une diminution de la performance cognitive. Par ailleurs, les personnes âgées ont tendance à sous-estimer leur problème auditif.

Depuis quelques années, il existe un programme d'appareillage gratuit au Québec pour les personnes admissibles. Pour être efficace, cet appareillage doit cependant être accompagné d'un programme de réadaptation auditive appliqué par un audiologiste. Dans ces conditions, les prothèses auditives améliorent la qualité de vie.

Il est donc recommandé de demander au patient s'il a des problèmes auditifs et de procéder à des tests simples :

- **épreuve de la voix chuchotée** (chu-

choter six mots à une distance de 15 à 60 cm de l'oreille du patient en dehors de son champ de vision et lui demander de les répéter) ;

- **frottement des doigts** (frotter le pouce et l'index l'un contre l'autre en s'éloignant lentement du patient jusqu'à ce qu'il n'entende plus ; sensibilité de 80 % et spécificité de 49 % à 15 à 20 cm de l'oreille, et de 90 % et 85 % respectivement à 8 cm) ;

- **audioscopie** (l'audioscope est un instrument qui émet des sons de 25 à 40 décibels à différentes fréquences).

Si une perte auditive est dépistée, il faut procéder à l'examen du conduit auditif externe afin d'exclure la possibilité d'un bouchon de cérumen et orienter ensuite le patient en audiologie pour une évaluation plus approfondie².

Troubles cognitifs

La prévalence de la démence est d'environ 5 % à 65 ans, et elle atteint 40 % à 80 ans. Une détection rapide pourrait permettre de mieux planifier l'avenir. Puisque, à l'heure actuelle, aucune intervention précoce ne change le cours de la maladie, aucun dépistage systématique n'est recommandé, mais on doit rester très vigilant afin de planifier les soins en conséquence.

Chutes

Les chutes constituent l'un des grands syndromes gériatriques. Elles sont la cause de blessures graves, d'hospitalisations et même de décès. Très souvent, elles sont le symptôme d'une affection qui peut être traitée. Après une chute, une évaluation effectuée par une équipe multidisciplinaire permet de réduire subséquemment les réci-

dives et les blessures qui en résultent.

Il est donc recommandé de vérifier systématiquement à l'anamnèse si le patient a subi une chute pour ensuite procéder à l'évaluation médicale appropriée ou l'adresser à une équipe d'évaluation multidisciplinaire lorsque ce service est disponible².

Polypharmacie

La polypharmacie est un problème très fréquent dans la population âgée aux prises avec plusieurs maladies chroniques. Les interactions et réactions indésirables qui en découlent entraînent souvent l'hospitalisation. Le risque de réaction indésirable augmente de façon exponentielle avec le nombre de médicaments consommés, qu'ils soient prescrits ou non. Les médicaments les plus souvent en cause sont les suivants : psychotropes, antihypertenseurs, Lanoxin®, anti-inflammatoires non stéroïdiens, théophylline, Coumadin®, anticonvulsifs et stéroïdes.

Périodiquement, et encore plus particulièrement dans la cadre d'un examen médical périodique, il faut revoir l'ensemble du traitement médicamenteux et remettre sa pertinence en question. Cette révision exige une démarche structurée (*tableau III*).

Habitudes de vie

Tabac

Le *counselling* sur l'arrêt du tabagisme est encore justifié pour les personnes âgées. La désaccoutumance au tabac, même après l'âge de 65 ans, peut offrir les bienfaits suivants :

- Une augmentation de l'espérance de vie de deux ans pour un fumeur moyen, et de quatre ans pour un gros fumeur ;

- Une diminution importante du risque de mortalité par maladie coronarienne, même après seulement un an d'abstinence ;
- Une diminution importante du risque d'AVC ;
- Une diminution de 60 % de la mortalité attribuable au cancer du poumon cinq ans après avoir arrêté de fumer ;
- Une diminution des symptômes respiratoires et de la détérioration des capacités fonctionnelles, et une meilleure tolérance à l'effort⁹.

Alcool

En raison de plusieurs facteurs physiologiques, la susceptibilité aux effets de l'alcool augmente en vieillissant. Consommé en quantité excessive, l'alcool peut avoir des conséquences dévastatrices sur l'autonomie fonctionnelle d'une personne âgée (détérioration cognitive, risque accru de chutes avec leurs complications, carences nutritionnelles, etc.). Le clinicien doit donc demeurer vigilant pour dépister un problème de surconsommation d'alcool par une évaluation appropriée, le recours à un questionnaire de dépistage comme le CAGE (tableau IV) ou l'obtention d'informations complémentaires auprès des membres de la famille.

Activité physique

L'engouement pour l'activité physique et la démonstration de ses bienfaits est un phénomène relativement récent. Les personnes âgées de 65 ans appartiennent à une génération qui a grandi à une époque où les progrès technologiques se sont soldés par une diminution des efforts physiques liés au travail et au mode de vie en général. Elles ont souvent la conviction qu'elles ont suffisamment travaillé dans leur vie et qu'elles ont enfin droit

Tableau III

Stratégie pour rationaliser le traitement médicamenteux

- Obtenir la liste de tous les médicaments qui sont effectivement consommés (auprès du patient et de ses proches, de la ou des pharmacies).
- Préciser depuis quand ils sont consommés.
- S'assurer que chacun des diagnostics inscrits au dossier a été bien étayé (une vérification minutieuse des dossiers antérieurs est souvent beaucoup plus utile que l'anamnèse).
- Corréler les traitements avec les diagnostics afin de s'assurer que chaque médicament est justifié.
- Si certains médicaments ne sont pas indiqués, commencer par interrompre la prise des plus nocifs. Ne pas faire trop de changements à la fois et toujours prévoir un suivi lorsqu'un traitement est modifié.

Tableau IV

Questionnaire CAGE

1. Avec-vous jamais pensé à réduire votre consommation d'alcool ?
2. Avez-vous déjà été irrité par les critiques sur votre façon de boire ?
3. Avec-vous déjà éprouvé un sentiment de culpabilité à cause de la prise d'alcool ?
4. Vous est-il déjà arrivé de boire le matin pour vous calmer les nerfs ou chasser la « gueule de bois » ?

Une seule réponse positive indique la nécessité d'une évaluation soutenue.

au repos. Cependant, les connaissances actuelles nous permettent d'arriver aux conclusions suivantes :

- La pratique régulière d'une activité physique d'intensité modérée est au moins aussi bénéfique pour les personnes âgées que pour les plus jeunes ;
- Elle comporte peu de risques ;
- Elle devrait être adaptée aux besoins de chaque individu (plus intense pour augmenter la performance cardiovasculaire, avec mise en charge pour ralentir l'ostéoporose, à pratiquer en groupe pour briser l'isolement, etc.) ;
- La marche demeure une activité à privilégier puisqu'elle combine effica-

cité, accessibilité et faible coût.

Conduite automobile

Le risque d'accident d'automobile augmente de façon importante chez les conducteurs âgés. Il ne semble pas que ce phénomène soit une résultante de l'âge en soi, mais plutôt de l'augmentation de la prévalence des maladies susceptibles de diminuer la performance au volant (problèmes visuels, locomoteurs, neurologiques, cardiovasculaires, cognitifs, prise de plusieurs médicaments, dont les psychotropes). Le médecin se doit d'être vigilant et s'informer auprès du patient

Approche systématique de l'EMP de la personne âgée

1. Rechercher de façon systématique à l'anamnèse et à la revue des systèmes et appareils :
 - hypothyroïdie
 - problème visuel
 - problème auditif
 - troubles cognitifs
 - chutes.
2. Vérifier méticuleusement les médicaments pris.
3. Habitudes de vie : conduite automobile.
4. Évaluation fonctionnelle : AVQ (activités de la vie quotidienne), mobilité, AVD (activités de la vie domestique).
5. Examen physique : complet, évaluation de la vision avec l'échelle de Snellen, épreuve de la voix chuchotée, du frottement des doigts ou audioscopie, examen des seins et de la prostate.
 - Procéder à un examen plus approfondi si les éléments décelés à l'anamnèse le justifient.
6. Examens complémentaires :
 - aucun n'est recommandé formellement
 - mammographie ?
 - examen cytologique du col ?
7. Interventions : Fluviral®, Pneumovax®
 - à cibler en fonction des problèmes décelés.

et surtout de ses proches s'il a de la difficulté à conduire sa voiture, s'il a eu des contraventions ou des accidents récents.

L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE demeure essentiel auprès de la clientèle gériatrique. En plus du suivi régulier des problèmes médicaux chroniques, il faut réserver du temps, environ une fois l'an, pour procéder à cet examen. Puisque le vieillissement entraîne une augmentation des différences individuelles, il est nécessaire d'adapter cet examen à chaque personne. L'évaluation globale, tant phy-

sique que cognitive, fonctionnelle et psychosociale, demeure le meilleur outil de prévention pour le clinicien. □

Date de réception : 28 février 2001.

Date d'acceptation : 23 mars 2001.

Mots clés : examen médical périodique, personnes âgées, prévention, dépistage.

Bibliographie

1. Bellerose C, Lavallée C, Chénard L, Levasseur M. *Santé-Québec : Et la santé, ça va en 1992-93 ?* Gouvernement du Québec, 1995.
2. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique*. Ottawa : Santé Canada, 1994 : 1136 pages.

Summary

Periodic medical exam for the elderly: what can we prevent? Elderly people are very different in their health status or functional autonomy, and the prevention strategies must be individualized. Influenza and pneumococcal vaccine are well recognized interventions. Cancer screening should be considered for people with good health and life expectancy. Hypertension must be diagnosed and properly treated. Hearing and visual exams must be part of the periodic medical evaluation. Careful attention must be paid to prevent polypharmacy, which is an important cause of morbidity in this age group.

Key words: periodic medical exam, elderly, prevention, screening.

3. Cassel CK, Cohen HJ, Larson EB, Meier DE, Resnick NM, Rubenstein LZ, Sorenson LB. *Geriatric Medicine*. 3^e éd. New York : Springer-Verlag, 1997 : chap. 18.
4. American Geriatrics Society. Colon cancer screening (USPSTF Recommendation). *JAGS* 2000 ; 48 : 333-5.
5. Kerlikowske K, et al. Positive predictive value of screening mammography by age and family history of breast cancer. *JAMA* 1993 ; 270 (20) : 2444-9.
6. American Geriatrics Society Clinical Practice Committee. Breast cancer screening in older women. *JAGS* 2000 ; 48 : 842-4.
7. Screening Recommendations of the Forum Panel. *J Gerontol* 1992 ; 47 (Suppl 1) : 5.
8. American Geriatrics Society Clinical Practice Committee. Screening for cervical carcinoma in older women. Adresse Internet : http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/cer_carc_2000.shtml.
9. Fielding JE. Smoking: Health effects and control. *N Engl J Med* 1985 ; 313 (8) : 491-8.
10. Durand PJ, Béland G. Prévention. Dans : Arcand M, Hébert R, réd. *Précis pratique de gériatrie*. Saint-Hyacinthe : Édisem-Maloiné-FMOQ, 1997 : chap. 64.