

Aborder les soins préventifs chez les aînés

Bachir Tazkarji MD CCFP CAC (COE) ABFM Robert Lam MD MS CCFP CAC (COE) FCFP Shawn Lee MD CCFP Soumia Meiyappan MSc

Résumé

Objectif Guider les médecins de famille dans l'élaboration de plans de dépistage et de traitements préventifs à l'intention de leurs patients âgés.

Sources de l'information Une recension a été effectuée dans la base de données MEDLINE pour trouver des lignes directrices canadiennes sur les soins de santé primaires et les personnes âgées; des lignes directrices, des méta-analyses, des guides de pratique clinique ou des révisions systématiques portant sur le dépistage de masse chez les 80 ans et plus et les aînés fragiles, se limitant à ceux publiés entre 2006 et juillet 2016; et des articles sur les services de santé préventifs à l'intention des aînés et présentant un intérêt pour la pratique familiale ou les médecins de famille, limités à ceux publiés en anglais entre 2012 et juillet 2016.

Message principal L'estimation de l'espérance de vie n'est pas une science facile ou précise, mais la fragilité est un concept émergent susceptible d'être utile à cet égard. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs propose des lignes directrices sur le dépistage du cancer, mais elles sont moins précises en ce qui concerne les patients de plus de 74 ans et il faut donc individualiser les plans de prise en charge. L'estimation des années de vie qui restent aide à orienter vos recommandations concernant les plans de dépistage et de traitements préventifs. Les risques augmentent souvent proportionnellement avec la fragilité et la comorbidité. D'autre part, les bienfaits diminuent souvent à mesure que l'espérance de vie raccourcit. Les plans de prise en charge préventive devraient tenir compte des points de vue du patient et être convenus d'un commun accord. Un moyen mnémotechnique pour se rappeler des principaux domaines de prévention en soins primaires – CCMF, abréviation pour cancer, cardiovasculaire, mauvais équilibre, chute et ostéoporose, fiche de vaccinations préventives – pourrait se révéler utile.

Conclusion Les médecins de famille pourraient trouver utile de tenir compte des éléments suivants lorsqu'ils envisagent une intervention en soins préventifs: l'âge, l'espérance de vie (incluant le concept de la fragilité), la comorbidité et l'état fonctionnel, les risques et les bienfaits du dépistage ou du traitement, de même que les valeurs et les préférences du patient.

Les médecins de famille dispensent la majorité des soins médicaux préventifs que reçoivent leurs patients âgés. Il peut être difficile d'apprécier les bienfaits réalistes de mesures de prévention pour des patients âgés de plus en plus fragiles, dont l'espérance de vie est limitée.

Les médecins de famille pourraient trouver utile de se pencher sur les éléments suivants quand ils envisagent une intervention en santé préventive:

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- En raison du manque de recherche et de données probantes concernant les tests de dépistage au-delà de 74 ans, la plupart des organismes, y compris le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, sont d'avis qu'il faut individualiser le dépistage dans ce groupe d'âges. Choisir avec soin Canada recommande un seuil d'hémoglobine A_{1c} de moins de 7,5 % pour les patients âgés en bonne santé, mais de moins de 8,5 % pour ceux dont l'espérance de vie se limite à moins de 5 ans. Toutefois, les risques et les bienfaits d'un contrôle étroit de la glycémie chez les aînés font toujours l'objet d'une évaluation.
- Pour la prévention secondaire des incidents cardiovasculaires, il a été démontré que 4 classes de médicaments réduisent la mortalité chez les adultes plus âgés: les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II; les β-bloqueurs; les statines; et les agents antiplaquettaires. En prévention primaire des incidents cardiovasculaires, les données probantes convaincantes sont insuffisantes pour recommander un dépistage systématique et le traitement de l'hypercholestérolémie avec des statines chez les personnes de plus de 80 ans.
- Les personnes à risque élevé (> 20 %) et modéré (10 à 20 %) de fracture au cours des 10 prochaines années pourraient bénéficier d'un traitement avec des bisphosphonates. Toutes les personnes devraient être informées concernant l'apport quotidien suffisant en calcium élémentaire et en vitamine D. Il est recommandé de s'informer chaque année de la survenance de chutes; les patients âgés ont tendance à ne mentionner ce problème qu'à un stade déjà très avancé. Il n'y a pas de limite supérieure d'âge pour la vaccination, mais la condition physique du patient et d'autres contre-indications devraient être prises en compte.



Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2016;62:e508-13

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the September 2016 issue on page 717.

- l'âge, l'espérance de vie et le concept de la fragilité (comorbidités et état fonctionnel);
- les risques et les bienfaits du dépistage ou du traitement;
- les valeurs et les préférences du patient.

M^{me} M.B., âgée de 82 ans, vient à votre clinique pour un bilan de santé. Elle a une légère déficience cognitive, de l'hypertension, un diabète de type 2 et de l'arthrose. Ses parents sont morts de maladie cardiaque peu après l'âge de 90 ans. Elle conduit son auto, reste active et marche 30 minutes par jour. Vous discutez de ses objectifs de soins et elle demande s'il y a des interventions ou des tests de prévention qui pourraient aider à sa qualité de vie. Elle a rédigé des directives préalables : en cas d'arrêt cardiaque, elle demande à ne pas être réanimée.

Sources de l'information

Une recension a été effectuée dans la base de données MEDLINE pour trouver des lignes directrices canadiennes sur les soins de santé primaires et les personnes âgées; des lignes directrices, des méta-analyses, des guides de pratique clinique ou des révisions systématiques portant sur le dépistage de masse chez les 80 ans et plus et les aînés fragiles, se limitant à ceux publiés entre 2006 et juillet 2016; et des articles sur les services de santé préventifs à l'intention des aînés et présentant un intérêt pour la pratique familiale ou les médecins de famille, limités à ceux publiés en anglais entre 2012 et juillet 2016.

Message principal

Les éléments à prendre en compte

L'âge, l'espérance de vie et le concept de la fragilité: Une estimation des années de vie qui restent aide à orienter vos recommandations concernant les plans de dépistage et de traitements préventifs. Une telle estimation n'est pas une science facile ou exacte et pourtant, des décisions cliniques sont prises tous les jours entourant cette question.

Il existe de nombreux outils aidant à prédire l'espérance de vie du patient. Le National Center for Health Statistics des États-Unis propose un tableau fondé seulement sur le sexe, la race et l'âge¹. Statistique Canada a produit un tableau semblable, fondé sur le sexe et l'âge². Il y a aussi d'autres outils qui se servent de caractéristiques individuelles plus précises et sont plus exacts³.

La comorbidité (la présence de plus de 1 problème médical) et l'état fonctionnel (la dépendance ou l'indépendance dans les activités de base ou instrumentales de la vie quotidienne) influencent tous 2 l'espérance de vie⁴. La fragilité est un concept émergent qui peut contribuer à orienter la prise de décisions cliniques⁵. Au Canada, l'échelle de la fragilité clinique, élaborée à partir de l'Étude canadienne sur la santé et le vieillissement, estime aussi l'espérance de vie (Figures 1 et 2)^{4,6}.

Selon l'échelle de la fragilité, M^{me} M.B. se classe dans la catégorie 3, « se débrouillent bien » (Figure 1)⁶. La catégorie 3 est associée à une probabilité d'environ 80 % de survie sur 60 mois (5 ans). La catégorie 3 est aussi associée à une probabilité de 90 % d'éviter des soins en établissement sur 5 ans (Figure 2)⁴.

Les risques et les bienfaits du dépistage ou du traitement: Les risques augmentent souvent à mesure que la fragilité et la comorbidité s'intensifient. Réciproquement, les bienfaits diminuent souvent avec le déclin de l'espérance de vie.

Les valeurs et les préférences de votre patient: Les plans de prise en charge devraient tenir compte des points de vue du patient et être convenus d'un mutuel accord. C'est particulièrement le cas lorsqu'il n'existe pas de lignes directrices précises à suivre.

Les éléments à envisager dans les soins primaires préventifs. Nous avons créé un acronyme pour rappeler les éléments à prendre en compte dans les soins primaires préventifs selon notre expérience clinique, notamment CCMF, pour cancer, cardiovasculaire, mauvais équilibre, chutes et ostéoporose, fiche de vaccinations préventives.

Cancer: Les adultes de 65 ans et plus ont 16 fois plus de risques de mourir du cancer que les plus jeunes⁷. L'American Cancer Society⁸, le Preventive Services Task Force des États-Unis et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) proposent des lignes directrices sur le dépistage du cancer du sein, du col, de la prostate et colorectal. Les lignes directrices du GECSSP sont accessibles en ligne (<http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/overview>) et leurs recommandations concordent avec celles de la plupart des autres organismes. Cependant, étant donné le manque de recherche et de données probantes concernant les tests de dépistage au-delà de 74 ans, la majorité de ces organismes croient qu'il vaut mieux individualiser les tests de dépistage dans ce groupe en fonction de l'âge et de l'espérance de vie, des risques et des bienfaits, de même que des valeurs et des préférences du patient. Un consensus général se dégage autour de l'improbabilité que la mammographie de dépistage apporte des bienfaits aux femmes dont l'espérance de vie est inférieure à 5 ans⁹. Le Preventive Services Task Force des États-Unis recommande de ne pas procéder au dépistage par colonoscopie au-delà de 85 ans¹⁰. Récemment, le GECSSP s'est prononcé contre le dépistage par colonoscopie, qu'importe l'âge. Par ailleurs, le GECSSP est favorable au dépistage par recherche de sang occulte dans les selles ou par test immunochimique fécal aux 2 ans et par sigmoïdoscopie aux 10 ans entre 50 et 74 ans^{11,12}. Pour assurer des soins optimaux centrés sur le patient, il est essentiel d'avoir

une discussion sur le dépistage, y compris concernant les valeurs fondamentales du patient, et de passer en revue les risques et les bienfaits potentiels¹³.

Pour les patientes de plus de 74 ans, la mammographie de dépistage peut procurer des bienfaits si l'espérance de vie est supérieure à 5 ans⁹. M^{me} M.B. choisit d'en subir une¹⁴. Les résultats des tests de Papanicolaou de M^{me} M.B. se sont révélés normaux depuis qu'elle a 50 ans et jusqu'à l'âge de 68 ans. Elle vous a indiqué que son conjoint était son seul partenaire sexuel et, puisqu'elle a plus de 69 ans, vous décidez qu'elle n'a plus besoin de subir d'autres tests

de Pap¹⁵. Après avoir discuté des risques et des bienfaits de la sigmoïdoscopie et étant donné le temps qu'il faut à des polypes carcinomateux pour se développer, vous ne la recommandez pas. Puisqu'elle a probablement plus de 5 années encore à vivre, vous lui recommandez un test de recherche de sang occulte dans les selles^{11,12}. M^{me} M.B. accepte et vous mentionne qu'elle espérait ne pas avoir à subir de colonoscopie ou de sigmoïdoscopie.

Maladies cardiovasculaires: Il y a lieu de procéder aux 3 ans à un dépistage du diabète de type 2 par une mesure du taux de glucose plasmatique à jeun

Figure 1. Échelle de la fragilité clinique

Échelle de la fragilité clinique*



1 Très en forme – Des personnes robustes, actives et motivées. Ces personnes font habituellement de l'activité physique régulière. Elles comptent parmi les personnes les plus en forme pour leur âge.



2 En forme – Ces personnes n'ont pas de symptômes actifs de maladie, mais sont moins en forme que celles de la catégorie 1. Elles font souvent de l'activité physique ou sont très actives occasionnellement, p. ex. selon la saison.



3 Se débrouillent bien – Des personnes dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés mais qui ne sont pas régulièrement actives au-delà d'une promenade de routine.



4 Vulnérables – Elles ne dépendent pas d'autrui pour de l'aide au quotidien, mais leurs symptômes limitent leurs activités. Elles se plaignent souvent d'être au ralenti ou fatiguées durant la journée.



5 Légèrement fragiles – Ces personnes manifestent un ralentissement plus évident et ont besoin d'aide dans les AIVQ plus complexes (finances, transport, gros travaux ménagers, médicaments). Habituellement, une fragilité légère empêche progressivement de faire des courses ou de sortir seules, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragiles – Ces personnes ont besoin d'aide dans toutes les activités extérieures et pour tenir maison. À l'intérieur, elles ont souvent des problèmes avec les escaliers, ont besoin d'aide pour le bain et peuvent avoir besoin d'une assistance minimale (encouragement, présence) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragiles – Dépendance complète pour les soins personnels, que ce soit pour des causes physiques ou cognitives. Malgré tout, elles semblent stables et leur risque de mourir ne semble pas très élevé (dans les 6 prochains mois environ).



8 Très sévèrement fragiles – Dépendance complète, à l'approche de la fin de vie. Habituellement, elles ne se remettraient pas même d'une maladie bénigne.



9 En phase terminale – À l'approche de la fin de vie. Cette catégorie s'applique aux personnes dont l'espérance de vie est < 6 mois, qui ne sont pas autrement d'une fragilité évidente.

Scores de la fragilité chez les personnes souffrant de démence

Le degré de fragilité correspond au degré de démence. Les symptômes courants de la démence légère sont l'oubli des détails d'un événement récent, sans avoir oublié l'événement lui-même, la répétition de la même question ou histoire, et le retranchement social.

Dans la démence modérée, la mémoire à court terme est très altérée, même si les personnes se rappellent apparemment bien d'événements de leur passé. Elles peuvent s'occuper de leurs soins personnels sans y être incitées.

Dans la démence sévère, elles ne peuvent pas s'occuper de leurs soins personnels sans aide.

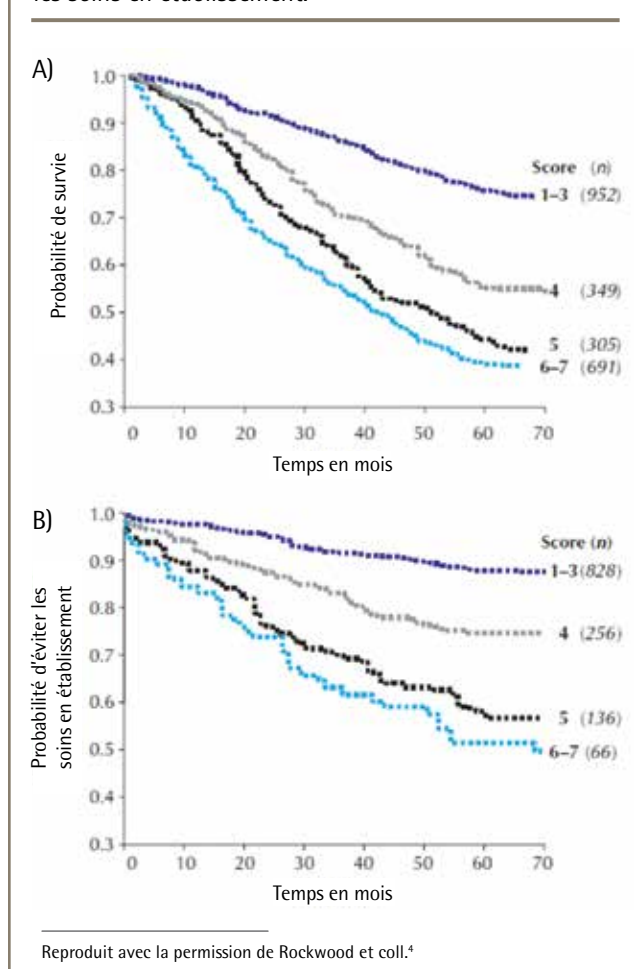
* Étude canadienne sur la santé et le vieillissement, révisée en 2008
6. K. Rockwood et coll. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173: 489-495.

© 2007-2009. Version 1.2. Tous droits réservés.
Geriatric Medicine Research, Dalhousie University,
Halifax, Canada. Autorisation de reproduire à des fins
de recherche et d'éducation exclusivement.



AIVQ - activité instrumentale de la vie quotidienne
Reproduit avec la permission de Rockwood⁶.

Figure 2. Courbes de Kaplan-Meier, ajustées selon l'âge et le sexe, pour les participants à l'étude à moyen terme (5 à 6 ans), en fonction de leurs scores à l'échelle de la fragilité clinique : Certains scores ont été regroupés. A) Probabilité de survie. B) Probabilité d'éviter les soins en établissement.



chez les personnes de 40 ans et plus. Chez les personnes âgées, des efforts intensifs pour réduire le taux d'hémoglobine A_{1c} (HbA_{1c}) pourraient ne pas réduire le risque d'incidents cardiovasculaires et sont susceptibles d'augmenter le risque d'épisodes hypoglycémiques et la mortalité¹⁶. Choisir avec soin Canada, endossé par la Société canadienne de gériatrie et le Collège des médecins de famille du Canada, recommande de viser un seuil de HbA_{1c} de moins de 7,5 % pour les patients âgés en santé, mais de moins de 8,5 % pour ceux dont l'espérance de vie est de moins de 5 ans¹⁷. Par ailleurs, les risques et les avantages d'un contrôle serré de la glycémie chez les patients âgés font toujours l'objet d'une évaluation¹⁸.

Des lignes directrices antérieures de l'Association canadienne du diabète recommandaient une thérapie antiplaquettaire avec l'acide acétylsalicylique (AAS) pour tous les patients atteints de diabète de plus de 50 ans,

mais des méta-analyses plus récentes d'études contrôlées randomisées ont fait valoir un manque de données probantes en faveur de l'AAS chez ces patients¹⁹⁻²¹.

Plus de 2 tiers des adultes de plus de 65 ans souffrent d'hypertension²². L'étude randomisée contrôlée HYVET (Hypertension in the Very Elderly Trial) a conclu que le traitement de l'hypertension réduisait la mortalité totale et les incidents cardiovasculaires chez les patients de 80 ans et plus dont la pression artérielle systolique était d'au moins 160 mm Hg au départ²³. Dans la même étude, on indiquait que le seuil de pression artérielle chez les patients de 80 ans et plus devrait se situer à 150/80 mm Hg pour prévenir les épisodes d'hypotension.

Pour la prévention secondaire des incidents cardiovasculaires, il a été démontré que 4 classes de médicaments réduisent la mortalité chez les adultes plus âgés : les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II; les β -bloqueurs; les statines; et les agents antiplaquetitaires. Le recours aux statines serait le plus bénéfique²⁴.

Toutefois, pour la prévention primaire des incidents cardiovasculaires, les données probantes convaincantes sont insuffisantes pour recommander le dépistage systématique et le traitement de l'hypercholestérolémie avec des statines chez les personnes de plus de 80 ans^{25,26}. En outre, de faibles taux de cholestérol ont été associés avec la mortalité chez des personnes fragiles en centres de soins de longue durée²⁷.

Vous recommandez pour M^{me} M.B. la mesure des taux de HbA_{1c} sur une base continue pour surveiller sa glycémie, mais vous ne préconisez pas de dépistage de l'hypercholestérolémie. Vous lui recommandez aussi de surveiller de manière continue sa pression artérielle. Vous discutez des bienfaits et des inconvénients de prendre de l'AAS et vous décidez de ne pas amorcer de traitement antiplaquettaire.

Mauvais équilibre, chutes et ostéoporose: Le dépistage de l'ostéoporose au moyen de la mesure de la densité minérale osseuse par absorptiométrie biphotonique à rayons-X devrait être envisagé chez les adultes de 65 ans et plus et ceux de 50 ans et plus présentant des facteurs de risque²⁸. Des outils d'évaluation comme le modèle CAROC (de l'Association canadienne des radiologistes et d'Ostéoporose Canada) et le FRAX (outil d'évaluation du risque de fractures de l'Organisation mondiale de la Santé) peuvent servir à déterminer le risque de fracture sur 10 ans²⁹. Ceux dont le risque de fracture sur 10 ans est élevé (>20 %) ou modéré (10 à 20 %) pourraient bénéficier d'un traitement avec des bisphosphonates. Toutes les personnes devraient être informées concernant l'apport quotidien suffisant en calcium élémentaire (1200 mg) et en vitamine D (1000 IU) de sources alimentaires et par

suppléments^{11,29}. L'American Geriatrics Society et la British Geriatrics Society recommandent de questionner les patients chaque année pour savoir s'ils ont fait des chutes. Selon notre expérience personnelle, les patients âgés ont tendance à ne pas mentionner ce problème à leur médecin de famille avant d'en être à un stade très avancé.

Vous apprenez que M^{me} M.B. a fait 2 chutes au cours des 6 derniers mois, mais sans se blesser. Il s'agissait d'accidents au cours desquels elle avait trébuché. Vous recommandez un dépistage de l'ostéoporose, puisqu'elle n'en a pas subi au cours des 3 à 5 dernières années. Vous recommandez aussi une évaluation de la démarche par un physiothérapeute et un examen des dangers à son domicile par un ergothérapeute. Selon les dépistages antérieurs, M^{me} M.B. est à risque modéré de fracture sur 10 ans, et vous lui recommandez un traitement avec des bisphosphonates, du calcium et de la vitamine D après lui avoir donné des conseils sur les façons de prévenir les chutes.

Vaccinations préventives: Les professionnels de la santé devraient encourager tous leurs patients âgés à se faire vacciner chaque année contre la grippe, puisqu'il est démontré que le vaccin réduit les hospitalisations reliées à la grippe de 42 %³⁰. Un vaccin antipneumococcique unique est aussi recommandé chez les plus de 65 ans. Il faut attendre au moins 5 ans avant de l'administrer si la personne a reçu tout autre vaccin contre les pneumocoques à 65 ans ou avant pour un problème médical spécifique³¹. L'incidence des infections par le tétanos est le double chez les adultes plus âgés; le taux de mortalité est aussi plus élevé³². Cette constatation est probablement attribuable à l'omission d'un rappel plutôt qu'à une réponse insuffisante à ce vaccin, parce que ce dernier confère une immunisation suffisante pour les adultes plus âgés³³. Un vaccin contre le zona est aussi recommandé pour les patients de 50 ans et plus, car il réduit à la fois l'incidence et la gravité de la maladie chez les adultes plus âgés³⁴. Il n'y a pas de limite supérieure d'âge pour recevoir des vaccins, mais il faut tenir compte de la condition physique du patient et de toute autre contre-indication.

Vous recommandez à M^{me} M.B. de se faire vacciner chaque année contre la grippe. Vous lui conseillez aussi le vaccin antipneumococcique et celui contre le zona (car elle ne les a jamais reçus) et vous vérifiez son statut vaccinal contre le tétanos. Vous prévoyez aussi effectuer des tests cognitifs formels à sa prochaine visite pour voir si sa mémoire s'est détériorée.

Conclusion

Il peut être difficile d'élaborer un plan de soins préventifs pour des patients âgés dont la fragilité s'accroît et l'espérance de vie est limitée. Nous recommandons de tenir compte des soins primaires

préventifs pour les problèmes suivants: cancer, maladies cardiovasculaires, mauvais équilibre, chutes et ostéoporose, fiches de vaccinations préventives. Souvenez-vous de CCMF.

Le Dr **Tazkarji** est professeur adjoint de médecine familiale à l'Université de Toronto, en Ontario, et médecin de famille actif au sein de l'Équipe de santé familiale Summerville à Toronto. Le Dr **Lam** est professeur agrégé de médecine familiale à l'Université de Toronto, médecin de famille actif au sein de l'Équipe de santé familiale Toronto Western et médecin traitant au programme de réadaptation gériatrique de l'University Health Network. Le Dr **Lee** est médecin de famille actif à la St Clair Medical Clinic à Toronto. M^{me} **Meiyappan** est associée de recherche au Département de médecine familiale et communautaire du Toronto Western Hospital.

Remerciements

Nous remercions les D^{rs} **Christopher Frank**, **Sidney Feldman** et **Marcel Arcand** d'avoir révisé le manuscrit ainsi que M^{me} **Ani Orchanian-Cheff**, spécialiste de l'information et archiviste à la Bibliothèque et aux services d'information de l'University Health Network, d'avoir effectué la recherche documentaire.

Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué à la recherche documentaire, à l'interprétation des données et à la préparation du manuscrit aux fins de présentation.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

Dr **Robert Lam**; courriel robert.lam@uhn.ca

Références

- Arias E. United States life tables, 2008. *Natl Vital Stat Rep* 2012;61(3):1-63.
- Statistique Canada. *Life expectancy, at birth and at age 65, by sex and by province and territory. Table 102-0512*. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2012. Accessible à: www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/101/cst01/health72a-eng.htm. Réf. du 4 avr. 2016.
- Schonberg MA, Davis RB, McCarthy EP, Marcantonio ER. Index to predict 5-year mortality of community-dwelling adults aged 65 and older using data from the National Health Interview Survey. *J Gen Intern Med* 2009;24(10):1115-22. Publ. en ligne du 1^{er} août 2009.
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I et coll. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173(5):489-95.
- Lee L, Heckman G, Molnar FJ. Frailty. Identifying elderly patients at high risk of poor outcomes. *Can Fam Physician* 2015;61:227-31 (ang), e119-24 (fr).
- Rockwood K. *Clinical Frailty Scale*. Halifax, NE: Recherche en médecine gériatrique, Université Dalhousie; 2009.
- Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L et coll, rédacteurs. *SEER cancer statistics review, 1975-2001*. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2004. Accessible à: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2001. Réf. du 22 juill. 2016.
- American Cancer Society. *American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2015. Accessible à: www.cancer.org/healthy/findcancerearly/cancerscreeningguidelines/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer. Réf. du 27 juill. 2016.
- Schonberg MA, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS, Hamel MB. Breast cancer screening in women aged 80 and older: results from a national survey. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(10):1688-95.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2008;149(9):627-37. Publ. en ligne du 6 oct. 2008.
- Shimizu T, Bouchard M, Mavriplis C. Update on age-appropriate preventive measures and screening for Canadian primary care providers. *Can Fam Physician* 2016;62:131-8 (ang), e64-72 (fr).
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, Bacchus CM, Dunfield L, Gorber SC, Holmes NM, Birtwhistle R et coll. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *CMAJ* 2016;188(5):340-8. Publ. en ligne du 22 févr. 2016.
- Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA* 2001;285(21):2750-6.
- Warner E, Heisey R, Carroll JC. Applying the 2011 Canadian guidelines for breast cancer screening in practice. *CMAJ* 2012;184(16):1803-7. Publ. en ligne du 10 sept. 2012.
- Murphy J, Kennedy EB, Dunn S, McLachlin CM, Fung Kee Fung M, Gzik D et coll. Cervical screening: a guideline for clinical practice in Ontario. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34(5):453-8.
- Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC Jr, Bigger JT et coll. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358(24):2545-59. Publ. en ligne du 6 juin 2008.
- Société canadienne de gériatrie. *Geriatrics. Five things physicians and patients should question*. Toronto, ON: Choisir avec soin Canada; 2014. Accessible à: www.choosingwiselycanada.org/recommendations/geriatrics. Réf. du 22 juill. 2016.

18. Paty BW. The role of hypoglycemia in cardiovascular outcomes in diabetes. *Can J Diabetes* 2015;39(Suppl 5):S155-9.
19. De Berardis G, Sacco M, Strippoli GF, Pellegrini F, Graziano G, Tognoni G et coll. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009;339:b4531. Erratum dans: *BMJ* 2010;340:c374.
20. Butalia S, Leung AA, Ghali WA, Rabi DM. Aspirin effect on the incidence of major adverse cardiovascular events in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Cardiovasc Diabetol* 2011;10:25.
21. Xie M, Shan Z, Zhang Y, Chen S, Yang W, Bao W et coll. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events: meta-analysis of randomized controlled trials and subgroup analysis by sex and diabetes status. *PLoS One* 2014;9(10):e90286.
22. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB et coll. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: the Framingham Heart Study. *JAMA* 2002;287(8):1003-10.
23. Beckett N, Peters R, Tuomilehto J, Swift C, Sever P, Potter J et coll. Immediate and late benefits of treating very elderly people with hypertension: results from active treatment extension to Hypertension in the Very Elderly randomised controlled trial. *BMJ* 2012;344:d7541.
24. Zuckerman IH, Yin X, Rattinger GB, Gottlieb SS, Simoni-Wastila L, Pierce SA et coll. Effect of exposure to evidence-based pharmacotherapy on outcomes after acute myocardial infarction in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(10):1854-61. Publ. en ligne du 24 sept. 2012.
25. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Genest J, Gotto AM Jr, Kastelein JJ et coll. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med* 2008;359(21):2195-207. Publ. en ligne du 9 nov. 2008.
26. Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, Bollen EL, Buckley BM, Cobbe SM et coll. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;360(9346):1623-30.
27. Grant MD, Piotrowski ZH, Miles TP. Declining cholesterol and mortality in a sample of older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1996;44(1):31-6.
28. Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S et coll. 2010 Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *CMAJ* 2010;182(17):1864-73. Publ. en ligne du 12 oct. 2010.
29. Papaioannou A, Santesso N, Morin SN, Feldman S, Adachi JD, Cilly R et coll. Recommendations for preventing fracture in long-term care. *CMAJ* 2015;187(15):1135-44, E450-61. Publ. en ligne du 14 sept. 2015.
30. Kwong JC, Campitelli MA, Gubbay JB, Peci A, Winter AL, Olsha R et coll. Vaccine effectiveness against laboratory-confirmed influenza hospitalizations among elderly adults during the 2010-2011 season. *Clin Infect Dis* 2013;57(6):820-7. Publ. en ligne du 20 juin 2013.
31. Agence de la santé publique du Canada. *An Advisory Committee Statement (ACS), National Advisory Committee on Immunization (NACI): re-immunization with polysaccharide 23-valent pneumococcal vaccine (Pneu-P-23)*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2015. Accessible à: <http://publications.gc.ca/site/eng/9.629954/publication.html>. Réf. du 22 juill. 2016.
32. Centers for Disease Control and Prevention. Tetanus surveillance—United States, 2001-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011;60(12):365-9.
33. Topinková E, Maresová V. Tetanus and pertussis vaccines: their usefulness in the aging population. *Aging Clin Exp Res* 2009;21(3):229-35.
34. Shapiro M, Kvern B, Watson P, Guenther L, McElhaney J, McGeer A. Updates on herpes zoster vaccination. A family practitioner's guide. *Can Fam Physician* 2011;57:1127-31 (ang), e356-62 (fr).

— * * * —