

Dépistages: que faire au-delà de 75 ans?

Dre ANA VILAS BOAS^a, Dr KEVIN SELBY^a, Pr JACQUES CORNUZ^a, Pr CHRISTOPHE BÜLA^b et Dr SYLVAIN NGUYEN^b

Rev Med Suisse 2020; 16: 2156-9

La population âgée est hétérogène: à âge identique, les patients peuvent être robustes, vulnérables ou dépendants. Le dépistage doit être individualisé en mettant en relation l'espérance de vie résiduelle estimée (EVR), le Time To Benefit (TTB: délai jusqu'à l'apparition de bénéfices après intervention) et les préférences du patient. Ainsi, les patients robustes, dont l'EVR est supérieure au TTB, peuvent encore bénéficier de certains examens de dépistage après 75 ans alors qu'ils seront inappropriés chez ceux dont l'EVR est inférieure au TTB (vulnérables, dépendants). Bien que discuter de l'EVR puisse être ardu, chaque consultation est une opportunité pour l'aborder, s'enquérir des préférences et attentes du patient quant à sa santé afin de définir ensemble les modalités de sa prise en charge et de son projet de soins anticipés.

To screen or not to screen after age 75?

The older population is heterogeneous: at the same age, elderly patients can be robust, frail or dependent. Screening decisions must be individualized, taking into account the remaining life expectancy, the Time to Benefit (TTB: delay until preventive care gives a benefit), and patient preferences. Thus, robust patients, who have a longer life expectancy, can still benefit from some screening tests over age 75 that are inappropriate in vulnerable or dependent patients whose life expectancy is shorter than the TTB. Discussing life expectancy issues remains difficult outside of crises but medical encounters are unique opportunities to inquire about individual preferences and expectations, in order to define care objectives and discuss advanced care planning.

INTRODUCTION

Le dépistage consiste à détecter précocement l'existence d'une maladie chez des sujets asymptomatiques afin d'instaurer une prise en charge de manière à améliorer le pronostic.¹ L'arrêt ou la poursuite du dépistage chez les patients âgés de plus de 75 ans est un sujet complexe et controversé.² Avec l'allongement progressif de l'espérance de vie, de nombreux patients restent robustes à 75 ans et bien au-delà, et peuvent à juste titre questionner une décision d'arrêter un dépistage à 70, 75 ou 80 ans. À noter que la majorité des recommandations suisses (comme Evidence Based Preventive Medicine (EviPrev))³ ne se prononce d'ailleurs pas sur le dépistage après 75 ans.

Chez ces patients, il est important de tenir compte d'autres facteurs que le seul âge chronologique. Les performances fonctionnelles et cognitives, la présence d'autres syndromes gériatriques ou de comorbidités influencent la probabilité de tirer un bénéfice d'un dépistage.⁴ Leurs présence et sévérité varient grandement entre individus du même âge, témoignant

de l'hétérogénéité de cette population. Les patients âgés sont ainsi volontiers schématiquement classés en trois catégories: robustes, vulnérables et dépendants.⁵

Même si les stratégies de dépistage de nombreuses pathologies s'appuient sur des recommandations basées sur les données de la littérature médicale scientifique, leur extrapolation aux personnes âgées dépendantes et vulnérables est difficile. En effet, l'application stricto sensu de guidelines chez ces patients le plus souvent multimorbides peut entraîner des conséquences négatives, notamment sous forme d'interventions inutiles, voire délétères.⁶ Au contraire, certains patients robustes pourront bénéficier de certaines interventions même à un âge très avancé. Une approche personnalisée, tenant compte du contexte de santé global du patient, ainsi que de ses préférences et attentes, s'avère donc nécessaire.

Cet article discute de l'intégration des notions de «Time to Benefit» (TTB) et de l'espérance de vie résiduelle estimée (EVR) dans les discussions avec les patients concernant les mesures de dépistage, et propose quelques pistes pour aborder les questions relatives à l'EVR. Il ne traite pas le thème de la vaccination.

VIGNETTE CLINIQUE

M. D. S., âgé de 79 ans, vous consulte pour la première fois, en cette année 2020, suite à la retraite de son ancien médecin, le Dr M. T. Le patient ne présente pas de plaintes spontanées, mais son épouse rapporte des pertes de mémoire d'apparition progressive depuis un an, plusieurs chutes et une dépendance pour les activités de vie quotidienne (aide à la douche et pour s'habiller). Il est connu pour un tabagisme actif à 30 unités-paquet-année (UPA) et n'a pas de traitement habituel.

À l'examen clinique, la tension artérielle est à 150/90 mm Hg et la fréquence cardiaque à 80/minutes. L'IMC est à 25 kg/m². L'examen cardiovasculaire et pulmonaire est dans la norme. Les tests de marche suggèrent que le risque de chute est avéré. Le reste du status est dans la norme.

La dernière colonoscopie, réalisée en 2010 à l'âge de 69 ans, était dans les limites de la norme. Le Dr M. T. aurait suggéré de la répéter après 10 ans, soit en 2020. L'épouse vous demande s'il y a une indication à refaire ce bilan.

Que faire? Organisez-vous la colonoscopie comme prévu par votre prédécesseur?

COMMENT ÉVALUER L'ESPÉRANCE DE VIE RÉSIDUELLE ET LE TIME TO BENEFIT?

L'estimation de l'EVR et la notion de TTB sont deux éléments clés dans la prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans.

^aCentre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1011 Lausanne, ^bService de gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV, 1011 Lausanne
sylvain.nguyen@chuv.ch

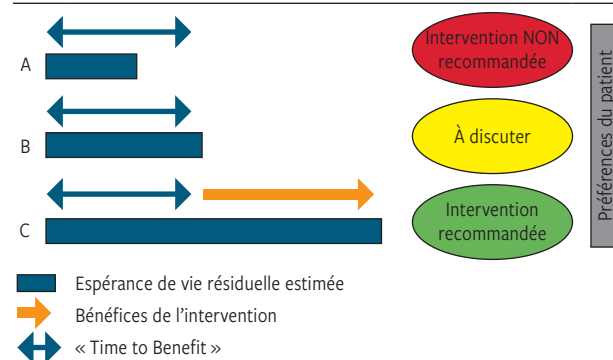
L'EVR dépend principalement de l'âge du patient, de ses comorbidités et de son autonomie. Les patients dont l'EVR est réduite ont un risque accru de complications liées à une intervention préventive ou au traitement d'une pathologie chronique – ou paucisymptomatique comme le diabète sucré ou l'hypertension artérielle. Le TTB est quant à lui le délai temporel nécessaire pour observer les bénéfices de l'intervention depuis son application.

À l'évidence, ces EVR et TTB doivent être confrontés lorsqu'un examen de dépistage est proposé (figure 1). Si le TTB lié à cet examen est inférieur à l'EVR, il apparaît alors raisonnable de le proposer. À l'inverse, un TTB supérieur à l'EVR parle contre l'examen vu le risque d'exposition à des complications ou effets secondaires indésirables sans bénéfice attendu. La décision doit bien évidemment être partagée avec le patient et prendre en compte ses préférences.^{7,8} C'est tout particulièrement le cas dans les situations où TTB et EVR sont proches. L'évaluation explicite des souhaits par les patients eux-mêmes est idéale, la concordance avec les proches étant souvent aléatoire.⁹ Attendre une situation de crise pour aborder ces questions nous expose en effet au risque que la personne concernée ne soit plus capable d'exprimer ses choix.

L'estimation de l'EVR peut se faire sur la base des tables épidémiologiques. En 2012, l'article de Vaucher et coll. présentait le site internet ePrognosis qui regroupe des scores pronostiques applicables aux personnes âgées en communauté, hospitalisées ou institutionnalisées.¹⁰ Ces scores permettent

FIG 1 Mise en relation du Time To Benefit avec l'espérance de vie résiduelle estimée pour décider d'une intervention/traitement

Exemple A: L'EVR est inférieure au TTB, l'intervention n'est pas recommandée.
Exemple B: L'EVR est égale au TTB, l'intervention est discutable.
Exemple C: L'EVR est supérieure au TTB, l'intervention est recommandée.
EVR: espérance de vie résiduelle estimée; TTB: Time To Benefit.



(Adaptée de réf. 7).

d'estimer le risque de mortalité globale (par exemple, risque de mortalité à 5 ans), que nous devons traduire en EVR médiane (entre 4 et 6 ans si le risque de mortalité à 5 ans est de 50%). Un projet de traduction de ce site en plusieurs langues, notamment le français, est actuellement en cours. Le **tableau 1** résume le TTB et les recommandations pour le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire et cancers.

TABLEAU 1

Résumé des recommandations suisses et internationales de dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire et cancers chez les patients âgés

ACC: American College of Cardiology; ADA: American Diabetes Association; AGS: American Geriatrics Society; AHA: American Heart Association; ESC: European Society of Cardiology; ESH: European Society of Hypertension; EviPrev: Evidence Based Preventive Medicine; HTA: hypertension artérielle; LAMal: loi sur l'assurance maladie; TTB: Time To Benefit; USPSTF: United States Preventive Services Task Force.

Dépistages	TTB (années)	Recommandations suisses	Recommandations internationales
Cardiovasculaire	Diabète	10	• EviPrev: dépistage individualisé après 70 ans selon l'état de santé
	HTA	1-2	• EviPrev: dépistage annuel dès 40 ans
	Dyslipidémie	2-5	• EviPrev: dépistage individualisé après 70 ans selon l'état de santé
Cancers	Colorectal	10	• Programmes de dépistage et remboursement LAMal de 50 à 69 ans • EviPrev: fortement recommandé de 50 à 75 ans
	Prostate	10-15	• EviPrev: de façon individualisée de 50 à 70 ans • Société suisse d'urologie – à la demande du patient « dûment informé » de 50 à 70 ans
	Sein	10	• Programmes de dépistage de 50 à 74 ans. Remboursement LAMal possible à tout âge • EviPrev: de façon individualisée de 50 à 75 ans
	Poumon	-	• EviPrev: de façon individualisée chez ceux à haut risque de 55 à 75 ans • Étude en cours avec la Ligue pulmonaire en Suisse pour nouvelles recommandations
			• Consensus ADA-AGS: dépistage tous les 1 à 3 ans après 45 ans
			• ESC/ESH: dépistage tous les 1 à 3 ans
			• ACC/AHA: après 75 ans, discuter des bénéfices possibles dans le contexte des comorbidités et de l'espérance de vie
			• Généralement recommandé de 50 à 75 ans • USPSTF: dépistage individualisé entre 75 et 85 ans. Seulement chez ceux qui pourraient supporter une opération et ont une espérance de vie > 10 ans (donc robuste)
			• Recommandations variables entre 50 et 75 ans • Consensus de plutôt ne pas faire de dépistage si > 70 ans, et certainement ne pas faire si > 75 ans
			• USPSTF: recommandé de 50 à 74 ans. Données insuffisantes pour les patients de ≥ 75 ans • American Cancer Society: continuer tant que l'espérance de vie est > 10 ans
			• USPSTF: recommandé de 55 à 80 ans. À arrêter en cas de problèmes de santé grave avec impact sur l'espérance de vie ou s'ils ne pourraient pas subir une chirurgie (patients vulnérables ou dépendants)

Le dépistage de syndromes gériatriques tels que troubles de l'humeur, troubles audiovisuels, troubles cognitifs, incontinence urinaire, malnutrition, ainsi que troubles de la marche/chutes est recommandé. La recherche d'une dépendance fonctionnelle et d'une polymédication est également indiquée.⁵ Les guidelines ACC/AHA proposent une approche compréhensive centrée sur le patient avec décision partagée.

(Adapté de réf. 3,7,16-20).

VIGNETTE CLINIQUE (SUITE)

Ce patient de 79 ans peut être considéré comme «dépendant» en raison de la présence de troubles cognitifs interférant dans son quotidien, d'une dépendance fonctionnelle, ainsi que de troubles de la marche avec un risque de chute avéré.⁵

L'index de Schonberg (sur ePrognosis) calcule le risque de mortalité toutes causes confondues à 5 et 9 ans, chez des patients de plus de 65 ans, vivant au domicile. Selon cet index, le risque de mortalité à 5 et 9 ans chez M. D. S. est respectivement de 43 et 75%. Ce risque doit être traduit en EVR médiane, qui correspond au délai pour lequel le risque de mortalité est estimé à 50%. Chez ce patient, le risque de mortalité de 50% est à 5,8 ans (43% à 5 ans). On estime que l'EVR médiane se situe donc entre 4 et 6 ans.

Le TTB pour le dépistage du cancer colorectal (10 ans) est supérieur à l'EVR du patient (4 à 6 ans). Cette intervention n'est donc pas recommandée. Le patient serait exposé à des risques (notamment de faux positifs ou de complications d'une colonoscopie) sans bénéfices. Le dépistage du cancer colorectal après 75 ans devrait donc être discuté chez les patients robustes.

COMMENT ABORDER LA THÉMATIQUE DU PRONOSTIC VITAL EN DEHORS D'UNE SITUATION DE CRISE?

Les difficultés à discuter du pronostic vital et de l'EVR avec les patients révèlent aussi bien notre ambivalence que la leur. Deux études nous paraissent intéressantes à mentionner pour l'illustrer. Une étude qualitative réalisée aux États-Unis en 2013, sous forme d'entretiens auprès de vingt cliniciens en médecine de premier recours, suggère que ceux-ci sont habituellement disposés à discuter du pronostic à court terme avec leurs patients âgés et fragiles, surtout si l'EVR paraît limitée ou si le patient/ses proches initient la discussion. Ces professionnels seraient en revanche moins enclins à discuter de l'EVR en l'absence d'une pathologie à un stade avancé ou d'événement nouveau qui la limiterait drastiquement au moment de la discussion. La discussion de l'espérance de vie, du pronostic en cabinet médical en dehors d'une situation impliquant une EVR clairement réduite, semble représenter un défi pour le médecin généraliste. Dans cette étude, les barrières identifiées par les cliniciens sont la crainte de provoquer de l'anxiété, le souhait de maintenir l'espoir, le respect des valeurs socioculturelles du patient, des doutes concernant la capacité de compréhension des patients et l'incertitude des pronostics à long terme.¹¹

En ce qui concerne la perspective des patients, une étude qualitative américaine a été réalisée en 2011, incluant 60 patients âgés d'origines ethniques diverses. Il ressort que la majorité aurait souhaité discuter de cette thématique avec leurs cliniciens et connaître leur EVR, majoritairement pour des raisons financières, logistiques, psychologiques, spirituelles et de préparation des proches. En revanche, 25% des patients préféreraient ne pas en discuter, pour des mo-

tifs aussi variés que la gestion émotionnelle de recevoir cette information, mais aussi le sentiment que cette information leur est inutile ou tout simplement impossible à réellement calculer avec précision (validité). Pour souligner à quel point cette discussion concernant l'EVR paraît difficile, seul un patient déclare en avoir discuté avec son médecin.¹²

La thématique de l'EVR devrait être abordée après avoir interrogé le patient sur ses préférences individuelles. Malgré la diversité de perspectives concernant la mort et l'estimation de l'EVR évidente dans chaque milieu socioculturel, nous devrions nous enquérir sur le souhait du patient, indépendamment de nos suppositions.¹² Le patient devrait être également informé de l'incertitude de l'estimation de l'EVR, ainsi que des bénéfices à aborder ce sujet pour une prise en charge individualisée.

VIGNETTE CLINIQUE (FIN)

Le patient et son épouse vous transmettent leurs priorités concernant les soins. Ils ne veulent pas d'acharnement thérapeutique, mais plutôt améliorer sa qualité de vie.

Après le bilan, vous estimez que le dépistage du cancer colorectal n'est pas recommandé chez M. D. S. Vous exposez vos arguments au patient et à son épouse, en expliquant qu'il y a d'autres interventions qui sont prioritaires dans son cas, notamment l'évaluation des syndromes gériatriques. De plus, vous proposez l'arrêt du tabac au vu des effets cardiovasculaires et pulmonaires à court terme (jours-mois).¹³

À la fin de la consultation, vous proposez de discuter d'un projet de soins anticipé lors du prochain rendez-vous.

L'élaboration d'un projet de soins anticipé (Advance Care Planning) permet de discuter des préférences et objectifs du patient. En Suisse, ce projet est défini comme «un processus dans lequel les patients, et le cas échéant leurs proches, discutent avec les professionnels de la santé des stratégies et des objectifs thérapeutiques, les définissent et s'adaptent régulièrement au déroulement concret de la maladie».^{14,15}

Le **tableau 2** propose quelques exemples de questions à poser afin de s'enquérir des objectifs de soins d'un patient. Un article précédent a traité cette thématique en détail.¹⁵

TABLEAU 2	Questions pour s'enquérir des valeurs et objectifs de soins d'une personne âgée
-----------	---

^aLes réponses à cette question prédisent les préférences des patients concernant les interventions médicales controversées, par exemple le dépistage du cancer de la prostate. Les patients plus susceptibles à vouloir agir sont plus enclins à choisir de faire un dépistage du cancer de la prostate.²¹

- Que devrais-je connaître sur vous pour bien pouvoir vous soigner?
- Qu'attendez-vous de mes soins?
- Quelles sont vos priorités en termes de soins médicaux?
- Dans les situations où il n'est pas clair si une intervention médicale est nécessaire, avez-vous tendance à vouloir agir ou attendre et voir si une action est nécessaire?^a

CONCLUSION

La population âgée est hétérogène, constituée de patients robustes, vulnérables et dépendants dont l'âge seul est insuffisant pour déterminer l'état de santé d'un patient. Un patient robuste du même âge que le patient de notre vignette aurait une EVR supérieure à 10 ans et devrait bénéficier d'un dépistage du cancer colorectal. Il est donc primordial d'évaluer nos patients dans leur globalité, d'estimer leur EVR et surtout d'intégrer leurs souhaits, priorités et attentes en termes de soins. L'élaboration d'un projet de soins anticipé s'avère utile pour atteindre ce but et offrir une prise en charge centrée sur le patient avec des décisions thérapeutiques adaptées et partagées.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La population âgée est une population hétérogène. La prévention doit donc être individualisée selon le profil du patient
- Nous pouvons estimer l'espérance de vie résiduelle (EVR) d'un patient et la mettre en relation avec le délai d'apparition des bénéfices attendus après une certaine intervention (Time To Benefit)
- Une intervention est indiquée si l'EVR est supérieure au Time To Benefit
- Les résultats d'une évaluation gériatrique globale et les valeurs du patient doivent également être pris en considération
- L'établissement d'un projet de soins anticipé permet une prise en charge adaptée au patient dans toutes ses dimensions pour anticiper les situations de crise

1 Guessous I, Gaspoz JM, Paccaud F, et al. Dépistage : principes et méthodes. *Rev Med Suisse* 2010;6:1390-4.

2 Seematter-Bagnoud L, Cornuz J, Büla C. Dépistage et prévention chez les aînés: quelles interventions proposer, à qui, et jusqu'à quel âge? *Rev Med Suisse Romande* 2003;123:665-9.

3 **Cornuz J, Auer R, Neuner-Jehle S, et al. Recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical. *Rev Med Suisse* 2015;11:1936-42.

4 Seematter L, Büla C. Brief assessment and screening for geriatric conditions in older primary care patients: a pragmatic approach. *Pub Health Rev* 2018;39:8.

5 *Smith C, Rubli E, Senn N, et al. Patients âgés vulnérables au cabinet : comment les identifier et quelles ressources mobiliser? *Rev Med Suisse* 2014;10:2077-80.

6 Boyd CM, et al. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. Implications for Pay for

Performance. *JAMA* 2005;294:716-24.

7 **Lee SJ, Kim CM. Individualizing Prevention for Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2018;66:229-34.

8 *Lee SJ, Leipzig RM, Walter LC. When Will it Help? Incorporating Lagtime to Benefit into Prevention Decisions for Older Adults. *JAMA* 2013;310:2609-10.

9 Fried T, et al. Assessment of Surrogates' Knowledge of Patients' Treatment Goals and Confidence in their Ability to Make Surrogate Treatment Decisions. *JAMA Intern Med* 2019;179:267-8.

10 *Vaucher Y, Monod S, Bula C, et al. Évaluation de l'espérance de vie chez les personnes âgées. *Rev Med Suisse* 2012;8:2115-8.

11 Thai JN, Walter LC, Eng C, et al. « Every Patient is an Individual »: Clinicians Balance Individual Factors When Discussing Prognosis with Diverse Frail Elders. *J Am Geriatr Soc* 2013;61:264-9.

12 Ahalt C, Walter LC, Yourman L, et al. « Knowing is Better »: Preferences of

Diverse Older Adults for Discussing Prognosis. *J Gen Intern Med* 2011;27:568-75.

13 Organisation mondiale de la santé (OMS). Les principaux avantages de l'arrêt du tabac. Initiative pour un monde sans tabac. Disponible sur : www.who.int/tobacco/quitting/benefits/fr/.

14 ASSM. Attitude face à la fin de vie et à la mort. Directives médico-éthiques de l'académie suisse des sciences médicales. Disponible sur : www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html.

15 Bosisio F, Fassier T, Rubli Truchard E, et al. Projet de soins anticipé ou advance care planning: Proposition d'une terminologie commune pour la Suisse romande. *Rev Med Suisse* 2019;15:1634-6.

16 Kirkman MS, et al. Diabetes in older adults: a consensus report. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:2342-56. doi:10.1111/jgs.12035 (aussi disponible sur *Diabetes Care* 2012;35:2650-64).

17 American Diabetes Association. Older Adults: Standards of Medical Care in

Diabetes 2020. *Diabetes Care* 2020;43(Suppl.+):S152-S162.

18 US Preventive Services Task Force. Disponible sur : www.uspreventiveservicestaskforce.org.

19 Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Eur Heart J* 2018;39:3021-104.

20 Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Circulation* 2019;140:e596-646.

21 Scherer LD, Kullgren JT, Caverly T, et al. Medical Maximizing-Minimizing Preferences Predict Responses to Information about Prostate-Specific Antigen Screening. *Med Decis Making* 2018;38:708-18.

* à lire

** à lire absolument