

UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N° 10

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

Par

Hélène GRELIER

née le 10-05-1980 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 22 Février 2011

Evaluation médicale des plus de 75 ans
en soin primaire

Proposition d'un outil élaboré selon la méthode des
recommandations de pratique clinique

Président : Mr le Professeur Gilles BERRUT

Rapporteur : Mr le Professeur Pierre LOMBRAIL

Rapporteur : Mr le Professeur Jacqueline LACAILLE

Directrice de thèse : Docteur Fabienne YVAIN

Co directeur de thèse : Docteur Yves LEQUEUX

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	3
Partie 1 L'EVALUATION DES SUJETS ÂGÉS EN SOIN PRIMAIRE	4
1.1. Etat de santé des personnes âgées	5
1.2. L'évaluation gériatrique standardisée ou EGS	7
1.3. La prévention chez les sujets âgés en soin primaire	9
1.3.1 La gériatrie préventive	9
1.3.2 Les filières gériatriques	10
1.3.3 Gériatrie préventive en soin primaire et ses outils	10
1.3.4 La consultation gériatrique en soin primaire en Pays de la Loire	12
1.4. La problématique	13
Partie 2 MATERIEL ET METHODE	14
2.1. Comité d'organisation	15
2.2. Groupe de travail et méthodologie de la recherche documentaire	15
2.3. Argumentaire de l'outil initial	16
2.3.1 Evaluation de l'environnement social	16
2.3.2 Evaluation de l'ordonnance	17
2.3.3 Evaluation nutritionnelle	17
2.3.4 Evaluation cognitive	19
2.3.5 Evaluation de l'autonomie fonctionnelle	21
2.3.6 Evaluation de l'équilibre et du risque de chute	23
2.3.7 Evaluation neurosensorielle (vision et audition)	25
2.3.8 Evaluation thymique	27
2.3.9 Evaluation de la douleur	29
2.3.10 Evaluation de l'incontinence	30
2.4. Outil initial	32
2.5. Population de l'étude : « Groupe de lecture »	34
2.6. Questionnaires à 2 et 6 mois	34
2.7. Stratégie d'analyse : Etude descriptive qualitative	35
2.8. « Groupe qualité » du Pays de Retz	36
Partie 3 RESULTATS	37
3.1. Caractéristiques des populations étudiées	38
3.2. L'évaluation des sujets âgés dans la pratique des médecins interrogés	38
3.3. Analyse des avis sur les outils proposés	40
3.3.1 Evaluation de l'environnement social	42
3.3.2 Evaluation de l'ordonnance	43
3.3.3 Evaluation nutritionnelle	44
3.3.4 Evaluation cognitive	45
3.3.5 Evaluation de l'autonomie fonctionnelle	47
3.3.6 Evaluation de l'équilibre et du risque de chute	48
3.3.7 Evaluation neurosensorielle (vision et audition)	49
3.3.8 Evaluation thymique	50
3.3.9 Evaluation de la douleur	51
3.3.10 Evaluation de l'incontinence	51

3.4. Intégration de l'outil dans leur pratique à 2 mois	52
3.4.1 Intégration de l'outil à leur pratique après la première utilisation	52
3.4.2 Temps de passation et organisation de la consultation	54
3.4.3 Critères d'inclusion	55
3.4.4 Objectifs d'utilisation de l'outil	55
3.4.5 Intégration de l'outil dans leur logiciel	56
3.5. Intégration de l'outil dans leur pratique à 6 mois	56
3.5.1 Population des médecins répondants	56
3.5.2 Intégration de l'outil à leur pratique	56
3.5.3 Critères d'inclusion	58
3.5.4 Intérêt de cet outil pour leur pratique	58
Partie 4 DISCUSSION : Elaboration de la grille finale et projet de diffusion	60
4.1. Critique du travail	61
4.2. Les biais de l'étude	61
4.2.1 Caractéristiques démographiques	61
4.2.2 Biais de sélection	62
4.2.3 Le déclaratif	62
4.2.4 Etude descriptive qualitative	62
4.2.5 Limites de l'entretien collectif	62
4.3. Principal résultat de l'étude	63
4.3.1 Critères d'inclusions	63
4.3.2 Rythme d'évaluation	63
4.3.3 Choix des outils d'évaluation	63
4.3.4 Réponses aux points faibles et propositions du « groupe de lecture »	64
4.3.5 Outil final	67
4.4. Les obstacles à la diffusion du projet	69
4.4.1 Les obstacles à l'évaluation globale	69
4.4.2 Les obstacles à l'évaluation de chacun des items	70
4.4.3 Réorganisation du système de santé	71
4.5. Perspectives : Un outil de plus dans un paysage déjà surchargé ?	72
CONCLUSION	74
ANNEXES	74
Annexe N°1 Gradation des recommandations	75
Annexe N°2 Sujets à risque de dénutrition (source HAS)	76
Annexe N°3 Programme des PMSA (source HAS)	77
Annexe N°4 MNA ou Mini Nutritional Assessment	78
Annexe N°5 Les outils de l'évaluation cognitive	79
Annexe N°6 Les outils de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle	81
Annexe N°7 Les outils de l'évaluation thymique	86
Annexe N°8 Lettre de présentation	90
Annexe N°9 Premier questionnaire	91
Annexe N°10 Second questionnaire	93
Annexe N°11 Réunion du "groupe qualité du Pays de Retz" du 29 mars 2010	94
LISTE DES ABREVIATIONS	103
Bibliographie	104

Introduction

En France, le déclin de la mortalité après 60 ans est la cause d'un accroissement significatif de la population âgée de 80 ans et plus [1]. Ce vieillissement conduit à une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques dégénératives dont les conséquences sont : incapacités fonctionnelles et handicaps. On considère qu'environ 10% de la population indépendante de plus de 75 ans, vivant à domicile, perd son autonomie chaque année, pour une des activités de base de la vie quotidienne. Ce déclin n'est pas irréversible. Il faut rappeler que dans notre pays seul 20% des plus de 80 ans vivent en institution. La problématique de la dépendance à domicile est donc préoccupante. Dans l'objectif d'améliorer l'accès à des soins de qualité la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire »[2] est adoptée depuis juin 2009. Elle définit le médecin traitant comme le pivot du système de soins. Les missions du praticien de premier recours sont : l'orientation du patient dans le système de soins et le secteur médico-social, la coordination et le suivi des maladies chroniques. L'investissement du soin primaire dans le développement de la prévention y est affirmé. Ces missions prennent tout leur sens auprès des sujets âgés avec le développement des filières gériatriques sur le territoire Français.

La gérontologie préventive est une discipline encore récente. Des thérapeutiques et des actions préviennent déjà efficacement nombre de maladies liées au vieillissement et les handicaps qui en découlent. De nombreux travaux sur la faisabilité de l'Evaluation Gérontologique Standardisée (EGS) en soin primaire ont conclu qu'elle ne relevait pas des compétences du médecin généraliste. Leurs difficultés face à la dépendance des sujets âgés et à leur prise en charge restent une réalité malgré la multiplication d'échelles standardisées plus ou moins adaptées à leur pratique. Le temps comme le manque de formation sont les principaux obstacles à l'évaluation globale du sujet âgé en soin primaire [3][4][5]. Face aux nouvelles missions du médecin généraliste, premier interlocuteur du patient âgé, et à l'importance d'une stratégie préventive en gérontologie, comment peut-on et doit-on intervenir en soin primaire ?

Nous avons donc réfléchi à l'élaboration d'un dossier d'évaluation médicale de la personne âgée en soin primaire en se basant sur les items de l'EGS. Nous avons confronté ce dossier à la pratique quotidienne des médecins sur le terrain. L'objectif principal était de mettre à la disposition de mes futurs confrères un outil adapté, facilitant le suivi, la continuité et la coordination des soins autour de la personne âgée.

Partie 1 :

L'ÉVALUATION DES SUJETS ÂGÉS EN SOIN PRIMAIRE

Partie 1 L'ÉVALUATION DES SUJETS ÂGES EN SOIN PRIMAIRE

1.1 Etat de santé des personnes âgées :

Définition :

La population des personnes âgées est caractérisée par une grande hétérogénéité. L'âge de 65 ans, considéré par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et la définition sociale par l'âge de la retraite n'ont plus de valeur dans notre société. Devant l'augmentation de l'espérance de vie on considère que la personne dite « âgée » appartient à un groupe de population victime de perte d'autonomie. Cette population correspond aux sujets de plus de 80 à 85 ans. Même si la seule considération de l'âge est insuffisante une définition assez commune des gériatres est reprise dans plusieurs recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et également dans le programme d'amélioration de la prescription chez le sujet âgé. Elle se situe entre 70 et 75 ans ou au dessus de 65 ans chez les sujets porteurs de comorbidités.

Dans son dictionnaire des résultats de consultations, l'Observatoire de la Médecine Générale définit le terme « sénilité » par deux critères obligatoires :

- Sujet âgé de plus de la soixantaine
- Diminution lente et progressive d'au moins une des capacités suivantes : physique et/ou intellectuelle et/ou mémoire des faits récents et/ou d'adaptation aux situations nouvelles et/ou de jugement et/ou modification du caractère.

S'y associe éventuellement une perte d'autonomie. Cette situation est asymptomatique.

La prévalence de la « sénilité » dans les résultats de consultation en médecine générale de 2007 ne devient significative qu'après 70 ans et est la plus forte après 90 ans [6].

Une population vieillissante :

La population Française est vieillissante avec une augmentation de la proportion des sujets âgés voir très âgés. D'après les prévisions de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) les centenaires qui étaient moins de 200 en 1950 seront probablement de 80 000 à 165 000 en 2050. L'espérance de vie était, en 2009, en moyenne à la naissance de 77,8 ans pour les hommes et de 84,5 ans chez les femmes. Cette augmentation de la longévité a fait naître la notion d'espérance de vie « en bonne santé » c'est à dire sans limitation d'activité (ou sans incapacité majeure liée à des maladies chroniques, aux séquelles d'affections aiguës ou de traumatismes). En France, en 2007, elle était à la naissance estimée à 64,2 ans pour les femmes et 63,1 ans pour les hommes [7].

Avec l'âge le nombre de maladies augmente. En moyenne les sujets âgés de plus de 70 ans sont porteurs de 3 à 5 pathologies aiguës ou chroniques, ce qui crée de la poly médication. Cette population souffre pour une partie importante de dénutrition, entre 4 et 20 % selon le mode de vie. A ces âges, médical et social sont indissociables. A l'avenir, les ressources en aidants potentiels vont être de plus en plus limitées, la population médicale en soin primaire moins importante en quantité et l'organisation des soins modifiée [1]. L'enquête « personne âgée et dépendance » de l'URML d'Ile de France de 2001 [8] montre que 77 % des médecins généralistes interrogés ont des difficultés pour prendre en charge les personnes âgées dépendantes. Seulement 40% des médecins disent réaliser régulièrement une évaluation

globale de leur patient âgé et en 2004 une étude du même URML [3] montre que spécialistes et généralistes confondus 91 % déclarent avoir des difficultés de prise en charge.

Le concept de « fragilité » :

Le vieillissement est un processus évolutif hétérogène, on retrouve dans la littérature trois trajectoires de vieillissement [9][10] :

- Le «vieillissement réussi» sans atteinte ou minime des fonctions physiologiques, et donc sans incapacité ; objectif de la médecine gériatrique préventive ;
- Le « vieillissement pathologique » comportant des maladies sévères évolutives et/ou des handicaps, responsable le plus souvent de dépendance ;
- Le « vieillissement usuel » (ou plutôt par usure) défini par des atteintes physiologiques de certaines fonctions sans pathologie bien définie. Un des éléments influençant vers ce type de vieillissement est le manque d'entretien des capacités fonctionnelles par le sujet âgé.

Entre le vieillissement normal et pathologique les anglo-saxons décrivent un vieillissement intermédiaire qu'ils nomment « *frailty* » ou fragilité en français. La « fragilité » est un concept développé depuis les années 1980. On peut la décrire comme une diminution infra clinique des réserves physiologiques de la personne vieillissante et donc de sa capacité à faire face à une situation déstabilisante, diminuant ainsi sa capacité d'adaptation. Il en résulte un risque accru de perte d'autonomie. L'incapacité n'est pas installée mais peut survenir suite à un évènement mineur. La définition ne fait pas consensus. C'est un état dynamique instable et réversible. La notion de réversibilité est essentielle pour entrevoir l'intérêt de mieux repérer ces populations. Elle naît de l'interaction de facteurs physiques, neuropsychologiques, sociaux et environnementaux rendant le sujet âgé «vulnérable». Dans la littérature on retrouve plusieurs critères de fragilité [11][13][14] ; Fried a notamment décrit des facteurs favorisant [12] : Grand âge (plus de 85 ans), absence d'exercice, trouble de l'alimentation, facteurs génétiques, immunodéficiência, poly médication, regroupement de pathologies (troubles cognitifs et dépression), insuffisance hormonale, facteurs environnementaux (isolement, décès de proches...). Tous ces critères aboutissent à un « syndrome de fragilité du sujet âgé » qui regroupe plusieurs symptômes (asthénie, anorexie, déshydratation ...) se compliquant de motifs de consultations et d'hospitalisations que sont les « syndromes gériatriques » : chute, syndrome confusionnel, incontinence, alitement, escarre.

Cette sous population de personnes âgées représente [15] entre 5 et 25 % de la population âgée de plus de 65 ans atteignant plus de 40% chez les plus de 85 ans. Cet état de «fragilité» présente[14] un risque accru de morbidité, d'hospitalisation, d'entrée en institution et de mortalité.

Tous : politiques, médecins et chercheurs s'accordent à dire qu'il faut développer des outils pour prendre en charge ces populations de façon précoce et l'EGS est le modèle le plus souvent choisi mais inadapté à la pratique de médecine générale pour laquelle des scores et méthodes globales simplifiées se sont développées.

1.2. L'EGS ou Evaluation Gériatrique standardisée :

- **Concept :**

Rubenstein, médecin américain, promoteur de l'EGS, en 1995 donne une définition [16] assez complète de l'EGS: «l'évaluation gériatrique standardisée est une méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire, dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile, dans le but de développer un plan de soins coordonnés et intégrés, et un suivi à long terme ».

- **Historique :**

Le concept d'EGS est né aux Etats Unis dans les années 1980 devant le constat du manque de détection des problématiques bio-psycho-sociales des personnes âgées et le besoin d'une prise en charge multi dimensionnelle et interdisciplinaire. Les bases avaient déjà été établies par Marjory Warren, une gériatre anglaise des années 1930 pour les mêmes raisons.

Ce sont d'abord les anglo-saxons qui l'ont développé avec notamment Rubenstein qui, en 1984 est le premier à avoir démontré que le devenir des patients âgés hospitalisés bénéficiant d'une « CGA » ou « *Comprehensive Geriatric Assessment* » plutôt qu'un suivi classique, était modifié en terme d'amélioration de la morbi-mortalité et de limitation des coûts [17]. Une méta-analyse[18] en 1993 réalisée par Stuck A dans le Lancet montre que l'EGS permet de réduire la mortalité et d'améliorer les capacités fonctionnelles des personnes âgées.

Depuis l'EGS s'est généralisée. Dans les années 1990 les pouvoirs publics anglais et américains ont imposé sa réalisation. Les "General Practitioner" ou « GP » anglais ont été mandatés pour réaliser l'EGS au domicile des patients âgés de 75 ans et plus avec l'aide d'une infirmière. En France le guide du médecin coordonnateur d'EHPAD [19] (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) de la DGAS (Direction générale de l'action sociale) d'octobre 2007 recommande une évaluation globale à l'aide de l'EGS.

L'extrapolation de l'EGS sur une population de soin primaire s'est naturellement faite mais les résultats des études [20] [21] sont moins convaincants, probablement parce que les populations ambulatoires sont hétérogènes et les interventions n'ont pas ciblées les sujets âgés « fragiles ». Des travaux en dehors des institutions et notamment des programmes réalisés par une infirmière au domicile du patient suggèrent une réduction de mortalité, de la perte d'autonomie et des départs en institution. L'efficacité supérieure retrouvée dans les études en structures spécialisées et notamment des « GEMU » américaines (Geriatric evaluation and management unit) tiennent à leur type de patients mais également au fait de leur interdisciplinarité leur permettant d'initier des plans d'intervention plus aisément. La réussite des travaux au domicile du sujet âgé demande une importante volonté d'intervention et une implication forte des patients. Ces éléments se retrouvent dans la relation de confiance que le médecin traitant peut créer avec les personnes âgées qu'il suit et il faut en tirer parti. L'interdisciplinarité et l'intervention des gériatres dans cette

évaluation reste indispensable et la seule démarche à avoir prouvé une efficacité sur la morbidité. Reste donc à définir la place du médecin généraliste dans cette démarche.

- **Principes et objectifs :**

Le Pr. Joël Belmin dans son ouvrage « Gériatrie pour le praticien » [22] explique que «[...] sans approche systématisée telle que l'EGS, la plupart des médecins méconnaissent ou négligent certains aspects des problèmes de santé des patients poly pathologiques, et sont guidés, le plus souvent sans en avoir conscience, vers les problèmes qui leurs sont les plus familiers et/ou pour lesquels ils ont le plus d'intérêt [...] ». L'approche clinique globale structurée de la personne âgée que propose l'EGS [23] est une réponse à ce biais dans le regard du médecin sur son patient.

L'évaluation standardisée complète, mais ne remplace pas la démarche médicale. Cette évaluation ne se conçoit que si elle s'inscrit dans la durée avec des propositions de stratégies adaptées de prise en charge car les recommandations ne seront pas toutes suivies. Une réévaluation sur le long terme est indispensable pour contrôler la mise en place et l'efficacité des plans d'intervention. Il faut insister sur des projets de soins individuels et adaptés aux souhaits du sujet âgé. Ce n'est donc qu'une première étape de la prise en charge gériatrique, d'autant qu'elle est chronophage et donc une perte de temps si elle est mal utilisée.

Ses objectifs sont multiples :

- Dépister les personnes âgées fragiles.
- Permettre une approche globale en gériatrie.
- Optimiser la démarche diagnostique et thérapeutique.
- Améliorer la continuité des soins, l'EGS fournit un outil commun de réflexion.
- Retarder la perte d'autonomie et ainsi améliorer la qualité de vie.
- Prévenir les complications.
- Optimiser l'orientation de lieu de vie et le recours aux soins.
- Planifier la prise en charge à long terme.

Elle est basée sur l'utilisation d'échelles standardisées d'évaluation spécifiques, validées internationalement et donc fiables et reproductibles. Rockwood [24] définit le minimum des évaluations qui doivent être entreprises pour la prise en compte des risques de fragilité : évaluation socio démographique, qualité de vie, autonomie, équilibre et marche, fonctions cognitives, statut sensoriel, angoisse et dépression, nutrition, dentition, douleur. Les équipes gériatriques pratiquant l'EGS y ajoutent classiquement l'évaluation de la fonction rénale et la mesure de l'albuminémie.

Dans un article, L.Z. Rubenstein [25] rappelle que la première étape est l'identification du malade qui présente, associé à des problèmes de santé, une détérioration de l'autonomie ou un déficit fonctionnel progressif. Si la fonctionnalité du malade est conservée, la maladie peut être traitée par son médecin comme d'habitude. Il définit donc la cible de l'EGS que sont les populations âgées « fragiles » [26] [27]. En effet elle n'est pas réalisable sur toute la population âgée et elle serait inutile chez des patients ayant perdu une grande partie de leur

autonomie. Elle comprend trois étapes : L'évaluation gériatrique proprement dite, l'examen clinique et l'évaluation précise du niveau de (poly)médication.

1.3. La prévention chez le sujet âgé en soin primaire :

1.3.1. La gériatrie préventive :

Rappelons que la gériatrie est la discipline médicale qui prend en charge les personnes âgées malades et que la gériatrie est la science qui étudie le vieillissement dans tous ses aspects (biomédical, socio-économique, culturel, démographique...).

L'allongement de l'espérance de vie sans incapacité nécessite sur le plan médical : La connaissance et l'application des règles d'hygiène de vie et des mesures médicales prévenant le vieillissement pathologique. Le domaine de la gériatrie préventive a démontré son intérêt dans la littérature. Une étude de Stuck AE [28] montre que des consultations régulières pour renforcer les convictions possèdent une certaine efficacité pour réduire le déclin de l'autonomie et même, chez les 72-78 ans, réduire la mortalité. De multiples actions de prévention ont été étudiées et se sont avérées efficaces sur la prévention de la perte d'autonomie fonctionnelle, la plus efficace semblant être la lutte contre la sédentarité par la promotion de l'exercice physique. Une méta-analyse récente [29] portant sur 89 essais randomisés contrôlés montre que les interventions multifactorielles visant à préserver les fonctions physiques et l'autonomie des sujets âgés sont bénéfiques en termes de maintien à domicile et de prévention des chutes ce qui sous tend l'intérêt de cette discipline.

La prévention est définie comme l'ensemble des actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue de maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou limiter leurs conséquences [30] ; on lui rattache trois notions :

- La prévention primaire vise à retarder ou à prévenir l'apparition d'une maladie.
- La prévention secondaire s'apparente au dépistage ou « *screening* » des anglo-saxons qui repère précocement ou prévient la récurrence.
- La prévention tertiaire vise à prévenir les complications des maladies, iatrogénie comprise.

En 1976 le gouvernement canadien confia au CTF (Canadian Task Force) l'examen de l'ensemble des actions de prévention permettant d'établir des recommandations comme outil de travail pour le médecin. En 1984 l'USPSTF (U.S. Preventive Task Force) se vit confier la même mission aux Etats Unis. En France ce n'est que depuis la loi du 4 mars 2002 que l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) existe, soulignant le devoir de notre système de santé de mener une politique de prévention efficace, mais il n'existe pas de recommandations spécifiques couvrant l'ensemble des pratiques cliniques préventives de l'adulte.

1.3.2. Les filières gériatriques :

Au vu du temps demandé pour une EGS complète et sa pluridisciplinarité un travail en réseau est indispensable. Le médecin généraliste pivot et coordonnateur de cette prise en charge doit avoir un langage commun avec les multiples intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux autour de la personne âgée. Depuis 1996 les réseaux de santé ont été reconnus dans cet objectif d'amélioration de la continuité des soins et de la coordination des professionnels. La notion de réseau gériatrique est une ouverture des secteurs médicaux au secteur social et aussi un accès à l'hôpital pour les médecins libéraux. L'interdisciplinarité du regard porté sur la santé de la personne âgée est essentielle et les projets de soins doivent être concertés entre intervenants, chacun apportant son avis avec la personne âgée au centre des décisions. Plusieurs études montrent que les médecins sont prêts à intégrer un réseau et acceptent les réunions de concertation [5][31]. Au jour d'aujourd'hui le réseau gériatrique à proprement parler est peu développé sur le territoire de la Loire Atlantique [32]. D'autres structures comme les CLIC peuvent en partie répondre à cette demande d'aide à la coordination des professionnels de santé mais leur répartition est encore hétérogène.

1.3.3. Gériatrie préventive en soins primaires et ses outils :

L'OMS définit les soins primaires depuis la conférence d'Alma Ata comme des soins de santé essentiels rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au sein de leur communauté par des moyens acceptables pour eux et à un coût que les communautés et le pays puissent assumer. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. En France le soin primaire n'est défini dans la législation que depuis peu.

L'article 7 de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie a mis en place le dispositif du médecin traitant créant les conditions pour le développement d'actions de prévention personnalisées et marquant un premier pas vers la valorisation par les pouvoirs publics du médecin généraliste dans sa position de premier recours dans le système de soins. La loi du 9 août 2004 [33] relative à la politique de santé publique ajoute la notion de « consultation périodique de prévention » pour laquelle aucun cahier des charges n'est défini. La loi de 2005 sur « le parcours de soins et la coordination » réforme l'Assurance maladie et la convention et situe le médecin traitant, du fait de son rôle spécifique de conseil et de suivi auprès du patient, « au cœur du développement de la prévention de la santé ». De plus, en prévention tertiaire, l'accompagnement des sujets atteints de pathologies lourdes ou chroniques est développé en termes de prévention des complications, d'organisation de l'offre de soins, d'aide au bon suivi des traitements. Enfin, la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » [2] adoptée en juin 2009 renforce la place du médecin généraliste dans l'organisation du système de soins, le positionnant en pivot central à la coordination et réaffirmant son implication dans la prévention et la santé publique.

Toutes ces considérations vont contribuer à une transformation des pratiques préventives au sein des cabinets de médecine de ville, modifiant ainsi en profondeur une partie de la pratique clinique actuelle. Il faut que les autorités le prennent en compte. Le

récent statut de spécialité est une première étape de valorisation de la médecine générale qui laisse la place à la formation et au développement de compétences dans l'éducation thérapeutique et le suivi des maladies chroniques. A ce jour la valorisation concrète de la prévention en soin primaire ne se fait que pour les programmes de dépistage organisés comme pour le cancer du sein par exemple. La prévention dite « cachée », part la plus importante des dépenses de santé [34], se fait au sein des cabinets de médecine générale en s'appuyant sur les temps de consultation habituels et itératifs entre médecin traitant et patient. Elle n'est pas valorisée bien qu'inscrite comme une obligation dans la convention médicale.

Une étude de la DREES et de l'IRDES [34] sur l'évaluation économique de la prévention en France estime, médecine générale et spécialité confondues, que la prévention représente 6,4 % des dépenses courantes de santé. Les actions de prévention réalisées par les professionnels de santé dans leur pratique courante n'étaient pas répertoriées. Il est difficile d'évaluer l'importance de l'activité préventive dans une activité de médecine générale. L'activité de prévention était évaluée en 1999 à 15% du temps de travail des médecins. Une enquête de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) portant sur les résultats de la consultation évaluée la part de la prévention dans l'activité à 32,35%. Récemment entre janvier et mars 2006 une recherche [35] menée sur un panel de médecin de la région PACA, établissait que sur 528 médecins plus de 83% considéraient que la prévention faisait partie de leur rôle. Plus de 80% déclaraient réaliser certaines actions de prévention comme proposer une mammographie aux patientes de 50 à 75 ans, repérer les effets iatrogènes des poly-prescriptions chez les personnes âgées, repérer les problèmes de poids chez l'enfant, repérer et proposer un sevrage aux fumeurs. Dans l'étude, la proposition d'une consultation de prévention au patient n'était faite que par 18% des médecins. Dans le DRC de l'OMG l'activité sénilité représente moins de 5% entre 70 et 79 ans, plus de 10 % de l'activité entre 80 et 89 ans et presque 30 % entre 90 et 99 ans, âges auxquels le pourcentage d'activité de prévention et examen systématique est le plus faible [6]. En 2004 une étude en région Rhône Alpes [36] a cherché à comparer le sentiment d'efficacité des médecins généralistes en prévention à un « score d'efficacité objective ». Ce score chez les personnes âgées était déterminé par : l'instauration d'un traitement préventif de l'ostéoporose, la pratique d'examen sensoriels concernant la vision et l'audition et la réalisation d'un bilan cognitif. Pour un sentiment d'efficacité des médecins de 90 %, le score était plus de 9 fois sur 10 inférieur à 1 sur 4 interventions. Ce sentiment d'efficacité était significativement lié au travail en réseau. Les résultats montrent donc une discordance entre les pratiques préventives objectives et le sentiment d'efficacité des médecins. Ceci rend compte d'une réalité objective pour le consommateur de soins : l'insuffisance globale de la démarche préventive chez le médecin.

- **La consultation de prévention des personnes de 70 ans :**

Suite à une demande du gouvernement en 2006 dans le plan « Grand Âge », une consultation proposée systématiquement à 70 ans s'est développée sur trois régions : Finistère, Bas-Rhin et Val de Marne. Elle utilise un auto-questionnaire complété d'une consultation médicale faite par les médecins généralistes et rémunérée 2,5 C. L'objectif est de prévenir les facteurs de risque de dépendance et de faciliter la correction des handicaps.

Au terme de cette évaluation le médecin devait soit donner des conseils de prévention, soit orienter vers un réseau de proximité.

Une étude en situation réelle a retrouvée une durée de consultation de 46,6 + 12,8 minutes et les médecins participants ont souhaité sa réalisation sur plusieurs consultations [37]. Ils ont jugé que cette démarche a permis de mettre en évidence des troubles qu'ils ne soupçonnaient pas chez leur patient. Cette démarche devait tendre à une généralisation dans le courant du second semestre 2007. Mais, compte tenu du bilan issu de l'expérimentation : les médecins participants ont jugé trop longue la durée de la consultation et trop complexes ses modalités de réalisation ; l'expérience est suspendue. Une formation complémentaire est apparue nécessaire pour que cette consultation atteigne les objectifs de prévention des pathologies liées au vieillissement. Cette consultation est désormais intégrée dans la « consultation de longévité » inscrite dans le plan national « bien vieillir 2007-2009 » qui couvrira la fin d'activité pour les personnes salariées et pour ceux déjà partis à la retraite ou sans emploi, jusqu'à l'âge de 70 ans.

- **L'EGS en FMC ou Formation médicale continue :**

Le sujet de la pratique gériatrique en médecine générale est régulièrement proposé par les organismes de FMC. Une grille à même été réalisée par « MGForm », organisme français de formation médicale continue de médecins généralistes ; elle s'intitule « grille MOSHON » pour Mobilité, Orientation, Sécurité, Hygiène, Occupations, Nutrition.

- **Les logiciels médicaux d'aide à l'EGS en médecine générale :**

Pour la réalisation de l'EGS en médecine générale une équipe Niçoise du Pr Balas a mis en place un logiciel comportant une étape d'évaluation initiale de 15 à 20 minutes puis la possibilité d'approfondir au besoin. Un logiciel d'aide à l'évaluation des risques de la personne âgée, nommé « AXIAGE » est disponible pour le cabinet médical. Il utilise le langage gérontologique de repérage.

- **Les URML (Union Régionales des Médecins Libéraux) et l'évaluation gériatrique :**

Plusieurs URML ont développé des outils pour permettre aux médecins traitants de réaliser l'EGS chez des patients âgés à domicile. C'est le cas de l'URML Corse [38] qui a mis en place un logiciel structuré avec des liens vers les actions de prévention adaptées au résultat d'un dépistage. Il propose d'instaurer une EGS pour les plus de 70 ans « fragiles » identifiés par un test ADL inférieur à 5,5 et un IADL inférieur à 14. Ces deux tests sont proposés tous les 6 mois. L'objectif est de mettre en place des interventions médico-sociales pour favoriser le maintien à domicile et prévenir la dépendance.

1.3.4. La consultation gériatrique en soin primaire en Pays de la Loire :

L'observatoire régional des Pays de la Loire a observé en 2007[32] le réseau professionnel des médecins généralistes et plus spécifiquement la coordination des interventions auprès des personnes âgées dépendantes. Les personnes âgées de 70 ans et plus représentaient alors 13% de la patientèle des généralistes des Pays de la Loire et 28%

du volume de leur activité. Pour 72 % des praticiens la coordination des interventions auprès des sujets âgés dépendants relevait de leur rôle. 70 % d'entre eux déclaraient effectuer une évaluation de la dépendance dans le cadre de la demande d'APA (Allocation Pour l'Autonomie); mais seulement 30 % avaient des contacts avec l'équipe médico-sociale du Conseil Général. Les généralistes identifiaient des difficultés dans cette coordination: insuffisance de temps de coordination, manque de disponibilité des intervenants, désorganisation dans la transmission d'information entre professionnels (44 % d'entre eux). Dans ce domaine 62 % des médecins déclaraient avoir rempli un « cahier de liaison » à domicile dans les trois derniers mois. Parmi les difficultés on retrouvait également la méconnaissance du réseau local et une mauvaise définition du rôle de chacun.

1.4. La problématique :

Le Dr Yves LEQUEUX avait déjà travaillé sur l'élaboration d'une « grille d'évaluation gérontologique en soin primaire » au cour d'un séminaire sur la dépendance chez le sujet âgé organisé par l'UNAFORMEC. Dans sa région d'exercice, un projet de réseau gériatrique avait échoué, principalement par manque de temps de coordination ambulatoire.

Le Dr Fabienne YVAIN, gériatre sur le pôle hospitalier de St Nazaire, se posait la question de la possibilité de mettre en place un dossier « gériatrique » en cabinet de médecine générale pour améliorer la continuité des soins. Je suis médecin généraliste remplaçante, actrice du système de soin autour du sujet âgé et confrontée régulièrement au manque d'information dans les dossiers médicaux de mes confrères pour prendre une décision médicale éclairée. J'avais besoin d'un outil pour m'aider dans mon exercice de futur « médecin traitant ».

Il existait déjà un certain nombre de recommandations et plusieurs outils validés, mais le constat était que les médecins généralistes n'avaient que peu recours à l'évaluation globale de leurs patients âgés en pratique courante. L'évaluation du patient âgé fragile, après analyse de la littérature, doit se faire à l'aide d'une EGS en unité spécialisée. Le rôle du médecin de premier recours est l'évaluation médicale, la prévention, le dépistage des populations à risque de perte d'autonomie et leur coordination dans le système de soin.

L'objectif commun issu de cette discussion était de définir, pour l'évaluation du sujet âgé en soin primaire, une stratégie médicale optimale en fonction de l'état actuel de l'art. Puis de déterminer la faisabilité et la pertinence de ce type d'évaluation aux yeux des médecins de terrain. Nous avons choisi de construire un outil d'aide à l'évaluation médicale du sujet âgé que nous souhaitons à terme généraliser en Loire Atlantique. Il était important de ne pas construire une « mini » EGS mais au contraire d'aider à mieux définir la place et les compétences de chacun dans le système de soins autour des personnes âgées.

Partie 2 :
Matériel et méthode

Partie 2 : MATERIEL ET METHODE

La méthode des recommandations de pratique clinique repose sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et sur l'avis d'un groupe de professionnels ou « groupe de lecture » concerné par le thème des recommandations [39].

2.1. Comité d'organisation :

Dr Fabienne Yvain directrice de thèse, praticien hospitalier sur le pôle gériatrique de St Nazaire,

Dr Yves Lequeux co-directeur de thèse, médecin généraliste à St Père En Retz
Hélène Grelier médecin généraliste remplaçante.

Il définissait précisément :

Le thème du travail : « Evaluation médicale des plus de 75 ans en soin primaire »

Les objectifs :

Dépister les patients âgés « fragiles » et suivre ces critères.

Aider le médecin traitant dans la prise de décision et la prescription.

Améliorer la continuité des soins (transfert d'information, travail en réseau).

La population des patients concernée par le projet :

On devait d'abord répondre à la question :

Quelle(s) personne(s) âgée(s) doivent bénéficier d'une évaluation globale en soin primaire ?

Les sujets devant bénéficier d'une EGS faisaient consensus autour des sujets âgés « fragiles ». Nous avons déterminé l'âge de 75 ans pour la prévalence de la « fragilité » dans cette population. La question devait par la suite être un sujet de discussion du « groupe de lecture ».

Les questions à traiter sur le thème de l'évaluation du sujet âgé en soin primaire :

Quels éléments doivent-être évalués ?

A quel rythme ?

Quels sont les outils adaptés ?

La cible professionnelle concernée : Les médecins généralistes libéraux.

Le comité d'organisation devait également signaler les travaux pertinents existants.

Il proposait des professionnels susceptibles de participer au groupe de travail et de lecture et participait au « groupe de lecture ».

2.2. Groupe de travail et méthodologie de la recherche documentaire :

Je devais, dans un premier temps, sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente [40] centrée sur la prévention, l'évaluation et le suivi des critères de fragilité des personnes âgées en soin primaire. La stratégie documentaire consistait à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-

analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au niveau national et international. J'interrogeais de façon systématique les banques de données scientifiques et médicales. Les langues retenues étaient le français et l'anglais. Je complétais par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques des sociétés savantes. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc....) étaient explorés. Les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème étaient consultés. L'examen des références citées dans les articles analysés permettait de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information.

Les recherches initiales étaient réalisées dès le début du travail pour construire l'argumentaire. Elles étaient mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet.

2.3. Argumentaire de l'outil initial proposé :

La première version de l'outil était rédigée courant septembre 2009 par le groupe de travail à partir de l'argumentaire et des avis exprimés au cours des différentes réunions de travail. Nous avons découpé l'outil selon les 10 items d'une EGS.

Les outils sélectionnés devaient répondre à plusieurs critères :

Disponibles et validés en français et en soins primaires.

Moins de 10 items.

Apprentissage court pour l'utilisateur.

Acceptabilité par les patients.

2.3.1 Evaluation de l'environnement social :

- **Recommandations :**

Les éléments indispensables recommandés par l'HAS [41] sont : nom complet actualisé, sexe, date de naissance, adresse, téléphone, profession, données d'alerte, antécédents personnels et familiaux, allergie et intolérance médicamenteuse, facteurs de risque, vaccinations et autres actions de prévention et de dépistage ainsi que les éléments de chaque rencontre et la décision médicale qui en découle.

- **Outils utilisables en médecine générale :**

- ▶ **La notion de personne de confiance :**

L'identification de la personne de confiance n'est pas recommandée. L'article L 1111-6 du code de santé publique dit : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions [...] »

- ▶ **Centre locaux d'information et de coordination ou CLIC**

Les structures d'aides à la coordination comme les CLIC peuvent être une aide et/ou un interlocuteur pour le médecin et le patient pour définir les besoins et mettre en place les aides.

2.3.2 Evaluation de l'ordonnance :

Trois séances à destination des personnes âgées sur quatre sont réalisées par les généralistes ; 91 % sont suivies d'une ordonnance de pharmacie [42]. En moyenne, les 65 ans et plus consomment quotidiennement 3 à 4 médicaments par personne. La iatrogénie est plus fréquente, plus grave et plus atypique dans cette population, mais principalement évitable. En conclusion les médecins sont dans une situation de prescription difficile de médicaments peu évalués [43] sur une population polypathologique et polymédiquée avec des risques iatrogènes importants pour lesquels ils ne sont que peu formés.

- **Recommandations :**

J'ai sélectionné deux référentiels français ; celui de l'AFSSAPS [44] et les outils d'un programme d'évaluation des pratiques professionnelles de l'HAS [45] qui a pour objectif d'améliorer les pratiques de prescription des médecins chez le sujet âgé : Les PMSA (Programmes de Prescription Médicamenteuse chez le sujet Agé) Annexe N°3 .

Quelque soit le profil de risque de la classe médicamenteuse l'AFSSAPS recommande un bilan clinico-biologique minimal fait régulièrement chez toute personne âgée poly médiquée, sans préciser le rythme exact ni définir le terme de poly médication.

Celui-ci comporte : Une surveillance du poids, de la pression artérielle (recherche d'une hypotension orthostatique) et de la fréquence cardiaque et une surveillance biologique du ionogramme sanguin (notamment recherche d'une dyskaliémie), de la créatininémie et de la clairance de la créatinine (ml/min) évaluée par la formule de Cockcroft & Gault.

Le rythme de révision complète de l'ordonnance du patient proposé par l'HAS est au moins annuel avec une réévaluation parallèle et au même rythme de la liste des pathologies à traiter avec le patient. La clairance de la créatininémie et le poids datant de moins d'un an doivent être connus du prescripteur, ainsi que la notion de chute dans l'année précédente.

2.3.3 Evaluation nutritionnelle :

La dénutrition est un critère de fragilité. Elle augmente le risque de déclin fonctionnel. La prévalence de la dénutrition est évaluée entre 4 et 10 % à domicile. C'est le principal facteur de mauvais pronostic des sujets âgés vivant à domicile, tant en terme de morbidité que de mortalité [46] [47] [48].

- **Recommandations :**

L'HAS définit la dénutrition par [49] : La perte de 2 kg ou 5 % du poids initial dans le dernier mois ou de 4 kg ou 10 % du poids initial dans les 6 derniers mois et /ou un IMC inférieur à 21 et /ou une albuminémie inférieure à 35g/l.

L'HAS recommande (Grade C), en ambulatoire, pour toutes les personnes âgées à domicile un dépistage annuel de la dénutrition, mais également à la suite de toute hospitalisation. Elle recommande une évaluation plus fréquente chez les sujets à risque (Annexe N°2). Cette même liste est reprise dans le guide de nutrition après 55 ans du Plan National Nutrition Santé (PNNS) de l'INPES en 2006 [50] sous forme d'une liste de 12 signes d'alerte. Le PNNS recommande (Accord professionnel) la recherche de situations à risque, l'évaluation des apports alimentaires et/ou l'estimation de l'appétit, la mesure répétée du poids et l'évaluation de la perte de poids et enfin le calcul de l'IMC. Dans les situations où le calcul de l'IMC et l'évaluation du pourcentage de perte de poids est impossible ou en cas de

normalité de ceux-ci le dosage de l'albuminémie (couplé au dosage de la CRP) et/ou la réalisation du MNA sont recommandés (Accord professionnel).

Les apports énergétiques du sujet âgé ne doivent pas être inférieurs à 1500 kcal/jr afin d'éviter les carences nutritionnelles. Dans le PNNS, même en l'absence de situation à risque de dénutrition, il est recommandé au sujet âgé de consommer 3 à 4 produits laitiers par jour. L'activité physique est recommandée pour toute personne âgée. La supplémentation systématique en Vitamine D à la dose de 800 UI /jr des sujets âgés confinés au domicile ou de plus de 80 ans est recommandée (Grade B).

- **Outils utilisables en médecine générale :**

- ▶ **Poids**

- ▶ **Taille**

- ▶ **IMC ou indice de masse corporelle ou indice de Quételet :**

Son calcul est simple : Poids (kg) / Taille(m)² exprimé en kg/m². Un sujet âgé ayant un IMC inférieur à 23 présente déjà un risque de dénutrition.

- ▶ **Le dosage des protéines plasmatiques :**

En cas d'impossibilité de mesure du poids (troubles moteur, trouble sévère de l'équilibre...) le dosage des protéines plasmatiques peut être une alternative pour l'évaluation du statut nutritionnel. Aucune n'est spécifique, elles sont modifiées par beaucoup d'autres situations que la dénutrition. Ces dosages sont utiles pour un diagnostic si le score obtenu au MNA évoque une dénutrition probable, ou s'il y a une perte de poids ou en prévention primaire pour rechercher une dénutrition chez une personne en surpoids (obésité sarcopénique). L'albuminémie est à interpréter en fonction d'un marqueur de l'inflammation (CRP) et en s'assurant de l'absence de perte protéique urinaire. La préalbuminémie a un intérêt de suivi de la renutrition avec sa demi-vie courte (2 jours) et permet d'évaluer les modifications d'apports (bon reflet des réserves du sujet).

- ▶ **Le MNA (Mini Nutritional Assessment) et sa formule simplifiée : Annexe N°4**

Les limites de cet outil sont sa durée de passation et l'impossibilité de renseigner certains items en l'absence d'un tiers en cas de troubles cognitifs ou de communication. Il est surtout utile dans des populations où la prévalence de la dénutrition est faible (domicile, hospitalisation aiguë) car il montre le plus souvent un risque de dénutrition dans les populations où sa prévalence est forte.

- ▶ **L'enquête alimentaire :**

Elle permet d'évaluer les apports et de rechercher des troubles du comportement alimentaire et des erreurs diététiques évidentes. L'interrogatoire demande la participation d'un tiers qui s'occupe de faire manger le sujet âgé. Elle permet d'orienter les conseils nutritionnels et de dépister les carences.

- ▶ **Le contenu du frigidaire « in frigo Veritas » :**

Pour le médecin généraliste le contenu du frigidaire est accessible en visite à domicile. Une étude de N. Boumendjel des Hôpitaux de Genève parut dans le Lancet en 2000 [51] a montré la corrélation entre le vide du réfrigérateur et le risque d'hospitalisation.

- ▶ **Hygiène bucco dentaire :**

Le dépistage et le traitement systématique des lésions bucco-dentaires, incluant l'entretien et l'adaptation des appareils, sont des éléments majeurs de prévention de la dénutrition.

2.3.4 Evaluation cognitive :

Selon l'étude PAQUID [52] la démence touche 13,2% des hommes et 20,5% des femmes âgées de 75 ans et plus, la prévalence de la démence double tous les 5 ans après 65 ans pour atteindre 30 à 40 % des sujets de 85 ans et plus. Les troubles cognitifs sont un facteur de risque de chute, de dénutrition, d'iatrogénie. Actuellement seulement 30 à 50 % des démences seraient diagnostiquées. Repérer des troubles débutants c'est prévenir la morbidité, l'isolement et le fardeau des aidants mais il faut garder une réflexion éthique car porter à tort un diagnostic peut être délétère. Il ne faut pas oublier que troubles mnésiques n'est pas synonyme de Maladie d'Alzheimer et que nombre d'étiologies sont curables (Dysthyroïdies, carence en Vit B 12, hématome sous dural...).

- **Recommandations :**

Le repérage précoce des syndromes démentiels est recommandé [53] , par précoce on entend les formes légères à modérées et non un diagnostic préclinique qui n'aurait aucun intérêt en l'état des connaissances scientifiques actuelles. L'HAS définit la place du médecin généraliste comme pivot dans la prise en charge des troubles mnésiques dans un réseau dont il coordonne les intervenants.

Il recommande depuis mars 2008 pour le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées la réalisation du MMS ou Mini Mental Status dans sa version consensuelle établie par le GRECO (Groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs). Son interprétation doit se faire dans une évaluation plus globale (sociale, thymique, recherche de pathologies médicales associées ...). Il n'y a pas d'accord professionnel concernant le choix d'autres outils.

Cette démarche ne se conçoit que s'il existe une prise en charge médicosociale associée. Le passage par une structure spécialisée dès les premiers symptômes est recommandé pour poser un diagnostic.

L'évaluation initiale recommandée comporte :

Un entretien avec un accompagnant fiable si possible et avec l'accord du patient.

Une évaluation cognitive globale à l'aide du MMSE.

Une évaluation thymique et comportementale.

Une évaluation des conséquences sur les activités de la vie quotidienne les outils recommandés étant l'IADL, l'ADL et l'IADL 4 items.

Un examen clinique (poids, système cardiovasculaire, déficits sensoriels et moteur, vigilance).

Le dépistage n'est pas recommandé en population générale mais devant :

Une plainte mnésique du patient ou de son entourage.

La présence d'une pathologie associée à un risque de déclin cognitif (chute, syndrome confusionnel, AVC ...).

- **Outils utilisables en médecine générale :**

- ▶ **La plainte mnésique :**

Motif fréquent de consultation en médecine générale, plus de la moitié des sujets âgés de plus de 65 ans expriment cette plainte en France. Elle n'est jamais anodine et une évaluation cognitive avec recherche du retentissement sur les activités de la vie quotidienne doit être réalisée [54]. La plainte semble être un facteur prédictif de maladie d'Alzheimer chez la personne âgée mais les études sont controversées. L'étude PAQUID a montré que le

risque d'évolution vers une démence à 4 ans était multiplié par 3,3 si les performances cognitives étaient normales et par 10 si les tests de mémoire étaient perturbés en présence d'une plainte. Mais selon la très grande majorité des études, des sujets se plaignant de tels troubles isolés, sans diminution des performances ni retentissement sur l'activité quotidienne, ne présentent pas de risques plus élevés d'évoluer vers la démence que ceux qui ne se plaignent pas. Une étude française a démontré qu'indépendamment du statut psycho affectif les plaintes cognitives subjectives étaient associées à des troubles objectifs de la mémoire [55].

► **MMS (Mini Mental Status) : Annexe N°5**

Outil le plus utilisé en médecine générale et le plus connu et maîtrisé des praticiens, sa passation ne dure pas plus de 10 mn. Il est un bon outil de suivi et de dépistage. Il est validé par de multiples études et sur des populations diverses. Des versions existent dans les langues européennes les plus courantes. Son interprétation est dépendante du niveau intellectuel antérieur du patient et des troubles sensoriels ; il peut être modifié dans de nombreuses circonstances [56]. Il ne doit donc pas être le seul outil diagnostique utilisé (accord professionnel). En pratique un score pondéré inférieur à 24 (en l'absence de certificat d'étude) ou à 26 nécessite un bilan plus approfondi.

► **Test de l'horloge :**

Sa passation est rapide, il nécessite peu de formation pour le praticien et est bien accepté par le patient. Mais il n'existe pas de standardisation ni de passation, ni de cotation ; il n'est pas étalonné et ne présente pas de consensus sur les capacités qu'il évalue [57]. L'HAS signale par ailleurs qu'il n'y a « pas d'accord professionnel concernant le mode de cotation des erreurs ». Pour toutes ces raisons il ne peut être utilisé que parmi une batterie d'autres tests.

► **Test des 5 mots de DUBOIS :**

En France, le test des 5 mots de Dubois a été validé [58] dans le dépistage de la maladie d'Alzheimer avec une bonne sensibilité et une bonne spécificité mais variable selon le seuil utilisé comme pathologique. Il évalue les capacités d'encodage de 5 mots et de rappel différé, après une épreuve d'attention. Pour chaque mot non retrouvé, la classification par la catégorie permet de différencier un trouble mnésique d'un trouble de l'attention lié à l'âge ou à l'anxiété. Un score pathologique au dessous de 10 est en faveur d'un syndrome démentiel.

► **Test de fluence verbale :**

C'est un test court mais peu sensible au stade léger de la démence. Le principe est de faire dire le plus de mots possible appartenant à un même champ lexical sur une minute. Il est surtout utilisé comme épreuve de distraction. Il apporte des éléments sur l'atteinte du langage dans les syndromes démentiels.

► **Tests rapides développés pour le soin primaire :**

Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur mais l'utilisation du MMSE et des autres tests est encore limitée en pratique courante c'est pourquoi depuis plusieurs dizaines d'années des tests rapides se développent. Dans une étude [59] on a démontré que la reconnaissance des troubles cognitifs par le médecin de ville est influencée par des caractéristiques du patient et de la maladie et qu'elle est améliorée par l'utilisation d'échelles d'évaluation, même courtes. Selon l'étude de Brodaty and al. datant de mai 2006 trois des tests choisis parmi une revue de littérature systématique étaient adaptés et validés dans la pratique de soin primaire en termes de performance et de faisabilité [60] [61] : Le Mini Cog, le GP Cog et le MIS.

Mini Cog :

Il combine le rappel de 3 mots et le test de l'horloge placé entre les consignes d'apprentissage et de rappel. Pour sa cotation j'ai retrouvé au moins deux méthodes. Il a été étudié sur des populations ambulatoires sur lesquelles il a une bonne sensibilité et spécificité. Il n'est pas un test diagnostique. Sa passation demande moins de 5 minutes. Son indépendance par rapport au niveau éducatif du patient a été démontrée.

GP Cog :

C'est un test validé pour le dépistage de la démence en soin primaire, sa passation demande moins de 6 minutes et nécessite la présence de l'aidant principal. Il a été traduit en plusieurs langues.

MIS (Memory Screen Impairment) :

Pour le dépistage des sujets déments Buschke et al (1999) ont développé cette épreuve d'exploration rapide de la mémoire. Elle comporte un rappel libre et indicé de 4 items. Elle permet un apprentissage contrôlé et améliore la spécificité de l'encodage en induisant un encodage sémantique. La spécificité et la sensibilité pour le dépistage des sujets déments est satisfaisante.

CODEX (Cognitive Disorders Examination) : Annexe N° 5

Cet outil se rapproche du Mini Cog avec un test de l'horloge simplifié. Il demande moins de 3 minutes. Il est fait sous forme d'arbre décisionne. Sa sensibilité est de 92% et sa spécificité de 85 %, la faisabilité et l'acceptabilité en médecine générale est excellente. Des études ont retrouvé, pour un temps de passation inférieur une meilleure performance en termes de sensibilité et spécificité que le MMSE dans la détection des démences du sujet âgé [62]. C'est le seul test rapide cité dans la recommandation de l'HAS de janvier 2009 sur les chutes répétées chez le sujet âgé pour reconnaître un déclin cognitif chez la personne âgée. Mais les études ont été réalisées sur des populations de consultation mémoire.

► Le 7 minutes test (Fluence verbale, 5 mots de Dubois, test de l'horloge, test d'orientation) :

Il a une bonne sensibilité et une bonne spécificité entre MA et sujets sains mais il est moins performant en cas de syndrome dépressif.

2.3.5 Evaluation de l'autonomie fonctionnelle :

Des données récentes montrent qu'en médecine de ville les sujets n'ayant aucune difficulté pour la réalisation des activités de base de la vie quotidienne (ADL Normal), mais présentant déjà des limitations dans la réalisation des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL anormal) sont les plus à même de bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée. Une équipe toulousaine menée par le Pr Albarede [63] a choisi ce critère pour sélectionner les sujets âgés devant bénéficier d'une EGS simplifiée faite par des médecins généralistes non formés et a montré une baisse significative des hospitalisations et une tendance non significative à la réduction des coûts [64]; mais l'étude est de courte durée et sur un faible effectif. Ce critère est également utilisé par l'URML Corse. Ces échelles d'évaluation des capacités fonctionnelles sont de bons outils pour déterminer la « fragilité » d'un sujet âgé. L'appréciation de l'autonomie est indispensable pour coordonner les aides, définir des objectifs de soin et optimiser les ressources financières nécessaires à maintenir l'autonomie, au maintien à domicile et à l'amélioration de la qualité de vie du sujet âgé.

- **Recommandations :**

L'HAS recommande [53] l'évaluation du retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne. Les échelles citées sont l'IADL, sa forme simplifiée à 4 items et l'ADL. Dans ses recommandations sur le dépistage de la dénutrition chez le sujet âgé elle définit les sujets à risque notamment par une dépendance pour les activités de la vie quotidienne (particulièrement pour la mobilité et l'alimentation) sans citer d'outils.

- **Outils utilisables en médecine générale : Annexe N° 6**

- ▶ **L'ADL (Activity of Daily Living) de Katz ou Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) :**

Elle permet d'évaluer les activités de base de la vie quotidienne au moyen de 6 actes élémentaires. Chaque item est coté en 3 niveaux : autonomie (1point), dépendance partielle (0,5 point) ou dépendance totale (0 point). Le score total peut varier de 0 (autonomie minimale) à 6 (autonomie maximale). L'altération d'un ADL traduit une dépendance déjà importante [65]. De passation rapide et simple, cette échelle largement validée est considérée comme une référence dans la littérature internationale. Elle est peu sensible aux changements. Une vérification des informations auprès des proches est nécessaire. Elle demande environ 5 minutes. La perte de l'autonomie pour un des items de l'ADL est un facteur prédictif de mortalité. Elle est utile pour les sujets ayant une perte d'autonomie déjà sévère.

- ▶ **IADL (Instrumental Activities of Daily Living) de Lawton ou Activités instrumentales de la vie quotidienne :**

Elle permet d'évaluer des activités qui nécessitent l'utilisation des fonctions cognitives [66]. Ces activités, plus complexes que les ADL, comprennent 8 items. Une seconde partie mesure des activités plus élémentaires. Chaque item est coté 0 ou 1. Le score total peut varier de 0 (autonomie minimale) à 14 (autonomie maximale). Étudiant des activités requises pour vivre de façon indépendante, l'échelle IADL est plus adaptée à l'évaluation de personnes âgées vivant à domicile et ne présentant pas une dépendance sévère. Cette échelle fait référence parmi les outils disponibles d'évaluation des activités instrumentales de la vie quotidienne. Elle est relativement peu sensible aux changements.

C'est également un outil de dépistage des troubles cognitifs. L'étude PAQUID [52] a confirmé l'intérêt d'utiliser sa forme simplifiée en 4 items pour dépister la démence. Cette forme simplifiée regroupe les items non dépendants du sexe et les plus discriminants : téléphoner, se déplacer à l'extérieur, gérer le budget, prendre ses médicaments. Sa passation ne demande pas plus de 5 minutes.

- ▶ **AGGIR (demande d'APA) :**

La grille AGGIR permet d'évaluer le degré de dépendance physique et psychique d'une personne âgée vivant à domicile ou en institution. La grille comporte 10 variables, chacune est cotée selon 3 modalités (A : fait, seul, totalement, habituellement et correctement ; B : fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement ; C : ne fait pas). Cet outil, validé sur plus de 10 000 sujets âgés, peu sensible aux changements, permet de classer le patient parmi 6 groupes dits « iso-ressources » (groupes GIR). Chaque groupe GIR correspond à un niveau donné de la charge globale en soins de base requis par le patient évalué, le groupe GIR 1 regroupant les personnes les plus dépendantes, et le groupe GIR 6 les plus autonomes. Le « GIR » ne renseigne pas les besoins d'aide du patient.

2.3.6 Evaluation du risque de chute :

En France, pour une population âgée de 9 millions d'individus, on estime le nombre de chutes annuelles à 2 700 000, soit environ un tiers, qui ont entraîné 450 000 blessures, 110 000 hospitalisations et plus de 5 000 décès [67]. La chute est la première cause de décès accidentel après 65 ans. La chute est également pourvoyeuse de perte d'autonomie conséquence des traumatismes physiques et \ ou psychologiques qu'elle entraîne.

- **Recommandations :**

Le niveau de risque des patients est un critère d'efficacité des plans d'intervention de prévention des chutes. La prévention ne se conçoit donc qu'en ciblant les sujets à risque de chute définis dans les deux référentiels français [67] [68] de l'INPES et de la SFDRMG (Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine générale), par :

La notion de chute dans l'année antérieure et \ ou la présence de troubles de l'équilibre et/ou de la marche. Cette première étape de dépistage ne prend pas plus de 10 minutes, elle est recommandée (Grade C) annuellement pour toute personne âgée de plus de 65 ans quelque soit le motif de consultation. La recherche de chute dans l'année et son contexte est faite à l'interrogatoire du patient et / ou de l'entourage si besoin.

Le «Timed up and go» (TUP) est recommandé comme outil pour évaluer les troubles de la marche et de l'équilibre, les capacités motrices et ainsi définir le niveau de risque, sans consensus quand au seuil pathologique (pour l'INPES le risque apparaît sous le seuil de 14 secondes, pour la SFDRMG en dessous de 30 sec).

Les recommandations classent alors le sujet en trois niveaux de risque :

Niveau de risque faible ou nul (ni chute dans l'année ni TUP pathologique)

Modéré (un des deux tests est positif)

Elevé (les deux tests sont positifs)

Pour chacun un type de plan d'intervention est adapté. Respectivement prévention primaire de la chute et dépistage annuel du risque, intervention multifactorielle non personnalisée et intervention multifactorielle personnalisée.

Secondairement il est recommandé, quelque soit le niveau de risque, d'évaluer les trois facteurs sur lesquels les interventions semblent les plus efficaces :

> Les pathologies aiguës ou chroniques à risque (Les affections de l'appareil locomoteur, les troubles sensoriels visuels et auditifs, troubles de la proprioception, les affections neurologiques, les troubles cognitifs et les démences, la dépression, l'incontinence urinaire chronique, l'hypotension orthostatique ou HTO et pathologies cardio-vasculaires, la dénutrition) à l'aide d'un examen clinique.

> La médication.

> Les dangers au domicile.

La SSMG (Société scientifique de médecine générale Suisse) recommande selon un consensus d'experts d'autres « guidelines » une évaluation multifactorielle dans une approche globale de la personne âgée avec les mêmes items et rajoute l'évaluation du risque d'ostéoporose.

Au-delà de 75 ans, 30% des patients ne sont plus à même d'assurer seuls les soins de pieds. Il est recommandé (Grade B) par l'HAS [69] de réaliser un examen annuel des pieds de tous les sujets âgés. Il est recommandé de rechercher des affections podologiques et des

affections pouvant favoriser une complication trophique cutanée ou une incapacité fonctionnelle.

- **Outils utilisables en médecine générale :**

- ▶ **Les Facteurs de risque :**

Parmi les études on retrouve comme facteurs de risque de chute ayant le plus haut niveau de preuve pour l'INPES :

Age avancé

Sexe féminin

Plus de 4 médicaments sur l'ordonnance

Consommation de psychotropes

Affection neurologiques et démences

Troubles de l'équilibre, de force ou de la marche

Histoire personnelle de chute

- ▶ **Notion de chute dans l'année antérieure :**

La première chute est un facteur important de récurrence. Cette notion est utilisée dans toutes les recommandations. L'incapacité de se relever seul du sol est un facteur de récurrence et de mortalité. Les patients n'évoquent pas facilement la notion de chute antérieure, dans une étude seule 10% des chutes chez les aînés seraient signalées à un médecin. C'est un événement trop souvent banalisé [70]. Il est donc préconisé de poser la question :

« Êtes vous tombé(e) durant la dernière année ? Combien de fois ? »

Cette action est simple et bien acceptée par les sujets âgés. Des plans d'action de prévention, après analyse de la chute ont démontré leur efficacité sur la récurrence.

- ▶ **Test "Get up and go":**

Le Get up & go test fut élaboré par Mathias et al. en 1986 devant le besoin de tests plus simples et plus accessibles à une activité de terrain, les tests proposés étant jusque là très complexes. Il est validé dans une population âgée « fragile ». Il consiste à demander à la personne de se lever de sa chaise à l'aide si besoin de son aide technique habituelle, sans se tenir, de parcourir 3 mètres, de se tourner et de revenir s'asseoir. Le test comporte un premier essai non chronométré pour s'assurer de la bonne compréhension. Sa cotation est subjective, elle demande une certaine expérience [71].

- ▶ **Test "Timed Up and Go":**

Le « Timed Up and Go » est une version chronométrée [71] du « Get up & go » élaborée en 1991 par Podsiadlo et Richardson. Il permet d'identifier les personnes à mobilité normale et donc complètement autonomes dans les activités de la vie quotidienne et les autres très dépendantes qui ont besoin d'aide pour les transferts et sortir à l'extérieur. Il est simple et rapide. Le critère de temps est objectif. Il peut être utilisé comme outil de dépistage avec une meilleure reproductibilité, mais ce n'est pas validé. Il conserve des éléments descriptifs pour une évaluation plus approfondie. Il a une bonne sensibilité (87%) et une bonne spécificité (87%). Il n'est validé que chez les patients âgés « fragiles » de 60 à 90 ans. Il demeure un débat en fonction des auteurs et des études sur le seuil d'anormalité du test. En dessous de 14 secondes on considère que la mobilité est conservée ; au dessus de 20 secondes le risque de chute devient significatif.

- ▶ **Appui unipodal :**

Il consiste à demander au patient déchaussé de rester en appui unipodal du côté de son choix puis en controlatéral, la durée minimum est retenue pour l'interprétation ; en dessous de 5 secondes il est considéré comme prédicteur du risque de chute. Il est adapté aux sujets âgés sans déficience, sans risque de chute connu. Il étudie de façon rapide,

reproductible et fiable la station unipodale. Il est souvent mal accepté et/ou impossible à réaliser par les sujets âgés et chez les patients « chuteurs », il est donc fréquemment anormal. Il a une bonne sensibilité (87%) mais une spécificité faible (37%). Il est un bon indicateur des « non chuteurs » [72].

► **« Walking and talking » ou les paradigmes de double tâche :**

Le principe de ces paradigmes est de réaliser, en marchant, une tâche attentionnelle et d'étudier les modifications de la marche qui en résultent ainsi que leur relation avec la chute. La principale étude dans le domaine est celle de LUNDI-OLSSON *et al.* en 1997 [73]. Cette étude réalisée au sein d'une population âgée institutionnalisée est l'une des premières à avoir établi un lien entre le fait de s'arrêter de marcher lors d'une conversation et la survenue d'une chute dans les 6 mois suivant la réalisation du test de marche. Mais paradoxalement, depuis cette étude, les données publiées sur le sujet sont rares et contradictoires, certaines démontrant un lien et d'autres pas. De ce fait, il n'existe toujours pas de test fiable basé sur une analyse clinique de la marche sous condition de double tâche permettant d'évaluer correctement la chute de la personne âgée.

► **Epreuves posturales :**

Par poussée sternale on étudie l'adaptation posturale du sujet âgé. Cette manœuvre demande une analyse subjective de la réaction et une certaine pratique du test.

► **Hypotension orthostatique (HTO) :**

L'HTO est une mesure très fluctuante. Elle est fortement associée à une augmentation du risque de chute. Sa prévalence augmente avec l'âge, elle doit être considérée comme un facteur de fragilité du sujet âgé.

2.3.7 Evaluation neurosensorielle :

Au cours du vieillissement l'acuité des sens diminue en qualité puis en quantité. Souvent ces modifications progressives ne sont pas perçues par le sujet et peuvent le mettre en danger car toute désafférentation potentialise les troubles cognitifs débutants et majore le repli social et la perte d'autonomie.

VUE

De grandes études menées aux États-Unis, en Australie et en Europe ont révélé que la prévalence de la déficience visuelle augmentait de façon spectaculaire après 60 ans. Le vieillissement retentit sur toutes les composantes de l'optique, le seuil visuel chute, le champ visuel se rétrécit, l'acuité visuelle diminue, la vision des couleurs est altérée et aussi celle des contrastes. La cause de cécité la plus fréquente chez les vieillards est la DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge). D'autres pathologies comme le glaucome, la cataracte ont une incidence importante au grand âge et sont potentiellement curables. Cette altération de la fonction visuelle a des conséquences sociales, médicales et économiques et augmente le risque d'accidents et de chutes. Les symptômes dépressifs sont également plus fréquents dans cette population malvoyante.

• **Recommandations :**

En France il n'y a pas de recommandation centrée sur le dépistage des troubles visuels chez le sujet âgé en soin primaire hormis dans le cadre du suivi du diabète où l'HAS recommande une consultation ophtalmologique annuelle. Dans le guide des bonnes pratiques en EHPAD [19] un test d'acuité visuel annuel est recommandé. Au Canada la

société d'ophtalmologie recommande pour les patients asymptomatiques de plus de 65 ans à faible risque un examen de routine au moins tous les deux ans [74]. Pour réaliser le dépistage l'interrogatoire du patient et la mesure de l'acuité visuelle avec correction de loin et de près sont citées.

- **Outils utilisables en médecine générale :**

- ▶ **Echelle de Snellen :**

En pratique quotidienne cette échelle est peu utilisable par manque d'espace dans le cabinet. C'est le mode de dépistage le plus cité dans les différents référentiels. Dans un article belge, B. Namias [75] résume les recommandations des mesures préventives chez le patient âgé en soin primaire se basant sur les recommandations américaines de l'USPSTF, le test de Snellen est qualifié comme ayant de bonnes preuves pour l'inclure dans un programme de prévention.

- ▶ **Echelle de Monnoyer**

- ▶ **Echelle de Parinaud**

- ▶ **Grille d'Amsler :**

Elle permet d'évaluer le champ visuel central et de dépister des pathologies rétinienne comme la DMLA.

- ▶ **Questionnement :**

Demander au patient s'il ressent une baisse d'acuité visuelle semble peu pertinent et peu efficace pour dépister les troubles visuels du sujet âgé. Étonnamment, ces déficits échappent souvent à l'attention des patients comme à celle de leur médecin.

OUÏE

L'ouïe est fondamentale dans la communication et a un rôle d'alerte. La presbycusie est la cause de surdité la plus fréquente chez le sujet âgé. Elle touche 30% des sujets après 75 ans. La perte d'audition engendre isolement social progressif, baisse des fonctions cognitives et parfois même réactions dépressives. L'appareillage est la seule thérapeutique, elle doit être précoce car l'adaptation se fait d'autant mieux que le sujet est moins âgé et que la surdité est moins profonde.

- **Recommandations :**

En France il n'y a pas de référentiel. Une méta-analyse publiée dans le JAMA en 2006 suggère que les cliniciens devraient d'abord s'enquérir de l'état de l'audition de leurs patients âgés. Les patients reconnaissant d'emblée un déficit auditif devraient être dirigés en audiométrie, alors que les autres devraient être dépistés au moyen d'un test de voix chuchotée ou d'un audioscope. Un échec à l'un de ces tests indiquant la nécessité d'approfondir l'évaluation au moyen de tests audiométriques [76]. Le dépistage systématique de la déficience auditive est recommandé aux Royaume Uni chez le sujet âgé dans le cadre d'un contrat avec les « GP » depuis 1990. Au Canada elle est intégrée dans des recommandations de Grade B.

- **Outils utilisables en médecine générale:**

- ▶ **Question « Pensez vous souffrir d'un problème d'audition ? »**

- ▶ **Otoscopie :**

Son utilisation est préconisée en première intention dans le guide de bonne pratique en EHPAD d'octobre 2007 pour rechercher des bouchons de cérumen en cas de troubles auditifs. Elle est également citée dans les recommandations internationales.

► **Voix chuchotée :**

Elle consiste à chuchoter 6 mots à une distance donnée de l'oreille hors du champ de vision et à demander de répéter ces mots tout en masquant l'oreille controlatérale. Il a fait l'objet de plusieurs études. Une étude néerlandaise [77] en médecine générale a cherché à évaluer la voix chuchotée comme test de dépistage. Les auteurs ont comparé la sensibilité et la spécificité de la voix chuchotée à trois autres tests simples faisant intervenir divers appareillages et à un test de référence : l'audiogramme. La voix chuchotée a détecté 76 oreilles avec un déficit >30db soit une sensibilité de 90% et une spécificité de 80%. Les autres tests donnaient des sensibilités légèrement supérieures, entre 88 et 100%, mais des spécificités moindres entre 53 et 39%. Il reste un test accessible, peu coûteux et peu invasif.

2.3.8 Evaluation thymique :

La dépression ne fait pas partie du processus normal de vieillissement. Elle est la pathologie psychiatrique la plus fréquente du sujet âgé mais reste sous diagnostiquée et sous traitée. Le syndrome dépressif du sujet âgé est atypique et pauci symptomatique et s'accompagne souvent d'idées suicidaires qui quand elles se compliquent par une tentative se termine souvent par un acte réussi. La souffrance psychologique semble plus méconnue qu'inexprimée par le sujet âgé. Elle est pourvoyeuse de dépendance, d'altération de la qualité de vie et de conséquences somatiques. Réduire le retentissement de la dépression est possible grâce à des actions préventives collectives : dépistage systématique de la dépression en cabinet de médecine générale et amélioration des conditions de vie des sujets âgés par des mesures d'aide individuelle, familiale et sociale.

• **Recommandations :**

Les critères de la DSM IV sont recommandés pour le diagnostic des syndromes dépressifs sans aucune spécificité ou différence chez le sujet âgé dans tous les « guidelines » [78] [79] [81]. La notion de dépression mineure (définie par l'existence de moins de cinq symptômes de la dépression majeure) est aussi reprise par la plupart des auteurs, ils soulignent que c'est la forme la plus fréquente des dépressions du sujet âgé (2 fois sur 3). Il est indispensable d'identifier la dépression à début tardif, à savoir celle survenant après 65 ans chez un patient jusque-là sans antécédent. Il s'agit de la situation clinique la plus fréquemment rencontrée. Cette distinction a un intérêt clinique et thérapeutique. Elle est caractérisée par plus d'anomalies neuropsychologiques, plus de dépendance, une morbidité physique plus grande et une mortalité augmentée. Son évolution est marquée par un plus mauvais pronostic (elle est plus chronique avec un risque plus important de rechute).

Dans la conférence de consensus de l'HAS [80] sur la crise suicidaire, les auteurs précisent qu'à partir de 65 ans le taux de suicide augmente. La crise suicidaire est difficile à reconnaître chez la personne âgée. Des signes comme le repli sur soi, les attitudes de désinvestissement, le refus de s'alimenter ou le refus de soin doivent faire évoquer le diagnostic. Les auteurs recommandent d'améliorer le dépistage et le diagnostic de la dépression en médecine générale en proposant aux médecins le recours à des questionnaires simples comme le mini GDS.

L'HAS recommande dans l'évaluation et le diagnostic des démences et troubles cognitifs[53] l'évaluation des troubles de l'humeur associés. La recherche de troubles dépressifs est recommandée pour permettre le diagnostic différentiel. Elle ne recommande pas d'outil en particulier.

Dans ses recommandations sur le diagnostic de l'épisode dépressif de l'adulte [78] l'HAS précise que chez le sujet âgé, le diagnostic est souvent difficile du fait de plaintes somatiques, d'un tableau pauci-symptomatique, ou pseudo-démontiel.

Un dépistage ciblé est recommandé en soin primaire :

- Suite à une pathologie physique majeure
- Devant une pathologie chronique avec dépendance
- En cas de besoin d'aide important à domicile
- En cas d'isolement social
- Si plainte récurrente de solitude
- Si troubles du sommeil

Aucun test de dépistage ne doit être utilisé de façon isolé, aucun n'ayant une spécificité ou une sensibilité de 100 %. Les tests cités sont : GDS 1, 4, 5, 10, 15, 30 items. Les tests ne peuvent prendre la place d'une évaluation clinique globale. L' HAS, en attendant une validation par des études, signale l'intérêt d'utiliser en pratique courante de médecine générale les 2 questions suivantes pour le repérage des sujets à risque de dépression selon un accord professionnel :

« Au cours du dernier mois, avez-vous perdu tout intérêt et plaisir pour la plupart des choses qui vous plaisent habituellement ? Avez-vous perdu votre entrain, ou vous sentez-vous inexplicablement fatigué ? (ou vous sentez-vous déprimé ?)»

L'USPSTF [81] recommande en accord avec les recommandations canadiennes le dépistage en soin primaire de la dépression chez l'adulte et l'adulte plus âgé « lorsque les milieux cliniques disposent de systèmes permettant de poser un diagnostic précis et de fournir un traitement efficace et un suivi ». L'outil de questionnement est également proposé ou un outil choisi par le médecin en fonction de sa pratique. Le rythme du dépistage n'est pas défini dans les différents guidelines. Une évaluation régulière semble plus efficace (Grade B).

- **Outils utilisables en médecine générale : Annexe N° 7**

- ▶ **Critères CIM 10**

- ▶ **Critères DSM IV**

- ▶ **Geriatric Depression Scale ou GDS :**

La GDS de Yesavage [82] [83] est un outil de référence pour évaluer la dépression chez le sujet âgé. Elle a été traduite en Français [84] de l'anglais avec quelques réajustements et est utilisée dans plusieurs pays du monde. Son utilisation n'est pas validée chez les sujets âgés présentant des troubles cognitifs. Elles n'évaluent pas le risque suicidaire.

GDS 30 items et 15 items:

Ces deux versions sont validées par plusieurs études [83]. Dans une méta-analyse de 2006 de Wancata et Col. on retrouve une sensibilité moyenne de 0,753 et une spécificité moyenne de 0,770 pour la GDS 30 et pour la GDS 15 respectivement 0,805 et 0,750. Dans des études comparatives la GDS 15 semblait significativement plus spécifique mais moins sensible que la GDS 30.

GDS 4 items :

Pour cette « mini » échelle de dépression en 4 items, la sensibilité est de 69 % et la spécificité de 80 % par rapport au diagnostic de référence. C'est une échelle rapide. Elle a pour but de repérer les patients à risque de dépression. Elle est moins sensible pour des états dépressifs mineurs et convient mieux aux états dépressifs majeurs. Son principal biais est d'être peu discriminant en cas de troubles mnésiques.

GDS version question unique :

La version unique a montré des doutes quant à sa validité et ses performances, développée par Mahoney et coll. [85] la question : « Vous sentez-vous triste ou déprimé ? » montre une validité comparable à la GDS longue avec une sensibilité de 0,69 et une spécificité de 0,90 ; 85,4% des sujets étaient ainsi correctement diagnostiqués.

► **Promotion et évaluation du réseau social :**

L'intégration sociale influence positivement l'état de santé (réduction de l'incidence de pathologies telles que la dépression et la démence en particulier). Si ses mécanismes d'action restent encore mal connus, la présence d'un conjoint, d'amis ou de parents incite sans doute à une meilleure hygiène de vie et protège de la dépression.

2.3.9 Evaluation de la douleur :

La prévalence de la douleur augmente avec l'âge. Elle est très forte chez les sujets âgés à domicile, selon les études les chiffres varient entre 30 % et 80%. Certaines étiologies prédominent chez le sujet âgé : pathologie cardio-vasculaire, cérébro-vasculaire, cancer et arthrose. La douleur chez le sujet âgé fait encore l'objet de nombreux préjugés, conduisant à une insuffisance d'évaluation et de traitement. Elle est le premier motif de consultation en cabinet médical. Evaluer et traiter la douleur c'est réduire les troubles du comportement, les angoisses, les troubles du sommeil, les épisodes confusionnels et donc un gain d'autonomie.

• **Recommandations :**

L'évaluation systématique de la douleur chez la personne âgée est une recommandation officielle de l'HAS et des sociétés savantes [86] [87]. La première étape pour repérer la douleur est de l'interroger et ceci quelque soit l'âge du patient. Chez le sujet âgé communiquant les échelles d'auto-évaluation sont les plus adaptées comme l'échelle numérique (EN) et l'échelle verbale simple (EVS). La proximité et l'écoute des aidants naturels est essentielle. Devant les difficultés de l'auto évaluation chez le sujet âgé plusieurs outils d'hétéro évaluation se sont développés, basés sur le repérage de modifications comportementales (DOLOPLUS, ECPA). Comme tout instrument d'autoévaluation les échelles et les questionnaires proposés doivent être remplis par le malade, sans influence du médecin ou de l'entourage. Ils doivent au préalable avoir été expliqués par le médecin. Ils ne doivent pas se substituer à la consultation qui demande du temps, mais être complémentaires.

• **Outils utilisables en médecine générale :**

► **Echelle d'auto-évaluation de l'intensité de la douleur :**

Pour la pratique l'HAS retient 3 échelles : EVA, EN, EVS. Toutes trois ne donnent pas d'information sur la nature de la plainte douloureuse, ne peuvent pas servir à comparer deux patients, aident à identifier le malade nécessitant un traitement de la douleur, n'ont qu'une implication limitée pour la décision thérapeutique et facilitent le suivi du patient.

La présentation d'une échelle au patient doit être faite de manière standardisée, avec suffisamment d'explication et après s'être assuré de la bonne compréhension. La non-compréhension d'un outil ne sous-entend pas obligatoirement la non-compréhension de tous les autres. Il faut donc toujours donner la possibilité au malade d'exprimer sa douleur, en l'interrogeant de façon systématique.

L'échelle visuelle analogique (EVA) :

Elle peut se présenter sous forme papier ou de réglette. Le patient indique le niveau de sa douleur en traçant un trait sur la ligne ou en déplaçant un curseur le long de cette ligne. Sa présentation est validée. C'est une échelle simple et rapide qui demande peu d'explication au patient. Elle peut être répétée sans difficulté. Cet outil est cité comme un des instruments de référence. La sensibilité au changement de l'EVA après traitement est plus grande que celle de l'EVS en 4 points, et donc plus adaptée au suivi. Mais un certain nombre de patients (10-15%) ne peut pas définir l'intensité de leur douleur grâce à cet instrument et on s'aperçoit en pratique que peu de personnes très âgées en comprennent bien le principe trop abstrait. La présentation de la réglette en position verticale, comme un « thermomètre de la douleur », permettrait une meilleure compréhension du principe.

L'échelle Numérique (EN) :

Il existe plusieurs types d'échelles numériques, généralement avec une numérotation de 0 à 10 ou de 0 à 100. Le patient doit attribuer un chiffre à l'intensité de sa douleur, 0 étant l'absence de douleur et 10 ou 100 la douleur maximale imaginable. Ces échelles permettent d'obtenir de façon fiable une mesure de la douleur au moment de la consultation mais également rétrospectivement. Elles peuvent être utiles en cas de difficulté de compréhension de l'EVA.

L'échelle verbale simple (EVS) :

Elle est fondée sur le choix d'un adjectif pour définir l'intensité de la douleur. Un score correspond à chaque adjectif. La mesure se limite à 5 ou 6 niveaux. Elle est plutôt réservée aux personnes ayant des difficultés (faible capacité d'abstraction) à utiliser l'EVA ou l'EN. L'EN ou l'EVS sont beaucoup plus maniables en pratique, mais ne sont pas validées chez le patient âgé.

2.3.10 Evaluation de l'incontinence :

La prévalence de l'incontinence urinaire (IU) est élevée et augmente avec l'âge mais peu de chiffres sont disponibles en France (Entre 10 et 53 % selon la population étudiée et la définition retenue). Il s'agit d'un sujet souvent tabou, à tel point que les patients mettent de 5 à 7 ans avant de consulter après les premiers symptômes. Beaucoup considèrent qu'elle accompagne le vieillissement, les patient(e)s attendent que le médecin aborde le sujet le premier mais la prise en charge diagnostique et thérapeutique est mal connue des médecins généralistes peu formés [89] [90] elle est donc peu dépistée. Le préjugé de l'incontinence comme fatalité de l'âge et le scepticisme quand à l'intérêt de sa prise en charge sont des obstacles à son évaluation. L'IU retentit sur la qualité de vie, elle peut être symptomatique d'autres pathologies et bénéficier d'un traitement spécifique et efficace.

- **Recommandations :**

Rechercher l'incontinence urinaire en médecine générale est justifié et recommandé par l'HAS chez la femme dans certaines situations [91], seules certaines sont adaptées à la pratique gériatrique : consultation en rapport avec la sphère uro-génitale ; toux chronique ; diabète ; constipation ou trouble de la fonction ano-rectale ; certificat de non-contre-indication à la pratique du sport ; atteinte neurologique.

Le diagnostic est un diagnostic d'interrogatoire l'HAS recommande donc l'utilisation de la question : « Vous arrive-t-il d'avoir des pertes ou des fuites d'urine ? ».

D'après F. Haab [89] la démarche diagnostique et de prise en charge de l'IU est une démarche de soin primaire, l'évaluation initiale est essentiellement clinique et doit comporter une évaluation des pathologies à risque : réduction de la mobilité, troubles démentiels, accidents vasculaires cérébraux, diabète, hypertrophie de prostate, constipation, toux chronique, usage de sédatifs et d'hypnotiques et surtout, chez les sujets âgés fragiles, l'immobilisation. Une évaluation des prises médicamenteuses pouvant favoriser la survenue de l'incontinence est pertinente. Un calendrier mictionnel et une appréciation du volume résiduel post mictionnel peuvent compléter cet examen. Parmi les examens complémentaires, seule la recherche d'une infection des urines par bandelette ou examen cyto bactériologique des urines est indispensable en première intention.

- **Outil utilisables en médecine générale :**

- ▶ **Questionnement : « Vous arrive-t-il d'avoir des pertes ou des fuites d'urine ? ».**
- ▶ **Evaluation de l'autonomie fonctionnelle.**

2.4. Outil initial : cf page suivante

Neurosensoriel

Ouïe

Otoscopie :

Appareillage : oui/non

Voix chuchotée à 3 m si doute

Dernière Consultation ORL :

Vue

Consultation ophtalmo datant de moins de 1 an :

Echelle de Parinaud ou Snellen :

Pieds

Examen clinique en fonction des facteurs de risques au moins annuel

Dernière consultation pédicure :

Chute et équilibre

Antécédent de chute dans l'année si oui prise en charge ? :

Test Timed Up and Go: -- s

Thymie

GDS 4

Douleur

EVS ou EVA

Vaccination. Dernière injection

Grippe --/--/---- DTPolio --/--/---- Pneumocoque si FDR --/--/----

2.5. Population de l'étude : « Groupe de lecture »

Le comité d'organisation et le groupe de travail désignaient les membres du groupe de lecture. Aucun membre du groupe de travail ne pouvait y participer. Il réunissait des personnes intéressées par le thème traité et des experts du sujet. Les membres étaient choisis pour leur appartenance au groupe cible des recommandations : des médecins généralistes exerçant en cabinet en Loire Atlantique. L'objectif était d'adapter l'outil au soin primaire. L'hétérogénéité des pratiques professionnelles des médecins était un des principaux critères de choix. L'identification était non aléatoire, leur participation était fondée sur le volontariat. Ils étaient contactés par téléphone pour recueillir d'abord leur accord après avoir exposé le projet et en quoi consistait leur participation.

L'HAS recommande que le groupe de lecture comporte autant de membres qu'il est utile sous réserve que les données puissent être analysées et synthétisées [39]. L'ordre de grandeur raisonnable cité par l'HAS est autour de trente. Nous avons donc déterminé une taille de l'échantillon de vingt participants pour rendre possible et suffisamment pertinente l'analyse des données.

2.6. Questionnaires à 2 et 6 mois : Annexe N° 9 et 10

- **Elaboration du questionnaire :**

Deux questionnaires étaient réalisés pour les besoins de l'étude. Le premier comportait trois parties : profil du médecin, pertinence et faisabilité. Les questions étaient fermées si l'outil interrogé était adapté. Elles étaient semi ouvertes quand les participants jugeaient l'outil inadapté ou émettaient un avis [92]. Le second interrogeait les médecins sur l'intégration de l'outil dans leur pratique à distance de plus de 6 mois de la présentation initiale pour pondérer le caractère déclaratif des données du premier.

- **Variables étudiées :**

Premier questionnaire :

La première partie définissait le profil du médecin généraliste interrogé : âge, sexe, type d'activité (rural, semi rural, citadine, en groupe ou seul), formation complémentaire en gériatrie ou non. Nous interrogeons les pratiques du médecin en demandant s'il avait connaissance du concept d'EGS et s'il réalisait déjà dans sa pratique quotidienne l'évaluation globale de ses patients âgés et si oui avec ou sans échelles standardisées. Nous recensons le nombre de patients testés par le médecin.

Nous leur demandions pour chacun des dix items (Evaluation sociale, de l'ordonnance, nutritionnelle, cognitive, de l'autonomie fonctionnelle, de l'incontinence, neurosensorielle, du risque de chute, thymique et de la douleur) si l'évaluation était justifiée par rapport à leur connaissance et si l'outil proposé était adapté à leur pratique. Si l'outil était inadapté nous demandions pourquoi et si un autre outil leur apparaissait plus adapté. Nous leur demandions : quels items leur étaient indispensables et dans quelles circonstances ils utiliseraient cet outil.

Nous demandions d'évaluer par item puis pour l'évaluation complète le temps nécessaire, puis le nombre le plus pertinent de consultation(s) nécessaire(s). Nous

demandions s'il leur était possible d'intégrer la grille dans leur logiciel et de justifier leur réponse. Nous demandions s'ils comptaient l'utiliser dans leur pratique quotidienne et de justifier leur réponse. S'ils comptaient l'utiliser nous demandions pour quel(s) type(s) de patient(s), à quel rythme et quels éléments conserveraient-ils.

Second questionnaire :

Nous demandions s'ils avaient intégré l'outil dans leur pratique et si oui en totalité ou partiellement, puis quels éléments ils avaient alors conservé. Nous demandions comment l'avaient-ils intégré dans leur pratique quotidienne, le type de patient qu'ils incluaient. Nous demandions les raisons pour lesquelles ils l'avaient conservé ou non. Nous demandions si l'outil avait modifié leur pratique, si leur regard sur la gériatrie avait changé en justifiant leur réponse et si l'utilisation de l'outil leur avait permis de soulever des problématiques qui ne l'auraient pas été sans.

- **Méthode d'intervention :**

Lors du premier rendez vous avec le médecin participant, au cabinet, nous explicitions l'objectif : améliorer et finaliser l'outil grâce à son avis d'expert après l'avoir testé sur le terrain avec un à deux patient(s) de plus de 75 ans appartenant à sa patientèle.

Nous fournissions l'outil et les annexes (CODEX, ADL de Katz, IADL 4 items de Lawton, Timed Up and Go test, GDS 4, EVS, EVA) en format papier en suffisamment d'exemplaires pour 2 évaluations complètes. Nous faisons une lecture commune de la grille et des outils proposés sur 20 minutes pour s'assurer qu'il n'y avait pas de difficultés de compréhension. Les outils étaient explicités de la même façon pour tous avec, si besoin, en fonction de la demande du praticien, des compléments d'informations. Avec les 5 premiers médecins nous avons identifié des erreurs dans les outils. Dès le premier rendez-vous ils étaient corrigés. Nous fixons la date du second rendez-vous 1 mois et demi à 2 mois après pour remplir le questionnaire que nous leur donnions sur informatique pour qu'ils puissent y réfléchir dans l'intervalle s'ils le souhaitaient.

Le second rendez vous consistait à les soumettre au questionnaire en entretien individuel semi dirigé sur une vingtaine de minutes. L'entretien se terminait par une discussion ouverte autour de l'outil pour recueillir les compléments d'informations et les commentaires libres des praticiens.

Le second questionnaire était envoyé 6 mois après le premier rendez vous sous format papier avec une courte lettre pour rappeler le projet aux médecins et une enveloppe pré timbrée.

2.7. Stratégie d'analyse :

Il s'agissait d'une étude descriptive. Les données qualitatives étaient recueillies sur un tableau « Excel ». Nous notions les points forts, les points faibles et les propositions pour chaque outil que nous pondérions selon leur répétition. Nous notions les obstacles à l'évaluation globale et de chaque item.

Les points négatifs et les propositions étaient ainsi identifiés comme les questions à résoudre pour finaliser l'outil. Au besoin nous complétions l'argumentaire avec une seconde phase de recherche bibliographique.

2.8. Groupe qualité du Pays de Retz :

Après avoir intégré 17 médecins dans le protocole initial, 4 médecins n'ont pas donné suite par manque de temps et de motivation et nous ne sommes pas parvenus à recruter d'autres médecins. Le Dr Yves Lequeux a proposé la participation d'un « groupe qualité » réunissant une dizaine de médecins généralistes du Pays de Retz. Nous avons jugé la démarche pertinente et complémentaire. La dynamique du groupe permet, en effet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs et son vécu. La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées. L'expression sans tabou de certains peut lever les inhibitions des autres. L'expérience commune partagée peut entraîner des solidarités. Le collectif peut donner plus de poids aux critiques que dans des entretiens individuels.

Une réunion sur un « thème libre » devait avoir lieu le 29 mars 2010 ce même sujet leur a donc été proposé avec une méthodologie adaptées au délai et à un entretien collectif. Un questionnaire simplifié, la grille et les annexes ont été envoyés par la poste 1 mois avant leur réunion pour qu'ils la testent sur 1 patient de plus de 75 ans.

Nous récupérons les questionnaires le jour de la réunion. La réunion se déroulait sur le site de l'Hôpital local de Pornic dans la salle habituellement utilisée par le groupe. Pour chacun des items, la pertinence et la faisabilité étaient débattus en faisant un tour de table. Le facilitateur était Y Lequeux comme prévu dans leur organisation. Le Dr Yvain Fabienne et moi-même étions présentes en tant qu'observateur.

Nous avons analysé l'entretien collectif comme un « focus group » [93]. La première étape a été une phase de collecte. Il s'est agit de retranscrire ce qui a été dit immédiatement après la séance (Annexe N°11). Les commentaires des modérateurs ont été identifiés. Les paroles de chaque intervenant, retranscrites. La seconde étape a été une phase d'analyse. L'analyse dite de « la table longue » a été utilisée. Le principe consiste à analyser les transcriptions de paroles des participants (verbatim) qui sont découpées, classées, comparées et confrontées dans un tableau en unité de signification. Tous ces « verbatims » sont étiquetés en fonction de l'idée qui peut les résumer (« occurrence »). Les occurrences peuvent être regroupées en grand thème (« dimension »). Cette phase de codage a permis d'éliminer les « hors sujet », et de pondérer les résultats en notant leur fréquence s'il y a eu répétition de certains thèmes ou de souligner le non-verbal et l'émotionnel qui y a été associé. Nous avons ainsi, de la même façon que dans le groupe de lecture initial, identifié des points forts, des points faibles, des pistes d'améliorations et des obstacles à l'évaluation globale et de chaque item.

Partie 3

RESULTATS

Partie 3 : Résultats

3.1. Caractéristiques des populations étudiées :

Population I :

Nous avons proposé et présenté l'outil à 15 médecins. 2 médecins après 2 mois n'avaient pas testé l'outil et n'ont donc pas poursuivi l'étude. 13 médecins généralistes ont testé l'outil et répondu au questionnaire en entretien individuel semi dirigé entre les mois de septembre 2009 et février 2010.

Les caractéristiques démographiques de cette population ont été les suivantes :

- Moyenne d'âge 46 ans.
- 4 femmes pour 9 hommes.
- 5 avaient une formation complémentaire en gériatrie (un médecin avait une capacité de gériatrie et était coordonnateur en EPHAD, un avait eu un poste d'assistant dans un service de gériatrie, un organisait des séminaires sur l'évaluation des sujets âgés en EHPAD pour les médecins coordonnateurs, 2 avaient une vacation sur un hôpital local orienté sur des soins gériatriques). Un médecin avait une vacation d'une demi journée par semaine dans un laboratoire pour des études cliniques et le DES d'urgence.
- Les 13 médecins exerçaient dans un cabinet de groupe.
- 4 exerçaient en ville et 9 en rural ou semi rural.

Population II :

Le groupe a réuni 10 médecins généralistes du Pays de Retz le 29/03/2010. Les caractéristiques démographiques de cette population ont été les suivantes :

- Moyenne d'âge 51 ans
- 8 hommes pour 2 femmes
- 3 médecins avaient une activité au centre hospitalier local à orientation gériatrique, 2 médecins avaient travaillé sur la mise en place d'un réseau gériatrique dans la région.
- 3 médecins exerçaient seul et 7 en groupe.
- Les 10 médecins exerçaient en rural ou semi rural

3.2. L'évaluation des sujets âgés dans la pratique des médecins interrogés :

Parmi les 13 médecins de la *population I* : 11 ont déclaré connaître la notion d'EGS avant la présentation du projet, leur moyenne d'âge était alors de 46,3 ans, ils étaient 3 sur 11 à exercer en semi rural, 4 avaient une formation complémentaire en gériatrie. Une femme médecin exerçant en zone semi rurale non dotée de CLIC et formatrice pour une structure de FMC (Formation Médicale Continue) de médecins généralistes (notamment sur le sujet de l'évaluation gérontologique) avait déjà intégré les mêmes outils dans son logiciel et créé un dossier nommé « bilan gérontologique ».

Parmi les 10 médecins de la *population II* : 5 connaissaient la notion d'EGS avant la présentation du projet, leur moyenne d'âge était alors de 42 ans, 2 des 3 qui exerçaient seul connaissaient l'EGS.

Figure 1 : Pratique de l'évaluation globale des sujets âgés dans leur exercice

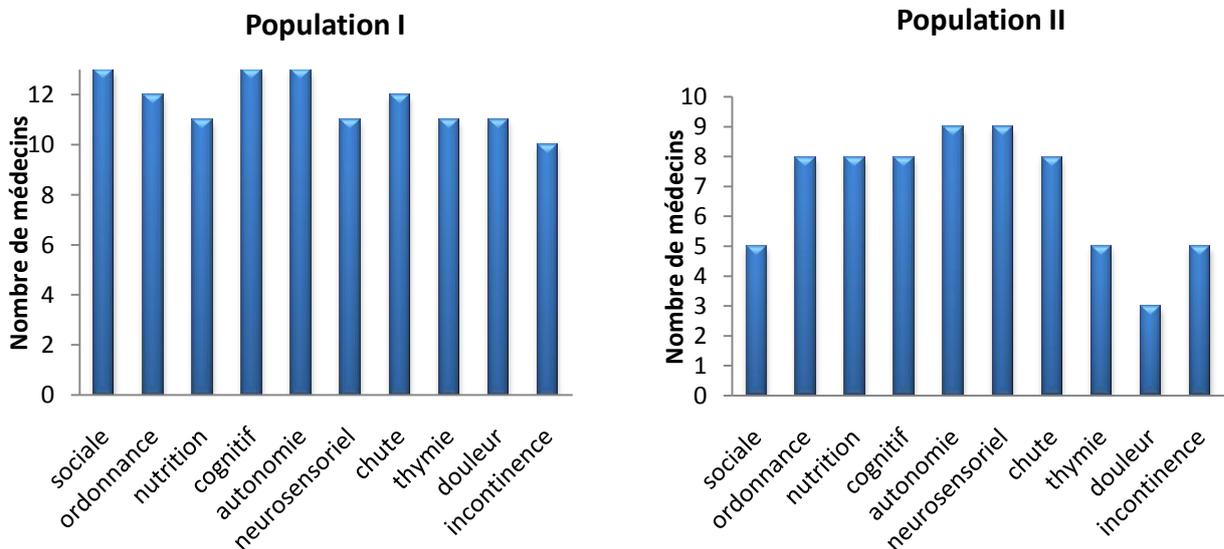


Population I : Total 13 médecins

Population II : Total 10 médecins

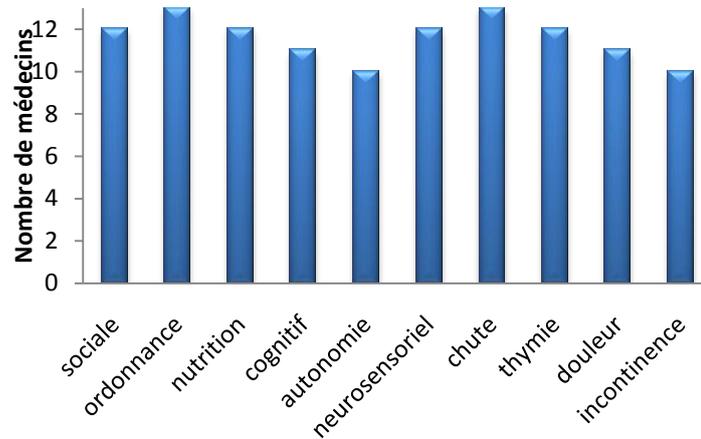
Sur les 11 médecins de la *population I* ayant connaissance de l'EGS, 2 déclaraient ne pas réaliser d'évaluation globale dans leur pratique et sur les 5 de la *population II* ils étaient 2. Sur les 2 médecins de la *population I* n'ayant pas connaissance de l'EGS, 1 déclarait utiliser des échelles standardisées pour l'évaluation globale de ses patients âgés et sur les 3 médecins de la *population II*, ils étaient 2.

Figure 2 : Items considérés comme indispensables



Sur les 13 médecins de la *population I*, 9 ont déclaré que tous les items étaient indispensables à leur pratique. Dans la *population II*, sur 10 médecins interrogés ils étaient 2. 2 médecins de la *population I* ont précisé que les informations administratives et l'évaluation de l'ordonnance étaient indispensables à leur pratique mais qu'elles étaient déjà présentes dans leur logiciel médical.

Figure 3 : Items justifiés par rapport aux connaissances de la population I

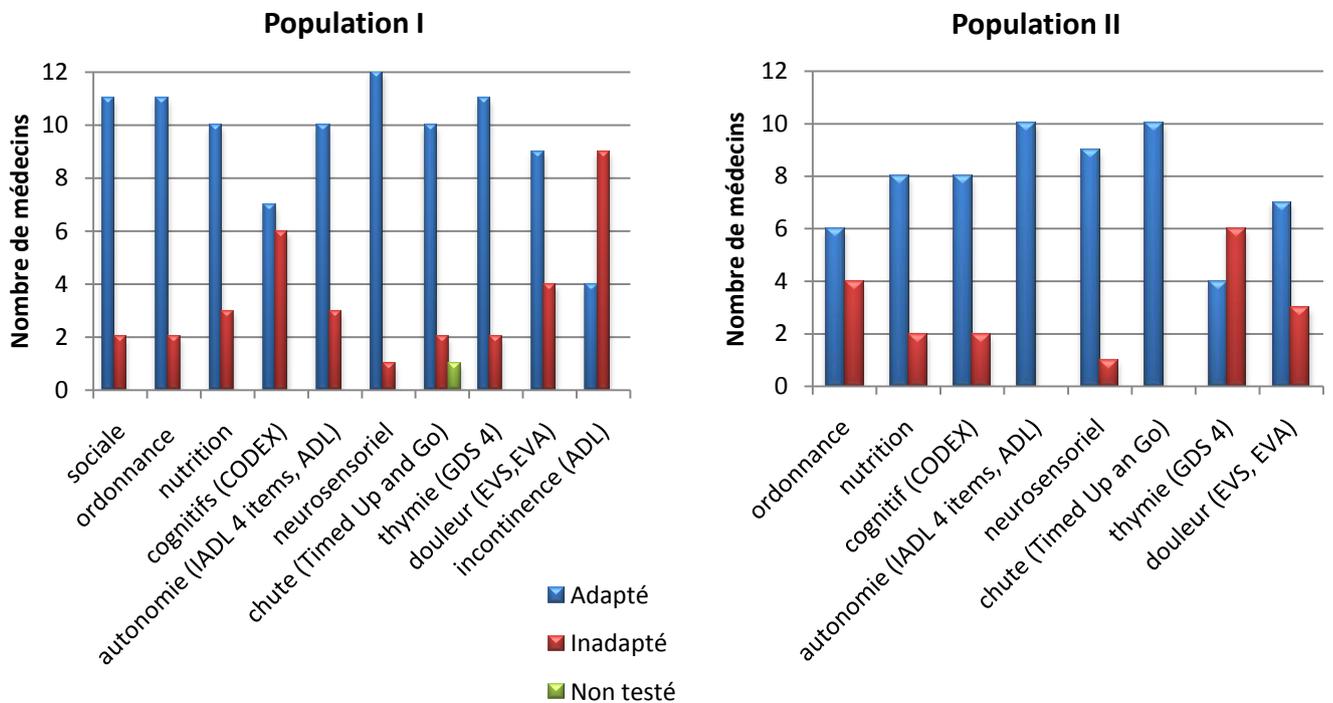


Cette question permettait de comparer les connaissances théoriques à leur pertinence sur le terrain aux yeux des médecins généralistes.

3.3. Analyse des avis sur les outils proposés :

Dans la *population I* : 21 patients ont été testés ce qui fait une moyenne de 1,6 patients par médecin. Dans la *population II* les 10 médecins ont testé 1 patient chacun. Au total l'outil a été testé sur 31 patients.

Figure 4 : Nombre de médecins jugeant adapté ou inadapté l'outil proposé pour chaque item



3.3.1 Outils d'évaluation de l'environnement social :

— Idée développée dans la population I

— *Idée développée dans la population II*

— **Idée développée dans les populations I et II**

() Nombre de médecins de la *population I* à avoir cité l'idée

() *Nombre de médecins de la population II à avoir cité l'idée*

Outil	Points forts	Points faibles	Pistes proposées par les médecins
Evaluation environnement social	<p><i>Pertinence de tous les éléments, tous font partie des compétences et des besoins du médecin généraliste dans la prise en charge des sujets âgés (1).</i></p> <p><i>Une procédure systématique constitue une aide à l'amélioration des pratiques (2).</i></p>	<p>Redondant avec la pratique quotidienne (7) (3).</p> <p><i>Chronophage (1).</i></p> <p><i>La pratique de la médecine générale est intuitive, ces procédures standardisées et systématiques sont inadaptées (1).</i></p> <p><i>L'outil ne répond pas à l'évolution continue des données recueillies(2).</i></p>	<p>Renseigner le réseau social du patient (entourage familial et statut marital) (3).</p> <p><i>Spécifier si isolement social (2).</i></p> <p><i>Le seul objectif à conserver est l'évaluation médicale de la personne âgée (1).</i></p>
N° Tel CLIC		<i>Inutile (2).</i>	<i>Supprimer cet item (2).</i>
Personne de confiance et N° Tel	<p>Améliore la connaissance du réseau social du patient (3).</p> <p>Les coordonnées de tous les intervenants auprès de la personne âgée sont fondamentales pour la pratique (1).</p>	<p>Déjà connu du « médecin de famille » (1).</p> <p>Notion plutôt hospitalière (1).</p> <p>Inutile (2).</p>	<p>Ramener le nombre de coordonnées à une seule (personne de confiance ou aidant principal) (4) (3).</p> <p>Ajouter la téléalarme et les aides techniques au domicile (2) (1).</p>
Aidant principal et N° Tel Aides à domicile et N° Tel Portage des repas Aides ménagère Aide à la prise des médicaments Aide à la toilette	<p><i>La connaissance de l'aidant principal est fondamentale pour pouvoir déléguer en tant que médecin traitant (1).</i></p> <p><i>Procédure simple et rapide (1).</i></p>	<p><i>Avec le « parcours de soins » les aides sont connues du médecin traitant (3).</i></p> <p><i>Dès le début un obstacle à l'évaluation nait du fait de la difficulté d'accès à ces informations (données inconnues des médecins généralistes) (6).</i></p> <p><i>Données concernant des personnes déjà en perte d'autonomie (3).</i></p>	<p>Ajouter les dates de décès des proches (1).</p>
APA	<i>Pertinent (2).</i>	<i>Inutile (2).</i>	

Outil	Points forts	Points faibles	Pistes proposées par les médecins
Correspondants médicaux	<i>Pertinent (2).</i> <i>Correspondants hospitaliers non connu (1).</i>	Redondant avec la pratique quotidienne (2) (3). Inutile (2) (5).	
Lieu de vie/ Habitat	Les visites au domicile sont moins fréquentes et le lieu de vie des patients de moins connu. L'item est donc pertinent (2) (2).	<i>Redondant avec la pratique (1).</i>	Ajouter la présence d'étage au domicile (1). Ajouter les possibilités d'adaptations du domicile (1). Ajouter l'état du jardin (1).

3.3.2 Outils d'évaluation de l'ordonnance :

— Idée développée dans la population I

— *Idée développée dans la population II*

— **Idée développée dans les populations I et II**

() Nombre de médecins de la *population I* à avoir cité l'idée

() *Nombre de médecins de la population II à avoir cité l'idée*

Outil	Points forts	Points faibles	Pistes proposées par les médecins
Evaluation de l'ordonnance	<i>Pertinent et bonne faisabilité (2).</i>	Redondant avec la pratique (10).	
Antécédents		Redondant avec la pratique (10).	Préciser uniquement les antécédents « pertinents pour la prise en charge » (1).
TA et Hypotension orthostatique (HTO)	<i>L'HTO est asymptomatique et souvent omise en médecine générale (2).</i> <i>Pertinent en présence de psychotropes dans l'ordonnance (1).</i>	L'HTO est trop variable pour être facilement interprétable (1). <i>Méconnaissance de la procédure pour mesurer l'HTO (2).</i>	L'HTO est symptomatique donc à rechercher seulement si chute ou sur point d'appel (1) (2). A préciser seulement si elle est positive (1).
Ordonnance complète		Redondant avec les logiciels médicaux plus pertinents (2) (4). <i>Ordonnance évolutive dans le temps (1).</i>	Ne conserver que l'ordonnance du dossier (1) (2). Réévaluation hospitalière(1). <i>Uniquement les traitements au long cour (1).</i>

Outil	Points forts	Points faibles	Pistes proposées par les médecins
Réévaluer si plus de 4 médicaments	<i>Pertinent (4).</i>	Formule culpabilisante (1).	
Toxiques	Pertinent car souvent méconnus (1).	<i>Déjà connu (1).</i>	
Automédication	Pertinent (1).	<i>Méconnaissance et difficulté d'accès à l'information (2).</i>	Les placards du domicile sont de bons indicateurs de l'automédication et de l'observance (1). <i>Ajouter observance (2).</i>
Psychotropes	<i>Pertinent (2).</i>		
Collyres	Pertinent car ils ne reçoivent pas de compte rendu des ophtalmologistes (4) (7).		
Allergies et Intolérance		<i>Redondant avec les logiciels médicaux (1).</i>	

3.3.3 Outils d'évaluation de l'état nutritionnel :

— Idée développée dans la population I

— *Idée développée dans la population II*

— **Idée développée dans les populations I et II**

() Nombre de médecins de la *population I* à avoir cité l'idée

() *Nombre de médecins de la population II à avoir cité l'idée*

Outils	Points forts	Points faibles	Pistes proposées par les médecins
Poids		Difficultés pour recueillir le poids au domicile (selon l'implication des familles, disponibilité d'une balance adaptée) (5) (2).	Intérêt de la cinétique du poids (3) (3). Utilisation de l'albuminémie en l'absence de taille et /ou de poids (1). Ajouter un item sur la supplémentation en Vitamine D (1).
Taille	Taille fondamentale (dépistage ostéoporose) (1) (2).	Difficilement accessible au domicile (10).	
IMC			<i>Préciser un IMC seuil (1).</i>

Outils	Points forts	Points faibles	Pistes proposées par les médecins
Etat buccodentaire	Pertinent (1) (3).	Aucun intérêt (1).	<i>Préciser le mode d'alimentation (mixé, risque de fausse route ?) (1).</i>
Régimes restrictifs		Pas d'intérêt (1).	<i>Intérêt d'un alinéa pour préciser qu'ils peuvent manger ce qu'ils veulent (1).</i>

3.3.4 Outils d'évaluation cognitive :

Dans la *population I* :

Un médecin a posé la question de l'intérêt du dépistage systématique des troubles cognitifs chez tous les sujets âgés car il doute de l'efficacité des traitements. Il a précisé qu'en prévention la règle était de dépister quelque chose sur lequel on a une thérapie efficace.

Un autre médecin a précisé que le regard des gériatres sur l'insuffisance de dépistage des troubles cognitifs par les médecins généralistes n'était pas toujours adapté. Il a déclaré que la question : «Quand dépister la perte d'autonomie chez les sujets âgés ?» était une question permanente dans sa pratique. Il a déclaré avoir un doute sur le moment où il devenait intrusif dans la vie de patients non demandeurs, avec l'impact social et psychologique (dépression) d'un tel diagnostic sur les familles et les patients, et les difficultés supplémentaires du déni de certains aidants.

Un médecin a déclaré utiliser une consultation spécialisée (gériatrie ou neurologie) car il existe un bénéfice pour sa pratique à l'intervention d'un tiers dans cette prise en charge.

Dans la *population II* le manque de formation des médecins dans ce type d'évaluation et de pathologie a été pointé par un médecin qui a précisé que dans l'évaluation des troubles cognitifs « [...] c'est souvent le médecin qui n'est pas à l'aise en consultation [...] ».

- Idée développée dans la population I
- *Idée développée dans la population II*
- **Idée développée dans les populations I et II**
- () Nombre de médecins de la *population I* à avoir cité l'idée
- () *Nombre de médecins de la population II à avoir cité l'idée*

Outil	Points forts	Points faibles	Pistes proposées par les médecins
CODEX	<p>Bonne faisabilité, simple et rapide à intégrer dans la pratique quotidienne (2) (8).</p> <p>Réponse simple à une plainte mnésique en consultation (1).</p> <p><i>Pertinence du test de l'horloge</i> (3).</p> <p><i>Simplicité de la cotation du test de l'horloge dans le CODEX</i> (1).</p>	<p>Difficulté de compréhension des consignes de passation par les patients (3) (2).</p> <p>Difficultés d'interprétation et de cotation du test de l'horloge (8).</p> <p>Les questions d'orientation sont inadaptées au contexte rural (2).</p> <p>Manque de temps dans un exercice de consultation toutes les 15 mn (1).</p> <p>Difficulté d'appréhension et de maîtrise (1).</p>	<p>Seulement en cas de plainte mnésique du patient ou de l'entourage (5).</p> <p>Seulement en cas de « fausses allégeances » ou de doute sur l'observance (1).</p> <p>Plutôt l'IADL en première intention (1).</p>

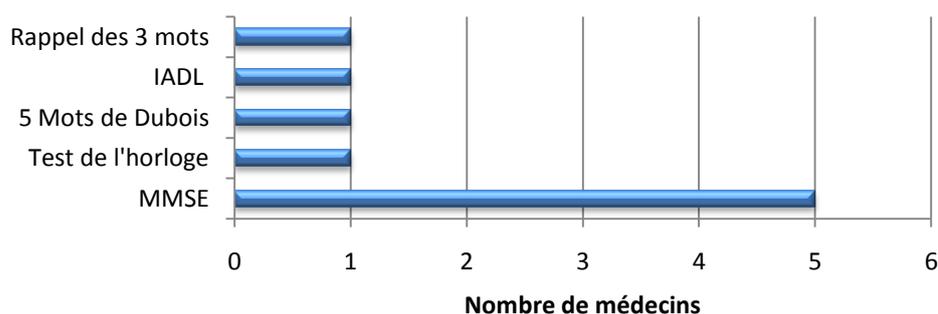
Dans la *population I* :

7 médecins ont déclaré le CODEX adapté à leur pratique, parmi eux 2 ont cités des outils plus adaptés à leur pratique : un a préféré le MMSE pour sa validité dans les recommandations, l'autre a cité l'IADL.

6 ont déclaré le CODEX inadapté, parmi eux un médecin n'a pas cité d'autre outil car il a déclaré se tourner vers les structures spécialisées en cas de plainte par manque de temps dans sa consultation. Un médecin combine le rappel des 3 mots et le test des 5 mots de Dubois et un le MMSE et le test de l'horloge.

Un médecin a précisé que le CODEX était moins adapté à sa pratique parce qu'il ne maîtrisait pas son arborescence et qu'il était plus à l'aise avec le MMSE.

Figure 5 : Outils cités comme plus adaptés que le CODEX pour l'évaluation cognitive en soin primaire dans la population I



3.3.5 Outils d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle :

Dans la *population II*, certains médecins ont déclaré que ce type d'évaluation sortait du purement médical et ne faisait pas partie des compétences du médecin généraliste. Deux médecins ont proposé d'introduire un tiers pour cette évaluation avec lesquels le médecin pourrait travailler ensuite sur les résultats. Un médecin a déclaré que le problème de la médecine générale et du travail en ambulatoire était le manque de temps et de pratique de la coordination interdisciplinaire pour analyser les résultats et mettre en place des plans d'action, contrairement à l'exercice hospitalier.

— Idée développée dans la population I

— *Idée développée dans la population II*

— **Idée développée dans les populations I et II**

() Nombre de médecins de la *population I* à avoir cité l'idée

() *Nombre de médecins de la population II à avoir cité l'idée*

Outils	Points forts	Points faibles	Pistes proposées par les médecins
IADL 4 items de Lawton	<p>Simple et rapide (1) (3).</p> <p><i>Pertinent pour le dépistage de la fragilité, du risque de perte d'autonomie et pour la prescription (3).</i></p>	<p>Peu performant chez un sujet âgé fragile (1).</p> <p><i>Nécessite un tiers pour être pertinente (2).</i></p> <p><i>Chronophage (1).</i></p> <p><i>La question sur les transports est inadaptée à une pratique rurale (1).</i></p> <p><i>Demande du temps pour maîtriser la passation (1).</i></p>	<p>Seulement sur motif, pas systématique (1).</p> <p><i>Supprimer les scores non pertinents pour la prise en charge (1).</i></p> <p><i>Procédure en deux étapes si l'IADL est pathologique passer à une évaluation plus approfondie (1).</i></p>
ADL de Katz	<p>Simple (1) (3).</p>	<p>Trop longue (1).</p> <p><i>Redondant avec leur pratique et la partie sociale (1).</i></p> <p><i>Nécessite un tiers pour être pertinente (2).</i></p> <p><i>Demande du temps pour maîtriser la passation (1).</i></p>	

La pertinence de ces échelles a été comparée spontanément avec la grille AGGIR dans les deux populations et aucune autre échelle n'a été proposée. Parmi les 3 médecins de la *population I* qui ont déclaré l'ADL et l'IADL 4 items comme inadaptées à leur pratique, tous ont cité la grille AGGIR comme plus adaptée. 7 médecins de cette même population ont précisé que l'AGGIR permettait d'avoir un « langage commun » et 5 que l'AGGIR restait indispensable aux demandes d'APA et d'entrée en institution.

Dans chacune des deux populations un médecin a déclaré ces échelles inadaptées car redondantes avec la grille AGGIR.

Dans la *population II*, Ils ont tous déclaré ces échelles comme adaptée à leur pratique. A 6 reprises les « verbatims » ont exprimé que ces échelles étaient plus pertinentes pour leur pratique que la grille AGGIR, et deux médecins ont déclaré que la grille AGGIR n'avait d'intérêt que dans le financement des aides.

3.3.6. Outils d'évaluation du risque de chute et des troubles de l'équilibre :

— Idée développée dans la population I

— *Idée développée dans la population II*

() Nombre de médecins de la *population I* à avoir cité l'idée

() *Nombre de médecins de la population II à avoir cité l'idée*

Outils	Points forts	Points faibles	Pistes proposées par les médecins
Antécédent de chute dans l'année		Réponse pas toujours fiable (1).	En cas de réponse positive revoir alors l'ordonnance, l'état nutritionnel, rechercher une HTO et demander le temps passé au sol (1).
Timed Up and Go test	<i>Outil connu et utilisé (2).</i> <i>Utilisé en prévention secondaire des chutes (1).</i> <i>Bonne faisabilité (6).</i>	Long et peu pertinent en cas de troubles de la marche (1). Difficile à intégrer dans la consultation en pratique courante (1). Difficultés liées au patient (1). <i>Non connu (1).</i> <i>Chronophage (1).</i> <i>Difficilement adaptable à domicile à cause de la distance (1).</i>	

Dans la *population I*, les 2 médecins qui ont déclaré comme inadapté le « Timed Up an Go test » ont déclaré préférer l'appui unipodal. Trois médecins qui ont déclaré le « Timed Up an Go test » adapté ont précisé qu'ils préféreraient l'appui unipodal car, pour un il permettait de leur montrer les exercices comme la « tortue » peu fait, d'après le médecin par les kinésithérapeutes et pour deux qu'il était plus simple. Trois des médecins ayant plébiscité le test « Timed Up and Go » ont précisé qu'ils analysaient déjà de façon intuitive la marche en consultation sans test standardisé, pour un de façon systématique au moins une fois par an.

Dans la *population II*, tous les médecins ont déclaré le test proposé adapté et n'ont pas proposé d'autres outils.

3.3.7 Outils d'évaluation neurosensorielle :

— Idée développée dans la population I

— *Idée développée dans la population II*

— **Idée développée dans les populations I et II**

() Nombre de médecins de la *population I* à avoir cité l'idée

() *Nombre de médecins de la population II à avoir cité l'idée*

Outils	Points forts	Points faibles	Pistes proposées par les médecins
OUIE			
Otoscopie		<i>Redondant (1).</i>	
Appareillage		<i>Tous ne sont pas appareillable (1).</i>	
Voix chuchotée	Tout à fait adapté à la pratique quotidienne (1).		Plutôt un test subjectif en situation de consultation : Si besoin de hausser la voix c'est suspect (1).
VUE			
Dernière consultation ophtalmo	A pu débiter un suivi ophtalmo en posant la question et s'apercevant qu'il n'y en avait pas (1).	Difficultés à avoir les comptes rendu des ophtalmologistes (5) (2). <i>Ils ont tous un suivi donc peu contributif (1).</i>	Si la dernière consultation est présente ou connue on ne va pas au-delà dans l'évaluation et sinon on utilise des échelles comme celle de Monnoyer (1).
Echelle Parinaud ou Snellen			Plutôt échelle de Monnoyer (2).
PIEDS			
Examen clinique	<i>On ne déshabille pas assez les gens (1).</i>	<i>Pédicure pas toujours pertinent parfois délétère (1).</i>	<i>Uniquement si facteur de risque (1).</i>

Dans la *population II* les médecins ont précisé qu'ils n'avaient pas d'outil en pratique quotidienne pour quantifier ces déficits et peu de connaissance et de formation pour leur prise en charge. Cette évaluation restait très intuitive et absolument pas systématique ni standardisée et donc peu faite en pratique courante. Ces évaluations se faisaient essentiellement en prévention secondaire notamment des chutes ou de façon informelle. Le caractère parfois intrusif d'une telle évaluation en l'absence de plainte a été remarqué et fait obstacle à l'évaluation systématique de ces déficits potentiels et à leur prise en charge notamment de par le coût induit de certains appareillages.

3.3.8 Outils d'évaluation thymique :

— Idée développée dans la population I

— *Idée développée dans la population II*

— **Idée développée dans les populations I et II**

() Nombre de médecins de la *population I* à avoir cité l'idée

() *Nombre de médecins de la population II à avoir cité l'idée*

Outils	Points forts	Points faibles	Pistes proposées par les médecins
GDS 4	<p>L'échelle la plus adaptée à une pratique de médecine générale (2).</p> <p>Les personnes âgées sont plus dépressives que démentes et dans ce cadre le test, simple de passation, bien accepté par le patient est moins « traumatique » que le MMSE (1).</p> <p>Intérêt en cas de doute diagnostic entre un trouble cognitif et une anxiété (1).</p> <p>Bon outil de dépistage car interroge la part sociale et s'inscrit dans le temps (1).</p> <p><i>Simple (1).</i></p>	<p>Doute sur la spécificité (trop de faux positifs) (1) (4).</p> <p>Subjective et peu intéressante, peu utilisable en pratique (1).</p> <p>Revoir la formulation de la 4^e question mal comprise par les patients et difficultés d'interprétation des résultats en cas de troubles cognitifs (1).</p> <p><i>Mauvaise acceptabilité des patients (1).</i></p>	<p>Si la GDS est positive poursuivre par la grille de Hamilton pour affirmer le diagnostic et débiter un traitement (2).</p>

Dans la *population I* un médecin a précisé qu'il y avait peu d'apport de cet item à sa pratique car il connaissait ses patients et donc les réponses. Deux médecins ont remis en cause l'intérêt de traiter le syndrome dépressif, un médecin a dit «[...] C'est un peu une fatalité le syndrome dépressif chez le sujet âgé, on en rajoute une couche en lui demandant si ça va pour se plaindre au médecin généraliste [...] » ; un autre a précisé qu'après retour d'expérience, il constatait peu d'efficacité des traitements antidépresseurs d'épreuve après 6 mois et même prolongé au delà, ce qui lui apportait peu d'aide dans sa pratique où il était plus souvent confronté à des syndromes anxieux où il ne préférait pas donner d'anxiolytiques et plutôt que de dépister il préférait prévenir et lutter contre l'isolement, favoriser les groupes relationnels. Il a conclu que pour sa pratique l'échelle proposée était inadaptée. Un médecin a précisé que la dépression était peu prise en charge chez la personne âgée surtout en soin primaire et que ce n'était pas une fatalité avec l'âge. Les deux médecins de la *population I* qui ont déclaré la GDS 4 inadaptée étaient deux médecins ayant une compétence gériatrique ; ils ont remis en cause l'intérêt du dépistage de la dépression en médecine générale.

Un médecin de la *population II* a proposé le GDS 1 comme outil plus adapté.

3.3.9 Outils d'évaluation de la douleur :

- Idée développée dans la population I
- *Idée développée dans la population II*
- **Idée développée dans les populations I et II**
- () Nombre de médecins de la *population I* à avoir cité l'idée
- () *Nombre de médecins de la population II à avoir cité l'idée*

Outils	Points forts	Points faibles	Pistes proposées par les médecins
EVA ou EN	<p>EVA (5) (1).</p> <p><i>EVS</i> (1).</p>	<p>Evaluation subjective. Un outil reproductible mais des résultats non comparables entre les patients (3) (1).</p> <p>Plutôt adapté pour le suivi de l'efficacité d'un traitement antalgique (2).</p> <p>Peu évalué en soin primaire, plus en hospitalier (1).</p> <p>Pas adapté à 100 % à la pratique mais plutôt à l'urgence (1).</p> <p>Pas de sens en cas de troubles cognitifs ou thymiques (1).</p>	<p>Préférer une évaluation intuitive non quantifiée (3) (1).</p> <p>Rechercher la présence d'AINS ou de palier 2 dans l'ordonnance ou en automédication (1).</p> <p><i>Evaluation en deux étapes : d'abord un questionnaire sans évaluation quantitative puis l'EVA pour le suivi si on débute une thérapeutique</i> (1).</p>

Dans la *population I* un médecin a précisé le risque d'escalade thérapeutique en cas d'expression somatique d'une souffrance psychique. Un médecin a précisé qu'en présence de douleur le médecin avait un « [...] problème majeur [...] » car il était confronté à des difficultés et parfois à l'échec thérapeutique et à l'impossibilité de tout soulager.

Dans la *population II* évaluation thymique et évaluation de la douleur ont été identifiées comme étroitement liées ; le groupe a précisé que la douleur pouvait être l'expression d'une souffrance psychique et que l'interprétation de l'une comme de l'autre demandait une évaluation respective.

3.3.10 Evaluation de l'incontinence :

Dans la *population I* un médecin a déclaré que l'incontinence nécessitait une prise en charge particulière et qu'il était donc plus adapté de l'intégrer dans une consultation spécifique. La *population II* n'a pas été interrogée sur l'incontinence car l'échelle ADL a été de suite considérée comme inadaptée à la prévention primaire.

— Idées développée dans la population I

() Nombre de médecin de la *population I* à avoir cité l'idée

Outil	Points forts	Points faibles	Pistes proposées par les médecins
ADL		l'ADL ne doit pas être systématique (1).	Préférer une question simple "est ce qu'il y a des fuites urinaires ?" (4) Plutôt une méthode plus subjective (odorat) (1).

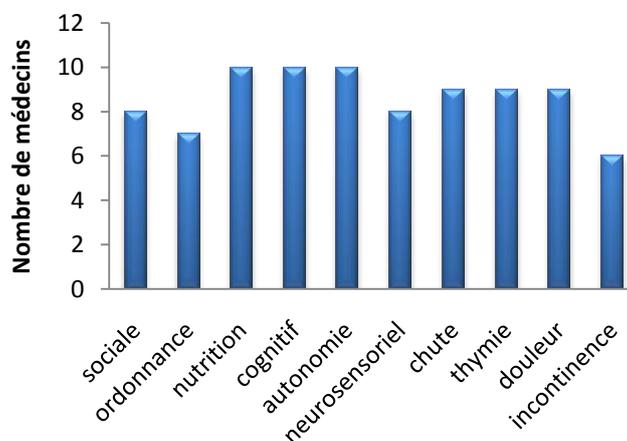
3.4. Intégration de l'outil dans leur pratique à 2 mois :

3.4.1 Intégration de l'outil à leur pratique après la première utilisation :

Parmi les 13 médecins de la *population I*, 10 ont déclaré qu'ils utiliseraient cette grille en pratique quotidienne.

Parmi les 10 médecins de la *population II*, 6 médecins ont déclaré qu'ils allaient l'utiliser dans leur pratique et 2 médecins ont précisé qu'ils allaient utiliser une partie seulement par manque de temps, 4 ont déclaré qu'ils ne l'utiliseront pas.

Figure 6 : Items conservés à 2 mois dans la population I



Les motifs pour lesquels les médecins de la *population I* conserveront ou non l'outil dans leur pratique ont été répertorié dans les *Figures 7 et 8*.

Figure 7 : Raisons évoquées motivant l'utilisation de l'outil

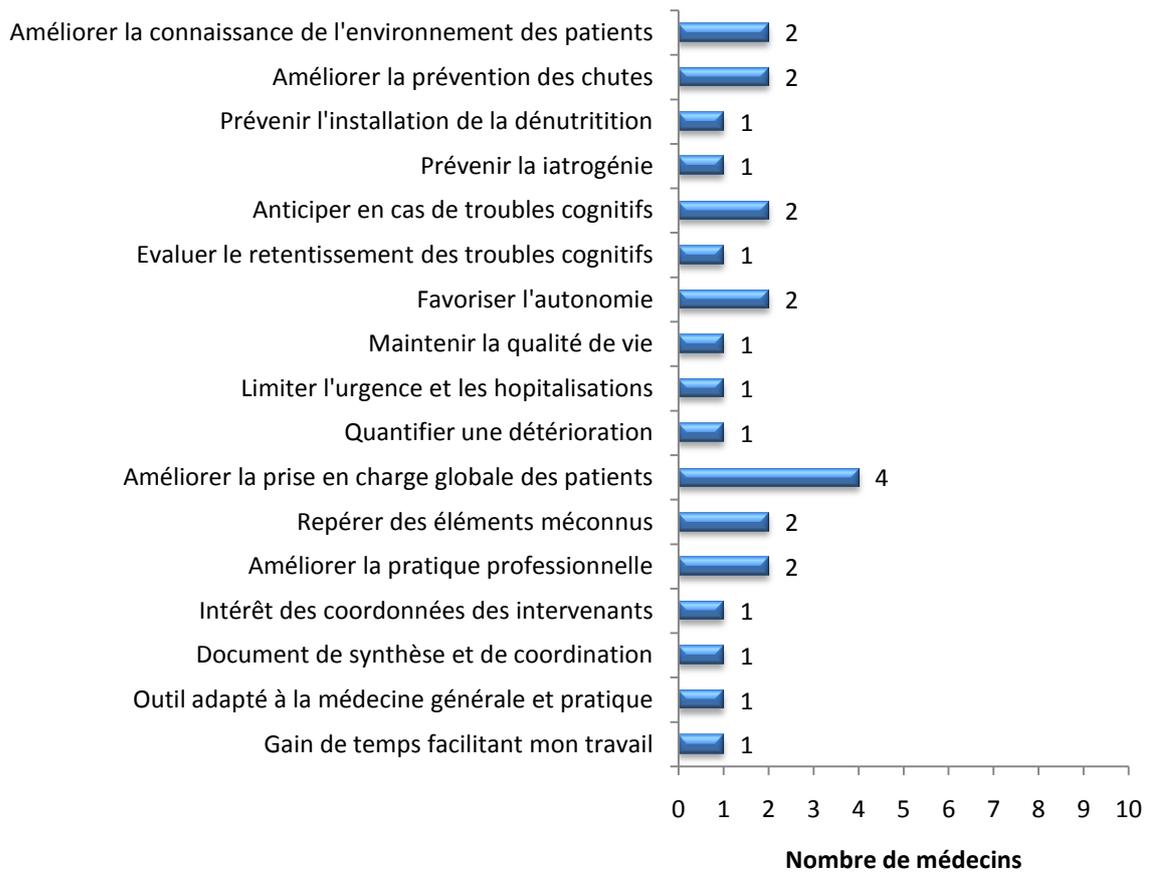
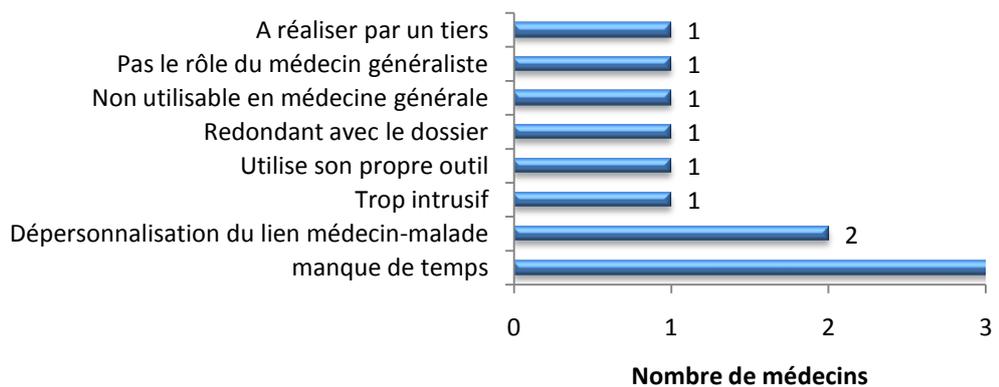


Figure 8 : Raisons évoquées pour l'abandon de l'outil

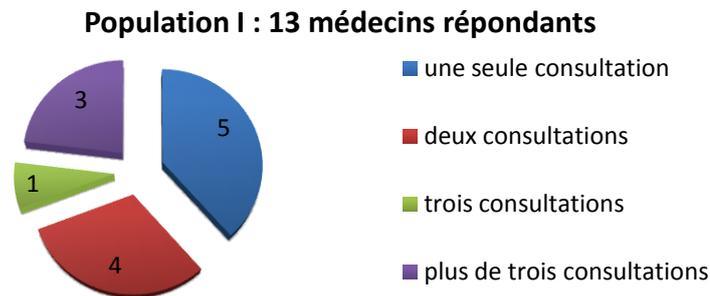


3.4.2 Temps de passation et organisation de la consultation :

Population I :

Dans la *population I* le temps nécessaire pour remplir l'outil dans son ensemble a été estimé en moyenne entre 37 et 42 mn au minimum. Des écarts importants dans les déclarations ont été observés de 15 mn (cité une fois) à plus d'une heure (cité 3 fois).

Figure 9: Nombre de consultations nécessaires pour remplir la grille dans son intégralité.



Un médecin a précisé « [...] pas plus de deux consultations et pas trop de distance entre elles au risque de perdre en sensibilité [...] ». Un autre a déclaré « [...] deux c'est un maximum au risque d'omettre certaines parties [...] ». Un médecin a déclaré qu'il réaliserait à chaque renouvellement une partie sur une année. Un praticien, qui avait déjà intégré sur son propre logiciel les mêmes outils, le faisait au fur et à mesure de l'année avec à chaque période l'évaluation d'un item. Pour lui c'était plus une démarche qu'une grille mais une consultation de synthèse lui paraissait utile en cas de situation de perte d'autonomie pour évaluer les besoins.

Population II :

Dans la *population II*, 4 médecins déclaraient avoir pu compléter l'outil en totalité sur une seule consultation. En moyenne, le temps pour une évaluation complète était évalué à 40 mn.

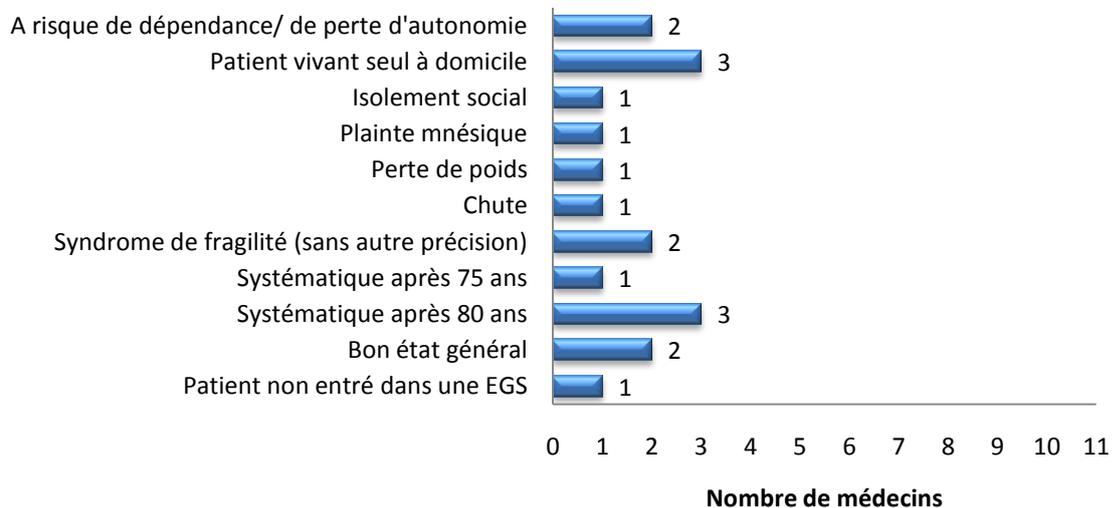
Figure 10: Nombre de consultations nécessaires pour remplir l'outil dans son intégralité



3.4.3 Critères d'inclusion :

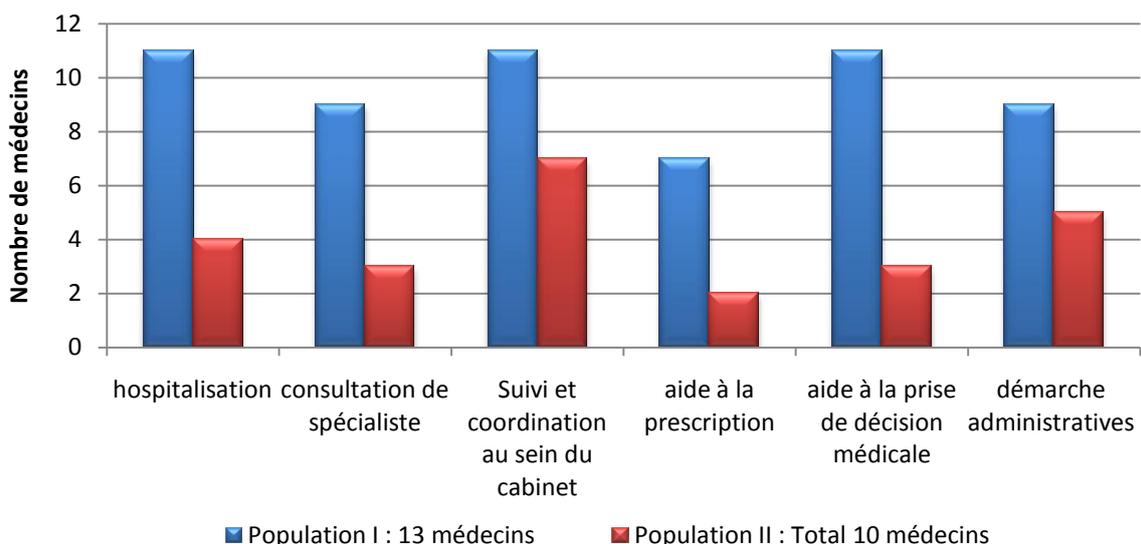
Seuls les 10 médecins de la *population I* déclarant conserver l'outil dans leur pratique ont répondu à cette question.

Figure 11 : Critères d'inclusions cités par les médecins dans la population I



3.4.4 Objectif et cadre d'utilisation de l'outil :

Figure 12 : Objectif(s) d'utilisation de l'outil pour les médecins généralistes



Dans la *population I*, parmi ceux qui ont déclaré utiliser cet outil pour une hospitalisation un a précisé seulement si elle était programmée. Parmi ceux qui ont déclaré ne pas utiliser l'outil comme aide à la prescription un médecin a précisé qu'il avait déjà une démarche de prescription systématique chez la personne âgée et que cet outil ne modifierait

pas sa pratique. Les 9 médecins qui ont déclaré qu'ils l'utiliseraient pour les démarches administratives ont précisé seulement si l'AGGIR était présente. Un médecin qui a déclaré ne pas utiliser cet outil dans les démarches administratives a précisé qu'il préférerait intégrer le patient dans ces démarches et le réinterroger à cette occasion de façon systématique.

3.4.5 Intégration de l'outil dans leur logiciel :

Dans la *population I* :

5 médecins ne voyaient pas comment intégrer l'outil dans leur logiciel :

Pour 4 c'était un problème technique, il fallait qu'ils fassent appel à un informaticien.

Pour 1, une grande partie des items explorés par l'outil était déjà présente dans son dossier et il ne voyait pas comment intégrer le reste.

Un avait déjà créé dans le logiciel «EO» sur macintosh un dossier « bilan gérontologique » dans lequel il avait intégré les mêmes outils sans aucune difficulté.

Un médecin déclarait que l'on pouvait récupérer tous les outils via internet pour les remplir et les enregistrer mais la difficulté était de les rattacher au dossier patient.

Un médecin utilisateur de «MediClick» a précisé que dans «Utilclick» des outils étaient déjà chargés que l'on pouvait basculer dans le dossier patient.

Dans la *population II*, 6 médecins ont déclaré savoir comment intégrer cet outil dans leur dossier patient dont 2 utiliseraient le format papier. 2 médecins ne voyaient pas comment l'intégrer.

Dans « AXI Santé », dont beaucoup de médecins étaient équipés, il existait déjà des dossiers de suivi identifiés avec possibilité d'intégrer des outils comme ceux proposés. Par contre créer la synthèse n'était pas évident et le recours à un informaticien s'avérait indispensable. Sur le logiciel «XMed» de nombreux outils étaient déjà présents (AGGIR, MMSE).

3.5. Intégration de l'outil dans leur pratique à 6 mois :

3.5.1 Population de l'étude :

Les médecins des deux populations ont été interrogés par le second questionnaire 6 mois après la présentation initiale. Sur 23 participants nous avons recueillis 21 questionnaires.

3.5.2 Intégration de l'outil à la pratique :

Sur les 16 médecins ayant déclaré qu'ils continueraient à l'utiliser à 2 mois dans leur pratique seul un médecin a déclaré ne plus l'utiliser, 2 médecins ont déclaré l'utiliser dans son ensemble, 12 partiellement, il y a eu 1 perdu de vue parmi eux. 2 médecins ayant déclaré qu'ils ne l'utiliseraient pas déclaraient l'utiliser en partie.

Figure 13 : Conservation de l'outil par les médecins dans leur pratique à 6 mois

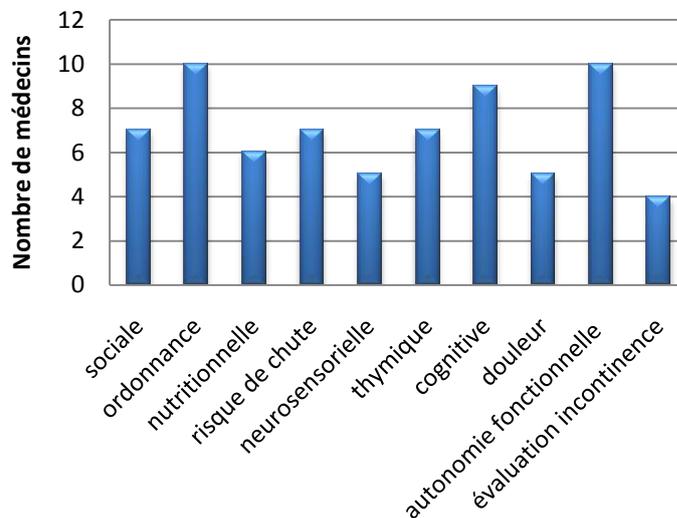


Sur les 4 médecins qui ont déclaré que dans leur pratique ils ne réalisaient pas d'évaluation globale de leurs patients âgés 2 ont conservé l'outil en partie. Parmi les 5 médecins qui ont déclaré évaluer leurs patients âgés sans échelles 3 ont conservé l'outil dont un en totalité. Un seul des médecins qui ont déclaré qu'ils utilisaient des échelles d'évaluation dans leur pratique n'a pas conservé l'outil à 6 mois tous les autres l'ont conservé partiellement.

La nécessité d'intégrer cet outil dans les logiciels a été spécifiée à 5 reprises. 5 médecins ont déclaré ne conserver que le format papier ou seulement l'outil utilisé (GDS 4, CODEX ...).

La répartition des items conservés est retranscrite dans la *figure 14*.

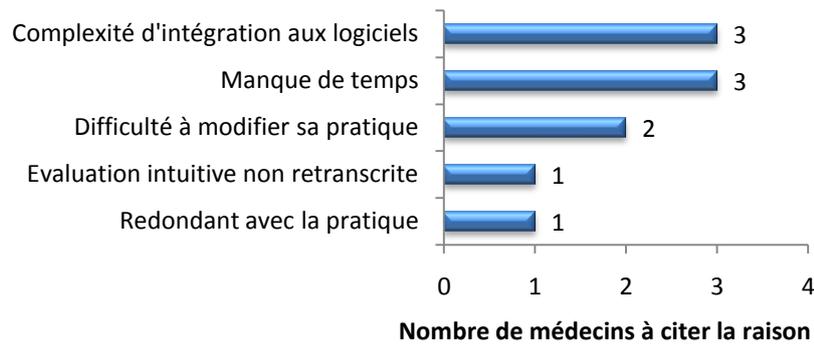
Figure 14: Items conservés par les médecins utilisant l'outil partiellement à 6 mois



Certains médecins ont déclaré des obstacles à l'utilisation de cet outil et de ce type de procédure systématique. Un médecin a déclaré qu'il privilégiait l'abord global, mais qu'il ne fallait pas oublier que la consultation était d'abord un espace de communication et de prise de décision, avec en face un sujet fragilisé en phase de perte d'autonomie et de confiance, avec qui il fallait favoriser la relation d'aide. Et qu'il était difficile de noter sans juger.

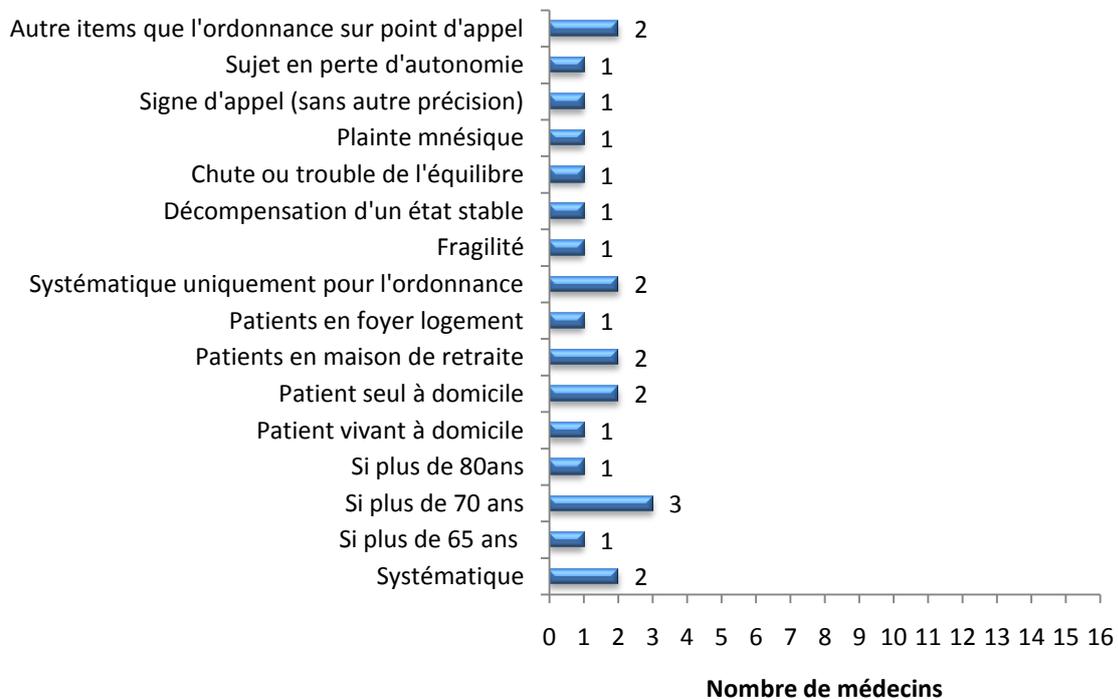
Un médecin a déclaré que cet outil et son utilisation confirmait que la gériatrie était une spécialité complexe, exigeant une prise en charge globale de la personne. Globalité qui n'était pas toujours aisée en médecine de ville.

Figure 15 : Raisons justifiant l'abandon de l'outil à 6 mois



3.5.3 Critères d'inclusions :

Figure 16 : Critères d'inclusion des patients cités par les médecins



3.5.4 Intérêt dans leur pratique :

9 médecins ont déclaré que l'outil les avait aidés en prévention primaire à dépister des problématiques qui n'auraient pas été soulevées sans. 8 médecins ont déclaré avoir changé de regard sur la gériatrie et les sujets âgés, et 6 ont déclaré que cet outil n'avait rien modifié.

Les médecins ont déclaré avoir modifié leur pratique dans trois domaines :

Réponses à la question : « En-quoi l'outil a-t-il modifié votre pratique ? »	Nb de médecins
Coordination	
Orientation plus précoce vers une consultation gériatrique	2
Prévention et suivi	
Etre plus systématique	8
Utilisation d'un outil de synthèse adapté à la médecine de ville	3
Anticiper le déclin et ses conséquences (notamment problème de maintien à domicile)	2
Approche riche permettant d'ouvrir d'autres fenêtres lors du renouvellement	1
Outil de communication avec le patient	1
Améliorer le dépistage de certains troubles	1
Faciliter une partie de la prise en charge de la personne âgée	1
Pointer plus rapidement les déficits	1
Réalisation de plus d'évaluation	1
Diminution de la surmédication	1
Rempli les documents administratifs plus facilement sans le patient	1
Spécificités gériatriques	
Améliorer la connaissance des éléments à évaluer chez la personne âgée	4
Focaliser les problèmes d'autonomie	3
Sensibilise aux troubles des fonctions supérieures	3
Sensibilise à l'approche multifactorielle de la perte d'autonomie	2
Sensibilise aux outils d'évaluation gériatriques	1
Sensibilise à l'évaluation médico-sociale	1
Sensibilise à l'évaluation de l'état nutritionnel	1
Sensibilise à l'évaluation des troubles thymiques	1

Partie 4

DISCUSSION :

Finalisation de l'outil, projet de diffusion et perspectives

Partie 4 : Discussion. Finalisation de l'outil, projet de diffusion et perspectives.

4.1 Critique du travail :

Le projet initial était probablement trop ambitieux. Pour se calquer sur la méthode des recommandations de pratique clinique, la méthodologie demandait un groupe de travail plus conséquent et un groupe de lecture pluridisciplinaire. Plus de moyens financiers et humains pour faire aboutir le projet dans sa globalité auraient été nécessaires.

Cette inadéquation entre la méthodologie et la logistique nous a amené à introduire un biais. En effet devant le manque de participant nous avons introduit après la méthodologie initiale un entretien collectif. Les deux populations étudiées (entretien collectif et entretien individuel semi dirigé) ne sont donc pas comparables.

Il était prétentieux de penser que notre outil serait un plus dans l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées en soin primaire. Notre hypothèse de départ sur l'origine des difficultés d'intégration d'outils gériatriques déjà existants, et l'insuffisance d'utilisation en médecine générale, était l'inadaptation aux contraintes de temps de cet exercice. Mais les fonctions du médecin de premier recours inscrites dans la loi ne sont pas totalement adoptées dans les pratiques quotidiennes. Le mode d'exercice libérale ambulatoire répond également à d'autres contraintes qui sont encore de lourds obstacles à l'introduction d'un outil standardisé qu'il soit adapté ou non. Au-delà du choix d'outils rapides et validés, c'est la standardisation et la systématisation de la prévention qui font obstacles.

Les résultats ont été discordants par rapport à l'objectif initial (évaluation médicale des plus de 75 ans en soin primaire). En effet une majorité de médecins a déclaré réaliser cet outil chez des sujets déjà identifiés comme « fragiles » et parfois vivant en structure (foyers logement, EHPAD). Il y a deux lectures. La première est que nous avons probablement eu une mauvaise communication autour de l'outil et de son objectif en ne guidant pas suffisamment les médecins dans leur choix des patients à tester et inclure. La seconde est que la prévention primaire dans cette classe d'âge ne fait pas partie des réflexes de pratique des médecins généralistes, et que l'évaluation globale des sujets âgés se fait plutôt sur point d'appel et non par anticipation systématique. Pour toutes ces raisons nous devons rester humbles dans nos conclusions et dans les perspectives de diffusion.

4.2 Les biais de l'étude :

4.2.1 Caractéristiques démographiques des populations étudiées :

En 2009 [94] 4595 médecins généralistes exerçaient leur profession en activité régulière en Pays de la Loire dont 1748 en Loire Atlantique. L'âge moyen des médecins libéraux exclusifs était de 50 ans et l'exercice était très largement représenté par les hommes (72%). La densité de ceux-ci y était très inférieure à la moyenne nationale. Chacun effectuait en moyenne 5 350 actes par an. 64 % étaient installés en cabinet de groupe, cette proportion variant entre 40 et 65 % selon les régions de France. 28 % étaient installés en zone rurale contre 72 % en zone urbaine.

Dans la *Population I* l'âge moyen était similaire (46 ans), l'échantillon était plus féminin (45%) et plus rural. Dans la *population II* l'âge moyen était légèrement supérieure (51 ans) et la répartition homme / femme était similaire. La *population II* n'est pas représentative de la population médicale de Loire Atlantique. Ce sont des médecins exerçant en zone rurale. Le nombre de visites, le nombre de consultations par jour, le type de patients et le recours aux spécialistes se faisant différemment, l'analyse des données doit tenir compte de ce constat.

4.2.2 Biais de sélection :

L'étude n'a pas été randomisée. Les médecins participants étaient tous intéressés par le sujet de l'évaluation des sujets âgés en soin primaire. Intéressés soit parce que confrontés à des difficultés ou constatant un manque de formation dans ce domaine soit parce qu'ils avaient une certaine expertise dans le domaine de la gériatrie ; voir même par opposition à ce type de projet car pensant inadaptée au soin primaire, cette démarche d'évaluation globale standardisée. La population étudiée est une fois de plus non représentative de la population médicale de Loire Atlantique.

4.2.3 Le déclaratif :

Les données sont déclaratives. Il ne s'agit pas d'une analyse de pratique objective et c'est notamment pour cela que nous avons pondéré les données par un questionnaire à plus de 6 mois de la présentation du projet. Ce type de donnée reste subjectif.

4.2.4 Etude descriptive qualitative:

L'étude est descriptive. Les résultats n'ont pas fait l'objet d'étude statistique ne pouvant pas aboutir à des résultats significatifs devant le manque de puissance et de représentativité de l'échantillon. Nous sommes dans une démarche d'élaboration d'un outil et non pas de sa validation. Le groupe de lecture exprime un avis de son point de vue d'expert de terrain.

4.2.5 Limites de l'entretien collectif :

Les limites de l'entretien collectif résultent des aspects négatifs de l'interaction de groupe. Il peut y avoir des réticences à exprimer des idées personnelles, avec un risque de domination de certains participants. Il peut se dégager des normes de groupe, source de blocage. Ces limites expliquent les différences de réponses entre les *populations I et II*. Les résultats d'une telle étude ne peuvent pas être généralisés, car le groupe n'a pas été constitué dans un but de représentativité de la population source. Mais les résultats peuvent être utilisés secondairement pour l'élaboration d'un questionnaire d'une future enquête quantitative sur un échantillon représentatif. Cette technique demande d'y consacrer beaucoup de temps.

4.3 Principal résultat de l'étude :

4.3.1 Critères d'inclusions :

Le critère d'inclusion est : sujet de plus de 75 ans en prévention primaire. La pratique uniquement intuitive de cette évaluation n'est pas acceptable. Je pense que retirer le caractère systématique et standardisé de cette évaluation est une erreur. On prend le risque de supprimer l'objectif principal qui est d'anticiper la « crise ». La coordination passe forcément par des procédures systématiques, standardisées et lisibles pour tous les intervenants dans le parcours de soins. Ces procédures sont parfois redondantes, intrusives et chronophages mais relèvent, à mon sens, de compétences nécessaires du médecin traitant du patient âgé pour le suivi et l'orientation la plus adaptée dans le système de soin. Ceci tout en conservant la liberté de prescription et d'exercice de chacun qui reste fondamentale.

Nous proposons également l'évaluation complète sur signe d'alerte ou sur plainte du patient et/ou de l'entourage :

- Perte de poids (ou hypoalbuminémie).
- Polymédication (plus de 4 médicaments ayant des effets secondaires potentiels).
- Plainte mnésique.
- IADL 4 items pathologique.
- Facteur de risque de dénutrition et/ou de chute.
- Antécédent de chute dans l'année non explorée.
- Incontinence récente.

4.3.2 Rythme d'évaluation :

Il ne faut pas oublier que la pratique de la médecine générale est une activité libérale où la liberté de pratique doit être respectée. Cet exercice demande d'abord aux outils de s'adapter à cette pratique pour y être intégré par les médecins de façon durable et non l'inverse. C'est pourquoi dans l'argumentaire de l'outil final, nous proposons une démarche sans imposer un unique protocole. L'outil doit s'intégrer à l'exercice quotidien des médecins généralistes. C'est donc à eux de trouver le temps et l'articulation idéale. Nous proposons une évaluation de synthèse annuelle. Ceci nous permet de répondre aux critiques exprimées par les médecins, sur le caractère fixé dans le temps de l'outil opposé aux données en constante évolution.

4.3.3 Choix des outils d'évaluation:

Les outils utilisés :

La vaccination, totalement adaptée à la médecine générale, est l'acte de prévention primaire le plus utilisé en médecine générale.

Dans une enquête Bretonne de 2005 sur les pratiques de 120 médecins généralistes dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes et leurs difficultés [95], les médecins utilisent préférentiellement la clinique et l'interrogatoire de l'entourage du patient. Mais l'étude se centre sur la personne âgée en perte d'autonomie. Les échelles semblent peu utilisées et majoritairement par les médecins ayant reçu une formation complémentaire. Dans notre étude les échelles les plus citées sont le MMSE et la grille AGGIR. En 2004

l'URML d'île de France [3] a interrogés 9 686 médecins généralistes sur leurs difficultés à évaluer la dépendance des personnes âgées ; 50 % des médecins utilisaient la grille AGGIR et seul 17% employaient les tests de l'EGS. Dans nos deux populations une part plus importante déclare utiliser des échelles standardisées mais c'est déclaratif dans une population sélectionnée pour son intérêt pour le sujet ce qui explique probablement en partie les résultats.

Les outils utilisables :

Dans notre étude L'IADL semble avoir une bonne faisabilité et avec l'ADL plus de pertinence dans la pratique que la grille AGGIR. Ce sont les outils les plus conservés à 6 mois. Le CODEX a une bonne faisabilité, mais les résultats entre la première et la seconde population sont discordants. C'est l'interprétation du test de l'horloge qui est le principal frein.

Le « Timed Up and Go » présente des difficultés de mise en place tant à domicile qu'au cabinet. Il est adapté mais chronophage et l'appui unipodal reste plébiscité par ceux trouvant le « TUP » inadapté. Il est donc utilisable mais les médecins ne le conservent pas aisément dans leur pratique probablement remplacé par une évaluation plus intuitive de la marche et de l'équilibre.

Les outils non utilisables :

Le GDS 4 est simple de passation et la plus adaptée des échelles de dépistage de la dépression en médecine générale. Mais il existe des difficultés dans son interprétation de par son manque de spécificité. L'évaluation thymique chez la personne âgée demande d'autres outils. Le dépistage de la dépression est remis en cause par plusieurs médecins et nécessite plus de formation des praticiens. L'évaluation thymique et celle de la douleur sont indissociables. Les échelles d'évaluation de la douleur font peu partie de leur pratique et leur utilisation systématique n'apparaît pas comme pertinente. Ils plébiscitent une utilisation d'évaluation moins subjective et non quantitative. La standardisation pour formaliser ces deux évaluations sont pourvoyeuses de difficultés supplémentaires pour les médecins généralistes.

Au total seul 3 des « échelles standardisées gériatriques » proposées ont été conservées : CODEX, IADL 4 items de Lawton, ADL de Katz.

4.3.4 Réponses aux points faibles et propositions du groupe de lecture :

Evaluation de l'environnement social :

Les points principaux diminuant la faisabilité sont :

La redondance.

Les difficultés de recueil des informations et leur caractère chronophage.

Nous conservons uniquement les données pertinentes et méconnues du médecin traitant.

Nous supprimons : les coordonnées du CLIC, la notion de personne de confiance, la liste des correspondants.

Nous conservons : les coordonnées de l'aidant principal, le caractère adapté ou non du lieu de vie. En effet, alors que l'effectif de la population a augmenté de 6 % depuis 2000 et dans un contexte général de vieillissement, le nombre total d'actes effectués par les généralistes

(265 millions en 2008) a diminué de 4 %. Cette baisse est essentiellement liée à la chute du nombre de visites, qui a été divisé par deux [96].

Nous ajoutons l'isolement social et remplaçons l'APA par un item « difficultés financières » correspondant aux facteurs de risque de dénutrition de l'HAS (Grade C).

Les aides définissent une population en perte d'autonomie. Nous les intégrons donc à l'évaluation de l'autonomie et proposons une évaluation non systématique.

Evaluation de l'ordonnance :

Le principal point négatif est la redondance avec la pratique des médecins généralistes et leurs logiciels qui sont plus pertinents.

Nous supprimons le « recopiage de l'ordonnance » et, pour les mêmes raisons, les allergies et intolérances. Nous proposons l'utilisation du logiciel médical pour cette étape.

Nous limitons la liste des antécédents à ceux « pertinents pour la prise en charge ». L'évolution continue des thérapeutiques au fil des mois diminue la faisabilité et la pertinence de l'outil. Nous proposons de ne prendre en compte que les traitements pris au long cours.

Nous avons supprimé les items : toxique et automédication, qui posent des problèmes de faisabilité.

Nous conservons trois alertes non constantes dans les logiciels :

Présence de plus de 2 psychotropes dans l'ordonnance ?

Présence de plus de 4 médicaments dans l'ordonnance ? (Grade C)

Présence de collyres dans l'ordonnance ?

Le bilan clinico-biologique minimale recommandé par l'AFSSAPS est conservé. La formule de Cockcroft and Gault est la seule recommandée à ce jour pour évaluer la clairance de la créatininémie. L'albuminémie est proposée en l'absence d'évaluation nutritionnelle possible. La procédure de mesure de l'hypotension orthostatique et son interprétation est explicitée dans l'outil. Elle est proposée en cas de psychotropes, de traitement antihypertenseur ou de plus de 4 médicaments et à préciser qu'en cas de positivité car une mesure négative n'est pas suffisante pour l'éliminer.

Evaluation nutritionnelle :

Le principal problème est la difficulté pour les médecins d'avoir un poids, une taille et le calcul de l'IMC, surtout à domicile. En prévention primaire la consultation se fait au cabinet. En cas de suivi au domicile on se trouve devant un patient à risque de perte d'autonomie donc suspect de confinement et d'isolement puisque le déplacement lui est impossible. Alors l'indication de l'albuminémie, en l'absence d'évaluation nutritionnelle autre est proposée.

Nous préconisons la prise de poids (Grade C) à chaque consultation (au moins tous les 3 à 6 mois) permettant d'avoir un poids de référence pour voir la cinétique (au moins annuelle) et proposons la prise de la taille annuelle.

Nous notons un IMC seuil et les critères de dénutrition de l'HAS pour faciliter l'interprétation.

Nous conservons les facteurs de risques de dénutrition des recommandations (Grade C) qui ne sont pas déjà explorés dans l'outil : troubles de déglutition, troubles buccodentaires et régimes restrictifs.

Nous proposons, comme recommandé par l'HAS (Grade B) la supplémentation en Vitamine D des plus de 80 ans ou en cas de confinement.

Evaluation du risque de chute :

Il est recommandé au moins une fois par an chez toute personne de plus de 65 ans d'évaluer le risque de chute (Grade C) et une évaluation des pathologies à risque, de la médication et du domicile. Bien que le « test de la double tâche » semble être plus pertinent et l'appui unipodal plébiscité pour sa faisabilité, en attendant des modifications de recommandations, nous conservons le « Timed Up and Go test ».

Evaluation neurosensorielle :

Nous conservons la recherche du suivi ophtalmo. En l'absence nous proposons au médecin d'orienter le patient vers un spécialiste après éventuellement une évaluation à l'aide des échelles de Monnoyer ou de Parinaud.

Nous conservons l'otoscopie et la proposition du test de la voix chuchotée en précisant : si le patient est appareillable.

L'examen clinique des pieds est recommandé (Grade B) au moins une fois par an chez toute personne âgée à la recherche de troubles trophique ou statique.

Evaluation de l'incontinence :

Le sujet de l'incontinence a très mal été présenté, il y a eu confusion entre l'item incontinence et l'outil ADL. Nous ne pouvons donc pas interpréter les résultats sinon pour dire que l'ADL est inadaptée pour dépister l'incontinence en soin primaire.

Nous proposons l'utilisation de la question :

« Vous arrive-t-il d'avoir des pertes ou des fuites d'urine ? »

Evaluation cognitive :

En cas de plainte mnésique, de pathologie à risque de déclin cognitif ou d'IADL pathologique, en l'état actuel des connaissances, nous préconisons de proposer au patient le CODEX ou le MMSE selon le choix du médecin comme outil d'évaluation et non diagnostic. En cas de troubles cognitifs avérés ou suspectés l'évaluation des conséquences sur l'autonomie fonctionnelle des patients est recommandée à l'aide de l'IADL 4 items et de l'ADL. L'orientation vers une consultation spécialisée est alors proposée.

Evaluation de l'autonomie fonctionnelle :

Nous conservons l'IADL 4 items en systématique. Il est préférable de la compléter en présence d'un tiers. En cas d'item(s) pathologique(s), l'ADL et les aides au domicile, en y intégrant les aides techniques au domicile (lit médicalisé, téléalarme ...), sont proposés pour, notamment évaluer les besoins. Nous supprimons les scores pour ne laisser que les données pertinentes pour la prise en charge. La formation à ces outils est nécessaire pour une maîtrise de leur passation par les médecins et l'intégration dans leur exercice quotidien.

Evaluation thymique et de la douleur :

Nous ne proposons pas l'utilisation de la GDS 4 mais une évaluation thymique selon les habitudes et les connaissances des médecins généralistes. L'évaluation de la douleur est indissociable de l'évaluation thymique et l'évaluation quantitative n'a de pertinence que pour l'évaluation de l'efficacité d'une thérapeutique. L'EVA ou l'EN sont alors les échelles les plus adaptées à la médecine générale.

A cette occasion nous proposons de rechercher la prise d'anti inflammatoires non stéroïdiens et d'antalgiques de palier 2 en automédication et / ou dans l'ordonnance.

4.3.5. Outil final :

OUTIL D'ÉVALUATION MÉDICALE DES PLUS DE 75 ANS EN SOIN PRIMAIRE

Evaluation sociale

Aidant principal : N° Tel :
Isolement social ?
Difficultés financières ?
Adaptation du lieu de vie ?

Antécédent(s) pertinent(s) pour la prise en charge :

-
-
-
-

Evaluation de l'ordonnance des traitements chroniques : évaluation sur logiciel médical.

Plus de 2 psychotropes ?
Plus de 4 médicaments ?

Si oui ou traitement antihypertenseur :

Hypotension orthostatique* (À préciser uniquement si la recherche est positive)

*Faire coucher la personne 5 minutes et prendre la mesure de la TA et le pouls en position couchée; puis faire lever la personne et effectuer la lecture de la TA et du pouls en position debout 1 minute après qu'elle se soit levée. Le dépistage de l'hypotension orthostatique est considéré positif si la réduction de la pression systolique est de 20 mm Hg ou davantage, ou si la réduction de la pression diastolique est de 10 mm Hg ou davantage dans les 3 minutes après s'être levé.

Prise de collyres ?

Tension artérielle : Fréquence cardiaque :

Clairance de la Créatininémie (Cockroft and Gault) :

Natrémie : Kaliémie :

Si surpoids, facteur de risque de dénutrition, absence de données sur le poids :

Albuminémie (CRP):

Evaluation de l'autonomie fonctionnelle :

IADL 4 items

Si IADL pathologique :

ADL de Katz

APA ?

Aides en place au domicile avec coordonnées :

Portage des repas :

Aide ménagère :

Aide à la prise des médicaments :

Aide à la toilette :

Téléalarme et aides techniques au domicile :

Proposer le CODEX ou le MMSE

Incontinence ?

« Vous arrive-il d'avoir des pertes d'urines ? »

Evaluation nutritionnelle

Poids de référence :

<p style="text-align: center;">Critères HAS de dénutrition : Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois IMC inférieur à 21 Albuminémie inférieure à 35 g/l</p>

Cinétique du poids : perte / stable / prise

Troubles de la déglutition ?

Troubles bucco dentaires ?

Régimes restrictifs ?

Si plus de 80 ans ou confinement à domicile : supplémentation en Vitamine D

Evaluation cognitive

Si Plainte mnésique ou pathologies à risque de déclin cognitif :

Proposer le CODEX ou le MMSE

Evaluation du risque de chute

Avez-vous chuté dans l'année précédente ?

Timed Up and Go

Evaluation neurosensorielle**Appareil visuel**

Dernière consultation ophtalmo (résultat et date) :

Audition

Appareillage ?

Appareillable ?

Otoscopie:

Examen des pieds

Troubles trophiques:

Troubles statiques :

Evaluation de la douleur et de la thymie

Vaccination (date de la dernière injection) :

DTPolio: //

Pneumocoque: //

Grippe: //

4.4 Les obstacles à la diffusion du projet :

4.4.1 Les obstacles à l'évaluation globale :

Différentes études [5] [8] [96] sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour évaluer les patients âgés pointent principalement le manque de temps. Dans sa thèse de médecine générale L. Poudens [4] a réalisée une étude prospective sur 1 an, avec la réalisation d'une EGS au domicile de 72 personnes âgées, la durée moyenne était de 63 minutes par personne. Dans sa thèse Gilles Raymond [5] fait une estimation à 1h30 à condition de bien maîtriser les échelles ! De la même façon notre outil n'est pas intégré par les médecins principalement par manque de temps dans une consultation qui dure en moyenne 15 minutes en médecine générale. Les problématiques ne sont pas les mêmes selon que l'activité est rurale ou urbaine. Le nombre de consultations et de visites sont supérieures en activité rurale, cet obstacle est donc d'autant plus avancé. La réalisation de l'évaluation globale complète sur une seule consultation en soin primaire est donc difficilement envisageable tant en terme de faisabilité que de pertinence.

Dans sa thèse de médecine générale Gilles Raymond [5] a étudié, sur le pays de l'Angoumois, l'EGS en médecine générale. Il retrouve comme principales difficultés le manque de temps et de formation pour réaliser le bilan standardisé et organiser une prise en charge globale. Dans la littérature le manque de formation et de connaissance des médecins, la difficulté à interroger les patients et ou le manque de coopération des patients et/ou des familles sont également avancés. Les médecins généralistes sont formés essentiellement dans leur rôle curatif. Leurs principaux outils sont la démarche diagnostic et la stratégie thérapeutique. La pratique des médecins généralistes est intuitive et la relation médecin-malade est singulière au sein du cabinet. C'est un obstacle à l'intégration dans le quotidien de la consultation de ces outils standardisés. Dans les conditions pratiques de leur métier, sous tendues par les contraintes de temps et la tarification à l'acte, il ne leur est pas toujours possible devant un patient venant à eux avec un symptôme précis de s'intéresser à ce qui n'est pas exprimé. Il y a de plus un manque de culture de prévention et particulièrement à ces âges avancés.

Dans plusieurs études, le manque de temps de coordination est décrit. Dans une enquête datant de 2007 sur un panel de médecin généraliste des Pays de la Loire seulement 20 à 30% déclaraient avoir participé à une réunion de coordination concernant une personne dépendante au cours des trois derniers mois [32]. En ambulatoire, la coordination entre intervenants médicaux et paramédicaux est peu pratiquée. C'est une conséquence du manque de temps et de formation. Parfois une mauvaise connaissance du réseau local amplifie ces difficultés. L'amélioration des pratiques de prévention primaire autour de la personne âgée « fragile » ne se conçoit que si le travail en réseau local se développe. Des formations collectives réunissant les différents intervenants potentiels sont nécessaires pour définir des stratégies communes d'évaluation et de suivi. Un point essentiel dans cette démarche est d'impliquer un réseau interdisciplinaire et d'en faciliter l'accès, en le rendant visible. Sans quoi la formation de ces praticiens à l'évaluation globale du sujet âgé serait vaine, s'ils se confrontent aux mêmes difficultés d'orientation et de prise en charge sur le terrain. Le réseau gérontologique en Pays de La Loire est encore très inhomogène. Les CLIC sont efficaces dans certaines régions mais inexistant dans d'autre, où les médecins peuvent

s'épuiser et ne pas s'investir dans les démarches de maintien à domicile faute d'interlocuteur. Pour répondre aux difficultés des médecins de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie il semble être nécessaire de développer le travail de coordination sur le terrain ambulatoire et la réorganisation du système de soin en cours va bien dans ce sens. Les « consultations gériatriques » se développent de plus en plus en hospitalier, c'est à ce jour un portail facilement accessible au secteur ambulatoire pour une évaluation plus globale et encadrée.

Un obstacle majeur à l'utilisation de cet outil est l'informatisation qui est incontournable et indispensable. Les éditeurs de logiciels d'aide à la prescription (LAP) constatent qu'ils restent sous utilisés [97]. Les médecins qui utilisent un LAP avec une base de données sur les médicaments sont moins de 25%. Cette évolution suppose un véritable échange entre les praticiens et les éditeurs de logiciels, mais elle se heurte aux faiblesses technologiques de la plupart des médecins généralistes. Dans ce contexte, à ce jour, les bases de connaissances ne répondent pas assez à la pratique quotidienne ambulatoire. Le financement est envisageable au regard du retour sur investissement en terme de qualité et de réduction du coût de la non qualité. Il convient de commencer à partir de l'existant, en tenant compte de l'environnement informatique faible et hétérogène des professionnels. L'informatisation en elle-même peut être un obstacle à l'utilisation et à la diffusion du projet.

Dans certaines études l'insuffisance de rémunération est évoquée comme obstacle à l'évaluation gérontologique. La revalorisation de la rémunération des actes de prévention chronophages est évoquée comme condition à une diffusion de l'outil et de ce type de pratique par certains médecins. Ce sont les mêmes qui ont déclaré difficile l'intégration à leur pratique ce type de procédure et qui préfèrent faire intervenir des tiers. Mais les pratiques se modifieraient elles avec uniquement une revalorisation financière ? Le législateur réfléchit également à ces questions. Il a déjà proposé une rémunération forfaitaire ou salarié notamment dans les maisons médicales qui ont un budget alloué à la prévention, ou encore par la promotion par la performance comme avec le contrat d'amélioration des pratiques individuelles ou « CAPI ». Une réponse avancée est la mise en place d'une cotation spécifique pour ce type d'évaluation au sein du cabinet de médecine libérale qui, en augmentant le budget, permettrait d'augmenter le temps patient et de déléguer plus les tâches non médicales (administratif, secrétariat ...). Dans une étude [98] [99] de l'ORS de Pays de La Loire deux médecins ligériens sur trois étaient favorables à de nouveaux modes de rémunérations et notamment forfaitaires. Dans cette même étude lorsqu'on leur demandait ce qu'ils feraient en cas d'augmentation du tarif de convention des consultations, le plus souvent ils répondaient qu'ils consacraient plus de temps à l'actualisation de leurs connaissances, puis qu'ils moderniseraient leur cabinet, et recruteraient du personnel, et enfin qu'ils réduiraient leur temps de travail en libéral. Ils étaient moins nombreux à envisager de s'investir dans l'organisation de la profession (réseaux, permanence des soins...). La mise en place d'un dispositif économique incitatif peut favoriser l'appropriation d'une pratique préventive efficace par le médecin généraliste.

4.4.2 Les obstacles à l'évaluation de chaque item :

Dans sa thèse Gilles Raymond [5] précise que les évaluations nutritionnelle et thymique sont celles qui posent le plus de problème aux médecins, le statut nutritionnel pose aussi problème dans l'étude de l'URML Breton [95] on y retrouve également les troubles neurosensoriels et cognitifs.

L'évaluation nutritionnelle semble dans notre étude être indispensable à la pratique des médecins interrogés et justifiée par rapport à leurs connaissances et les recommandations adaptées à leur pratique, mais pourtant ils sont peu nombreux à la conserver après 6 mois. Les modifications de pratique durables sont difficiles à imprimer, même après formation des praticiens. Cette évaluation nécessite de se poser les bonnes questions : Pourquoi ne présentent-ils pas leur patients âgés ? Pourquoi ne s'interrogent-ils pas sur l'alimentation et les problèmes buccodentaires ? Je pense qu'au-delà des problèmes techniques (absence de balance par exemple), ils ont l'impression de ne pas avoir de réponses thérapeutiques à apporter par manque de formation (besoins nutritionnels, conseils diététiques, appareillage...). Ils considèrent alors avec un certain fatalisme que ces questions ne relèvent pas de leur compétence de médecin de premier recours.

La dépression a été décrite dans la *population I* comme une fatalité chez la personne âgée. Le frein majeur à l'utilisation de la GDS 4 est son manque de spécificité et donc les faux positifs. Les médecins, en effet, peu et mal formés à la prise en charge du syndrome dépressif de la personne âgée et soucieux, comme il leur est recommandé, de prescrire moins de psychotropes se retrouvent confrontés à cette difficulté d'interprétation venant s'ajouter aux autres déjà conséquentes. Dans l'évaluation thymique, le caractère intrusif quand elle ne répond pas à une plainte du patient, est une difficulté de plus pour le soignant. C'est dans cet objectif que le travail en réseau et l'introduction d'un tiers (gériatre, neurologue, paramédical...) devient indispensable. Les mêmes difficultés peuvent être énoncées dans l'évaluation neurosensorielle et les médecins ont d'ailleurs déclaré ne pas disposer d'outil d'évaluation et manquer de réponses thérapeutiques aux déficits sensoriels. Le coût des appareillages dans l'évaluation nutritionnelle et neurosensorielle est un obstacle pour les médecins qui n'osent pas aborder ce sujet, qu'ils savent sans solution en l'absence de financement.

La perte d'autonomie est la principale difficulté que rencontrent les médecins dans leur pratique auprès des sujets âgés. Le frein principal à l'évaluation cognitive en soin primaire est le manque de formation. L'anticipation des problématiques aiguës passe par le repérage des troubles cognitifs débutants, et la prévention primaire auprès de cette population de patients. Les structures gériatriques sont les structures adaptées au diagnostic des démences. La seule réponse thérapeutique est bien insuffisante dans ce type de pathologies et la valorisation des actes non techniques doit être un objectif. Il s'agit également au grand âge, de promouvoir une meilleure compréhension de la personne vieillissante, dans la société comme au sein des familles et des établissements, en informant mieux sur la spécificité des remaniements et des déclin cognitifs, leur prévention et la détection d'éventuels troubles pathologiques.

4.4.3 Réorganisation du système de santé et revalorisation du soin primaire :

Un des facteurs déterminants de l'évolution des dépenses de santé est la politique de santé en matière de prévention du vieillissement. Dans un rapport [100] du gouvernement français de juillet 2010 l'évolution de l'organisation du système de soin est pointée comme une des actions fondamentales pour réduire les dépenses de santé imputée au vieillissement de la population. Les deux problèmes principaux du système de soins français actuel sont : les trajectoires heurtées et son inadaptation aux personnes fragiles porteuses de poly pathologies. Il faut améliorer les relations entre hôpital et médecine de ville. Une des propositions est de renforcer les structures de soins de premier recours en construisant davantage de cohérence et de lisibilité par le « parcours de soin coordonné ». L'objectif est de décloisonner les secteurs sanitaires et médicosociaux et d'assurer la continuité entre institutions et professionnels de santé. Cette réflexion répond aux impératifs budgétaires nationaux et aux modifications de la démographie médicale.

La prise en charge globale des sujets âgés, non entrés dans la dépendance, semble encore loin d'être intégrée par les médecins généralistes pour toutes les raisons décrites précédemment : manque de temps, manque de formation, manque de temps de coordination interdisciplinaire en ambulatoire et dépersonnalisation de la relation médecin-malade par ces procédures standardisées. Mais la médecine générale est en pleine évolution. De nouveaux modes d'exercices émergent en France et la réflexion sur la (ré) organisation de la médecine ambulatoire est engagée [102]. La pratique quotidienne est vouée à se modifier dans le sens de la systématisation et du partage de l'information. Devant l'affirmation par le législateur des missions du soin primaire : prévention, coordination et suivi des maladies chroniques ; des tendances émergent : incitation aux regroupements pluri professionnels et pluridisciplinaire, fluidité des informations au travers du dossier médical, délégation des tâches, accès aux avis spécialisés facilité par des consultations extra hospitalières. Mais la médecine générale c'est aussi une relation privilégiée, au sein de la consultation, où l'intuitif doit garder sa place. La relation médecin-malade intervient dans la décision médicale du médecin traitant et se confronte souvent à la théorie des recommandations. C'est ce qui fait de la médecine de premier recours son accessibilité, et du médecin traitant le premier interlocuteur pour beaucoup. Dans cette relation de confiance qui se tisse au fil du temps et des consultations, un « lancé de boulet intrusif » pourrait tout rompre.

4.5. Perspectives : Un outil de plus dans un paysage déjà surchargé ?

La conclusion serait peut être pour beaucoup que c'est un outil de plus. L'originalité du sujet est de ne pas étudier une fois de plus l'évaluation gérontologique en médecine générale. Mais bien de trouver la place du médecin de soin primaire dans le suivi de la personne âgée, et permettre au réseau gériatrique de s'y intégrer. Il nous donne une meilleure définition du rôle de chacun et pointe ainsi les besoins en formation des médecins généralistes. Et surtout il aborde la nécessaire transformation de l'exercice en y discutant les notions de : délégation de tâche, temps de coordination ambulatoire, décloisonnement hospitalier et implication forte du soin primaire dans la prévention aux âges avancés.

Plus de la moitié des médecins interrogés ont conservé l'outil au moins partiellement après 6 mois. Nous pouvons en conclure, tout en pointant le caractère déclaratif des données, qu'il

n'existait pas à leur disposition d'outil correspondant à leur pratique. Le projet était probablement trop ambitieux et comporte des biais mais il apparaît pouvoir modifier les pratiques. Il a sensibilisé certains médecins à intégrer la démarche d'évaluation globale du sujet âgé. Il facilite ainsi leur travail sur les trois objectifs que nous nous étions fixé au départ : faciliter le suivi en soin primaire en donnant l'accès à des échelles standardisées adaptées à la médecine générale, coordonner au sein du cabinet et avec la filière gériatrique et enfin améliorer la continuité des soins. Au total même les plus réticents voient un bénéfice dans la standardisation des pratiques et l'évaluation globale de la personne âgée. On peut donc espérer un avenir à cet outil maintenant mis aux mains de ces 16 médecins généralistes.

Reste à améliorer les rapports entre secteur sanitaire et médico-social ambulatoire, et secteur hospitalier et ambulatoire. La formation commune des intervenants autour de la notion de fragilité et d'évaluation globale est nécessaire à une meilleure prise en charge de la personne âgée. Notre outil peut être un support à ces interventions et à la réflexion des organismes de formation médicale continue, des universitaires et des médecins généralistes sur le sujet.

Le développement de l'informatique et la multiplication des outils constituent un obstacle à la diffusion du projet ; noyé dans cette abondance d'information d'ailleurs critiquée par les médecins eux même. L'uniformisation des procédures est une demande forte de certains médecins pour réduire le temps administratif croissant. Ils ne considèrent pas que ce temps relève de leur rôle mais qu'il leur est imposé. Un outil de plus, sans valeur ajoutée, dans ce paysage serait donc mal accepté et non intégré à leur pratique. La réduction des objectifs au minimum est nécessaire, pour ne pas noyer la pratique des médecins, déjà très sollicités sur des missions qui ne relèvent pas du soin primaire.

Une analyse de pratique randomisée serait contributive pour valider l'outil. Les indicateurs les plus pertinents seraient les indicateurs de fragilité que sont les chutes et la perte de poids des plus de 75 ans à domicile, indicateurs que les URCAM ou les futurs ARS pourraient nous communiquer.

CONCLUSION

Ce travail confirme que le rôle du médecin généraliste est l'évaluation médicale des sujets âgés. Devant l'inadéquation entre l'organisation de la médecine générale actuelle et les axes d'optimisation de la prise en charge des personnes âgées, ne devrait-on pas plutôt repenser l'hôpital ? Deux axes de réorganisation des soins ont été développés dans un rapport de juillet 2010 [100] : Renforcer les structures de soins de premier recours en amont des urgences et, mettre en place des équipes mobiles pluridisciplinaire pour assurer une meilleure continuité entre le domicile et l'institution (médicalisée ou non) et ainsi mieux gérer les situations de « crises ». Finalement cet outil n'est pas tant une aide à la pratique, qu'un support à la réflexion et à la formation. J'en conclus, pour ma part que travailler seul est utopique face à la dépendance et que la coordination et le réseau médicosocial sont des appuis précieux. Le médecin généraliste est le premier interlocuteur du patient âgé et donc le plus à même d'imprimer les comportements de prévention et la première étape est bien de les intégrer à tout âge dans nos pratiques. Standardisé n'est pas forcément dépersonnalisé, c'est aussi mettre tous les patients sur un même pied d'égalité et d'information.

**Annexe N°1 GRADE DES RECOMMANDATIONS. NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE
FOURNI PAR LA LITTERATURE Source HAS**

<p>Niveau 1 -Essais comparatifs randomisés de forte puissance -Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision basée sur des études bien menées</p>	<p>A Preuve scientifique établie</p>
<p>Niveau 2 - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Études comparatives non randomisées bien menées - Études de cohorte</p>	<p>B Présomption scientifique</p>
<p>Niveau 3 - Études cas-témoin</p> <p>Niveau 4 - Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas - Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)</p>	<p>C Faible niveau de preuve scientifique</p>

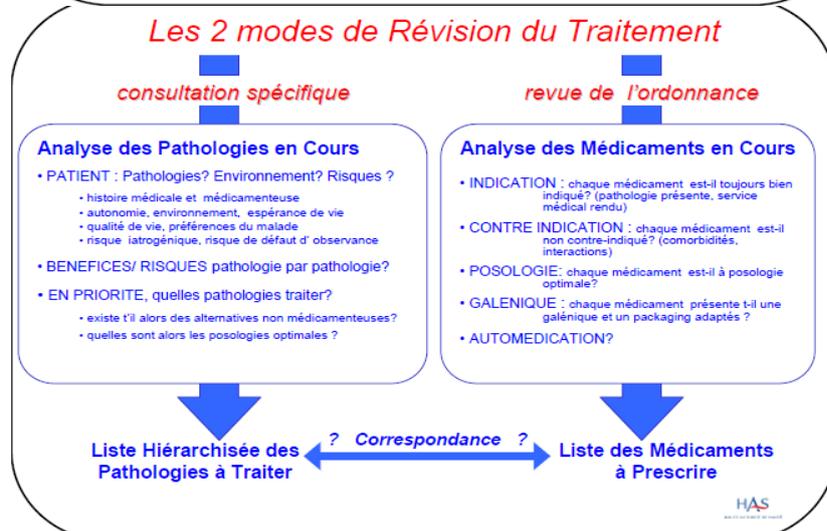
Annexe N°2 Sujets à risque de dénutrition selon HAS

SITUATIONS À RISQUE DE DÉNUTRITION

- **Situations sans lien avec l'âge** : cancers, défaillances d'organe chroniques et sévères, pathologies à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption, alcoolisme chronique, pathologies infectieuses et/ou inflammatoires chroniques, ainsi que toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires et/ou une augmentation des besoins énergétiques.
- **Situations plus spécifiques à la personne âgée (cf. ci-dessous)**

Psycho-socio-environnementales	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
<ul style="list-style-type: none"> • Isolement social • Deuil • Difficultés financières • Maltraitance • Hospitalisation • Changement des habitudes de vie : entrée en institution 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Douleur • Pathologie infectieuse • Fracture entraînant une impotence fonctionnelle • Intervention chirurgicale ▲ Constipation sévère • Escarres 	<ul style="list-style-type: none"> • Polymédication • Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc. • Corticoïdes au long cours
Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
<ul style="list-style-type: none"> • Trouble de la mastication • Mauvais état dentaire • Appareillage mal adapté • Sécheresse de la bouche • Candidose oro-pharyngée • Dysgueusie 	<ul style="list-style-type: none"> • Sans sel • Amaigrissant • Diabétique • Hypocholestérolémiant • Sans résidu au long cours 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie d'Alzheimer • Autres démences • Syndrome confusionnel • Troubles de la vigilance • Syndrome parkinsonien
Troubles de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
<ul style="list-style-type: none"> • Pathologie ORL • Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance pour l'alimentation • Dépendance pour la mobilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndromes dépressifs • Troubles du comportement

Annexe N°3 Programme des PMSA



Observation et Prescription

données essentielles

NOM : _____ Prénom : _____ né le : __/__/__

ATCD (...) _____

Pathologies actuelles (...) _____

Autres médecins cardio oph
 psy autre

Personne de confiance : _____

Entourage _____

Clairance de la créatinine : le: __/__/__ Hb : le: __/__/__ Glycémie le: __/__/__

TA _____ le: __/__/__

TA debout _____ le: __/__/__

TA couchée _____ le: __/__/__

Pouls _____ / min

Poids _____ kg

Poids habituel _____ kg

Chutes oui non

Vue A B C

Autonomie (1) A B C

Mémoire A B C

Moral A B C

(1) Pour évaluer l'Autonomie

confinement à domicile ? Le malade gère t'il seul son alimentation, son budget, son courrier, le téléphone, les médicaments, les comptes?

Allergies _____

ATCD iatrogènes _____

Gestion du traitement malade aidant

Observance (2) A B C

Collyre pour glaucome?(3) oui non émotol...

Dernière révision de traitement le: __/__/__

TRAITEMENT actuel (...) _____

(2) Pour dépister le risque de défaut d'observance (mauvaise adhésion au traitement) :

« La plupart des gens ont des difficultés à prendre tous leurs médicaments comme leur médecin le leur a prescrit. Avez-vous parfois des difficultés à prendre certains de vos médicaments? Lesquels? A quelle fréquence? »

Haynes, R.B., Taylor, D.L., & Sacrett, D.L., (Eds.). (1979). Compliance in health care. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

«Quand cela vous est arrivé, quelles en étaient les raisons?»

Principaux facteurs de risque : troubles mnésiques, dépression, polymédication, présence d'effets secondaires ou indésirables

(3) Il est important de rechercher la prise de collyre pour glaucome à base de β bloquant, car l'association à un β bloquant par voie générale peut favoriser un surdosage

Annexe N°4 MNA

NESTLÉ NUTRITION SERVICES



Evaluation de l'état nutritionnel Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom: _____ Prénom: _____ Sexe: _____ Date: _____
 Age: _____ Poids, kg: _____ Taille en cm: _____ Hauteur du genou, cm: _____

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit?
 A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?
 0 = anorexie sévère
 1 = anorexie modérée
 2 = pas d'anorexie

B Perte récente de poids (<3 mois)
 0 = perte de poids > 3 kg
 1 = ne sait pas
 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
 3 = pas de perte de poids

C Motricité
 0 = du lit au fauteuil
 1 = autonome à l'intérieur
 2 = sort du domicile

D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?
 0 = oui 2 = non

E Problèmes neuropsychologiques
 0 = démence ou dépression sévère
 1 = démence ou dépression modérée
 2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)
 0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage (sous-total max. 14 points)

12 points ou plus normal pas besoin de continuer l'évaluation
 11 points ou moins possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?
 0 = non 1 = oui

H Prend plus de 3 médicaments
 0 = oui 1 = non

I Escarres ou plaies cutanées?
 0 = oui 1 = non

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?
 0 = 1 repas
 1 = 2 repas
 2 = 3 repas

K Consomme-t-il?
 • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui non
 • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses? oui non
 • Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille? oui non
 0,0 = si 0 ou 1 oui
 0,5 = si 2 oui
 1,0 = si 3 oui

L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?
 0 = non 1 = oui

M Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)
 0,0 = moins de 3 verres
 0,5 = de 3 à 5 verres
 1,0 = plus de 5 verres

N Manière de se nourrir
 0 = nécessite une assistance
 1 = se nourrit seul avec difficulté
 2 = se nourrit seul sans difficulté

O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)
 0 = malnutrition sévère
 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée
 2 = pas de problème de nutrition

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?
 0,0 = moins bonne
 0,5 = ne sait pas
 1,0 = aussi bonne
 2,0 = meilleure

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
 0,0 = CB < 21
 0,5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22
 1,0 = CB > 22

R Circonférence du mollet (CM en cm)
 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31

Evaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points risque de malnutrition

moins de 17 points mauvais état nutritionnel

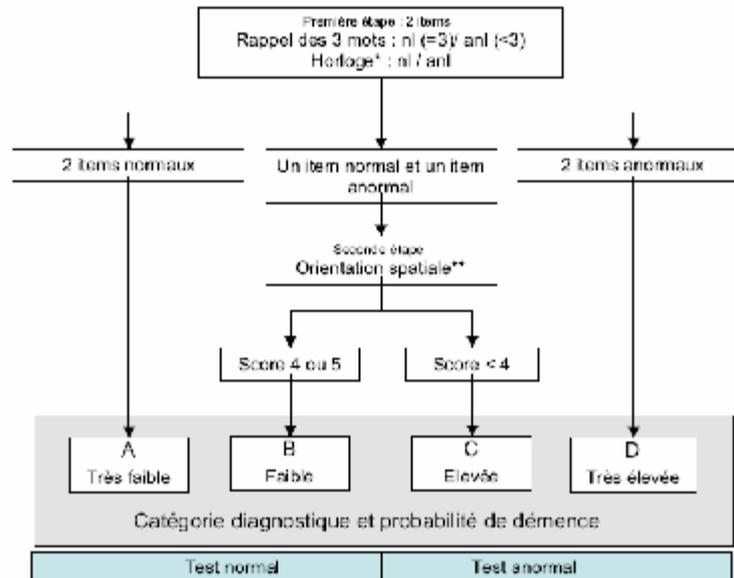
Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*, Supplement #2:15-59.
 Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly", Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, vol. 1, Karger, Bâle, in press.

© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

0638 F

Evaluation cognitive ultra-rapide par le test CODEX
Page à imprimer pour les dossiers médicaux

Nom : Date :
 Prénom : Evalueur :



Cotation du test CODEX

1. Cotation du test de l'horloge :

Les nombres sont-ils tous présents ?	Oui-Non	4 OUI = horloge normale sinon anormale
Sont-ils correctement placés ?	Oui-Non	
Y a-t-il une petite et une grande aiguille ?	Oui-Non	
Leurs directions sont-elles convenables ?	Oui-Non	

2. Cotation du rappel des 3 mots

Les 3 mots sont bien rappelés = **Rappel des 3 mots normal**

3. Utilisez l'arbre de décision pour savoir si la seconde étape est nécessaire

Horloge et 3 mots normaux = CODEX normal (Catégorie diagnostique A)
 Horloge et 3 mots anormaux = CODEX anormal (Catégorie diagnostique D)
 Autres cas = faire la seconde étape

4. Cotation de la seconde étape :

Comptez 1 point par bonne réponse
 Somme = 4 ou 5 : = CODEX normal (Catégorie diagnostique B)
 Somme = 0, 1, 2 ou 3 = CODEX anormal (Catégorie diagnostique C)

*Le test CODEX a été mis au point par le Pr Belmin et son équipe à l'hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine
 Information sur le test sur le site www.testcodex.org
 Références : Presse Med 2007; 36:1183-90; Revue de Gériatrie 2007; 32:627-31.*

Annexe N°6 : Outils de l'évaluation de l'autonomie

ADL de KATZ

Références :

Katz S, Moskowitz AB, Jackson BA et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL : a standardized measure of biological and psychological function. JAMA. 1963, 185, 914-9.

Katz S, Downs TD, Cash R, Groth RC. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist, Spring 1970, part 1, 20-30.

Score/6

Toilette (lavabo, bain ou douche et soins corporels)

1 besoin d'aucune aide
1/2 besoin d'aide partielle
0 dépendance

Habillement (prend ses vêtements dans l'armoire ou les tiroirs, sous-vêtements et vêtements d'extérieur compris ; utilise bouton et fermeture éclair)

1 besoin d'aucune aide
1/2 autonome pour le choix des vêtements et l'habillement, besoin d'une aide pour lacer ses chaussures
0 dépendance

Aller aux W.C. (pour uriner ou déféquer, s'essuyer et se rhabiller)

1 besoin d'aucune aide
1/2 doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller
0 ne peut pas aller aux toilettes seul ou n'utilise pas le bassin

Locomotion

1 besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur)
1/2 besoin d'aide
0 ne quitte pas le lit (grabatoirs)

Continence

1 contrôle complet des urines et des selles
1/2 accidents occasionnels
0 incontinence totale

Alimentation

1 besoin d'aucune aide
1/2 besoin d'aide pour couper la viande, beurrer le pain ou peler les fruits
0 besoin d'aide complète

(score normal = 6/6)

IADL de LAWTON

Instrumental Activity of Daily Living

Echelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL - Lawton)

Référence :

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9(3):179-86

Barberger-Gateau P, Dartigues JF, Letenneur L. Four Instrumental Activities of Daily Living Score as a predictor of one-year incident dementia. Age ageing 1993;22(6):457-63.

Entourer la réponse qui correspond le mieux aux capacités du sujet (une seule réponse par item).

Capacité à utiliser le téléphone

- 0 Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros, etc.
- 1 Je compose un petit nombre de numéros bien connus
- 2 Je réponds au téléphone, mais n'appelle pas
- 3 Je suis incapable d'utiliser le téléphone
- 4 Je suis incapable d'utiliser le téléphone

Capacité à utiliser les moyens de transport

- 0 Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun, ou avec ma propre voiture)
- 1 Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus
- 2 Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)
- 3 Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e)
- 4 Je ne me déplace pas du tout

Responsabilité pour la prise des médicaments

- 0 Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire
- 1 Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
- 2 Je suis incapable de les prendre de moi-même

Capacité à gérer son budget

- 0 Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures...)
- 1 Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (planifier les grosses dépenses)
- 2 Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour

- Score aux 4 IADL = somme item téléphone + transport + médicaments + budget
Score total (0 à 4)

GRILLE A.G.G.I.R.

1 – TRANSFERT

La personne n'assume pas ses transferts	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
TRANSFERTS →		CODE : <input type="checkbox"/>

2 – DEPLACEMENT INTERIEUR

La personne ne se déplace pas dans son lieu de vie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
DEP. INTERIEUR →		CODE : <input type="checkbox"/>

3 – DEPLACEMENT EXTERIEUR

La personne ne se déplace pas hors de son lieu de vie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
DEP. EXTERIEUR →		CODE : <input type="checkbox"/>

4 - TOILETTE

TOILETTE DU HAUT		
La personne ne fait pas sa toilette du haut	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
TOILETTE DU HAUT →		CODE : <input type="checkbox"/>
TOILETTE DU BAS		
La personne ne fait pas sa toilette du bas	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
CODAGE FINAL : AA = A CC = C CB = C BC = C CA = C AC = C autre = B	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
TOILETTE DU BAS →		CODE : <input type="checkbox"/>
CODE FINAL TOILETTE →		<input type="checkbox"/>

5 – ELIMINATION URINAIRE ET FECALE

ELIMINATION URINAIRE		
La personne ne fait pas	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ELIMINATION URINAIRE →		CODE : <input type="checkbox"/>

ELIMINATION FECALE		
La personne ne fait pas	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
CODAGE FINAL : AA = A CC = C CB = C BC = C CA = C AC = C autre = B	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ELIMINATION ANALE →		CODE : <input type="checkbox"/>
CODE FINAL ELIMINATION →		<input type="checkbox"/>

6 - HABILLAGE

HABILLAGE DU HAUT		
La personne ne fait pas son habillage du haut	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
CODAGE FINAL : AA = A CC = C CB = C BC = C CA = C AC = C autre = B	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
HABILLAGE DU HAUT →		CODE : <input type="checkbox"/>
HABILLAGE MOYEN		
La personne ne fait pas son habillage moyen	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
CODAGE FINAL : AA = A CC = C CB = C BC = C CA = C AC = C autre = B	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
HABILLAGE MOYEN →		CODE : <input type="checkbox"/>
HABILLAGE DU BAS		
La personne ne fait pas son habillage du bas	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
CODAGE FINAL : AA = A CC = C CB = C BC = C CA = C AC = C autre = B	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
HABILLAGE DU BAS →		CODE : <input type="checkbox"/>
CODE FINAL HABILLAGE →		<input type="checkbox"/>

7 - ALIMENTATION

SE SERVIR		
La personne ne se sert pas	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
CODAGE FINAL : AA = A CC = C CB = C BC = C CA = C AC = C autre = B	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
SE SERVIR →		CODE : <input type="checkbox"/>
MANGER		
La personne ne mange pas	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
CODAGE FINAL : AA = A CC = C CB = C BC = C CA = C AC = C autre = B	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
MANGER →		CODE : <input type="checkbox"/>
CODE FINAL ALIMENTATION →		<input type="checkbox"/>

8 – ORIENTATION (se repérer dans le temps et l'espace)

ORIENTATION DANS LE TEMPS		
La personne ne s'oriente pas dans le temps	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ORIENTATION TEMPS →		CODE : <input type="checkbox"/>
ORIENTATION DANS L'ESPACE		
La personne ne s'oriente pas dans l'espace	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
CODAGE FINAL : AA = A CC = C CB = C BC = C CA = C AC = C autre = B	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ORIENTATION ESPACE →		CODE : <input type="checkbox"/>
CODE FINAL ORIENTATION →		<input type="checkbox"/>

9 – LA COHERENCE

COMMUNICATION		
La personne ne communique pas	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COMMUNICATION →		CODE : <input type="checkbox"/>
COMPORTEMENT		
La personne ne se comporte pas normalement	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
CODAGE FINAL : AA = A CC = C CB = C BC = C CA = C AC = C autre = B	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COMPORTEMENT →		CODE : <input type="checkbox"/>
CODE FINAL COHERENCE →		<input type="checkbox"/>

10 - ALERTER

La personne n'alerte pas	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	C	S oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		T oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		C oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		H oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ALERTER →		CODE : <input type="checkbox"/>

SCORE G.I.R. :

Annexe N°7 : Outils de l'évaluation thymique

Critères CIM 10

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10 (d'après Boyer, 1999).

A. Critères généraux (obligatoires) :

G1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.

G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.

G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psycho-active (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.

B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines.

Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.

Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :

Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.

Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.

Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.

Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.

Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés).

Perturbations du sommeil de n'importe quel type.

Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante

Critères de la DSM IV

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV.

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. pleure). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

2) Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB. Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament), ou d'une affection médicale générale (ex. hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur

Echelle de dépression gériatrique : GDS 30 items*

Instructions : Encerclez la réponse exprimant le mieux comment vous vous sentiez au cours de la semaine passée.

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. Etes-vous fondamentalement satisfait(e) de la vie que vous menez ? | oui | non |
| 2. Avez-vous abandonné un grand nombre d'activités et d'intérêts ? | oui | non |
| 3. Est-ce que vous sentez un vide dans votre vie ? | oui | non |
| 4. Vous ennuyez-vous souvent ? | oui | non |
| 5. Etes-vous optimiste quand vous pensez à l'avenir ? | oui | non |
| 6. Etes-vous préoccupé(e) par des pensées dont vous n'arrivez pas à vous débarrasser ? | oui | non |
| 7. Avez-vous la plupart du temps un bon moral ? | oui | non |
| 8. Craignez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave ? | oui | non |
| 9. Etes-vous heureux/heureuse la plupart du temps ? | oui | non |
| 10. Eprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance ? | oui | non |
| 11. Vous arrive-t-il souvent de ne pas tenir en place, de vous impatienter ? | oui | non |
| 12. Préférez-vous rester chez vous au lieu de sortir pour faire de nouvelles activités ? | oui | non |
| 13. Etes-vous souvent inquiet(e) au sujet de l'avenir ? | oui | non |
| 14. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens ? | oui | non |
| 15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque actuelle ? | oui | non |
| 16. Vous sentez-vous souvent triste et déprimé(e) ? | oui | non |
| 17. Vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel ? | oui | non |
| 18. Le passé vous préoccupe-t-il beaucoup ? | oui | non |
| 19. Trouvez-vous la vie très excitante ? | oui | non |
| 20. Avez-vous de la difficulté à entreprendre de nouveaux projets ? | oui | non |
| 21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ? | oui | non |
| 22. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? | oui | non |
| 23. Pensez-vous que la plupart des gens vivent mieux que vous ? | oui | non |
| 24. Vous mettez-vous souvent en colère pour des riens ? | oui | non |
| 25. Avez-vous souvent envie de pleurer ? | oui | non |
| 26. Avez-vous de la difficulté à vous concentrer ? | oui | non |
| 27. Etes-vous heureux/heureuse de vous lever le matin ? | oui | non |
| 28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ? | oui | non |
| 29. Prenez-vous facilement des décisions ? | oui | non |
| 30. Vos pensées sont-elles aussi claires que par le passé ? | oui | non |

Score : : |__|__| /30

Compter 1 si la réponse est non aux questions 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 et oui aux autres.

* Tous droits réservés en totalité ou en partie. Traduction de Bourque, Blanchard L. *Rev Can Vieil* 1990; 9: 348-55. Yesavage JA et al. Geriatric depression screening scale. *J Psych Res* 1983; 17: 37-49.

Echelle de dépression gériatrique : GDS 15 items

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie ? | oui | non |
| 2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ? | oui | non |
| 3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | oui | non |
| 4. Vous ennuyez-vous souvent ? | oui | non |
| 5. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ? | oui | non |
| 6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ? | oui | non |
| 7. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ? | oui | non |
| 8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ? | oui | non |
| 9. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ? | oui | non |
| 10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ? | oui | non |
| 11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ? | oui | non |
| 12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ? | oui | non |
| 13. Avez-vous beaucoup d'énergie ? | oui | non |
| 14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ? | oui | non |
| 15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la votre ? | oui | non |

Score : |__|__| /15

Compter 1 si la réponse est non aux questions : 1, 5, 7, 11, 13, et oui aux autres.

GDS-4 Yesavage's Geriatric Depression Scale

Echelle gériatrique de dépression simplifiée en 4 items

Source : Clément JP, et al. Mini-GDS. Encéphale 1997 ; 23 :91-9.

C'est un test très rapide et fiable à effectuer dans le cadre d'un dépistage systématique à l'occasion d'une consultation dans un contexte d'évènement de vie qui risquerait de faire décompenser un terrain pré-dépressif. Il est intéressant parce qu'il présente une bonne sensibilité (peu de faux négatifs) et une bonne spécificité (peu de faux positifs).

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Valeur des réponses | 1 | 0 |
| 1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ? | oui | non |
| 2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | oui | non |
| 3. Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ? | non | oui |
| 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? | oui | non |

Si le score est égal ou supérieur à 1 il y a une très forte probabilité de dépression.
Si le score est égal à 0 il y a une très forte probabilité d'absence de dépression

Annexe N°8: Lettre de présentation et outil initial

Lettre de présentation

GRELIER Hélène
06 61 83 99 51
helenegrelier@yahoo.fr

A Nantes, Le 07 Septembre 2009

Objet : Thèse de médecine générale

Sujet : Elaboration et validation d'un dossier d'évaluation gériatrique en soin primaire sur la base de la méthode des recommandations de bonne pratique clinique.

Cher confrère, chère consoeur,

Je suis médecin généraliste remplaçante en région Nantaise ; ayant terminé mon DES de médecine générale en mai 2009 je débute mon travail de thèse pour la faculté de médecine de Nantes sous la direction du Dr YVAIN Fabienne.

J'ai pu prendre conscience des difficultés de prise en charge de la personne âgée en soin primaire au contact de mes confrères et consoeurs généralistes lors de mes stages d'internat et au cours de ma pratique quotidienne de médecin généraliste remplaçante ; j'ai donc décidé de me pencher sur la problématique du suivi gériatrique en soin primaire avec comme axe la simplification de la démarche proposée par les gériatres de l'évaluation gériatrique standardisée qui devant la complexité des échelles proposées et leur multiplication semble aux yeux de beaucoup de médecins de terrain non applicable dans une activité de ville.

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) permet de repérer les critères de fragilité des personnes âgées à l'aide d'outils validés. Elle s'organise par item : cognition, autonomie fonctionnelle, douleur, équilibre et risque de chute, thymie, nutrition, environnement socio économique. L'objectif étant la mise en place d'un plan de prévention de la perte d'autonomie chez ses patients repérés comme à risque ou « fragiles ». La grille que je vous propose de tester est une grille mise en place d'après une première recherche bibliographique, sous la direction du Dr YVAIN Fabienne, gériatre sur le pôle gériatrique de St Nazaire ; ceci sur la base d'une grille déjà mise en place au cour d'un séminaire de formation médicale continue destiné à des médecins généralistes de 2 jours organisé par l'UNAFORMEC avec le Dr Yves LEQUEUX, médecin généraliste dans le Pays de Retz. Les outils proposés sont choisis en fonction de leur rapidité de passation et la simplicité d'utilisation par le médecin. Elle a trois objectifs principaux :

Permettre le dépistage des patients âgés « fragiles », à risque de perte d'autonomie ;
Aider à la prise de décision et à la prescription médicale laissées alors au libre choix du médecin ;

Faciliter le transfert d'informations et améliorer ainsi la continuité des soins.

Elle n'est pas un outil diagnostic mais un outil de dépistage et de prévention primaire.

Si vous acceptez de participer au projet, nous vous demandons de tester sur le terrain, lors d'une consultation choisie par vous-même, l'évaluation complète pour 2 à 3 sujets âgés de plus de 75 ans appartenant à votre patientèle ceci sur une courte durée de 1 à 2 mois, puis de répondre avec moi à un questionnaire. Cette étape du questionnaire a pour but d'améliorer la grille grâce à vos avis d'experts de terrain et de la modifier pour l'adapter au mieux à la pratique quotidienne.

La grille s'accompagne d'annexes où vous trouverez tous les outils utiles :
CODEX, ADL, IADL 4 items, GDS 4, Timed Up and Go, EVS et EVA.

En vous remerciant d'avance de votre collaboration active, bien confraternellement.

Hélène GRELIER

Annexe N°9 : Premier questionnaire

Partie I PROFIL DU MEDECIN

Question N°1 Age ?

Question N°2 Sexe ?

Question N°3 Type d'activité ?

- RURAL / SEMI RURAL VILLE
 SEUL GROUPE

Autre activité, si oui laquelle ?

Question N°4 Avez vous une formation gériatrique complémentaire ?

Question N°5 Connaissiez-vous la notion d'évaluation gériatrique standardisée avant ?

Question N°6 Etes-vous amené à réaliser des évaluations gériatriques dans votre pratique quotidienne?

- OUI à l'aide d'échelles standardisées OUI sans l'aide d'échelles standardisées NON

Partie II PERTINENCE

Question N° 1 Par item de l'évaluation gériatrique nous vous demandons :

S'il vous semble justifié de l'évaluer par rapport à vos connaissances.

Si les outils proposés vous semblent adaptés à votre pratique quotidienne.

EVALUATION SOCIALE

Justifié par rapport à vos connaissances. OUI NON

Adapté à votre pratique quotidienne OUI NON

Commentaire libre

ORDONNANCE

Justifié par rapport à vos connaissances. OUI NON

Adapté à votre pratique quotidienne OUI NON

Commentaires libres

NUTRITION

Justifié par rapport à vos connaissances OUI NON

Adapté à votre pratique quotidienne OUI NON

Commentaire libre

TROUBLES COGNITIFS

Justifié par rapport à vos connaissances OUI NON

Adapté à votre pratique quotidienne OUI NON

Commentaire libre

Un autre outil vous semble-t-il plus adapté à votre pratique quotidienne ?

- MMSE Test de l'horloge Test des 5 mots de Dubois Autre lequel :

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Justifié par rapport à vos connaissances OUI NON

Adapté à votre pratique quotidienne OUI NON

Commentaire libre sur ADL et IADL

Un autre outil vous semble-t-il plus adapté à votre pratique quotidienne ?

- Grille AGGIR Autre lequel :

L'utilisation de l'ADL vous semble-t-elle pertinente pour le repérage d'une incontinence ?

- OUI NON

Si non pourquoi ?

TROUBLE NEUROSENSORIEL

Justifié par rapport à vos connaissances OUI NON

Adapté à votre pratique quotidienne OUI NON

Commentaire libre

CHUTE

Justifié par rapport à vos connaissances OUI NON

Adapté à votre pratique quotidienne OUI NON

Commentaire libre

Un autre outil vous semble-t-il plus adapté à votre pratique quotidienne ?

- Epreuve de Tinetti Appui unipodal Autre lequel :

THYMIE

Justifié par rapport à vos connaissances OUI NON

Adapté à votre pratique quotidienne OUI NON

Commentaire libre

Un autre outil vous semble-t-il plus adapté à votre pratique quotidienne ?

GDS 15 GDS 1 MADRS Autre lequel :

DOULEUR

Justifié par rapport à vos connaissances OUI NON

Adapté à votre pratique quotidienne OUI NON

Commentaire libre

Question N° 2 Quel(s) élément(s) vous semble(nt) indispensable(s) ?

Tous

Informations administratives

Evaluation de l'incontinence

Evaluation de l'ordonnance

Evaluation des troubles neurosensoriels

Evaluation nutritionnelle

Evaluation du risque de chute

Evaluation cognitive

Evaluation thymique

Evaluation de l'autonomie fonctionnelle

Evaluation de la douleur

Question N° 3 A quelle(s) fin(s) utiliseriez-vous cette grille ?

Hospitalisation

Consultation de spécialiste

Si oui pour une des deux réponses précédentes, quelle(s) information(s) transmettriez-vous ?

Dossier patient (comme outil de suivi des critères de fragilité des patients)

Aide à la prescription

Aide à la prise de décision médicale.

Démarches administratives et sociales (dossier APA, inscription en maison de retraite...)

Partie III FAISABILITE

En considérant que vous remplissez la grille en tant que médecin traitant du patient.

Question N°1 Nombre de patients testés ?

Question N°2 Temps de passation estimé par item à la première utilisation.

Evaluation sociale

Troubles neurosensoriels

Traitements

Chute et équilibre

Nutrition

Thymie

Troubles cognitifs

Douleur

Autonomie fonctionnelle

Question N°3 Estimation du nombre de consultation(s) nécessaire(s) pour remplir la grille complète ?

Une seule : Temps alors estimé pour remplir toutes les informations de la grille sur une seule consultation ?

Entre 15 et 20 mn Entre 20 et 30 mn Entre 30 et 45 mn

Deux consultations

Trois consultations

Plus de trois consultations

Question N°4 Comptez-vous utiliser cette grille d'évaluation gériatrique dans votre pratique quotidienne ?

OUI NON

Question N°5 (Si oui à la question N°4) Si oui pourquoi ? Quels éléments utiliseriez-vous dans votre pratique quotidienne ? Tous

Informations administratives

Evaluation de l'incontinence

Evaluation de l'ordonnance

Evaluation neurosensorielle

Evaluation nutritionnelle

Evaluation du risque de chute

Evaluation cognitive

Evaluation thymique

Evaluation de l'autonomie fonctionnelle

Evaluation de la douleur

Pour quel(s) type(s) de patient(s) utiliseriez-vous cette grille ? (âge, comorbidités, autonomie)

A quelle fréquence remettrez-vous à jour cette grille ?

Accepteriez-vous d'être recontacté, sans obligation d'utilisation, dans 6 mois puis 1 an ? OUI NON

Question N° 6 (Si NON à la question N° 4) Si non pourquoi ?

Question N°7 Pourriez-vous intégrer la grille dans votre dossier patient ? OUI NON

Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Annexe N°10 Second questionnaire

Question N° 1 :

Utilisez-vous toujours la grille dans votre activité quotidienne ?

Oui dans son ensemble

Oui mais une partie seulement

Quel(s) élément(s) avez-vous alors conservé pour votre pratique ?

Evaluation sociale :

Evaluation de l'ordonnance :

Evaluation nutritionnelle :

Evaluation du risque de chute (Timed up and go et chute antérieure) :

Evaluation neurosensorielle :

Evaluation thymique (GDS 4) :

Evaluation cognitive (CODEX) :

Evaluation de la douleur (EVA, EN) :

Evaluation de l'autonomie fonctionnelle (IADL 4 items et ADL) :

Evaluation de l'incontinence :

Non

Si non pourquoi ?

Question N° 2

Pour quels patients l'utilisez-vous ?

Question N° 3 :

L'avez-vous intégrée à votre dossier médical ?

Si oui comment ?

Si non pourquoi ?

Question N° 4 :

En quoi cet outil a-t-il modifié votre pratique ?

Vous a-t-elle aidé à mieux orienter les patients dans un réseau gériatrique ?

Vous a-t-elle aidé en prévention primaire à dépister des problématiques qui n'auraient pas été soulevées sans et en quoi ?

A-t-elle changé votre regard sur la gériatrie et les sujets âgés et en quoi ?

Question N° 5 :

Quelle est la valeur ajoutée de cet outil pour votre pratique ?

Annexe N°11 Réunion « groupe qualité » AMPR (Lundi 29 mars 2010)

Intervenants : Dr Fabienne Yvain (gériatre), Hélène Grellier (MG remplaçante en cours de thèse sur ce sujet)

Sujet : Elaboration et validation d'un dossier d'évaluation gériatrique en soin primaire.

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) permet de repérer les critères de fragilité des personnes âgées à l'aide d'outils validés. Elle s'organise par item : cognition, autonomie fonctionnelle, douleur, équilibre et risque de chute, thymie, nutrition, environnement socio économique.

Les outils proposés dans cette grille ont été sélectionnés sur 2 critères : leur rapidité de passation et la simplicité d'utilisation par le médecin.

Ce n'est pas un outil diagnostique mais un outil de dépistage et de prévention primaire.

Elle a trois objectifs principaux :

1. Permettre le dépistage des patients âgés « fragiles », à risque de perte d'autonomie ;
2. Aider à la prise de décision et à la prévention de la perte d'autonomie chez ses patients repérés comme à risque ou « fragiles ».
3. Faciliter le transfert d'informations et améliorer ainsi la continuité des soins.

Méthodes de travail :

1. Avant la réunion « GQ » : Tester, lors d'une (ou plusieurs) consultation(s) choisie(s) par vous-même, l'évaluation complète d'un patient âgé de plus de 75 ans et de répondre à un questionnaire sur la pertinence et la faisabilité des différents outils.

2. Réunion de travail :

- feed-back individuel (à l'aide de la grille et du questionnaire) : commentaires sur utilité, la pertinence, la faisabilité et propositions de modifications éventuelles... avec comme objectif de valider un outil utilisable en pratique généraliste.
- commentaires et débat avec les intervenants

Les outils :

1. La grille d'évaluation gériatrique en soin primaire
2. Les outils utilisés :
CODEX, ADL, IADL 4 items, GDS 4, Timed Up and Go, EVS et EVA.
3. Le questionnaire sur la pertinence/faisabilité

Bon courage et au lundi 29/03

QUESTIONNAIRE EVALUATION GRILLE

Question 1 : Les outils proposés vous semblent adaptés à votre pratique quotidienne.

EVALUATION SOCIALE (Questionnaire)

1. OUI
2. NON

Commentaires :

ORDONNANCE (Hiérarchisation des antécédents et évaluation de l'ordonnance)

1. OUI
2. NON

Commentaires :

NUTRITION (Poids, taille, IMC, état buccodentaire, régime restrictif)

1. OUI
2. NON

Commentaires :

TROUBLES COGNITIFS (CODEX)

1. OUI
2. NON

Commentaires (un autre outil vous semble-t-il plus adapté à votre pratique quotidienne ?) :

AUTONOMIE FONCTIONNELLE (ADL et IADL)

1. OUI
2. NON

Commentaires (un autre outil vous semble-t-il plus adapté à votre pratique quotidienne ?
L'utilisation de l'ADL vous semble-t-elle pertinente pour le repérage d'une incontinence ? Si non pourquoi ?) :

TROUBLE NEUROSENSORIEL (Vue, ouïe, examen des pieds)

1. OUI
2. NON

Commentaires :

CHUTE (Recherche de chute dans l'année et timed up and go)

1. OUI
2. NON

Commentaires : un autre outil vous semble-t-il plus adapté à votre pratique quotidienne ?

THYMIE (GDS 4)

1. OUI
2. NON

Commentaires (un autre outil vous semble-t-il plus adapté à votre pratique quotidienne ?)

DOULEUR (EVA, EVS)

1. OUI
2. NON

Commentaires :

DOSSIER RADIO BIOLOGIQUE

1. OUI
2. NON

Commentaires :

Question 2 : Quel(s) élément(s) de la grille d'évaluation vous semble(nt) indispensable(s) ?

1. Informations administratives
2. Evaluation de l'ordonnance
3. Evaluation nutritionnelle
4. Evaluation cognitive
5. Evaluation de l'autonomie fonctionnelle

6. Evaluation de l'incontinence
7. Evaluation des troubles neurosensoriels
8. Evaluation du risque de chute
9. Evaluation thymique
10. Evaluation de la douleur

Question 3 : A quelle(s) fin(s) utiliseriez-vous cette grille ?

1. Hospitalisation
2. Consultation de spécialiste
3. Dossier patient (comme outil de suivi des critères de fragilité des patients)
4. Aide à la prescription
5. Aide à la prise de décision médicale.
6. Démarches administratives et sociales (dossier APA, inscription en MR...)

Question 4 : Avez-vous rempli cette grille en une consultation ?

1. OUI : temps estimé -----
2. NON

Deux consultations

Trois consultations

Question 5 : Temps total estimé pour passation de la grille complète :

Question 6 : Comptez-vous utiliser cette grille d'évaluation gériatrique dans votre pratique?

1. OUI
2. NON

Question 7 : Pourriez-vous intégrer la grille dans votre dossier patient ?

1. OUI comment ? -----

2. NON pourquoi ? -----

Retranscription complète de la réunion du groupe qualité du Pays de Retz du 29/03/2010

Animateur : « Après un séminaire sur la dépendance de 2 jours où on nous avait proposé des outils d'évaluation gériatrique et où, par petits groupes, on avait eu pour objectif de simplifier avec un choix d'outil pertinent et adapté, le **Docteur X** me dit qu'en pratique gériatrique ils ne les utilisent pas tous. En plus la participation du groupe qualité du Pays de Retz que nous formons m'a semblé adapté pour aider un jeune confrère pour sa thèse ; ça fait partie de notre rôle. L'objectif était donc pour vous de tester cette grille dans votre pratique pour que l'on discute autour de la pertinence et de la faisabilité de cet outil qui a trois objectifs : Dépister les sujets à risque de perte d'autonomie, améliorer la communication dans un réseau et faciliter nos prises de décision. Il paraît plus simple d'organiser la réflexion par item de la grille. En faisant un tour de table vous allez nous exposer votre avis et vos propositions concernant la première partie qui concerne l'environnement social.»

Médecin 2 : « C'est très intéressant évidemment d'avoir tout ça. Mais je n'avais pas la réponse, la connaissance en tant que médecin pour toutes les aides. Cela me paraît hyper important et comment avoir les informations à chaque fois ? Il y a probablement besoin d'une systématisation. »

Médecin 9 : « On dit c'est social ! Pour ceux chez qui j'ai des difficultés c'est dans le dossier de l'hôpital que c'est noté alors que si on les gère en ambulatoire, avec le CLIC, on n'a rien ; aucun courrier, aucune info.»

Médecin 3 : « J'interromps tout de suite. Question ; est ce que toutes ces aides c'est médical ou social ? Est-ce qu'on devient assistante sociale ou reste-t-on soignant ? »

Médecin 8 : « C'est médico-social la prise en charge des personnes âgées, c'est médico-social ! Je te réponds et ça fait longtemps que j'y réfléchis. Je vous avais proposé un travail, d'ailleurs, et c'est fondamental d'avoir ça dans son dossier chez ces personnes ; mais je te rassure j'en ai plein, moi aussi où je n'ai pas tout ça dans mon dossier. Cette feuille là peut être une feuille qui te désespère de continuer alors qu'après il y a plein de choses très intéressantes. Mais là il faut peut être Bon, le numéro du CLIC ou SIGPA, personne de confiance par oui ou non. APA et les correspondants médicaux j'enlève, le lieu de vie ou l'habitat bah si tu y vas oui sinon ce sera non. »

Animateur : « Ok d'accord. Des commentaires ? »

..... « Brouhaha général. »

Médecin 5 : « Les correspondants en réalité ce n'est pas facile, c'est totalement pertinent, ça devrait être réflexe sauf que ça ne l'est pas. »

Médecin 4 : « Moi ça ne me gêne pas. »

Médecin 5 : « Est ce que ces gens là voit beaucoup de spécialistes ? Savoir qui est le rhumato... . Ce qui serait intéressant c'est de savoir s'il a des collyres.»

Médecin 9 : « Oui mais seulement ce qu'il a. Si tu marques que son ophtalmo c'est untel tu ne sais pas si ça fait un, trois ou dix ans qu'il ne l'a pas vu. »

Médecin 5 : « On est dans le parcours de soins, vous avez beaucoup de vos patients qui vont voir leur spécialiste sans passer par vous, à part les ophtalmos ? »

Médecin 9 : « Les rapports des spécialistes sont souvent hospitaliers et donc je ne les connais pas forcément.»

Médecin 3 : « Oui sans doute c'est utile. Nous on le sait dans la conversation avec les gens. C'est quoi le CLIC ? Les aidants principaux oui toujours essentiel sinon c'est toi. Oui je n'enlève rien car on intervient sur tout. Je ne rajoute pas et j'enlève rien. »

Médecin 4 : « Le numéro du CLIC ça me passionne pas. Maintenant, pour les aides, la prescription c'est moi qui la fais. Portage des repas je ne sais pas et c'est sûrement intéressant. C'est sûrement intéressant de savoir s'il a l'APA. »

Médecin 6 : « Par contre, c'est les items qui m'intéressent plutôt que le score. Pour l'AGGIR je suis emmerdé parce que je suis obligé d'appeler les gens ; je ne sais pas s'ils font leur toilette et l'habillage ; par contre orientation et cohérence je sais. Je n'en sais strictement rien si APA ou non mais ça m'importe peu. »

Médecin 3 : « Le domicile. Maintenant on ne fait plus de visite à domicile. Le lieu de vie nous échappe. La visite restait un espace privilégié. On se prive d'informations énormes. Avant on connaissait quasiment toutes les maisons. Sauf pour l'ophtalmo je ne prends qu'un seul numéro de téléphone.»

Médecin 7 : « Je ne sais pas si c'est utile d'avoir tous les numéros. L'infirmière en général on la connaît, les aides c'est important de le savoir, l'APA En général on connaît les spécialistes c'est nous qui les envoyons. »

Médecin 6 : « J'ai l'impression d'avoir le cahier de mes patients en maintien à domicile, en théorie c'est bien mais c'est lourd mais non testé, l'APA c'est bien. Beaucoup de choses que je n'ai pas dans le dossier jusque là, pour mes patients en forme j'ai rien de tout ça.»

Médecin 9 : « J'ai découvert des choses sur ma petite dame mais pour notre pratique à nous on met ça où ? Quand ? Voilà c'est intéressant et ça évolue on fait ça tous les combien ? C'est difficile à suivre au long terme »

Médecin 5 : « Bien mais pour les gens qui sont dépendants »

Médecin 8 : « Mais comment prévenir quand les gens vont devenir dépendants, qui va le remplir ? Comment ça se passe, c'est nous qui devons le remplir ? Même questionnement que j'ai quand est ce qu'on devient dépendant ? Est ce que c'est les aides ou est-ce que c'est des critères pour voir. La grille AGGIR oui mais elle évolue très rapidement 15 jours après c'est plus vrai. C'est bien mais on n'est pas dans de la prévention mais plutôt dans des gens déjà dépendants. »

Médecin 9 : « Les outils derrière c'est bien. Mais concrètement, sur le format global, j'ai commencé par recopier mon dossier peut être pour transmettre mais... . Toutes les informations administratives ! Et pour appeler le CLIC je fais le 118 712. Les aides à domicile sont souvent évolutives alors comment on met à jour ? Ça me pose souci sur les correspondants : il y a aussi le dentiste et les podologues. J'ai déjà lieu de vie adapté ou non.»

Animateur : « Personne de confiance ou aidant principal, un seul numéro me semble suffisant plutôt quelqu'un à qui s'adresser, les aides c'est des choses rapides et les correspondants médicaux ça me paraît pas très pertinent j'ai déjà dans le dossier ceux qui sont connus, est-ce vraiment pertinent ? J'aurai mis quelque chose sur les conditions de vie pour savoir si veuve ou isolée, la dépendance, la fragilité elle est vachement moins importante quand on est en couple que quand on est seul.»

Médecin 9 : « Typiquement c'est bien à transmettre mais toi tu le sais »

Médecin 8 : « C'est une grille d'évaluation »

Médecin 9 : « Oui, des fois j'ai découvert pour des gens qu'ils étaient seuls alors que je le savais pas trop alors c'est utile de parfois poser la question. Lieu de vie adapté ou non, oui évidemment c'est pertinent ! Maintenant quand on y va pas c'est difficile, maintenant il faut poser la question aux gens qui y vont, moi j'ai rien de plus à dire, l'habitus, le métier antérieur moi je l'ai viré je vois pas ce que ça m'a apporté là dedans, la téléalarme on n'a pas noté.»

Médecin 8 : « Pour rebondir sur ce que dit **Animateur**, il n'y a rien de pire que de commencer une grille d'évaluation par des questions où on n'a pas de réponse ; parce que moi ça m'est arrivé plein de fois de commencer avec des choses comme ça et de me dire ce n'est pas vrai, je ne vais pas y arriver.»

Médecin 2 : « Ce que dit **Médecin 4** il a tout à fait raison si on commence avec des trucs hardis dans notre tête des trucs difficiles à répondre... »

Médecin 3 : « Vous n'avez pas l'impression que l'on fait du Mr JOURDAIN tous les jours qu'on fait tout ça sans savoir »

Médecin 8 : « Non **Médecin 3** on le fait tous les jours mais on le fait mal donc je suis complètement d'accord qu'il nous faut des guides c'est tout à fait pertinent. D'abord parce que tu fais mieux et ça fait longtemps qu'on travaille là-dessus et c'est compliqué d'avoir de bons outils et c'est pour ça que c'est bien d'en discuter parce qu'en fait moi je n'ai pas l'impression qu'on a des bons outils pour évaluer la personne âgée au domicile et savoir comment il faut évaluer et quelle grille il nous faut pour l'évaluer. »

Animateur : « Est-ce que ceux qui l'ont fait ont appris des choses sur leur patient qu'ils ne connaissaient pas ? »

Groupe : « Oui » A la quasi unanimité

Médecin 3 : « Avec le pilulier et la famille tu demandes et tu as toutes les informations »

Médecin 8 : « le pilulier ne règle pas tout les problèmes »

Médecin 3 : « Tu y vas et tu regardes, c'est vrai qu'on n'y va plus... »

Médecin 1 : « Moi ce qui me limite c'est le facteur temps, j'ai tendance à donner la priorité plutôt à tout ce qui est purement médical effectivement aide à la personne, la famille et le SIGPA mais pas me charger le dossier avec tous ce qui est purement administratif. »

Animateur : « On va passer à votre avis sur la seconde partie sur l'évaluation de l'ordonnance, on va procéder dans le sens inverse. »

Médecin 1 : « ok pour le rappel à l'ordre plus de 4 médicaments et recherche de collyre car problématique. Tout est pertinent et simple. »

Médecin 2 : « Réévaluer l'ordonnance si plus de 4 médicaments je ne trouve pas ça con du tout, espèce de rappel à l'ordre qui est pas mal. Euh... je suis gêné, tout le monde a fait la même réflexion tout à l'heure sur les collyres, Ben moi non plus je ne les connais pas et sinon tout le reste est assez pertinent et assez facile a remplir. »

Médecin 3 : « Quand ils ont des beta bloquants et qu'ils nous font des emmerdes. »

Médecin 4 : « Par méconnaissance oui, mais non ça m'emmerde »

Médecin 5 : « Les collyres, je ne vois pas comment résoudre le problème »

Médecin 8 : « Faut demander, si tu es au cabinet tu leur demandes de te rappeler et de te dire le nom du collyre et ça, ça marche à tous les coups. »

Médecin 3 : « S'il te dit Lamaline suppo tu dis Non ! »

Médecin 2 : « Aussi rappeler les psychotropes, c'est bien fait ça »

Médecin 5 : « Tout ça c'est dans mon dossier alors ça sert à quoi ... ? C'est redondant, c'est mon dossier médical de base sauf les collyres effectivement tout est déjà dans le dossier »

Animateur : « Trouves-tu ça intéressant qu'il y est l'annotation plus de 4 médicaments ? »

Médecin 5 : « C'est sur que ça devrait être automatique dans le logiciel que quand il y en a plus de 4 »

Médecin 3 : « Il manque les vaccinations »

Animateur : « Ca arrive tu n'as pas tourné la page »

Médecin 6 : « Quand il a 14 de tension et qu'il n'y a pas de malaise ou de machin non, pas de recherche d'hypotension orthostatique, de toute façon moi j'y arrive pas à ce machin, j'ai toujours essayé j'ai jamais rien compris »

Médecin 7 : « Pas facile à faire pour être très franc »

Médecin 3 : « C'est prévention des chutes, à partir du moment où il ne cause pas, il ne dit pas s'il a chuté, si tu cherches tous les signes négatifs t'as pas fini ... on va bouffer le budget comme à l'hôpital »

Animateur : « C'est une procédure sur plusieurs jours, mais ne serai ce que la tension artérielle debout et allongé quand ça passe de 15 à 10... »

Médecin 3 : « Oui mais il y a des symptômes »

Animateur : « Pas forcément, pas forcément tu peux très bien n'avoir aucun symptôme quand il y a 2 ou 3 antihypertenseurs et neuroleptiques et somnifères on est dans une situation où ça vaut le coup »

Médecin 3 : « Ouais bah tu réévalues ton ordonnance et il y a 6 médicaments et on va retirer ça, oh bah non, oh bah non mais pour mon cœur vous m'avez rien donné pour mon cœur. L'automédication alors mais il y a aussi de la non médication parce que quand tu ouvres les placards là c'est pas mal »

Médecin 5 : « Je suis bien incapable de répondre dans l'automédication »

Médecin 9 : « Y en a plein dans l'armoire... »

Médecin 7 : « Je ne vois pas trop automédication, je n'ai pas trop compris. Le reste c'est du copier coller de mon dossier c'est vrai que l'hypotension orthostatique on y pense pas systématiquement à la rechercher chez nos patients âgés »

Médecin 8 : «Tout est très intéressant mais pas double emploi, on ne va pas recommencer à tout écrire, il faut trouver des passerelles pour que l'on puisse déjà utiliser les moyens qu'on a. Quand j'envoie un courrier à un confrère, ça apparaît tout les antécédents, les vaccins, les traitements c'est bien de l'aborder mais si on l'a déjà à quoi ça sert de recopier comme dans les dossiers. Un bon dossier médical c'est un dossier informatisé, quand j'envoie des gens à l'hôpital je passe à mon cabinet, l'ambulancier passe le chercher et c'est l'occasion si les dossiers ne sont pas parfaits de le remettre à jour. Il faut se méfier, pour améliorer nos pratiques, du risque de redondance. Je rêve qu'on puisse transmettre des dossiers médicaux comme ça, il ne faut pas en mettre trop au risque de te désespérer»

Médecin 9 : «En visite j'ai trouvé que c'était bien, j'ai cherché où était mes antécédents au propre et en générale qu'est ce que je fais, je reprends le dernier courrier hospitalier. Pour les points positifs c'est les collyres, là elle en prenait pas si c'était le cas je l'aurai sûrement appris à ce moment là.

Dans l'ordonnance par contre les DCI bon enfin voilà... ce qui m'interpelait c'est la durée de traitement si le document est rempli une fois par an c'est leur traitement au long cours parce qu'on ne va pas mettre leur traitement antibiotique pour 4 jours du coup on le sait pas avant qu'il sera pour 3 mois concrètement je garde mon ordonnance et cette partie a lieu de sauter et on la transmet comme avant »

Animateur : « Beaucoup de choses redondantes, le dossier est informatisé au cabinet, j'ai dans mon dossier 2 questions : Avoir l'ordonnance et surtout la question de la polymédication et rappeler l'idée de la réévaluation c'est bien et même si on a l'ordonnance mettre pour les psychotropes je mettrais plus de 2 psychotropes parce que je me suis surpris sur des ordonnances. Le fait de se poser la question ça me paraît pour moi important. Donc l'ordonnance et deux questions : Hypotension orthostatique et plus de 2 psychotropes ? dans ordonnance complète mettre collyre et automédication c'est un vœu pieux. Toxique oui on les connaît, les allergies et intolérances c'est dans le dossier. Je garderai ce qu'on n'a pas dans notre dossier.»

Médecin 5 : «On a rien à domicile, problème des visites à domicile et des dossiers pas bien remplis »

Animateur « On peut passer à la partie suivante avec le CODEX dans l'évaluation des troubles cognitifs si personne n'a rien à ajouter.»

Médecin 1 : «L'horloge c'est un très bon outil, oh oui c'est formidable.»

Médecin 3 : «Je n'ai jamais vu quelqu'un dément avec un test de l'horloge normal, jamais. »

Médecin 1 : « Très bien, ne prend que cinq à dix minutes.»

Animateur : « Très bien. Le test de l'horloge ok il est hautement révélateur mais il est long à expliquer. »

Médecin 9 : « La cotation du test de l'horloge est simplifiée si c'est pathologique c'est rapide un merci pour l'utilité en consultation. »

Médecin 8 : «Très bien. Souvent c'est le médecin qui n'est pas à l'aise en consultation.»

Médecin 7 : « Très bien.»

Médecin 6 : « Le test de l'horloge est difficile à accepter pour le patient en difficulté.»

Médecin 5 : « Je l'utilise déjà en pratique.»

Médecin 4 : « Je ne l'ai pas testé mais il me paraît simple en pratique quotidienne. Le test de l'horloge est pertinent.»

Médecin 3 : « Le test de l'horloge en dépistage apporte énormément, il faut être systématique.»

Médecin 2 : « Très bien, facile à faire. Je cherchais, j'ai trouvé. »

Animateur « Bon apparemment il y a de bons retours nous allons avancer et passer aux échelles d'autonomie l'IADL et l'ADL.»

Médecin 1 : « Ca sort du purement médical. Je veux que ce soit quelqu'un d'autre que moi qui s'en occupe car ça occupe du temps. Sinon ce n'est pas compliqué. »

Animateur : « Simple, pragmatique, concret. L'IADL c'est le maintien à domicile. Elle influence ta prescription puisque ça modifie ta vision. Pourquoi ne pas déléguer à une IDE ou un tiers. Il existe des outils de délégation dans d'autres Pays, on se sert des clignotants qui s'allument on fait ce qu'on veut. Il y a besoin d'une évaluation plus fine si l'IADL est pathologique en convoquant la famille, voir un spécialiste, revoir un problème d'aide à domicile... »

Médecin 9 : « L'ADL est redondant avec l'AGGIR ; l'idée c'est d'aller sur un seul outil et le GIR est plus connu. Finalement on sait quand c'est nos patients. Ce n'est pas adapté à la pratique rurale dans la question sur les transports en commun, c'est moins pertinent à la campagne. Souvent on a déjà une approche et c'est redondant avec la première partie. Il faut les faire régulièrement pour les maîtriser. »

Médecin 8 : « Fondamentaux ! Ces tests de dépistage. L'AGGIR c'est des sous. Ça permet de voir des gens au tout début et même quand personne n'a rien signalé. AGGIR est utile pour l'évolution on est ici dans du dépistage rapide, la grille AGGIR est uniquement financière. »

Médecin 7 : « C'est intéressant mais je n'ai pas eu le temps de les faire. »

Médecin 6 : « Je supprime le score, juste oui/non. Le score n'est pas l'objectif. »

Médecin 5 : « C'est plus simple à utiliser que l'AGGIR. »

Médecin 4 : « C'est la même chose mais en l'absence d'accompagnant c'est problématique car non avoué. Sinon les réponses sont inadaptées, il faut une tierce personne. »

Médecin 2 : « Deux très bon tests. Le problème est celui des réunions de coordination car en l'absence de réseau gérontologique on bute sur les difficultés de temps de coordination le seul blocage du réseau du Pays de Retz c'était l'organisation et les temps de réunion même si on avait tous tous les outils. »

Animateur : « Très bien alors passons à l'évaluation du neurosensoriel et les outils proposés, A Toi »

Médecin 9 : « Incapable de quantifier ; faut il le faire ou pas ? »

Médecin 8 : « C'est dans le dossier. »

Médecin 7 : « Qu'est ce qu'on en fait ? Problème de l'appareillage parfois très difficile à s'adapter. Les consultations ophtalmo nous échappent. Les pédicures parfois c'est mieux qu'ils n'en voient pas ... »

Médecin 6 : « L'ouïe c'est difficile ; les comptes-rendus ophtalmo on n'est pas au courant les pieds chez les diabétiques oui sinon non. »

Médecin 5 : « On s'en occupe que lorsqu'ils sont tombés sinon pas de prévention. »

Médecin 4 : « Je demande mais je ne note pas. »

Médecin 3 : « C'est parfois délicat et intrusif et selon que la gêne soit importante ou au début il n'y a pas toujours de demande, de plainte, il existe un problème d'argent sous jacent pour les lunettes, la pédicure, l'appareillage et on est confronté au rapport argent/ santé. »

Médecin 2 : « Intéressant c'est comme la bouche il faut regarder. L'otoscopie oui en pratique et aussi pour les bouchons sous les appareils Sur la vue on est plus sensibilisés car ils en parlent ils sont peu à ne pas être suivis en ophtalmo. L'ouïe ça ne me vient pas devant le nez. »

Médecin 1 : « On est trop intuitif, on a besoin d'outils simples pour évaluer l'ouïe et la vue. Pour les pieds on ne déshabille pas suffisamment les gens. »

Animateur : « Examen des pieds seulement oui/ non à spécifier. Il faut savoir faire des consultations ciblées parfois. Alors concernant la nutrition c'est la page après les outils qu'en pensez-vous ? »

Médecin 1 : « Le problème lors des visites est qu'il n'y a pas de balance. La taille c'est essentiel notamment pour dépister l'ostéoporose mais on ne sait pas, mais ce sera bien. »

Animateur : « Une taille estimée ? Ils se rappellent leur taille initiale. Garder stomato ou plutôt mode d'alimentation : mixé ou pas, plutôt notion de fausse route. Il est plus important d'avoir l'IMC que la notion de régime restrictif le libellé est imprécis. Spécifier un chiffre d'IMC à risque si inférieur à... »

Groupe « Oui » Brouhaha général

Médecin 9 : « Problèmes buccodentaires plutôt intéressant, c'est un plus car intéressant de savoir dans la prise en charge. »

Médecin 8 : « Je fais déjà le poids à chaque consultation au cabinet mais à domicile c'est plus difficile. Depuis une formation sur l'ostéoporose je fais la taille à l'âge d'arrivée à la ménopause. »

Médecin 7 : « Il faut une cinétique car le poids à un temps « t » d'accord mais après ? »

Médecin 6 : « Je ne pèse personne à chaque consultation »

Médecin 5 : « Seule la cinétique du poids est intéressante. Plutôt que l'état buccodentaire un poids de référence et la notion de stabilité et de perte récente. »

Médecin 4 : « Pesée seulement si facteur de risque : diabète ou insuffisance cardiaque, je préfère les courbes. Taille je ne fais pas mais c'est important pareil pour l'état buccodentaire car ils ne mangent plus de viande parce que c'est trop dur... »

Médecin 3 : « Je le fait mais on le voit. L'évaluation de l'état buccodentaire oui c'est un plus. »

Médecin 2 : « Pour le type d'alimentation rajouter qu'il faut leur dire qu'ils peuvent manger ce qu'ils veulent et c'est bien d'avoir un alinéa »

Animation : « Chut, bon on va passer à la chute il faut avancer un peu, les outils c'était le Timed up and go et le questionnement sur la chute dans l'année précédente.»

Docteur X : « Aujourd'hui on parle un peu plus du Walking and Talking plus informatif mais ce sont les outils des recommandations.»

Médecin 2 : « Outils connu, le Timed UP and Go est parfait et indispensable.»

Médecin 3 : « Pas fait.»

Médecin 4 : « Je l'ai découvert, je ne le connaissais pas.»

Médecin 5 : « Il demande du temps et c'est difficile pour se concentrer sinon simple à réaliser.»

Médecin 6 : « Je connaissais mais je ne faisais pas ; mais je pense que je vais le faire.»

Médecin 7 : « Je le fais déjà lors d'une chute mais pas le Timed Up and Go je vais m'y mettre.»

Médecin 8 : « Bon test.»

Médecin 9 : « A domicile ce n'est pas évident de trouver 3 mètres.»

Animateur : « Très bon test il est simple et facile de leur demander de marcher. Le nombre d'hospitalisation pour chute est impressionnant ! »

Médecin 1 : « Je fais la double tâche implicitement.»

Animateur : « Les derniers tests évaluent la thymie et la douleur que pensez vous du GDS 4 ? »

Médecin 2 : « La GDS est simple mais ils sont tous dépressifs ... ! Je fais l'EVS en pratique.»

Médecin 3 : « Le GDS ... ils sont souvent dépressifs ? J'utilise l'EVA.»

Médecin 4 : « Je ne le fais pas mais souvent dépressifs a priori avec ces questions ? La douleur est surévaluées par les gens, l'outil est reproductible mais la douleur est très personnelle.»

Médecin 5 : « Les questions du GDS sont délicates à poser ; je n'utilise pas l'EVA mais plutôt une évaluation intuitive.»

Médecin 6 : « Le GDS 4 est plus important que la douleur car c'est souvent une souffrance dépressive.»

Médecin 7 : « Pour la douleur plutôt poser la question et si oui EVA pour une évaluation dans le suivi.»

Médecin 8 : « J'ai beaucoup de difficultés avec le GDS 4 car les questions sont inadaptées devant un sujet âgé j'ai donc des difficultés pour conclure sur ces résultats dans ma pratique.»

Animateurs : « Il y a beaucoup d'objections sur ce GDS 4 et de doutes quand à la sensibilité et la spécificité je propose que vous le testiez dans votre pratique sur une quinzaine de patients et que l'on se réunisse pour en reparler, nous allons vu l'heure, nous arrêter là, merci à tous d'avoir participé.»

..... « Brouhaha général »

LISTE DES ABREVIATIONS

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CTF : Canadian Task Force
CGA : Comprehensive Geriatric Assessment
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultation
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FMC : Formation Médicale Continue
GEMU : Geriatric Evaluation and Management Unit
GDS : Geriatric Depression Scale
GRECO : Groupe de Recherche et d'Evaluation des Outils Cognitifs
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
HTO : Hypotension Orthostatique
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé
MA : Maladie d'Alzheimer
MNA : Mini Nutritional Assessment
MMSE : Mini Mental Test Examination
OMG : Observatoire de la Médecine Générale
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PNNS : Plan National Nutrition Santé
PMSA : Programme de Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé
SFDRMG : Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale
SFMG : Société Française de Médecine Générale
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
USPSTF : U.S. Preventive Task Force

Bibliographie:

1. InVes. Numéro thématique. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. La santé des personnes âgées Février 2006 ; N°5-6.
2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
3. URML Ile de France. Enquête "perte d'autonomie". 2004.
4. Gaudout Poudens L. Evaluation gériatrique standardisée, expérience en médecine générale, enquête prospective. Thèse de médecine générale. Faculté de Bordeaux. 2000.
5. Raymond G. Analyse des difficultés lors de l'évaluation gériatrique standardisée en médecine générale enquête en pays de l'angoumois. Thèse de médecine générale. Faculté de Poitiers. 2008 ; N°1097 A.
6. <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
7. INSEE. Espérance de vie en bonne santé. Source Eurostat. 25.08.2009. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=98&ref_id=CMPECF02228
8. URML Ile de France. Enquête personne âgée et dépendance. 2001.
9. Trivalle C. Gériatrie préventive. Eléments de prévention du vieillissement pathologique. MASSON 2^{ème} Edition.
10. Trivalle C. Mise au point. Le syndrome de fragilité en gériatrie. Médecine & Hygiène Novembre 2000 ; 2323 : 2312-5.
11. Winograd C., Gerety M. & Chung MAA. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. J Am Geriatr Soc 1991 ; 39 : 778-84.
12. Fried L. Frailty. In. Principles of geriatric medicine and gerontology. New York. Mc Graw-Hill Inc. 3rd Edition. 1994 ; : 241-8.
13. Hogan D., MacKnight C. & Bergman H. Models, definitions, and criteria of frailty. Aging Clin Exp Res . 2003 ; 15 : 1-29.
14. Winograd C. & Gerety MEC. Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation. J Am Geriatr Soc. 1983 ; 36 : 1113-9.
15. Ahmed N., Mandel R., Fain MJ. Frailty : an emerging geriatric syndrome. Am. J. Med. Sep 2007 ; 120(9) : 748-53.
16. Rubenstein L. An overview of comprehensive geriatric assessment : rational, history, program models, basic component.. In . Geriatric assessment technology: The state of the art. New York. Rubenstein L, Wieland D & Bernabei R Editions. Springer 1995.
17. Rubenstein L, Josephson K, Wieland G, English P, Sayre J & Kane R. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized control trial. N. Engl. J. Med. 1984 ; 311(26) : 1664-70.
18. Stuck A., Siu A., Wieland G., Adams J. & Rubenstein L. Compréhensive geriatric assessment: a meta analysis of controlled trial. Lancet 1993 ; 342(8878): 1032-6.
19. Direction Générale de la Santé. Direction Générale de l'Action Sociale. Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Recommandations de bonnes pratiques en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Octobre 2007.
20. Monteserin R. & Brotons C. Research Unit Barcelona. Effectiveness of a geriatric intervention in primary care : A randomized clinical trial. Fam Pract . Janvier 2010.
21. Iliffe S. & Orrell M. Identifying unmet health needs in older people: comprehensive screening is not the answer. British Journal of General Practice. June 2006 : pp. 404-6.
22. Belmin J., Chassagne P., Gonthier R., Leandel C., Pfitzenmeyer P. Gérontologie pour le praticien. MASSON Edition. Paris, 2003.

23. Le Deun P. & Gentric A. L'évaluation gériatrique standardisée : intérêt et modalités. Juillet- Août 2004 ; 10(4) : 229-36.
24. Rockwood K., Hogan DB., MacKnight C. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. *Drugs Aging* 2000, 17(4): pp. 295-302.
25. Rubenstein L. Comprehensive geriatric assessment : an update. *Age et nutrition* 1997; 8 : 36-44.
26. Nourashemi F. Evaluation gérontologique : pour qui et comment ? *La revue du praticien de médecine générale Mars* 2009 ; 23(817).
27. Rubenstein L., Wieland G., Josephson K., Rosbrook B., Sayre J. & Kane R. Improved survival for frail elderly inpatients on a geriatric evaluation unit : who benefits? *J Clin Epidemiol* 1988 ; 41 : 441-9.
28. Stuck AE., Egger M., Hammer A., Minder CE., Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002 ; 287 : 1022-1028.
29. Beswick A., Rees K. & Dieppe P. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008 ; 371 : 725-35.
30. Haut Conseil de la santé publique. Consultation de prévention. constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Mars 2009. http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20090325_ConsultPrev.pdf
31. Fenton J, Levine M, Mahoney L, Heagerty P & Wagner E. Bringing geriatricians to the front lines: evaluation of a quality improvement intervention in primary care. *J Am Board Fam Med* Jul-Aug 2006 ; 19(4) : 331-9.
32. Observatoire régional de la santé – Union régionale des médecins libéraux des Pays de la Loire. Le réseau professionnel des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Vague d'enquête 2. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 2009.
33. Loi n°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique, version consolidée du 23 juillet 2009.
34. Fénina A, Geffroy Y, Minc C, Sarlon E, Renaud T & Sermet C. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. *Questions d'économie de la santé* Juillet 2006 ; 111 : 1-8.
35. Videau Y. Les médecins généralistes face aux réformes : les réactions du panel de médecins libéraux de la région PACA. *Médecine Sciences* Mai 2007, 23(5): pp 538-44.
36. Fantino B., Fantino F., Dumont C., Nitenberg C. & Delolme H. Pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes. *Santé publique*. 2004/3,(43): pp. 551-62.
37. Piette F., Mischlich D., Extra J. & Jeandel C. La consultation de prévention à 70 ans. *Gérontologie et Société* 2008 ; (125) : 145 p.
38. <http://www.urmlcorse.org/dossiers/egs.php>
39. ANAES. Les recommandations pour la pratique clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France. 1999.
40. ANAES. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Service des recommandations professionnelles. Janvier 2000, 60 p.
41. ANAES. La tenue du dossier médical en médecine générale : Etat des lieux et recommandations. Septembre 1996. 80 p.

42. Auvray L. & Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées : Un état des lieux. *Gérontol Soc* 2002, 103: pp. 13-27.
43. Privot G., Ripault H., Houdaille L., Lemonnier J., Rea C., Gauvain J. & Chavanne D. Nouveautés thérapeutiques insuffisance de l'évaluation gériatrique. *La Revue de Gériatrie* Juin 2002 ; 27(6) : 433-6.
44. AFSSAPS. Mise au point. prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Juin 2005.
45. HAS. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA). Novembre 2005. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_428597/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-2-prescripteur-occasionnel
46. Corti M., Guralnik J., Salive M. & Sorkin J. Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons. *JAMA* 1994 ; 272(13) : 1036-42
47. Payette H., Coulombe C., Boutier V. & Gray-Donald K. Weight loss and mortality among free-living frail elders: a prospective study. *J Gerontol* 1999 ; 54A(9) : 440-5.
48. Wallace J., Schwartz R., La Croix A., Ahlmann R. & Pearlman R. Involuntary weight loss in older outpatients : incidence and clinical significance. *J Am Geriatr Soc* 1995 ; 43(4) : 329-37.
49. HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino énergétique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles. 2007.
50. INPES. Plan national nutrition santé (PNNS). Guide nutrition après 55 ans. Septembre 2006.
51. Boumendjel N., Herrmann F., Girod V., Sieber C. & Rapin C. Refrigerator content and hospital admission in old people. *Lancet* 2000 ; 356(9229) : p. 563.
52. Barberger-Gateau P., Rouch I., Letenneur L. PAQUID : 10 ans déjà... Synthèse des derniers résultats. *La Revue de gériatrie* 2000 ; 25(7) : 443-452.
53. HAS. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Recommandations professionnelles. Mars 2008.
54. Challeton C. Repérer la plainte mnésique : Principal facteur prédictif du déclin cognitif?. *La revue du praticien de médecine générale* Avril 2009, Supplément N° 819.
55. Rouch I., et al. Cognitive complaints, neuropsychological performance and affective disorders in elderly community residents. *Disability and rehabilitation*. 2008 ; 30 : 1794-1802.
56. Hugonot-Diener L. Le mini mental status examination ou MMSE version consensuelle du GRECO. *La Revue de Gériatrie* Mars 2007 ; 32(8) : 225-9.
57. Adam M., Batier S., Boucheron-Josse C., Devaux L. & Gerardin P. Le test de l'horloge, quel leurre est-il ? *La Revue de Gériatrie* Novembre 2005 ; 30(9) : 687-92.
58. Dubois B., Touchon J., Portet F., Ousset P., Vellas B. & Michel B. "les 5 mots": un test simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'alzheimer. *Presse Med* 9 Novembre 2002 ; 31(36) : 1696-9.
59. Borson S. Identification des troubles cognitifs en médecine de ville. *Int. J. Gériatr. Psychiatry* 2006 ; 21(4) : 349-55.
60. Brodaty H. et al. What is the best dementia screening instrument for general practitioners to use?. *Am J Geriatr Psychiatry* May 2006 ; 14(5) : 391-400.
61. Lorentz WJ., Scanlan JM. & Soo Borson PD. Brief screening tests for dementia. *Can J Psychiatry* October 2002 ; 47(8) : 723-33.

62. Belmin J., Oasi C., Folio P. & Pariel-Madjlessi S. Codex un test ultra rapide pour le repérage des démences chez les sujets âgés. *La Revue de Gériatrie* Octobre 2007 ; 32(8) : 627-31.
63. Rolland Y., Laroche-Decottignies F., Nourashemi F., Lafont C., Vellas B. & Albarede J. Evaluation et intervention gérontologiques standardisées. *Rev Gériatrie* 1999 ; 24 : 109-13.
64. Rolland Y., Lugardon S., Andrieu S., Brachat J., Laroche-Decottignies F., Nourashemi F. & Vellas B. Etude médico économique randomisée de l'intérêt de deux méthodes d'évaluation et d'intervention gérontologiques en médecine de ville. *L'Année Gérontologique* 2002 ; 16 : 59p.
65. Katz S. and al. Progress in development of the index of adl. *The Gerontologist* Spring 1970 ; part 1 : 20-9.
66. Powel Lawton L. and al. Assessment of older people: self maintaining and instrument activities of daily living. *Gerontologist* 1969 ; 9(3) : 179-86.
67. INPES. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Référentiel de bonnes pratiques du réseau francophone de prévention des traumatismes et de prévention de la sécurité 2005. Janvier 2009.
68. HAS et SFDRMG. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations. Novembre 2005 ; 11p
69. HAS. Le pied de la personne âgée. Recommandations pour la pratique clinique . Juillet 2005.
70. O'Loughlin J. The incidence and risk factors for falls and fall-related injuries among the elderly persons living in the community. Thèse. Montréal: McGill University. 1991.
71. Dubost V., Beauchet O. & Belmin J. Comment évaluer la marche et l'équilibre chez le sujet âgé fragile : les tests get-up & go et timed up & go. *La revue de Gériatrie* Février 2009 ; 34(2) : 145-50.
72. Belmin J., Dubost V. & Beauchet O. Le test de station unipodale pour évaluer le risque de chute chez les sujets âgés. *La revue de gériatrie* Avril 2009 ; 34(4) : 331-2.
73. Lundin-Olsson L et al. Stops walking when talking as a predictor of falls in elderly people. *Lancet* 1997 ; 349 : 617.
74. Canadian Task Force on the periodic Health Care Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa, Canadian Communication Group, 1994.
75. Namias B. Médecine préventive en gériatrie. *Rev Med Brux.* 2003, 24: pp. 391-9.
76. Akshay Bagai MD., Paaladinesh Thavendiranathan MD., Allan S Detsky. Does This Patient Have Hearing Impairment ? *JAMA.* 2006 ; 295(4) : 416-428.
77. UNAFORMEC. La voix chuchotée: le meilleur test pour dépister le déficit auditif en médecine générale ? *Bibliomed* . Novembre 1996 . Vol 36.
78. HAS. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandation pour la pratique clinique. Mai 2002.
79. Baldwin R., Chiu E., Katona C. & Graham N. Guideline on depression in older people. Dunintz Martin Edition. 2002.
80. HAS. La crise suicidaire : Reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. 20 octobre 2000.
81. US Preventive Task Force. Screening for depression in adults. December 2009.
82. Thomas P., Hazif-Thomas C., Clément J. & Burough S. L'échelle de dépression en 4 items (GDS 4). *La Revue de Gériatrie* Octobre 2008 ; Vol 33.

83. Thomas P., Hazif-Thomas C., Clément J. & Burrough S. L'échelle de dépression gériatrique (GDS) de yesavage. La Revue de Gériatrie 2008 ; Vol 33.
84. Clément J., Nassif R., Léger J. & Marchan F. Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la geriatric depression scale de yesavage. L'Encéphale 1997 ; XXIII : 91-9.
85. Mahoney J., Drinka T. & Abler R. Screening for depression : a single question versus GDS. J Am Geriatr Soc 1994 ; 42 : 1006-8.
86. HAS. Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication. Recommandations. Octobre 2000.
87. HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé. Décembre 2008.
88. HAS. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999.
89. Haab F. Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire. Ministère de la Santé et des Solidarités . Avril 2007.
90. De Bucy G. Etat des lieux des connaissances et de la pratique face à l'incontinence urinaire du sujet âgé en Loire Atlantique : enquête auprès de 33 médecins généralistes. Thèse de médecine générale. Faculté de Médecine de Nantes. 2008.
91. ANAES. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique. Mai 2003.
92. De Singly F. L'enquête et ses méthodes. Le questionnaire. Armand Colin, 2^e Edition. Paris.
93. Moreau A., Dedianne MC., Letrilliart L., Le Goaziou MF., Labarère J., Terra JL. Méthode de recherche. S'approprier la méthode du focus group. La Revue du Praticien. Médecine Générale Mars 2004 ; 18(645) : 382-84
94. Romestaing P., Le Breton-Lerouillois. Ordre National des médecins. Atlas de la démographie médicale en région Pays de la Loire. Situation au 1^{er} Janvier 2009.
95. Levasseur G. & Samzun J. Les médecins généralistes et l'évaluation gériatrique. URML de Bretagne. 2005.
96. Observatoire régional de la santé. La santé observée en Pays de la Loire-2011.
97. Rencontres HAS 2009. Comment promouvoir les outils informatisés pour la qualité des soins en médecine ambulatoire ? Table ronde 12 du 10 décembre 2009 de 14h30 à 16h.
98. ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 1. Mars 2007.
99. URML des pays de la Loire. Evolution de l'activité des généralistes et opinions sur leurs modes de rémunération. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Octobre 2009 : 12-20.
100. Gimbert V. & Godot C. Vivre ensemble plus longtemps. Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. 2010.
102. Godard J. La médecine générale, la prévention et la santé publique. 2009 ; 21 : 613-614.

Nom : GRELIER

Prénom : Hélène

TITRE DE THESE

Evaluation médicale des plus de 75 ans en soin primaire. Proposition d'un outil élaboré selon la méthode des recommandations de pratique clinique.

RESUME

La perte d'autonomie des sujets âgés est une difficulté majeure dans l'exercice des médecins généralistes. L'EGS n'est validée que dans des structures spécialisées chez les sujets âgés « fragiles ». L'objectif du travail était de définir une stratégie médicale optimale d'évaluation des patients âgés en soin primaire. L'argumentaire d'un outil d'évaluation médicale des plus de 75 ans en soin primaire a été réalisé. Les avis de 13 médecins généralistes de Loire Atlantique sur l'outil, 2 puis 6 mois après l'avoir testé ont fait l'objet d'une étude descriptive pour le finaliser. Un entretien collectif de 10 médecins a complété le travail. Les principaux obstacles pour intégrer l'outil étaient le manque de temps et son caractère intrusif. A 6 mois, 16 médecins ont déclaré conserver l'outil. Pour permettre la diffusion du projet la réorganisation du système de soins et l'informatisation sont indispensables. Une étude de pratique et la validation de l'outil sont à prévoir.

MOTS CLES

- Soin primaire
- Personnes âgées
- Prévention
- Outils d'évaluation