



HAL
open science

Utilité d'un test validé pour le dépistage d'un risque de chute, d'une dépendance fonctionnelle, ou d'un risque de malnutrition en médecine générale chez les patients de 80 ans et plus

Franck Trincherio

► To cite this version:

Franck Trincherio. Utilité d'un test validé pour le dépistage d'un risque de chute, d'une dépendance fonctionnelle, ou d'un risque de malnutrition en médecine générale chez les patients de 80 ans et plus. Médecine humaine et pathologie. 2010. dumas-00628914

HAL Id: dumas-00628914

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00628914>

Submitted on 4 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE GRENOBLE

Année 2010, N°

Utilité d'un test validé pour le dépistage d'un risque de chute, d'une dépendance fonctionnelle, ou d'un risque de malnutrition en médecine générale chez les patients de 80 ans et plus

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

TRINCHERO Franck

Né le 9 janvier 1980 à Clermont-Ferrand

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE

Le 17 Mars 2010

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Professeur COUTURIER Pascal

Membres

M. le Professeur FONTAINE Eric

M. le Professeur ESTURILLO Gérard

M. le Docteur DEPOISIER Michel

M. le Docteur GAVAZZI Gaëtan, Directeur de Thèse

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ARVIEUX	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE	CHU
BACONNIER	Pierre	BIOSTATISTIQUES ET INF. MED.	CHU
BAGUET	Jean-Philippe	SERVICE DE CARDIOLOGIE ET HYPERTENSION ARTERIELLE	CHU
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE	CHU
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE	CHU
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	CHU
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE	CHU
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINOLOGIE	CHU
BENSA	Jean Claude	CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE	CHU
BERGER	François	ONCOLOGIE MEDICALE	CHU
BESSARD	Germain	PHARMACOLOGIE FACULTE	CHU
BLIN	Dominique	CHIR. THORACIQUE ET CARDIOVASC.	CHU
BOLLA	Michel	RADIOTHERAPIE	CHU
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE	CHU
BOSSON	Jean-Luc	BIOSTATISTIQUES ET INF. MED.	CHU
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE D'ADULTES	HOPITAL SUD
BRAMBILLA	Elisabeth	PATHOLOGIE CELLULAIRE	CHU
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE	CHU
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	CHU
CAHN	Jean-Yves	DEP. DE CANCEROL. ET HEMATOLOGIE	CHU
CARPENTIER	Patrick	MEDECINE VASCULAIRE	CHU
CARPENTIER	Françoise	THERAPEUTIQUE	CHU
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE	FACULTE
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE	CHU
CHAFFANJON	Philippe	CHIRURGIE VASCULAIRE	CHU
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE	CHU
CHIQUET	Christophe	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE	CHU
CHIROSSSEL	Jean-Paul	ANATOMIE	FACULTE
CINQUIN	Philippe	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
COHEN	Olivier	DISPO	
COULOMB	Max	(Surnombre)	CHU
COUTURIER	Pascal	CLINIQUE DE MEDECINE GERIATRIQUE	CHU
DE GAUDEMARIS	Régis	MEDECINE DU TRAVAIL	CHU
DEBILLON	Thierry	MEDECINE NEONATALE	CHU
DEMONGEOT	Jacques	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE	CHU
DUPRE	Alain	CHIRURGIE GENERALE	CHU
DYON	J.François	(surnombre)	CHU
ESTEVE	François	CENTRAL DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE UNITE IRM	CHU
FAGRET	Daniel	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE	CHU
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIR GENERALE, CHIR. DIGESTIVE	CHU
FAVROT	Marie Christine	CANCEROLOGIE	CHU

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE CENTRALE	CHU
FEUERSTEIN	Claude	PHYSIOLOGIE	CHU
FONTAINE	Eric	NUTRITION PARENTERALE	CHU
FRANCO	Alain	GERIATRIE E. CHATIN	CHU
FRANCOIS	Patrice	EPIDEMIO ECONOMIE SANTE ET PREVENTION	CHU
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE	CHU
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE	CHU
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE	CHU
GIRARDET	Pierre	(surnombre)	CHU
GUIDICELLI	Henri	(surnombre)	CHU
HALIMI	Serge	NUTRITION	CHU
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE	CHU
JOUK	Pierre- Simon	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	CHU
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE	HOPITAL SUD
KAHANE	Philippe	POLE PSYCHIATRIE ET NEUROLOGIE	CHU
KRACK	Paul	NEUROLOGIE	CHU
LE BAS	Jean- François	UNITE IRM	CHU
LEBEAU	Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE	CHU
LECCIA	Marie- Thérèse	DERMATOLOGIE	CHU
LEROUX	Dominique	GENETIQUE	CHU
LEROY	Vincent	CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE	CHU
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE	CHU
LEVERVE	Xavier	THERAPEUTIQUE	CHU
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE FACULTE	CHU
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE ADN	CHU
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE CHU	CHU
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU	CHU
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE 4E ETAGE	JEAN ROGET FACULTE
MALLION	J. Michel	(surnombre)	CHU
MASSOT	Christian	MEDECINE INTERNE	CHU
MAURIN	Max	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE CHU	CHU
MERLOZ	Philippe	CHIR. ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE CHU	CHU
MORAND	Patrice	Bactériologie-Virologie DPT DES AGENTS INFECTIEUX	CHU
MOREL	Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE CHU	CHU
MORO-SIBILOT	Denis	ONCOLOGIE THORACIQUE	CHU
MOUSSEAU	Mireille	CANCEROLOGIE	CHU
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	CHU
PASQUIER	Basile	(surnombre)	CHU
PASSAGIA	Jean-Guy	ANATOMIE	CHU

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	ANESTHESIOLOGIE	CHU
PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE	CHU
PEPIN	Jean-Louis	LAB. EXPLORATION FONCTION. CARDIO-RESP.	CHU
PERNOD	Gilles	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE	CHU
PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE	CHU
PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE CHU	CHU
POLACK	Benoît	HEMATOLOGIE	CHU
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE	CHU
PONS	Jean-Claude	GYNECOLOGIE -OBSTETRIQUE	CHU
RAMBEAUD	J Jacques	UROLOGIE	CHU
RAPHAËL	Bernard	(surnombre)	CHU
REYT	Emile	O.R.L.	CHU
ROMANET	J. Paul	OPHTALMOLOGIE	CHU
ROUSSEAU	Sophie	DPT DE GENETIQUE ET PROCREATION	CHU
SARAGAGLIA	Dominique	CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	CHU
SCHAAL	Jean-Patrick	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ET MED. REPROD.	CHU
SCHMERBER	Sébastien	O.R.L.	CHU
SEIGNEURIN	Daniel	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, CYTOGENETIQUE	CHU
SEIGNEURIN	Jean-Marie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE, HYGIENE	CHU
SELE	Bernard	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	CHU
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE	CHU
SOTTO	Jean-Jacques	(surnombre)	CHU
STAHL	Jean-Paul	MALADIES INFECTIEUSES	CHU
TIMSIT	Jean-François	REANIMATION MEDICALE	CHU
TONETTI	Jérôme	CLINIQUE D'ORTHOPEDIE ET DE TRAUMATOLOGIE	CHU
VANZETTO	Gérald	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	CHU
VIALTEL	Paul	NEPHROLOGIE	CHU
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE	CHU
ZAoui	Philippe	NEPHROLOGIE CHU	CHU
ZARSKI	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	CHU

**LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

ARTIGNAN	Xavier	Cancérologie et hématologie	CHU
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire	CHU
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule	CHU
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Parasitologie	CHU
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale	CHU
CALLANAN	Mary	Génétique	IAB
CARAVEL	Jean-Pierre	Biophysique et Traitement de l'Image	CHU
CRACOWSKI	Jean Luc	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
CROIZE	Jacques	Bactériologie-Virologie	CHU
DEMATTEIS	Maurice	Lab. Exploration fonctionnelle cardio- respiratoire	CHU
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN	UFR BIOLOGIE
DROUET	Christian	Immunologie	CHU
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie SUD	CHU
FAURE	Anne-Karen	Département de génétique et procréation	CHU
GARBAN	Frédéric	Hématologie Clinique	CHU
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine gériatrique et communautaire	CHU
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	CHU
GUERIN-EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale	CHU
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction	CHU
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique	CHU
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	CHU
KAHANE	Philippe	Physiologie	CHU
LABARERE	José	Dépt. de Veille Sanitaire	CHU
LANTUEJOUL	Sylvie	Pathologie Cellulaire	CHU
LAPORTE	François	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzylologie 6 ème étage	CHU

**LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. explor. fonct. cardio- respiratoires	CHU
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	CHU
MORAND	Patrice	Bactériologie-Virologie	CHU
MOUCHET	Patrick	Physiologie	CHU
PASQUIER	Dominique	Anatomie et Cytologie Pathologiques	CHU
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	CHU
PERNOD	Gilles	Hématologie	CHU
RAY	Pierre	Génétique.BDR	CHU
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	CHU
RINGEISEN	François	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	CHU
ROSIER	Virginie	Radiologie et Imagerie médicale	CHU
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	CHU
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	CHU
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique	CHU
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
TAMISIER	Renaud	Physiologie	CHU
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales	CHU

Remerciements

A monsieur le Professeur Couturier,
En vous remerciant de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de cette thèse.
Je vous prie d'accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A monsieur le Professeur Fontaine,
En vous remerciant d'avoir accepté de participer au jury de ma thèse.
Je vous prie d'agréer toute ma gratitude.

A monsieur le Professeur Esturillo,
En vous remerciant pour vos enseignements et votre bienveillance indéfectible à mon égard.

A monsieur le Docteur Depoisier,
En te remerciant de m'avoir guidé jusqu'à ce travail de thèse.
En te remerciant également pour ta disponibilité et tes enseignements.
A Nicole.

A monsieur le Docteur Gavazzi,
En te remerciant de m'avoir permis de concrétiser ce travail. Je te remercie encore pour tes précieux conseils, ton immense disponibilité, ta patience et ton soutien sans faille.
Tes enseignements me font aimer la gériatrie.

A mes parents,
Pour m'avoir poussé à faire mes propres choix,
C'est grâce à vous si je réalise mes rêves aujourd'hui.
Bonne route sur les chemins de Compostelle.

A Joelle, pour ta patience durant ces longues heures de préparation, et tes conseils. Pour avoir supporté mes crises de nerfs. J'espère te rendre bientôt la pareille.
A Daniel et Bernadette.

A toute ma famille, pour leur soutien depuis toujours.
A Yvonne et Claudette qui me suivent et m'encouragent depuis le début.
A Stéphane, pour ta bienveillance à l'égard de ton p'tit cousin.
Soyez tous assurés de ma sincère reconnaissance.

A Maud, c'est ton tour maintenant.
A ta famille.

A mes amis Clermontois,
La vieille garde Virginie et Nicolas, Parouse, Toni, Mathews, pour nos éclats de rires
Vincent et Séverine, c'est peut être pour aujourd'hui ?
Les amis de fac,
De la première heure, Juliette, Céline, Fredi, Géraud, Olivier, prenez soins de vos familles.
A Nico B., Aurélien T, Aurélien L, Marie, Nico D., sans vous la vie serait plus triste.

Aux Grenoblois,

Etienne qui est reparti, Jérôme aussi, pour vos conseils.

Clément, tu ne vas pas repartir toi aussi ?

A Anne et Sébastien je vous remercie pour votre soutien et votre humour,

A Elise et Bénédicte.

A Boris, Sophie, Guillaume, Arnaud, Romain et Anne Christine, pour nos meilleurs souvenirs d'internat.

A tous les amis, Marie, Brioux, Nadège, Chloé, Elophe, et tous ceux qui se reconnaîtront, pour tous les bons moments.

A Mélanie,

Pour ton soutien.

A Eloïse, pour ta confiance.

A madame Sylvie GROS,

Merci de m'avoir facilité à ce point l'accès aux statistiques, et pour votre bonne humeur.

Au Dr Alain Sagnier et au Dr Christelle Bonin pour m'avoir accueilli dans vos unités, pour vos enseignements et votre bienveillance à mon égard.

A Laurianne, Brice, Gilles et Alix pour votre gentillesse.

Merci également aux médecins généralistes et aux patients qui ont accepté de participer à ce travail.

Sommaire

• Résumé	page 10-11
• Introduction	pages 12-14
• Méthodes	pages 15-20
• Résultats	pages 21-28
• Discussion	pages 29-34
• Conclusions	pages 35-36
• Bibliographie	pages 37-41
• Annexes	pages 42-50
• Abréviations	page 51

Résumé

Contexte

L'utilité d'un test validé pour la détermination du risque de chute, de dépendance fonctionnelle et de malnutrition chez des patients de 80 ans et plus, en médecine générale, n'est pas établie. En pratique très peu de médecins traitants en utilisent un pour déterminer ces facteurs de risque gériatriques dont les conséquences délétères ont été démontrées. Ces tests ont-ils réellement un intérêt en termes de dépistage pour les médecins traitants dans ces trois domaines ? L'objet de ce travail est de comparer l'identification de ces trois facteurs de risques par les médecins traitants, sans tests validés, aux résultats de tests validés de référence.

Méthodes

Vingt-six médecins généralistes savoyards ont accepté de répondre à un questionnaire pour savoir si d'après eux il existait chez deux de leurs patients âgés de 80 ans ou plus, sélectionnés au hasard, un risque de chute, une dépendance fonctionnelle ou un risque de malnutrition. On évaluait la concordance de leurs réponses avec les résultats d'un test validé considéré comme la référence: test chronométré de l'appui unipodal pour le dépistage d'un risque de chute, ADL-IADL pour le dépistage d'une dépendance fonctionnelle, MNA dans sa version courte +/- MNA complet pour le dépistage d'un risque de malnutrition protéino-énergétique. Cinquante-deux patients ont été testés. Les patients répondaient en plus des tests, au même questionnaire que leur médecin afin d'analyser secondairement l'intérêt pour le médecin traitant de poser simplement la question à leurs patients pour déterminer ces trois facteurs de risques : on comparait les taux de réponses des médecins et des patients concordant avec les résultats des tests.

Résultats

Les prévalences (mesurées par les tests) du risque de chute, de dépendance fonctionnelle et du risque de malnutrition étaient respectivement de 73%, de 75%, et de 33%,

tandis que les médecins identifiaient ces risques à respectivement 63,5%, 50% et 4% et les patients à 65%, 67% et 11,5%. Pour le risque de chute, la concordance du résultat du test était médiocre avec la réponse du médecin traitant (coefficient Kappa 0,341 ; $p < 0,05$), médiocre également avec la réponse des patients (coefficient Kappa 0,372; $p < 0,05$). Pour la dépendance fonctionnelle, la concordance du résultat du test était modérée avec la réponse du médecin traitant (coefficient Kappa 0,423 ; $p < 0,05$), bonne avec la réponse des patients (coefficient Kappa 0,628 ; $p < 0,05$). Pour la malnutrition, on constatait une indépendance des réponses des médecins (coefficient Kappa 0,039 ; $p > 0,05$) et des patients (coefficient Kappa 0,004 ; $p > 0,05$) vis à vis du test. Les taux de réponses des médecins et des patients concordantes avec les résultats des tests, n'étaient pas significativement différents: respectivement $p = 0,827$ pour le risque de chute, $p = 0,098$ pour l'existence d'une dépendance fonctionnelle, $p = 0,680$ pour le risque de malnutrition.

Conclusions

Cette étude pilote révèle un dépistage insuffisant du risque de chute, d'une dépendance fonctionnelle ou d'un risque de malnutrition sans l'utilisation d'un test validé dans la population âgée de 80 ans et plus en médecine générale. La reconnaissance des mêmes facteurs de risque par les patients eux-mêmes était également insatisfaisante et leur réponse ne correspondait pas plus souvent au résultat du test validé. Cette découverte remet en cause le principe d'auto-évaluation de ces risques comme aide au dépistage en médecine communautaire, du moins sous cette forme de questionnaire simple. Cette étude réaffirme l'intérêt d'une consultation dédiée de prévention gériatrique avec les outils appropriés.

INTRODUCTION

Un français sur trois au moins aura plus de soixante ans en 2050 [1-4]. Le vieillissement de notre population devrait ainsi entraîner l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des dépendances touchant principalement les personnes âgées. L'INSEE projette 50% de personnes dépendantes en plus d'ici 2040 chez les plus de 80 ans. On envisage également que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ne couvrirait à terme qu'une part de plus en plus restreinte des dépenses réelles liées à la dépendance si elle restait indexée sur le prix des services [5].

On mesure à la lumière de ces données épidémiologiques l'intérêt de prévenir l'apparition des incapacités et des dépendances pour aspirer au meilleur confort de vie tout d'abord, mais aussi en termes de dépenses financières pour les individus, les familles, et plus largement pour la société entière au titre de la solidarité dans tous les domaines.

L'espérance de vie en bonne santé (62 ans pour les hommes, 64.3 pour les femmes en France en 2005 [6]) constitue ainsi l'enjeu de la gérontologie et plus particulièrement de la gériatrie préventive. Elle est l'indicateur de notre capacité à vieillir sans limitation d'activité (dans les gestes de la vie quotidienne) et sans incapacité.

Des tests validés ont été mis à la disposition des professionnels pour explorer différents facteurs de risques gériatriques qui pourraient compromettre cette espérance de vie en bonne santé, comme par exemple dans le domaine du risque de chute, de la dépendance fonctionnelle ou encore de la malnutrition. Leur fin est le dépistage précoce de ces facteurs de risque.

On estime à l'heure actuelle que la moitié des patients de 85 ans et plus chuteront dans l'année [7], que 46 % des personnes âgées de 85 ans et plus sont dépendantes pour la

réalisation de certaines tâches [8], et que 4% des personnes âgées vivant à domicile sont dénutries voire 25 à 30% en cas de dépendance fonctionnelle [9].

Ces trois facteurs de risque sont pourvoyeurs de dépendance, de décès et de dépenses de santé [10-19].

Les patients pourraient bénéficier de programmes efficaces de prévention primaire, dès lors qu'un risque de chute, qu'une dépendance fonctionnelle ou qu'un risque de malnutrition aurait été identifié quel que soit leur âge [20-26].

L'intérêt d'un programme, parfois très ciblé, proposé aux patients âgés dès lors qu'un de ces risques aura été identifié, est transversal. Il faudra en attendre des bénéfices dans d'autres domaines que la seule fonction prise en charge, citons par exemple les effets d'une rééducation à la marche sur le moral et indirectement sur la nutrition [27].

L'ensemble des tests retenus pour réaliser une évaluation médicale gériatrique globale constituerait l'évaluation gériatrique dite standardisée. Il s'agit d'un dispositif en évolution et l'on cherche à y inclure les meilleurs outils à mesure qu'ils sont explorés et validés. Ces outils ont vocation à être à la fois précis et reproductibles afin d'être mis à la disposition des gériatres mais aussi de tout autre spécialiste sensibilisé à cette problématique [28].

Aujourd'hui en France, 96 % des 75-79 ans, 83 % des 85-89 ans, et 67 % des 90 ans et plus vivent à domicile [8]. Les médecins traitants assurent ainsi la majeure partie de la prévention gérontologique puisqu'ils sont les médecins de soins primaires auxquels ces patients ont le plus facilement accès. En effet, la gériatrie de ville est assurée en France essentiellement par les médecins généralistes dont 3 % seulement environ sont détenteurs de la capacité nationale de gériatrie [29]. L'évaluation gériatrique standardisée rendrait accessible à des médecins peu formés dans ce domaine, une démarche exhaustive de prévention gériatrique et permettrait également la rationalisation du recours au spécialiste gériatre.

Il conviendra donc, si c'est justifié, de convaincre les médecins généralistes, que ces évaluations dites standardisées sont un outil indispensable au dépistage précoce des facteurs de risques gériatriques en ambulatoire, alors qu'aujourd'hui moins de 15% d'entre eux utilisent des tests de dépistage [30].

Plus précisément, il faut démontrer, risque par risque, que les tests de dépistage mis à la disposition des médecins généralistes pour la réalisation de ce dépistage précoce sont indispensables à sa réalisation.

L'objet de ce travail est de mesurer la concordance entre l'identification d'un risque de chute, d'une dépendance fonctionnelle et/ou d'une malnutrition par les médecins généralistes, sans réalisation d'un test validé, et leur identification par des tests de références chez des patients âgés de 80 ans et plus suivis dans la communauté. On jugera ainsi l'utilité d'un test validé pour le dépistage de ces trois facteurs de risque gériatriques en ambulatoire.

Méthodes

• Objectif principal

Evaluation de l'identification par les médecins traitants n'utilisant pas de tests de dépistage validés dans ces domaines, de l'existence d'un risque de chute, d'une dépendance fonctionnelle et/ou d'un risque de malnutrition chez leurs patients de 80 ans ou plus.

• Objectifs secondaires

Evaluation de l'identification par les patients de leurs propres risques dans ces trois domaines.

Evaluation de l'intérêt pour leur médecin traitant de poser simplement la question aux patients pour déterminer l'existence du risque dans ces trois domaines.

Identification d'autres facteurs de risque concernant leurs deux patients, retenus par les médecins traitants en dehors de ces trois domaines.

Type d'étude

Etude observationnelle ouverte

Population d'étude et échantillonnage

Pour la sélection des médecins participants :

Critères d'inclusion : médecin généraliste du bassin chambérien, sans compétence gériatrique reconnue.

Pour la sélection des patients participants:

Deux patients par patientelle.

Critères d'inclusion : âge de 80 ans ou plus quel que soit le lieu de vie (domicile ou institution), quels que soient les antécédents et comorbidités, à condition que leur médecin traitant les juge aptes à répondre à des questions simples.

Critères d'exclusion : Les patients ne devaient avoir été évalués, ni par leur médecin traitant, ni par un confrère, au moyen de tests validés dans les domaines du risque de chute, de la dépendance fonctionnelle et de la malnutrition.

Modalités de recueil des données

Il se passait en deux temps :

1. Evaluation des patients : questionnaire + évaluation (Annexe 1 et 2)
2. Evaluation des médecins : questionnaire concernant leur patient (Annexe 3)

Approche

Tous les médecins généralistes étaient contactés tout d'abord par téléphone pour présenter le travail. Ils recevaient ensuite un courrier papier ou électronique pour expliciter clairement la démarche (Annexe 4-5) ; si les médecins étaient injoignables lors de ce premier coup de téléphone, on s'accordait deux autres essais.

Du 1^{er} avril 2009 au 1^{er} novembre 2009 tous les médecins généralistes de Chambéry, de Challes les Eaux, de Cognin, de Barberaz, de Barby, de Bassens et de Peisey Nancroix (soit au total 99 médecins) ont reçu un à trois appels téléphoniques.

Les médecins ayant accepté sur le principe de participer à ce travail, étaient contactés une seconde fois par téléphone une semaine plus tard pour confirmation de leur participation. Ils étaient rappelés une troisième fois pour fournir du 1^{er} avril 2009 au 1^{er} décembre 2009 l'identité de deux patients répondant aux critères d'inclusion.

Pour la sélection des patients au sein de chaque patientelle, c'est le médecin traitant qui présentait en premier l'étude et recueillait le cas échéant par oral le consentement de deux patients. Les médecins sélectionnaient soit les deux premiers patients de 80 ans ou plus vus en consultation à domicile, en institution ou au cabinet, n'appartenant pas à la même famille et acceptant de me recevoir à leur domicile, soit les deux premiers patients de 80 ans ou plus de

leur liste alphabétique de patients n'appartenant pas à la même famille et acceptant également de me recevoir à leur domicile.

Les patients sélectionnés étaient alors contactés pour convenir d'un rendez-vous à domicile pour un entretien au cours duquel le questionnaire ainsi que les tests étaient réalisés (durée 20 minutes, Annexe 1-2).

Les médecins traitants étaient enfin rappelés pour répondre à leur tour au même questionnaire que leurs patients portant donc sur les trois mêmes thématiques plus une question sur l'existence d'après eux d'autres facteurs de risque (durée 3 minutes, Annexe 3).
Remarque : les résultats des tests réalisés auprès de leurs patients n'étaient portés à leur connaissance qu'après qu'ils se soient soumis au questionnaire.

Critères d'évaluation

• Objectif principal

Le critère d'évaluation principal de l'étude était la concordance entre la réponse proposée par les médecins traitants aux trois questions suivantes (Annexe 3) et la réponse apportée aux mêmes questions par des tests validés proposés aux patients.

Définitions :

A la question "existe-t-il un risque de chute ?" posée aux médecins traitants, correspondait dans l'évaluation validée ayant valeur de référence dans cette étude un test chronométré de l'appui unipodal, le risque de chute étant déterminé par un appui inférieur à 5 secondes (Annexe 6).

A la question "existe-t-il une dépendance fonctionnelle" posée aux médecins traitants, correspondait dans l'évaluation validée une ADL-IADL (Annexe 7) dont des valeurs respectivement inférieures à 6 et 8 déterminaient une dépendance fonctionnelle.

A la question "existe-t-il un risque de malnutrition ?" posée aux médecins traitants, correspondait dans l'évaluation validée un MNA dans sa version courte (Annexe 8) dont le

résultat strictement supérieur à 11/14 signifiait une absence de risque de malnutrition. En revanche, un chiffre égal ou inférieur à 11 entraînait la réalisation du MNA complet (Annexe 8). Un résultat global inférieur à 23,5/30 signifiait l'existence d'un risque de malnutrition protéino-énergétique.

• Objectifs secondaires

On évaluait la concordance entre les réponses des patients à leur questionnaire (les trois mêmes questions que les médecins, Annexe 1), et les réponses apportées aux mêmes questions par les tests.

On comparait secondairement la proportion de réponses des médecins et des patients concordantes avec les résultats des tests.

Données complémentaires

En outre on pratiquait une Mini Mental State Examination (MMSE) dans sa version courte "TELECOM" ainsi qu'une Gériatric Depression Scale (GDS) dans sa version courte pour préciser le type de population étudiée.

En cas de test pathologique, c'est-à-dire un score supérieur ou égal à 11 pour le "Telecom" et/ou un score strictement supérieur à 5 pour la GDS dans sa version courte on retenait l'existence d'une démence ou d'un syndrome dépressif sévère.

On répertoriait également les réponses des médecins à la question "voyez-vous un autre risque que courrait votre patient ?"

Analyse des données

1. analyse descriptive :

Tous les résultats des tests, en secondes ou en nombre absolu ont été recodés en OUI / NON déterminant l'existence ou pas du facteur de risque.

Le taux de réponses positives apportées par les tests validés, déterminait la prévalence dans l'échantillon, respectivement d'un risque de chute, d'une dépendance fonctionnelle, d'un risque de malnutrition protéino-énergétique.

Le taux de réponses positives apportées aux questionnaires par les médecins et les patients ont été colligés.

La prévalence des troubles cognitifs était déterminée par les résultats du MMSE dans sa version courte et la prévalence des syndromes dépressifs probables par ceux de la GDS dans sa version courte.

Les différentes réponses des médecins à la question "voyez-vous un autre risque que courrait votre patient ?" étaient répertoriées.

2. analyse comparative

a. concordance réponses médecins/résultats des tests

La concordance entre les réponses des médecins traitants aux trois questions exposées ci-dessus et les réponses apportées aux mêmes questions par les tests a été déterminée au moyen d'un coefficient Kappa et de son test associé. Les valeurs de p inférieures à 0,05 (seuil de significativité choisi) indiquaient une liaison entre les réponses des médecins et les résultats des tests [31]. Le niveau de concordance en fonction de la valeur du coefficient Kappa est présenté dans le tableau 1 [31].

b. concordance réponses patients/résultats des tests

La concordance entre les réponses des patients aux trois questions exposées ci-dessus et les réponses apportées aux mêmes questions par les tests validés a été déterminée au moyen d'un coefficient Kappa et de son test associé. Les valeurs de p inférieures à 0,05 (seuil de significativité choisi) indiquaient une liaison entre les réponses des patients et les résultats des tests [31]. Le niveau de concordance en fonction de la valeur du coefficient Kappa est présenté dans le tableau 1 [31].

Tableau 1 : Degré d'accord et valeur de Kappa (d'après Landis et Koch)

<i>Accord</i>	<i>Kappa</i>
Excellent	$\geq 0,81$
Bon	0,80 - 0,61
Modéré	0,60 - 0,41
Médiocre	0,40 - 0,21
Mauvais	0,20 - 0,0
Très mauvais	$< 0,0$

c. comparaisons entre taux de réponses concordantes des médecins et des patients avec les résultats des tests

Les proportions de réponses des médecins et des patients concordant avec les résultats des tests étaient comparées au moyen d'un test du Chi 2. Les valeurs de p inférieurs à 0,05 (seuil de significativité choisi) ont été considérées comme indiquant une différence statistiquement significative.

Résultats

1. Analyse descriptive

Quarante-six médecins catégorisés comme médecins généralistes dans les pages jaunes des villes concernées ont été joints par téléphone sur 99 appels (3 essais au total) (schéma 1 et 2) : 12 ont refusé de participer à l'étude (la raison invoquée étant le temps dans 100 % des cas), 5 ont été exclus parce qu'ils ne pratiquaient pas la médecine générale, 2 ont été exclus parce qu'ils étaient gériatres, 27 médecins ont accepté de participer à ce travail dont un qui a dû s'arrêter pour raison de santé avant de fournir l'identité de 2 patients.

Au total 26 médecins généralistes ont participé à ce travail, ce qui représente 52 patients évalués sur le département de la Savoie. La fourchette des âges allait dans l'étude de 80 à 97 ans avec une proportion de 83 % de patients âgés de 80 à 89 ans. L'ensemble des patients a été vu à son domicile, aucun patient inclus ne vivait en institution. Le questionnaire ainsi que les tests étaient réalisés en 20 minutes ; cette durée n'aura été dépassée que dans le cas d'évènements extérieurs à la consultation (comme l'arrivée d'un proche, ou un impératif domestique).

Schéma 1 :

Nbre de médecins par séries (nombre absolu; pourcentage de l'échantillon)

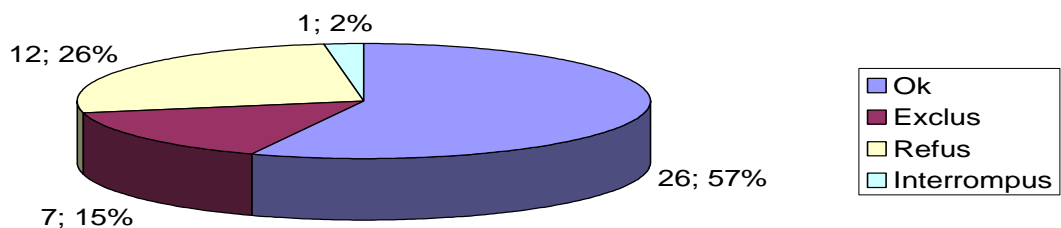
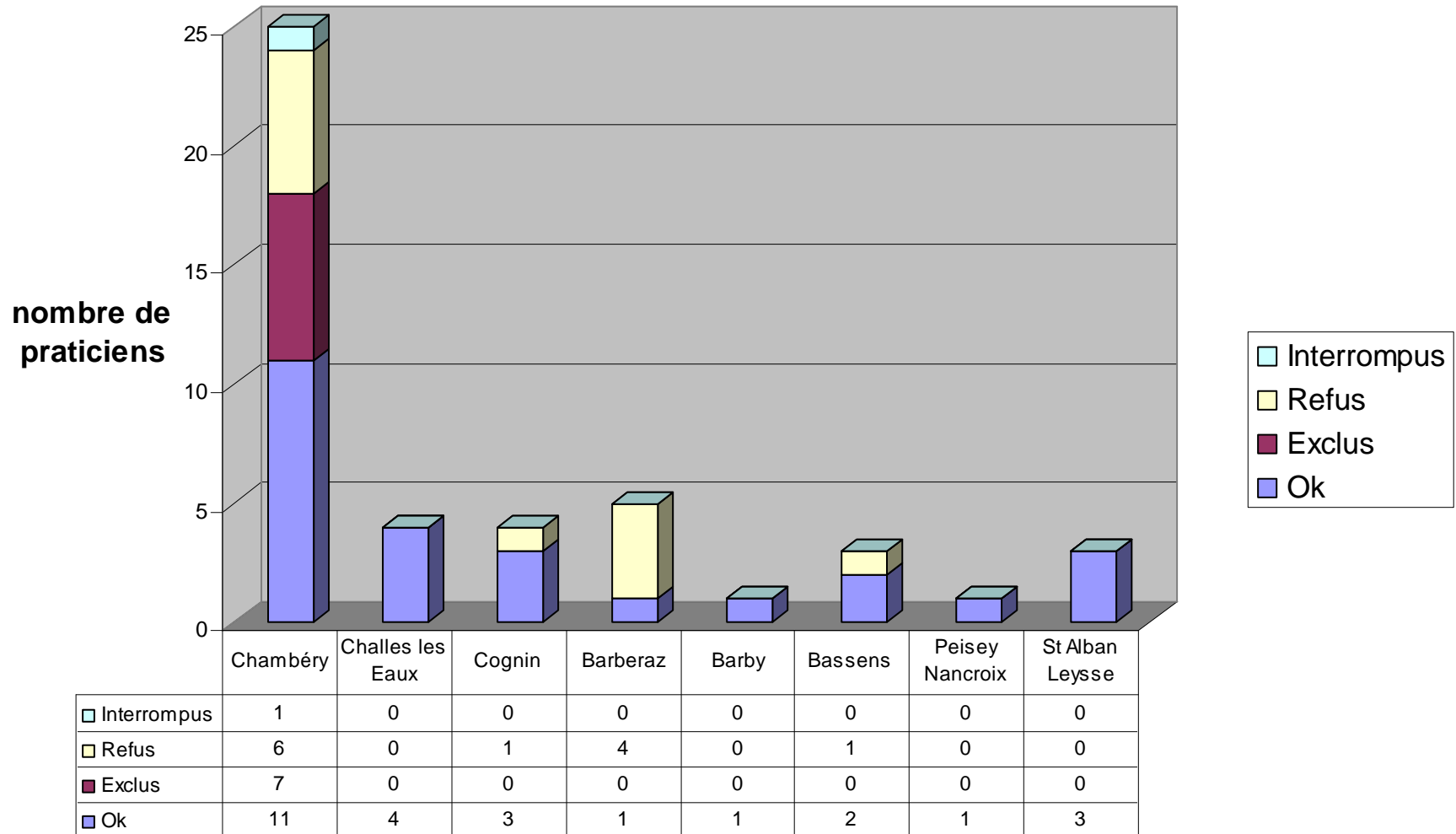


Schéma 2 : Participation des médecins



Les résultats des tests révélaiient (tableau 2, schéma 3) : une prévalence du risque de chute de 73 % (appui unipodal < 5 sec), une prévalence de dépendances fonctionnelles de 75 % (ADL < 6 et/ou IADL < 8), une prévalence du risque de malnutrition de 33 % (MNA < 23,5).

Les réponses des médecins aux questionnaires révélaiient selon eux (schéma 3): une prévalence du risque de chute à 63,5 %, une prévalence de dépendance fonctionnelle à 50 %, une prévalence du risque de malnutrition à 4 %.

Les réponses des patients aux questionnaires révélaiient selon eux (schéma 3): une prévalence du risque de chute à 65 %, une prévalence de dépendance fonctionnelle à 67 %, une prévalence du risque de malnutrition à 11,5 %.

La prévalence des troubles cognitifs dans l'échantillon de patients selon l'évaluation par MMSE dans sa version courte était de 23 % (tableau 1).

La prévalence de syndromes dépressifs probables dans l'échantillon de patients selon les résultats de la GDS dans sa version courte était de 19 % (tableau 1).

Tableau 2 : Résultats des tests.

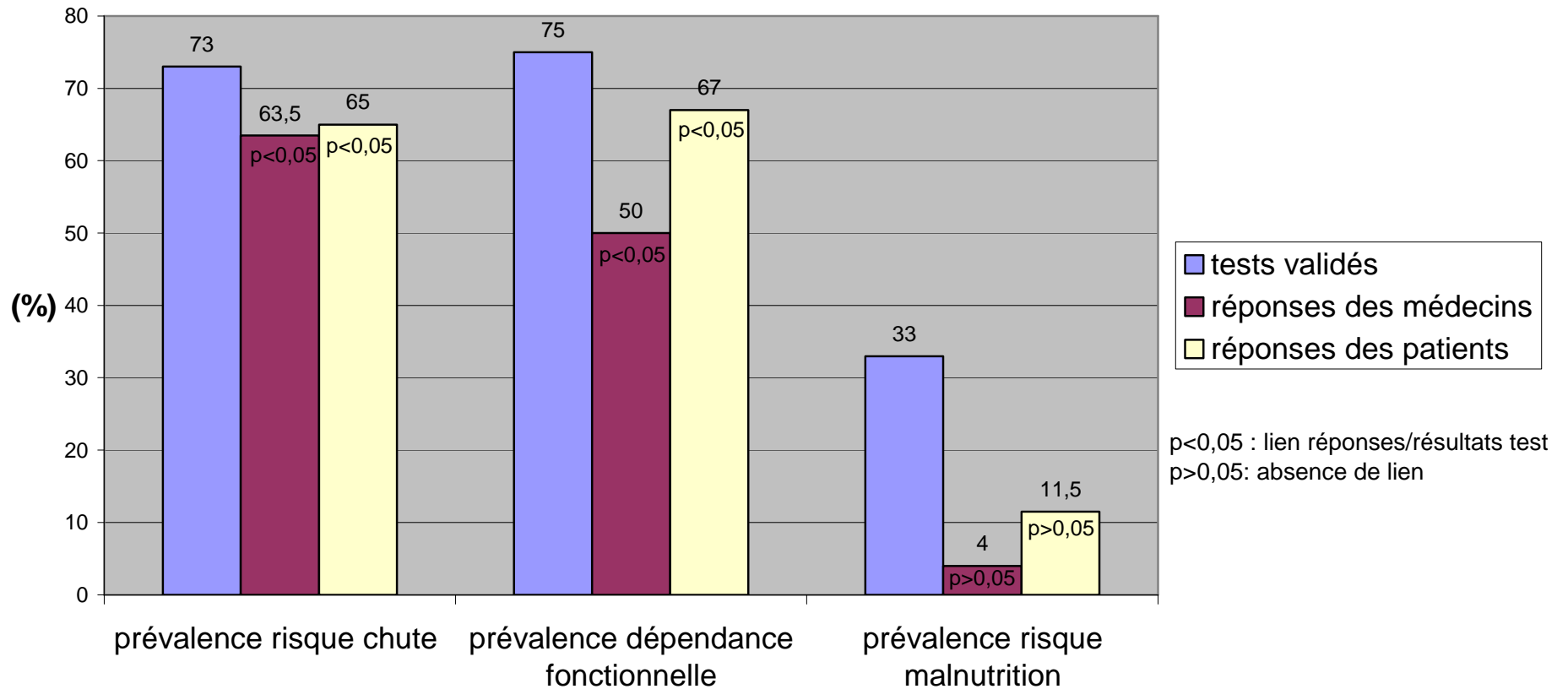
	Moyennes	Ecart-types	Médiane
Appui unipodal (secondes)	4,7	6,9	3
ADL /6	5,3	1,2	6
IADL /8	4,5	2,7	5
MNA /14*	13,2	0,9	14
MNA /30**	17	5,1	18,5
MMSE version courte /28	5	8,1	0
GDS version courte /15	3,9	2,3	4

* patients qui avaient un MNA dans sa version courte >11 (non à risque de malnutrition protéino-énergétique), 35 personnes dans notre étude

** patients qui avaient un MNA <11, pour qui on réalisait un MNA complet, 17 personnes dans notre étude

Les médecins répondaient une seule réponse dans 100% des cas à la question " Voyez-vous un autre risque que courrait votre patient ?" : pas d'autre risque 9 fois (35% des médecins de notre étude), risque cardiovasculaire 7 fois (27%), arthrose 5 fois (19%), ostéoporose 3 fois (12%), épilepsie 1 fois (4%), ulcère gastroduodéal 1 fois (4%).

**schéma 3: Prévalence des trois risques dans l'échantillon, d'après les réponses
apportées respectivement par les tests validés, les médecins et les patients
Evaluation de la concordance entre réponses et résultats des tests selon un test
Kappa**



2 .analyse comparative

a. concordance réponses médecins/résultats des tests (schéma 3)

Pour le dépistage du risque de chute,

la concordance entre les réponses des médecins et les résultats des tests chronométrés de l'appui unipodal était médiocre (coefficient de Kappa 0,341, $p < 0,05$).

Pour le dépistage d'une dépendance fonctionnelle,

la concordance entre les réponses des médecins et les résultats des ADL-IADL était modérée (coefficient de Kappa 0,423, $p < 0,05$).

Pour le dépistage d'un risque de malnutrition protéino-énergétique,

il n'existait aucun lien entre les réponses des médecins et les résultats des MNA (coefficient de Kappa 0,039, $p > 0,05$).

b. concordance réponses patients/résultats des tests (schéma 3)

Pour le dépistage du risque de chute,

la concordance entre les réponses des patients et les résultats des tests chronométrés de l'appui unipodal était médiocre (coefficient de kappa 0,372, $p < 0,05$).

Pour le dépistage d'une dépendance fonctionnelle,

la concordance entre les réponses des patients et les résultats des ADL-IADL était bonne (coefficient de Kappa 0,628, $p < 0,05$).

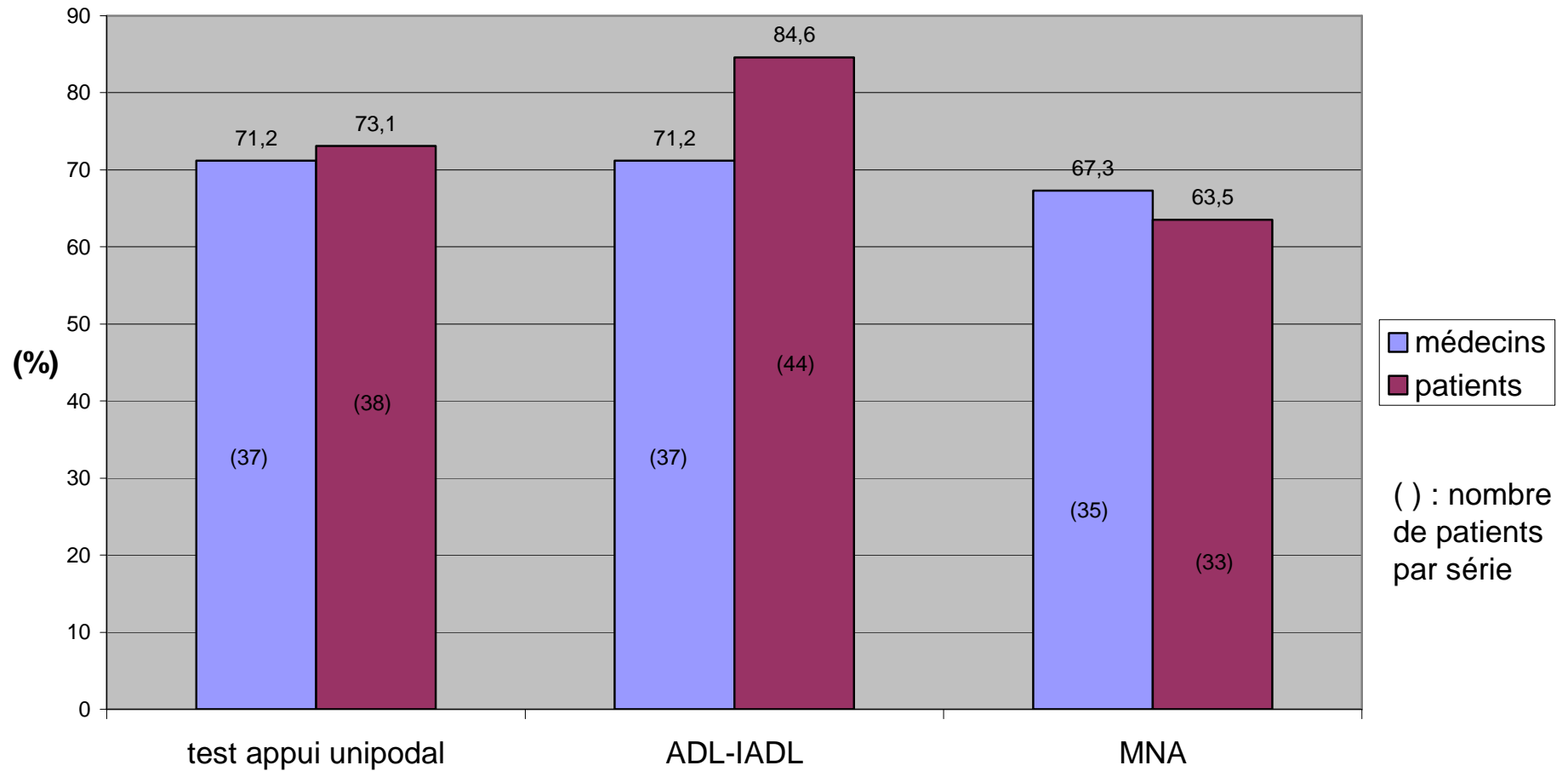
Pour le dépistage d'un risque de malnutrition protéino-énergétique,

il n'existait aucun lien entre les réponses des patients et les résultats des MNA (coefficient de Kappa 0,004, $p > 0,05$).

c. comparaison entre taux de réponses des médecins et des patients concordant avec les résultats des tests (schéma 4).

Les taux de réponses des médecins et des patients concordant avec les résultats des tests, n'étaient pas significativement différents, respectivement $p = 0,827$ pour le risque de chute, $p = 0,098$ pour la dépendance fonctionnelle, $p = 0,680$ pour le risque de malnutrition.

schéma 4: Taux de réponses des médecins et des patients concordant avec les résultats des tests



Discussion

Dans cette étude, les médecins traitants dépistaient peu ou pas le risque de chute, la dépendance fonctionnelle ou le risque de malnutrition protéino-énergétique sans utiliser de tests de dépistage validés. Les réponses des patients ne correspondant pas plus souvent aux résultats des tests, on ne pouvait donc pas non plus exploiter leurs réponses pour dépister ces risques. **Cette étude pilote démontre ainsi l'utilité d'un test validé pour le dépistage de ces trois facteurs de risque en médecine générale.**

Dans notre étude, les prévalences (mesurées par les tests) du risque de chute, de dépendance fonctionnelle et du risque de malnutrition étaient respectivement de 73%, de 75%, et de 33%. Notre prévalence du risque de chute ne semblait pas incompatible avec l'incidence des chutes chez les plus de 85 ans (50% par an) [7].

Notre prévalence de 75% de dépendance fonctionnelle était plus importante que la prévalence de 46% évaluée dans la population générale de cette tranche d'âge il y a 10 ans dans l'enquête HID (Handicap, Incapacités, Dépendance) [8;32]. On envisage plusieurs explications à cela. On suppose l'augmentation progressive annoncée de la prévalence de la dépendance fonctionnelle (+50% d'ici 2040 chez les plus de 80 ans). Mais également la plus grande sensibilité de nos test de dépistage : dans l'enquête HID [32] citée ci-dessus, seules les activités de la vie quotidiennes (ADL) et le fait de recevoir une allocation avaient été prises en compte pour déterminer la dépendance.

Dans notre étude on constatait des IADL < 8 alors que les ADL = 6 dans 17 cas (soit 44% des patients dépendants de notre étude). Si l'on s'était contenté dans cette étude pilote, de déterminer la prévalence de la dépendance fonctionnelle en fonction des réponses des seules ADL, elle aurait été de 42% (22 ADL < 6, soit 56% des patients dépendants de notre étude). Dans ce cas notre prévalence de dépendance fonctionnelle aurait été proche de celle attendue

selon les résultats de l'enquête HID autour de 45%. Cette enquête menée par la DREES à la fin des années 1990 sous-estimait probablement déjà la prévalence de la dépendance fonctionnelle selon les critères retenus dans notre étude. On insiste ainsi sur la plus grande sensibilité des IADL par rapport aux ADL pour le dépistage des dépendances fonctionnelles [8].

La prévalence du risque de malnutrition protéino-énergétique, était quant à elle conforme aux données épidémiologiques actuelles autour de 30% dans le cas d'une prévalence élevée concomitante de dépendance fonctionnelle dans la communauté [9].

Le test chronométré de l'appui unipodal, simple et rapide, est un test particulièrement intéressant quand il est utilisé comme dans l'étude princeps en prévention primaire du risque de chute. En cas de test anormal défini par une incapacité à rester 5 secondes sur une jambe, Vellas et al. décrivaient, dans un échantillon où les patients avaient plus de 60 ans et dont la moitié plus de 73, un risque relatif de chute avec traumatisme de 2,13 (IC 95% ; P=0,03) [33]. Cette limite de 5 secondes a déjà été repoussée dans certains travaux qui évaluaient néanmoins des populations plus jeunes [34-36]. La limite choisie pour l'étude, qui est par ailleurs celle retenue pour l'évaluation du risque de chute par Tinetti semblait la plus adaptée pour notre étude. Chez les sujets qui ont déjà fait des chutes, ce test est moins informatif car trop souvent anormal [37], le risque est néanmoins constitué dans ce cas, dans la mesure où la moitié des patients qui viennent de chuter retomberont dans l'année [7].

Les ADL et IADL ressemblent à un auto-questionnaire qui ne réclame pas de compétence médicale contrairement au test chronométré de l'appui unipodal ou au MNA. Il s'agit d'une problématique à laquelle les patients se sentent concrètement et quotidiennement confrontés, contrairement au risque de chute ou la malnutrition ; ils font donc peut être un meilleur dépistage du risque que leur médecin traitant. Cette hypothèse doit cependant être

évaluée sur un effectif plus grand puisqu'il existait sur le plan de l'évaluation de la dépendance fonctionnelle une tendance à une meilleure concordance entre patient et tests qu'entre médecin et tests ($p=0,098$).

Le Mini Nutritional Assessment (MNA) dans sa version courte ou complète, apparaît comme étant le moyen le plus performant aujourd'hui pour évaluer le risque de malnutrition protéino-énergétique (sensibilité 96 %, spécificité 98%) [9] notamment dans une population comme la notre. Ce risque semble être complètement méconnu de la même manière par les médecins et les patients. L'aspect multidimensionnel donne probablement toute sa valeur au test mais il est actuellement le test de dépistage reconnu le plus fiable dans notre population [38-40]. Compte tenu de l'impact potentiel de la malnutrition protéino-énergétique (MPE) (perte de poids, apparition de plaies de pression, chutes, altération du système immunitaire, augmentation du risque d'hospitalisation [9]), il semble inimaginable actuellement de se priver de ce dépistage. Dans ce cadre particulier de la population âgée il semble en effet beaucoup plus facile d'éviter ou de limiter la MPE que de la traiter.

A la question "voyez vous un autre risque que courrait votre patient ?" 35% des médecins répondaient non. Les déficiences sensorielles, fréquentes, n'ont par exemple jamais été citées, comme le déficit auditif ou la pathologie oculaire [41-42]. Cette réponse des médecins nous incite, dans de futurs travaux, à préciser la conception même de facteurs de risque gériatriques par les médecins traitants ainsi que les sujets abordés lors des consultations portant sur la prévention de ces risques. Une étude décrivant les pratiques de prévention des médecins généralistes de la région PACA révélait qu'ils ne ciblaient pas les problématiques spécifiquement liées à l'âge en dehors peut être d'un regard critique sur les poly prescriptions [30]. En revanche, quel que soit l'âge, ils dépistaient le risque cardiovasculaire, enseigné

abondamment en faculté et en post universitaire, relayé par les laboratoires pharmaceutiques. Dans cette étude, les médecins citaient le risque cardiovasculaire dans 27% des cas.

Malgré nos résultats significatifs, un certain nombre de limites à cette étude sont à discuter : la présence d'un proche de référence était nécessaire dans certains cas pour effectuer les tests, notamment quand il existait des troubles cognitifs ou psychologiques dépistés par le MMSE dans sa version courte ou la GDS dans sa version courte (dans respectivement 23% et 19% des cas dans cet échantillon). Il peut s'agir d'une limite à la pratique du dépistage à domicile ou en cabinet de ville lorsque le patient présente ce type de troubles. Dans notre étude, cette limite, que ce soit la présence d'un ou des deux troubles, a été rencontrée chez 15 patients (soit dans 29% des cas).

Il peut exister un biais de sélection des médecins : les médecins participants auraient pu être les plus intéressés par la problématique du vieillissement et être dans cette logique les mieux formés au dépistage des trois facteurs de risque étudiés, induisant de cette manière un biais de recrutement. On retient que 57% des médecins qui ont décroché leur combiné lors du premier appel téléphonique ont participé à l'étude. On note que 100% des médecins qui refusaient de participer évoquaient une contrainte de temps et non un désintérêt pour la spécialité. Un biais de sélection des patients est aussi possible : nous aurions pu craindre que les médecins sélectionnent les patients qu'ils connaissent le mieux. La règle était néanmoins qu'ils sélectionnent les patients au hasard : soit le hasard des rendez-vous de consultation, soit de leur liste de patients. Le fait que la prévalence des troubles cognitifs dans l'échantillon corresponde à leur prévalence dans la population générale de cette tranche d'âge nous conforterait dans l'idée que ce biais ait été limité [43].

Des tests de dépistages sont utilisés, toutes causes confondues, dans moins de 15% des cas en pratique quotidienne de médecine générale [30]. Le manque de temps (66,4 %), l'absence de rémunération spécifique pour cette activité (34,9 %), la résistance des patients (33,8 %), le manque de formation (27,5 %) et le sentiment d'inefficacité (17,7 %) étaient les principaux obstacles à la prévention déclarés par les médecins traitants dans une étude menée en région PACA [30] sur les pratiques générales de prévention des médecins généralistes. Le gouvernement a évalué en 2007 un outil d'évaluation gérontologique standardisé dans trois régions. Les patients se soumettaient à un auto-questionnaire très général portant sur l'ensemble des domaines de la vie quotidienne tandis que les médecins généralistes devaient satisfaire à une grille complexe d'évaluation [44]. Ce projet est abandonné en l'état pour le moment car jugé beaucoup trop lourd par les médecins généralistes [45].

On prévoyait une consultation de 20 minutes pour la réalisation du questionnaire et des tests au domicile des patients. Cette durée était suffisante à condition qu'aucun évènement extérieur ne vienne perturber le déroulement de la consultation. Il s'agissait donc d'une consultation dédiée de prévention gériatrique. Elle serait réalisable en médecine générale, en termes de temps, à condition d'être épurée de toute autre problématique. Ainsi, il semblerait que si l'on veut permettre aux médecins généralistes d'élaborer un travail de prévention notamment gériatrique, il faudrait officialiser une consultation dédiée de prévention gériatrique avec une rémunération spécifique.

Ce travail devait démontrer que des outils gériatriques étaient utiles au dépistage de trois facteurs de risques. Il en existe de nombreux autres. Il semblerait donc utile de travailler à la validation d'une évaluation gériatrique globale standardisée.

Deux préalables indispensables à l'adhésion des médecins à ce type d'outil :

Le premier est une formation à l'utilité des tests systématiques qu'on leur proposera [46].

Le second est la mise en place d'une intervention efficace ; celle-ci nécessite une collaboration interdisciplinaire qui semble être mise à mal ; il existe un découragement vis-à-vis de la filière paramédicale d'aval [45]

Il existe en ville une difficulté à établir un réseau de prise en charge, c'est-à-dire une équipe multidisciplinaire comptant médecins et intervenants paramédicaux (kinésithérapeutes, ergothérapeutes...) suffisamment interactive pour œuvrer dans un but gériatrique commun. Ce défi remet en cause le principe ancestral de relation thérapeutique très privée entre le (ou les) médecin et son patient, il ne se conçoit que par la valorisation d'un échange constructif [45]. Les médecins doivent être en mesure de juger eux-mêmes l'efficacité des programmes qu'ils mettent en place dans tous les domaines de la gériatrie si l'on veut qu'ils s'y investissent. Des réseaux "gériatriques" doivent ainsi se créer, tels ceux mis en place aujourd'hui autour des patients atteints de pathologies neurodégénératives, accueils de jour et autres plateformes de répit. Un rapport du haut conseil de la santé publique sur une consultation de prévention rapportait en mars 2009 que la définition et la mise en place des aspects organisationnels (articulations entre les médecins et les autres professionnels de santé et modalités de suivi en aval) en matière de prévention (notamment des risques gériatriques) devaient être organisées par le Ministère de la santé, et l'Assurance maladie [45].

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) conduirait à une définition partagée par l'ensemble des professionnels, des risques gériatriques. Elle favoriserait ainsi les échanges interdisciplinaires nécessaires au développement de la gériatrie préventive.

Thèse soutenue par : Franck TRINCHERO

Titre : Utilité d'un test validé pour le dépistage d'un risque de chute, d'une dépendance fonctionnelle, ou d'un risque de malnutrition en médecine générale chez les patients de 80 ans et plus ?

On constate un vieillissement de la population française, et une augmentation de 7% de la population de plus de 75 ans d'ici 2050. En parallèle, il existe une augmentation de l'incidence des facteurs de risques associés aux syndromes gériatriques tels que les chutes, la dépendance fonctionnelle ou la malnutrition protéino-énergétique. Il apparaît donc logique de les dépister le plus précocement possible en médecine communautaire afin de les prendre en charge. L'utilité d'un test validé pour la détermination d'un risque de chute, d'une dépendance fonctionnelle ou d'un risque de malnutrition chez des patients de 80 ans et plus, n'est pas établie en médecine générale ; en pratique très peu de médecins traitants en utilisent un dans ces domaines. L'objet de ce travail est de comparer l'identification de ces trois facteurs de risques par les médecins traitants, sans tests validés, aux résultats de tests validés de référence. Vingt-six médecins généralistes savoyards ont accepté de compléter un questionnaire pour savoir si, d'après eux, il existait chez deux de leurs patients âgés de 80 ans ou plus, sélectionnés au hasard, un risque de chute, une dépendance fonctionnelle ou un risque de malnutrition. On évaluait la concordance de leurs réponses avec les résultats d'un test validé considéré comme la référence : test chronométré de l'appui unipodal pour le dépistage d'un risque de chute, ADL-IADL pour le dépistage d'une dépendance fonctionnelle, shortMNA-MNA complet pour le dépistage d'un risque de malnutrition protéino-énergétique. Cinquante-deux patients ont été testés et ont complété le même questionnaire que leur médecin afin d'analyser secondairement l'intérêt pour le médecin traitant de poser simplement la question à leurs patients pour déterminer ces trois facteurs de risques. Les taux de réponses des médecins et des patients ont été comparés avec les

résultats des tests. Les prévalences (mesurées par les tests) du risque de chute, de dépendance fonctionnelle et du risque de malnutrition étaient respectivement de 73%, de 75%, et de 33%, tandis que les médecins identifiaient ces risques à respectivement 63,5%, 50% et 4% et les patients à 65%, 67% et 11,5%. Pour le risque de chute, la concordance du résultat du test était faible avec la réponse du médecin traitant (coefficient Kappa 0,341 ; $p < 0,05$), faible également avec la réponse des patients (coefficient Kappa 0,372; $p < 0,05$). Pour la dépendance fonctionnelle, la concordance du résultat du test, était modérée avec la réponse du médecin traitant (coefficient Kappa 0,423 ; $p < 0,05$), bonne avec la réponse des patients (coefficient Kappa 0,628 ; $p < 0,05$). Pour la malnutrition, on constatait une indépendance des réponses des médecins (coefficient Kappa 0,039 ; $p > 0,05$) et des patients (coefficient Kappa 0,004 ; $p > 0,05$) vis à vis du test. Les taux de réponses des médecins et des patients concordantes avec les résultats des tests, n'étaient pas significativement différents: respectivement $p = 0,827$ pour le risque de chute, $p = 0,098$ pour l'existence d'une dépendance fonctionnelle, $p = 0,680$ pour le risque de malnutrition. Cette étude pilote révèle un dépistage insuffisant du risque de chute, d'une dépendance fonctionnelle ou d'un risque de malnutrition sans l'utilisation d'un test validé dans la population âgée de 80 ans et plus en médecine générale. La reconnaissance des mêmes facteurs de risque par les patients eux-mêmes était également insatisfaisante et leur réponse ne correspondait pas plus souvent au résultat du test validé. Cette découverte remet en cause le principe d'auto-évaluation de ces risques comme aide au dépistage en médecine communautaire, du moins sous cette forme de questionnaire simple. Cette étude réaffirme l'intérêt d'une consultation dédiée de prévention gériatrique avec les outils appropriés.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 1 Mars 2020

LE DOYEN
B.SELE



LE PRESIDENT DE THESE
PROFESSEUR P. COUTURIER

A blue ink signature of P. Couturier is written over the text: "CHU de GRENOBLE Pôle Pluridisciplinaire de Médecine Médecine Gériatrique Professeur Pascal COUTURIER".

BIBLIOGRAPHIE

1. **Esperance de vie en 2008.** INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.
2. Robert-Bobée I. **Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050.** Insee première. 2006 juillet.
3. **Pyramide des âges 1968.** INSEE, Institut National des Etudes Démographiques 2006.
4. **Pyramide des âges 2009.** INSEE, Institut National des Etudes Démographiques 2009.
5. Duée M, Rebillard C. **La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040.** INSEE 2006
6. **Esperance de vie en bonne santé.** INSEE, Eurostat.
7. Haute Autorité de Santé. **Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Argumentaire.** 2005 Novembre.
8. Trivalle C. **Gérontologie Préventive. Eléments de prévention du vieillissement pathologique.** Evaluation et stratégies de prévention de la dépendance. Ed Masson, 2002
9. Trivalle C. **Gérontologie Préventive. Eléments de prévention du vieillissement pathologique.** Prévention et dépistage de la dénutrition. Ed Masson, 2002
10. Empana JP, Dargent-Molina P, Bréart G; EPIDOS Group. **Effect of hip fracture on mortality in elderly women: the EPIDOS prospective study.** *J Am Geriatr Soc.* 2004 May; 52(5): 685-90.
11. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. **Has mortality after a hip fracture increased?** *J Am Geriatr Soc.* 2007 Nov; 55(11):1720-6.
12. Pérès K, Helmer C, Amieva H, Orgogozo JM, Rouch I, Dartigues JF, Barberger-Gateau P. **Natural history of decline in instrumental activities of daily living performance over the 10 years preceding the clinical diagnosis of dementia: a prospective population-based study.** *J Am Geriatr Soc.* 2008 Jan; 56(1):37-44.

13. Carey EC, Walter LC, Lindquist K, Covinsky KE. **Development and validation of a functional morbidity index to predict mortality in community-dwelling elders.** *J Gen Intern Med.* 2004 Oct; 19(10):1027-33.
14. Bartali B, Frongillo EA, Bandinelli S, Lauretani F, Semba RD, Fried LP, Ferrucci L. **Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons.** *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006 Jun; 61(6):589-93.
15. Mühlberg W, Weidemann G, Stedtfeld HW, Sieber C. **Letters to the editor: low total protein increases injury risk in the elderly.** *J Am Geriatr Soc.* 2004 Feb; 52(2):324-5
16. Ramos LR, Simoes EJ, Albert MS. **Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2-year follow-up.** *J Am Geriatr Soc.* 2001 Sep; 49(9):1168-75.
17. Covinsky KE, Eng C, Lui LY, Sands LP, Yaffe K. **The last 2 years of life: functional trajectories of frail older people.** *J Am Geriatr Soc.* 2003 Apr; 51(4):492-8.
18. Ensrud KE, Ewing SK, Stone KL, Cauley JA, Bowman PJ, Cummings SR; Study of Osteoporotic Fractures Research Group. **Intentional and unintentional weight loss increase bone loss and hip fracture risk in older women.** *J Am Geriatr Soc.* 2003 Dec; 51(12):1740-7.
19. Tinetti ME, Liu WL, Claus EB. **Predictors and prognosis of inability to get up after falls among elderly persons.** *JAMA.* 1993 Jan 6; 269(1):65-70.
20. **Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile.** Recommandations pour la pratique clinique HAS avril 2005.
21. Brown M, Sinacore DR, Ehsani AA, Binder EF, Holloszy JO, Kohrt WM. **Low-intensity exercise as a modifier of physical frailty in older adults.** *Arch Phys Med Rehabil.* 2000 Jul; 81(7):960-5

22. Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JC. **Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis.** *J Am Geriatr Soc.* 2008 Dec; 56(12):2234-43.
23. Faber MJ, Bosscher RJ, Chin A Paw MJ, van Wieringen PC. **Effects of exercise programs on falls and mobility in frail and pre-frail older adults: A multicenter randomized controlled trial.** *Arch Phys Med Rehabil.* 2006 Jul; 87(7):885-96.
24. Drinka PJ. **Can hip protector use cost-effectively prevent fractures in community-dwelling geriatric patients?** *J Am Geriatr Soc.* 2007 Jun; 55(6):959-60.
25. van Schoor NM, Smit JH, Bouter LM, Veenings B, Asma GB, Lips P. **Maximum potential preventive effect of hip protectors.** *J Am Geriatr Soc.* 2007 Apr; 55(4): 507-10.
26. O'Halloran PD, Cran GW, Beringer TR, Kernohan G, O'Neill C, Orr J, Dunlop L, Murray LJ. **A cluster randomised controlled trial to evaluate a policy of making hip protectors available to residents of nursing homes.** *Age Ageing.* 2004 Nov; 33(6):582-8. Epub 2004 Sep 20.
27. Drewnowski A, Evans WJ. **Nutrition, physical activity, and quality of life in older adults: summary.** *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Oct; 56 Spec No 2:89-94.
28. Trivalle C. **Gérontologie Préventive. Eléments de prévention du vieillissement pathologique.** La gérontologie préventive : pourquoi et comment ?. Ed Masson, 2002
29. Saint-Laurent A. **Personnes très âgées, une démarche globale et des réponses multiples.** La Lettre de l'Observatoire des Retraites. Décembre 2007 n° 15 : 21-31.
30. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, INSERM U379. **Pratiques des médecins en matière de prévention et opinions sur les réformes de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région PACA.**
31. Landis J.R., Koch G.G.: **The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data.** *Biometrics.* 1977 apr; 33:159-174.

32. Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees). **Les personnes âgées dans les années 90**. Etudes et résultats. 1999;40
33. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero L, Baumgartner RN, Rubenstein LZ, Garry PJ. **One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons**. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45:735-738.
34. Hurvitz A.E, Richardson JK, Werner R.A, Ruhl A.M, Dixon M.R. **Unipedal stance testing as an indicator of fall risk among older outpatients**. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000 May; 81(5): 587-91.
35. Hurvitz A.E, Richardson JK, Werner R.A. **Unipedal stance testing in the assessment of peripheral neuropathy**. *Arch Phys Med Rehabil* .2001 Feb; 82(2):198-204.
36. Springer B.A, Marin R, Cyhan T, Roberts H, Gill N. **Normative values for the unipedal stance test with eyes open and closed**. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2007 Jan: 8-14.
37. **Le test de station unipodale pour évaluer le risque de chute chez les sujets âgés**. La revue de Gériatrie, tome 34, N°4 2009 Avril ; 331-332
38. Collège national des enseignants de gériatrie. **Corpus de gériatrie, nutrition du sujet âgé**. Ed 2M2, 2000, tome 1.
39. Guigoz Y. **The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us?** *J Nutr Health Aging*. 2006 Nov-Dec; 10(6):466-85; discussion 485-7.
40. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, Morley JE, Chumlea W, Salva A, Rubenstein LZ, Garry P. **Overview of the MNA--Its history and challenges**. *J Nutr Health Aging*. 2006 Nov-Dec; 10(6):456-63; discussion 463-5.
41. Trivalle C. **Gérontologie Préventive. Eléments de prévention du vieillissement pathologique**. Prévention de la déficience auditive chez les personnes âgées .Ed Masson, 2002

42. Trivalle C. **Gérontologie Préventive. Eléments de prévention du vieillissement pathologique. Prévention et dépistage des pathologies oculaires.** Ed Masson, 2002
43. Trivalle C. **Gérontologie Préventive. Eléments de prévention du vieillissement pathologique.** Maladie d'Alzheimer : possibilités actuelles et perspectives futures de prévention. Ed Masson, 2002
44. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. **Consultation gratuite de prévention à 70 ans, Auto-questionnaire.** 2007 janvier.
45. Haut Conseil de la santé publique. **Consultations de prévention : constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement.** 2009 mars.
46. Prasteau Ph. **La prévention gériatrique en médecine générale.** NPG 2006; 6 (36): 6-11.

**FACTEURS DE RISQUE GERIATRIQUES IDENTIFIES PAR
LES PATIENTS**

Date :

Initiales du patient :

Age :

1. LOCOMOTION

Pensez-vous courir un risque de chute ?

Oui	Non
-----	-----

2. APPRECIATION DU DEGRE DE DEPENDANCE

Pensez-vous être dépendant pour la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne ?

Oui	Non
-----	-----

3. NUTRITION

Pensez-vous courir un risque de malnutrition ?

Oui	Non
-----	-----

Annexe 2

EVALUATION GERIATRIQUE STANDADISEE

1. LOCOMOTION

Appui unipodal
Temps :

CONCLUSION, RISQUE DE CHUTE ?

oui non

2. APPRECIATION DU DEGRE DE DEPENDANCE

Echelle des activités de base de la vie quotidienne ou ADL	
Items	Cotation de 0 à 1
Hygiène corporelle	
Habillage	
Aller aux toilettes	
Locomotion	
Continence	
Repas	
Score total : /6	

Echelle des activités instrumentales de la vie quotidienne ou IADL	
A. ACTIVITES COURANTES	
1. Aptitude à utiliser le téléphone	
2. Les courses	
3. Préparation des aliments	
4. Entretien ménager	
5. Blanchisserie	
6. Moyens de transport	
7. Responsabilités à l'égard de son traitement	
8. Aptitude à manipuler l'argent	
Score total : /8	

CONCLUSION, PATIENT DEPENDANT ?

oui non

3. NUTRITION

Poids :

Taille :

Mini MNA	
A. Le patient présente-t-il une perte d'appétit ?	/2
B. Perte récente de poids (< 3 mois)	/3
C. Motricité	/2
D. Maladie aiguë ou stress psychologique lors des trois derniers mois	/2
E. Problèmes neuropsychologiques	/2
F. Indice de masse corporelle	/3
Score de dépistage : /14	

Si mini MNA \leq 11 Evaluation globale

G. Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?	/1
H. Prend plus de 3 médicaments ?	/1
I. Escarre ou plaies cutanées ?	/1
J. Combien de véritable repas le patient prend-il par jour ?	/2
K. Consomme-t-il une fois par jour au moins des produits laitiers, une ou deux fois par jour des œufs ou des légumineuses, chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ?	/1
L. Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ?	/1
M. Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ?	/1
N. Manière de se nourrir ?	/2
O. Le patient se considère-t-il bien nourri ?	/2
P. Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	/2
Q. Circonférence brachiale ?	/1
R. Circonférence du mollet ?	/1
Score Evaluation globale : /16	
Score Total : /30	

CONCLUSION, MALNUTRITION ?

oui à risque non

**FACTEURS DE RISQUE GERIATRIQUES IDENTIFIES PAR
LES MEDECINS TRAITANTS**

Date :

Initiales du patient :

Age :

1. LOCOMOTION

Existe-t-il un risque de chute ?

Oui	Non
-----	-----

2. APPRECIATION DU DEGRE DE DEPENDANCE

Votre patient est-il dépendant pour la réalisation des activités de la vie quotidienne ?

Oui	Non
-----	-----

3. NUTRITION

Existe-t-il un risque de malnutrition ?

Oui	Non
-----	-----

Voyez-vous un autre risque que courrait votre patient ?

Annexe 4

Franck TRINCHERO
-coordonnées personnelles-

Madame/Monsieur,

je vous remercie d'avoir accordé un intérêt à mon projet de thèse qui porte sur la pertinence de l'évaluation gériatrique standardisée en médecine générale.

Je vous fais parvenir suite à notre conversation téléphonique un document complémentaire expliquant le but exact de mon travail, ainsi que la méthode envisagée.

Je me permettrai de vous recontacter par téléphone dans une semaine afin de savoir si vous voulez bien toujours participer et pour savoir si dans ce cas vous m'auriez déjà sélectionné 2 patients de 80 ans ou plus (pas de la même famille) acceptant de me recevoir à leur domicile une quinzaine de minutes et étant capable de se soumettre à un questionnaire simple. Ces patients ne doivent pas avoir été évalués sur le plan gériatrique, pas de critère d'exclusion autrement. Pour la sélection des patients, soit les 2 premières personnes de 80 ans ou plus que vous voyez en consultation, soit tirés au sort (les 2 premiers dans l'ordre alphabétique de vos patients répondant au critère d'âge). Je contacterai ensuite ces patients par téléphone pour convenir d'un rendez-vous.

En restant à votre disposition pour toute information complémentaire veuillez agréer madame/monsieur l'expression de mes salutations distinguées.

Franck TRINCHERO

Annexe 5

Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine générale Franck TRINCHERO Assistant en gériatrie au centre hospitalier de Chambéry

Directeur de thèse : Dr Gavazzi (MCU-PH service Gériatrie
Pr Couturier E. Chatin CHU Grenoble)

Sujet : dépistage des facteurs de risque gériatriques en médecine générale.

Question posée : Evaluation de la connaissance par les médecins traitants n'utilisant pas dans ces domaines de tests validés, de l'existence d'un risque de chute, d'une dépendance fonctionnelle et/ou d'un risque de malnutrition chez leurs patients de 80 ans ou plus.

Objectifs secondaires : Evaluation de la prise en compte par leur médecin traitant du ressenti des patients dans la détermination de ces trois mêmes risques. En cas de discordance, on déterminera à qui la réponse correspondant au résultat du test validé appartient le plus souvent.

Inclusion des médecins généralistes :

- 1- pas de compétence gériatrique
- 2- pas d'évaluation au moyen de tests validés dans les trois domaines étudiés

Sélection des médecins et des patients : sur une base de 25 à 30 médecins généralistes, à raison de deux patients par médecin.

Pour la sélection des deux patients n'appartenant pas à la même famille dans chaque patientelle retenue, soit les 2 premières personnes de 80 ans ou plus que vous voyez en consultation, soit tirés au sort (les 2 premiers dans l'ordre alphabétique de vos patients répondant au critère d'âge).

Conditions de réalisation envisagées : seul intervenant auprès des médecins et des patients, le thésard. Pour les patients retenus, à domicile ou au cabinet médical, questionnaire (3 questions simples réponse oui-non portant sur l'existence des risques, 3 minutes) plus évaluation (appui unipodal, ADL-IADL, MNA) au cabinet médical ou au domicile du patient (15 minutes) avec leur autorisation prise par téléphone au préalable. Pour le médecin après évaluation des patients, questionnaire (3 questions portant sur l'existence des risques, 3 minutes) au cabinet médical ou par téléphone.

But : • Recherche de l'intérêt en médecine générale d'outils validés utilisés couramment en milieu gériatrique hospitalier, pour le dépistage de certains risques gériatriques par comparaison entre les réponses des médecins et celles apportées par l'évaluation pratiquée à domicile. Détermination de la prise en compte du ressenti des patients et son intérêt par leur médecin traitant par comparaison de leurs réponses et rapport avec les résultats de l'évaluation.

• Promotion du dépistage systématique dans les populations à risque et rationalisation du recours à l'avis spécialisé en gériatrie. Mise à la disposition des praticiens d'outils simplifiés.

NB : le résultat des évaluations standardisées ainsi que des questionnaires sera tenu à la disposition du médecin généraliste concerné.

Annexe 6 : Test chronométré de l'appui unipodal

Le patient doit être déchaussé.

On demande au sujet de se tenir sur la jambe de son choix le plus longtemps possible.

On chronomètre la durée de la station unipodale jusqu'à 30 secondes.

Ensuite, on demande au sujet de faire la même chose de l'autre côté.

On retient la valeur la plus basse pour l'interprétation.

Interprétation : un test de station unipodale < 5 secondes indique un risque élevé de chute traumatique.

Annexe 7 ECHELLE DES ACTIVITES DE BASE DE LA VIE QUOTIDIENNE OU ADL-INDEX DE KATZ

Hygiène corporelle

- (1) Autonomie
- (1/2) Aide partielle
- (0) Dépendance

Habillage

- (1) Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, même les chaussures
- (1/2) Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais besoin d'aide pour se chausser
- (0) Dépendance

Aller aux toilettes

- (1) Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite
- (1/2) Doit être accompagné, ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller
- (0) Ne peut aller aux toilettes seul

Locomotion

- (1) Autonomie
- (1/2) Besoin d'aide
- (0) Grabataire

Continence

- (1) Continent
- (1/2) Incontinence occasionnelle
- (0) Incontinent

Repas

- (1) Mange seul
- (1/2) Aide nécessaire pour couper la viande et peler les fruits
- (0) Dépendant

Interprétation

Total : ... /6

Un score de 6 n'exclue pas l'existence d'une dépendance plus modérée, pouvant être identifiée par les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL)

Annexe8 ECHELLE DES ACTIVITES INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE OU IADL

1. Aptitude à utiliser le téléphone

- (1)1. Se sert normalement de son téléphone
- (1)2. Compose quelques numéros très connus
- (1)3. Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément
- (0)4. N'utilise pas le téléphone spontanément
- (0)5. Est incapable d'utiliser le téléphone

2. Les courses

- 0. Non applicable, n'a jamais fait les courses
- (1)1. Fait les courses normalement
- (0)2. Fait les courses normalement (nombre limité d'achats, trois au moins)
- (0)3. Doit être accompagné pour faire les courses
- (0)4. Est incapable de faire les courses

3. Préparation des aliments

- 0. Non applicable, n'a jamais préparé de repas
- (1)1. Prévoit, prépare et sert normalement les repas
- (0)2. Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis
- (0)3. Réchauffe et sert des plats préparés ou prépare des repas, mais de façon plus ou moins inadéquate
- (0)4. Il est nécessaire de lui préparer les repas et de les lui servir

4. Entretien ménager

- 0. Non applicable, n'a jamais eu d'activités ménagères
- (1)1. Entretien de sa maison seul(e) ou avec un aide occasionnelle (pour les travaux lourds)
- (1)2. Effectue quelques tâches quotidiennes légères, telles que laver la vaisselle, faire les lits
- (1)3. Effectue quelques tâches quotidiennes, mais ne peut maintenir un état de propreté normal
- (1)4. A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménagers
- (0)5. Est incapable de participer à quelques tâche ménagère que ce soit

5. Blanchisserie

- 0. Non applicable, n'a jamais effectué de blanchisserie
- (1)1. Effectue totalement sa blanchisserie personnelle
- (1)2. Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas, etc.
- (0)3. Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres

6. Moyens de transport

- (1)1. Utilise les transports publics de façon indépendante, ou conduit sa propre voiture
- (1)2. Organise les déplacements en taxi, mais autrement n'utilise aucun transport public
- (1)3. Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné(e)
- (0)4. Déplacement limité, en taxi ou en voiture, avec l'aide de quelqu'un

7. Responsabilités à l'égard de son traitement

- (1)1. Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythme corrects)
- (1)2. Est responsable de la prise de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance
- (0)3. Est incapable de prendre seul ses médicaments, même s'ils sont préparés à l'avance en doses séparées

8. Aptitude à manipuler l'argent

- (0). Non applicable, n'a jamais manipulé de l'argent
- (1)1. Gère ses finances de façon autonome (rédaction de chèques, budget, loyer, factures, opérations à la banque) recueille et ordonne ses revenus
- (1)2. Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants...
- (0)3. Incapable de manipuler de l'argent

SCORE ACTIVITES COURANTES (A)

/8

Annexe 9 : EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT OU MNA	
DEPISTAGE	
A. Le patient présente-t-il une perte d'appétit ?	
A-t-il mangé moins ces trois 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 trois 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/m ²)	
(0) IMC < 19	
(1) 19 < IMC < 21	
(2) 21 < IMC < 23	
(3) IMC ≥ 23	
Total :	.../14

Score de dépistage (sous total max, 14 points),
 12 points ou plus, normal pas besoin de continuer l'évaluation
 11 points au moins, possibilité de malnutrition continuez l'évaluation

EVALUATION GLOBALE MNA COLMPLET		
G. Le patient vit-il de façon indépendante à domicile	(0) Non	(1) Oui
H. Prend plus de trois médicament	(0) Oui	(1) Non
I. Escarre ou plaies cutanées ?	(0) Oui	(1) Non
J. Combien de véritable 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) si 0 ou 1 oui (0,5) si 2 oui (1) si 3 oui		
L. Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits et légumes ?	(0) Non	(1) Oui
M. Combien de verres de boisson consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait, bière...)	(0) moins de 3 verres (0,5) de 3 à 5 verres (1) 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) moins bonne (0,5) ne sait pas (1) aussi bonne (2) meilleure	
Q. Circonférence brachiale (CB en cm)	(0) CB < 21 (0,5) 21 ≤ CB ≤ 22 (1) CB > 22	
R. Circonférence du mollet (CM en cm)	(0) CM < 31 (1) CM > 31	

INTERPRETATION (sensibilité du test 96%, spécificité 98%)
 Score total ... /30 = Score de dépistage + Evaluation globale (max 16 points)
 Appréciation de l'état nutritionnel : de 17 à 23,5 points = risque de malnutrition,
 Moins de 17 points = mauvais état nutritionnel

Abbreviations

APA Allocation personnalisée d'autonomie

ADL Activities of Daily Living

IADL Instrumental Activities of Daily Living

MNA Mini Nutritional Assessment

MPE Malnutrition Protéino-énergétique

MMSE Mini Mental State Examination

GDS Geriatric Depression scale

INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.