



HAL
open science

**Consultation préventive à domicile pour le patient âgé :
étude de reproductibilité et de faisabilité d'un outil
d'évaluation des risques à domicile, la grille
EVALADOM, réalisée auprès de 20 médecins
généralistes**

Félicie Lamouroux

► **To cite this version:**

Félicie Lamouroux. Consultation préventive à domicile pour le patient âgé : étude de reproductibilité et de faisabilité d'un outil d'évaluation des risques à domicile, la grille EVALADOM, réalisée auprès de 20 médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00650250

HAL Id: dumas-00650250

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00650250>

Submitted on 18 Oct 2013

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2011

N°

Consultation préventive à domicile pour le patient âgé : Etude de reproductibilité et de faisabilité d'un outil d'évaluation des risques à domicile, la grille EVALADOM, réalisée auprès de 20 médecins généralistes

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

Par
Félicie LAMOUREUX
Née le 3 juillet 1982 à Romans sur Isère (26)

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble
Le 1^{er} Décembre 2011

Devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur Pascal Couturier, Président du jury

Monsieur le Professeur Jean-luc Bosson

Monsieur le Professeur Gérard Esturillo

Madame le Docteur Claire Millet, directeur de thèse

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
 2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Mariel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophthalmologie
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOU	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MACNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSACIA	Jean-Guy	Anatomie
DAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophthalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SERLE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERCENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmina	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectieuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZACUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
 2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PAQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pascal Couturier,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc Bosson,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Je vous remercie pour vos précieux conseils dans un domaine qui m'est étranger. Recevez ici toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Gérard Esturillo,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Claire Millet,

Il y a un peu plus d'un an, vous avez accepté de m'accompagner dans ce travail sans me connaître, je vous en remercie. Vous m'avez aidée avec enthousiasme et su me redonner confiance dans les moments difficiles. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Madame Sophie Thoret, pour votre aide dans le doux monde (mais au combien compliqué) des statistiques.

Merci au Docteur Muriel Monange (plus communément appelée mumu) ! Merci de m'avoir suggéré de poursuivre ton travail et de m'avoir ainsi permis de réaliser une thèse faite de rencontres et dont l'objectif est en accord avec mes principes ! Et puis... merci des fous rires à la « mut », des bières à la bobine, des discussions sérieuses aussi (quand même)... J'espère bien garder contact avec toi malgré la distance !

Aux médecins généralistes qui ont acceptés de se lancer dans l'aventure : merci d'avoir pris le temps et merci de vous être montrés intéressés.

Aux personnes qui m'ont accueillie chez elles et qui ont parfois fait de moi leur invitée. Sans leur accord, ce travail ne serait pas.

A mes parents, ces deux humanistes.

Merci pour le choix de mon prénom (qui l'eut cru ???) qui s'est avéré être un atout de taille dans la jungle hospitalière. Merci de l'enfance que vous m'avez donnée. Merci de continuer à m'accompagner dans mes choix.

A mon padre, merci de m'avoir transmis ta passion, en espérant avoir un peu de ta rigueur...

A ma madre, merci d'être toujours là quand il faut et de savoir écouter...

A mon frère, merci de m'ouvrir à un autre monde que celui de la médecine. Je te souhaite de poursuivre ta propre route et de continuer à défendre tes convictions comme tu sais si bien le faire. Et gardes ta « folie » qui me fait tellement rire ! N'est-ce-pas, raie ?...

A ma sœur, mon doud au milles surnoms... difficile exercice que de te remercier... comment ne pas en faire trop, comment ne pas être réducteur ... On va rester bref : merci pour tous ces moments partagés... tu sais ce qui nous lie...

A mes deux grands-mères, deux exemples de vie, chacune à sa manière.

A toute la millefa : les oncles et tantes, les cousins et cousines!

Au Tididi ! Une amitié au-delà des kilomètres, faite d'éternelles retrouvailles... et toujours sur la même longueur d'onde ! Des jeux dans la piscine des parents, aux festivals mostariens, en passant par le chalet de Monestier, la place « stan », ou les collines de thé de Mounar, on en a vécu du chemin ensemble. Merci de tout ça ma cé !

Aux meufettes : Merci d'être toujours là ! Melane (l'excitée qui s'met au zazen...merci de tes coups de gueules qui me font toujours autant rire), sophitia (irish girl... merci d'être une passionnée), charlou (l'hyperactive... restes la spontanée que tu es), mariones (la fausse calme... merci d'avoir toujours une p'tite vanne bien placée ! sacrée warrior en tout cas...). Et vive les parcs romains, la place du trib et son QG, les vieux apparts, Leucate et les perruques flashies!

A mon titou ! Merci d'être toujours aussi chibré malgré ton costume trois pièces ! Pourvu qu'ça dure !

A Nani !!! Ca y est ! On a fini ! On aura traversé toutes ces années ensembles ! Mon amie rencontrée sur les bancs de la fac, au tout début... Fini l'époque des exposés d'anglais où on parlait indouisme en faisant bruler de l'encens !...

Aux marseillais, rom (what what ?), ju et fab (in the buck...)... c'est toujours des bons moments avec vous !

A l'autre famille d'amis : tom et sandra, rom, tonikito, jey, antoine et jérôme... merci de m'avoir tout de suite acceptée comme une des vôtres !

Aux rencontres dans les couloirs de l'hosto ou à l'internat... (Lulu, Nat, les chambériens...).

Et le meilleur pour la fin : au nadrien, mon méga combo gagnant. J't'ai regardé, tu m'as regardé, j't'ai regardé, tu m'as regardé... bref : j'ai su que c'était toi... Merci d'être là.

Et bien sur, milles merci pour ton aide et ta présence... A nos bagages maintenant, l'hémisphère sud nous attend !

Sommaire

ABREVIATIONS.....	2
INTRODUCTION	3
MATERIEL ET METHODE	5
1. Type d'étude.....	5
2. Population	5
a. Critères d'inclusion	5
b. Critères d'exclusion.....	5
3. Mode d'intervention	6
4. Grille d'évaluation de la personne âgée au domicile.....	7
a. Construction de l'outil	7
b. Présentation de l'outil.....	7
RESULTATS.....	8
1. Description de la population	8
2. Etude de reproductibilité de la grille EVALADOM.....	9
3. Résultats de l'enquête de satisfaction et de faisabilité	12
DISCUSSION	15
1. Etude de reproductibilité	15
2. Etude de faisabilité.....	20
BIBLIOGRAPHIE.....	24
ANNEXE 1: La grille EVALADOM	28
ANNEXE 2 : Questionnaire d'évaluation de la visite préventive à domicile	29
ANNEXE 3 : lettre destinée aux généralistes.....	31
ANNEXE 4 : lettre destinée aux patients	33
ANNEXE 5 : Suggestions de conseils et prescriptions après évaluation	34
ANNEXE 6 : Matériel pour l'aménagement du domicile	36
ANNEXE 7 : Description des résultats du questionnaire	37

ABREVIATIONS

AcVC = accidents de la vie courante

A.D.I.M = Association pour le Développement de l'Information Médicalisée

AFSSAPS = Agence Française de sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ANAH = Agence Nationale de l'Habitat

ANFE = Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA = Allocation Personnalisée d'Autonomie

AS = Assistants Sociaux

BEH = Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

BMJ = British Medical Journal

CO = Monoxyde de carbone

EHPAD = Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GRECO = Groupe de Recherche sur les Evaluations Cognitives

HAS = Hautes Autorités de Santé

INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

InVS = Institut de Veille Sanitaire

JAGS = Journal of the American Geriatrics Society

SSIAD = Services de Soins Infirmiers A Domicile

UMGE = Unités Mobiles de Gériatrie Extrahospitalières

VAD = Visite à domicile

INTRODUCTION

De nos jours, les accidents de la vie courante (AcVC) sont les accidents les plus nombreux et les plus mortels : ils sont responsables chaque année de 4,5 millions des recours aux services d'urgence et de 19000 décès. Deux tiers de ces décès concernent les personnes de plus de 75 ans. La chute est de loin la première cause d'AcVC dans cette population (60%), puis interviennent les suffocations, les intoxications (d'origine iatrogène principalement), les accidents causés par le feu et enfin les noyades (1). Chez les personnes de plus de 75 ans, environ 70 % des AcVC ont lieu au domicile, et 42 % conduisent à une hospitalisation (2).

Or, la grande majorité des personnes âgées vivent à domicile (environ 85% des 70 ans et plus, recensés en 2008). Et, grâce à l'amélioration de la qualité de vie, l'espérance de vie se voit considérablement augmentée. Ainsi, les personnes de plus de 75 ans représentent actuellement 8,8% de la population française (soit environ 5,48 millions) et leur proportion va continuer de s'accroître dans les années à venir, jusqu'à atteindre 15% en 2050 (3; 4).

Ces différentes constatations placent la prévention des AcVC chez les personnes âgées comme une préoccupation majeure de santé publique.

Dans cet esprit, une «convention nationale relative au programme de mise en sécurité du domicile des personnes âgées» a été élaborée et est appliquée depuis septembre 2010. Elle repose d'une part sur la prévention en mettant à disposition un outil de repérage des risques d'accidents domestiques chez les personnes âgées. D'autre part, elle insiste sur l'information en sensibilisant le grand public à cette problématique. Les mesures de prévention font actuellement l'objet d'expérimentations locales à travers le territoire (5). Cette convention s'inscrit dans le «plan 2 de développement des services à la personne», lancé en mars 2009 par le ministère de l'économie. Ce plan propose, entre autres, des avantages fiscaux et sociaux aux personnes âgées engageant une démarche de sécurisation du domicile (6).

Néanmoins, cette initiative semble présenter des lacunes : le fait que le particulier sollicite lui-même les organismes afin d'évaluer les risques de l'habitat pourrait être une des failles de ce système. Cela sous-entend de la part de l'intéressé une intégration de la menace, une acceptation de la démarche, ainsi qu'une connaissance de la procédure à

suivre. Or, une récente enquête d'opinion met en évidence une sous-estimation du danger par nos aînés, ce qui limite la démarche d'aménagement de leur domicile (7). De plus, cette démarche gouvernementale repose sur la participation d'intervenants extérieurs mais ne s'adresse pas aux médecins généralistes, qui assurent pourtant en pratique quotidienne des soins au domicile des personnes âgées. En effet, l'outil de repérage des risques d'accidents domestiques n'est pas réalisable en pratique courante de médecine générale, ce guide comptant 27 pages et une centaine d'items (8).

Il paraît pourtant intéressant de mettre à disposition des généralistes, premiers acteurs du système de santé, un guide d'évaluation de la situation à domicile chez les personnes âgées. Cette pratique s'intègre à une prise en charge multidimensionnelle du patient, nécessaire au maintien à domicile de ces patients fragiles. Dans cette optique, une grille d'évaluation à domicile (baptisée EVALADOM) a été élaborée lors d'une thèse antérieure, sur la base de travaux de recherche effectués à l'étranger (9; 10; 11). Elle a ensuite fait l'objet d'une étude menée auprès des internes de médecine générale de Grenoble (12), puis d'une validation de la cohérence interne du questionnaire (13).

L'objectif de ce travail est d'une part, de vérifier sa reproductibilité en mesurant la variabilité inter-juge et intra-juge et d'autre part, d'établir la faisabilité de cet outil auprès des médecins généralistes en réalisant une enquête de satisfaction.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude analytique évaluant la qualité méthodologique d'une méthode de dépistage basée sur une grille répertoriant les risques inhérents au domicile : la grille EVALADOM (*annexe 1*).

L'objectif principal est de vérifier sa reproductibilité en observant les variabilités inter et intra-juge. Les objectifs secondaires visent à évaluer sa faisabilité, son acceptabilité et son utilité, à partir d'une enquête de satisfaction (*annexe 2*).

2. Population

La population étudiée se compose de médecins généralistes, sans limite géographique. L'objectif initial était de recruter 30 médecins. Il a été demandé à chaque praticien de choisir parmi leur patientèle 2 patients de 75 ans et plus, choisis au hasard, qu'ils consultent habituellement indifféremment au cabinet ou à domicile.

L'étude a été menée de décembre 2010 à septembre 2011.

a. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion concernant les praticiens sont :

- La pratique de la médecine générale en libéral,
- Etre volontaire pour participer à l'étude,
- La réalisation de visites à domiciles (VAD) auprès des personnes âgées, en pratique courante.

Les critères d'inclusion concernant les patients sont :

- Patients âgés de 75 ans et plus,
- Vivant à domicile,
- Patients coopérants et volontaires.

b. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion concernant les praticiens sont :

- Le refus de participation,
- La pratique exclusive au sein d'un établissement de santé (type EHPAD...),

- L'absence de pratique de VAD chez les sujets âgés.

Les critères d'exclusion concernant les patients sont :

- Patients âgés de moins de 75 ans,
- Domiciliant au sein d'un foyer logement ou d'une EHPAD,
- Refus de participation.

3. Mode d'intervention

Les médecins volontaires ont été recrutés par téléphone puis au cours d'une rencontre à leur cabinet où les tenants et aboutissants de l'étude leur ont été exposés.

Chaque médecin a reçu un «kit d'enquête» contenant :

- Une lettre d'information sur la procédure à adopter (*annexe 3*),
- Un courrier explicatif aux patients ayant accepté de participer à l'étude (*annexe 4*),
- La grille EVALADOM (*annexe 1*), en 4 exemplaires,
- Un questionnaire de satisfaction (*annexe 2*),
- Des propositions de conseils ou de prescriptions à prodiguer en fonction de l'état des lieux réalisé (*annexe 5*),
- Une fiche informative pour les patients leur donnant des conseils pratiques sur l'aménagement du domicile (*annexe 6*),

L'étude de reproductibilité de la grille a nécessité plusieurs visites chez un même patient :

- 2 VAD devaient être réalisées à 1 mois d'intervalle par le médecin traitant (en veillant à n'établir aucune prescription ni conseil suite à la première). Cet intervalle était suffisamment réduit pour considérer comme stable la situation au domicile mais suffisamment long pour éviter l'effet d'apprentissage chez le médecin. Ce procédé a permis d'établir la variabilité intra-juge.
- 1 VAD a été faite par un intervenant extérieur, 15 jours après la 1^{ère} VAD réalisée par le médecin traitant, pour étudier la variabilité inter-juge. J'ai été ce 2^{ème} examinateur.

Un questionnaire évaluant la faisabilité, l'acceptabilité et l'utilité de cette grille a été soumis aux médecins participants. Il permet de définir l'intérêt de l'outil quant à la connaissance des patients sur le plan médical et social, son apport en terme de prescriptions ou de recommandations et enfin, ses limites d'utilisation.

4. Grille d'évaluation de la personne âgée au domicile

a. Construction de l'outil

Cette grille a été formée lors d'un travail de thèse précédent, à partir d'échelles et de grilles d'évaluation déjà validées, basées sur les données de la littérature ou observée en pratique courante (12).

La grille a ensuite été soumise, lors d'une seconde thèse, à des recherches visant à valider ses qualités intrinsèques, et notamment en évaluant la cohérence interne du questionnaire, en tant qu'outil de mesure du risque global au domicile d'une personne âgée, et en étudiant les corrélations entre les différents items recherchés (13). Suite à ce travail, une nouvelle version de la grille a été proposée, permettant d'améliorer la pertinence de cet outil de mesure.

C'est cette 2^{ème} version qui a été utilisée lors de ce travail.

b. Présentation de l'outil

La grille est composée de 61 items répartis dans 8 rubriques : description du patient, logement, risque nutritionnel, risque iatrogène, risque du domicile, autonomie, risque de chute accidentelle et risque d'isolement. A chaque item, la réponse possible est oui, non, ou non côté.

RESULTATS

1. Description de la population

50 médecins généralistes ont été contactés et invités à participer à l'étude :

- 22 praticiens ont refusé de participer à cette étude lors du contact téléphonique, après une explication sommaire du protocole. 19 ont décliné par manque de temps et 3 par manque de pratique de VAD.
- 28 praticiens ont accepté de me recevoir au cabinet puis de participer à cette étude. Parmi ces 28 praticiens, 8 se sont désistés en invoquant un manque de temps.

Finalement, 20 médecins généralistes volontaires ont été inclus dans l'étude. Ces médecins ont en moyenne 52 ans et sont installés en cabinet depuis 22 ans en moyenne.

Sur ces 20 participants :

- 20% d'entre eux ont évalué le domicile d'1 seul de leurs patients,
- 65% de 2 de leurs patients,
- et 15% de 3 de leurs patients.

Au total, 39 patients ont bénéficié d'une évaluation des risques à domicile selon la grille EVALADOM. L'âge moyen des patients est de 85 ans. 79 % sont des femmes et 21 % des hommes. 82 % de ces personnes vivent seules.

Selon le protocole de l'étude, 78 grilles ont été réalisées par le médecin traitant et 39 grilles par mes soins en tant que médecin extérieur. En définitive, 117 grilles EVALADOM ont été analysées dans ce travail.

Les 2 évaluations du médecin traitant sont espacées de 49 jours en moyenne. La visite par le médecin extérieur a été effectuée en moyenne 20 jours après la première évaluation par le médecin généraliste.

2. Etude de reproductibilité de la grille EVALADOM

Les résultats de l'étude de reproductibilité sont exposés dans le tableau 1, calculés selon le coefficient de Kappa. La concordance selon le coefficient de Kappa est considérée comme bonne entre 0,61 et 0,80 et comme excellente de 0,81 à 1 (aucune concordance n'est retenue en dessous de 0,61, surligné en bleu dans le tableau).

Tableau 1 : étude de la variabilité intra-juge et inter-juge de la grille EVALADOM

	Investigateur vs. Généraliste J0	Généraliste J0 vs. Généraliste J30
PATIENT		
Difficulté à la marche	0,54	0,84
Troubles cognitif connu	0,65	0,84
ATCD de chute	0,38	0,41
Dépression	0,67	0,84
Incontinence urinaire	0,67	0,71
Troubles visuels	0,00	0,85
Nombre d'hospitalisation dans l'année	0,87	0,77
LOGEMENT		
Appartement à l'étage sans ascenseur	0,83	1,00
Maison avec étage	0,84	1,00
Nombre de pièces	0,76	1,00
RISQUE NUTRITIONNEL		
Réfrigérateur		
Vide	0,00	0,00
Présence de produit frais	-0,04	0,41
Aliments avariés	-0,08	0,53
Contenu inadapté	non calculable*	0,00
Alcool		
Signe de consommation excessive	non calculable*	non calculable*
RISQUE IATROGENE		
Pharmacie		
Stock adapté	-0,08	0,63
Médicaments mal identifiés	-0,05	0,77

Médicaments périmés	0,16	0,82
Médicaments actuels		
Connaissance de la posologie	0,49	0,79
Connaissance de l'heure de prise	0,48	0,95
Connaissance du rôle	0,62	0,83
Nombre de ttt	0,55	0,58
Prise de psychotropes ou médicaments cardiovasculaires	0,72	0,72
RISQUE DU DOMICILE		
Installation vétuste en gaz	0,00	0,64
Installation vétuste en électricité	0,30	0,77
Aération suffisante	0,46	1,00
Installation vétuste du mode de chauffage, risque CO	0,00	non calculable*
Traces de brûlure sur les meubles	0,00	non calculable*
AUTONOMIE		
Hygiène du domicile défaillante	0,79	0,79
Hygiène du patient défaillante	0,79	0,79
Sait utiliser un téléphone	0,68	0,91
Sait utiliser un chèque	0,70	0,83
RISQUE DE CHUTE ACCIDENTELLE		
Téléalarme		
Prescrit	0,83	0,88
Porté	0,84	0,90
Transferts		
Difficultés pour se lever du lit	0,50	0,68
Difficultés pour se lever du WC	0,37	0,52
Accessibilité du domicile		
Adapté au handicap	0,46	0,94
Danger lié à l'aménagement		
Eclairage suffisant	0,02	0,49
Interrupteur accessibles		1,00
Sol régulier	0,12	0,87
Petites marches	0,02	0,83

Sol glissant	0,13	0,47
Aire de déplacement obstruée par		
Des petits objets, fils	-0,06	0,59
Des tapis mobiles, paillasons glissants	0,41	0,65
Tapis avec bordure relevée ou obstacle	0,42	0,62
Hauteur des chaises appropriée	0,19	0,79
Escaliers		
Marches inégales	1,00	1,00
Présence de main courante	1,00	0,67
Salle de bain		
Présence d'antidérapant douche	0,69	0,81
Présence de barre d'appui...		
...dans la douche	0,68	0,83
...dans les WC	0,74	0,95
Rangements		
Articles d'usage courant accessibles	0,45	0,72
Habillage		
Chaussures adaptés	0,26	0,83
RISQUE D'ISOLEMENT		
Isolement géographique		
Eloignement commerces	0,36	0,92
Isolement social		
Vit seul à domicile	1,00	1,00
Vit avec une personne dépendante	-0,03	1,00
Vit avec une personne autonome	0,83	1,00
Sort seul du domicile	0,63	0,74
Voisin aidant	0,58	0,60
Passage régulier famille ou amis	0,72	1,00
Passage de professionnel	0,00	1,00

*non calculable :n'indique pas une absence de concordance mais seulement le fait que tous les investigateurs ont répondu soit tous « non », soit tous « oui ».

Concernant l'étude intra-juge, une reproductibilité bonne à excellente est observée pour 84% des items. Le coefficient de Kappa met en évidence une variabilité intra-juge importante pour le risque nutritionnel ainsi que pour quatre des items décrivant le risque de chute.

Concernant l'étude inter-juge, 44 % des items présentent une reproductibilité bonne à excellente et une absence de concordance est observée dans 56 % des items.

Les variabilités concernent notamment le risque nutritionnel, le risque iatrogène, le risque du domicile et le risque de chute accidentelle (plus de la moitié de leurs items sont variables).

A l'inverse, les rubriques concernant la description du patient, le logement, l'autonomie et le risque d'isolement peuvent être considérées comme reproductibles.

3. Résultats de l'enquête de satisfaction et de faisabilité

L'intérêt médical de la grille est coté sur une échelle allant de 1 à 4 (aucun, peu, assez, très bon) (Fig. 1). Les médecins généralistes ont estimé que la grille EVALADOM contribue à une amélioration de la connaissance médicale du patient dans 59% des cas (soit 23 personnes) et qu'elle n'apporte pas de bénéfice majeur dans la connaissance médicale du patient chez 41% d'entre eux (soit 16 personnes).

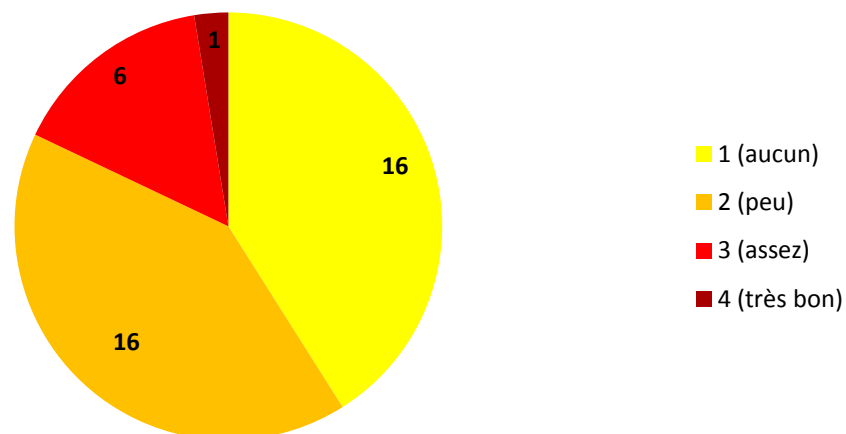


Figure 1 : apport de la grille sur la connaissance médicale du patient (en nombre de patients)

L'apport de la grille sur la condition sociale du patient est coté de 1 à 4 (aucun, peu, assez, très bon) (Fig.2). L'évaluation a permis une amélioration de la connaissance sur la condition sociale du patient dans 51% des cas (soit 20 personnes). Par contre, la grille n'apporte aucun renseignement sur la condition sociale du patient dans 49% des cas (soit 19 personnes).

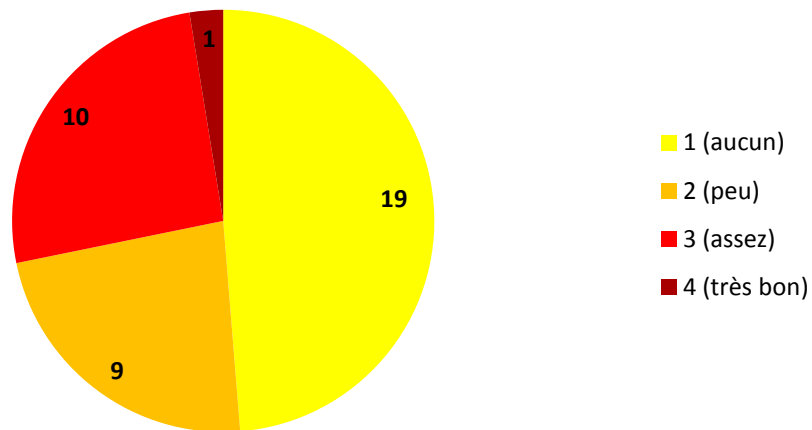


Figure 2 : apport de la grille sur la condition sociale du patient (en nombre de patients)

Au terme de l'évaluation 31% des patients (soit 12 personnes) ont bénéficié d'une prescription (sous forme d'une aide technique, humaine, ou bien d'une révision de traitement) et des recommandations ont été adressées dans 72% des cas (soit 28 patients).

L'acceptabilité par le patient de la visite est cotée de 1 (très forte réticence) à 4 (très bonne acceptation) (Fig. 3). Une très bonne acceptation de la visite a été observée dans la grande majorité des cas (28 personnes soit 72%) alors qu'une réticence vis à vis de la visite n'est que rarement rencontrée (4 personnes soit 10%). Enfin, parmi les patients ayant accepté de participer l'étude, il n'a jamais été observé de très forte réticence.

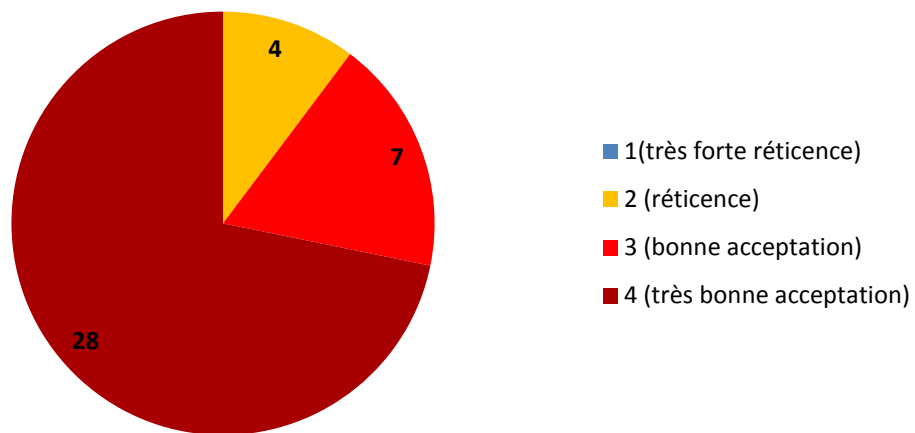


Figure 3 : Acceptation de la démarche par le patient

Le temps moyen passé par le médecin généraliste à remplir la grille est de 15 minutes (de 6 à 45 min).

Les médecins généralistes participants à cette étude ont pointé certaines limites de l'exercice telles que :

- L'adhésion du patient pour 4 médecins, soit 20% d'entre eux,
- Le caractère intrusif de la visite préventive pour 5 médecins, soit 25% d'entre eux,
- L'absence de reconnaissance financière pour 12 médecins, soit 60% d'entre eux,
- Le temps pour 12 médecins, soit 60% d'entre eux,
- Les difficultés à modifier les réalités du domicile pour 16 médecins, soit 80% d'entre eux.

65% des risques mis en évidence lors de l'évaluation par le médecin traitant sont attendus.

70% des médecins volontaires pensent que la grille EVALADOM est utilisable en pratique courante et 45% sont prêts à l'employer dans leur pratique quotidienne.

DISCUSSION

Cette étude permet de mettre en évidence une concordance intra-juge de la grille EVALADOM bonne à excellente pour la majorité des items, alors que la concordance inter-juge est très variable selon les risques évalués, allant de mauvaise à excellente. La grille serait utilisable en pratique courante, mais son application est limitée par le temps, l'absence de reconnaissance financière et les difficultés d'aménagement du domicile.

1. Etude de reproductibilité

Pour la grande majorité des items, la concordance intra-juge est évaluée bonne à excellente. Il n'est pas retenu d'effet d'apprentissage entre les 2 évaluations du médecin traitant. La concordance inter-juge est mesurée bonne à excellente pour les items concernant la description du patient, le logement, l'autonomie ainsi que le risque d'isolement, la téléalarme, la description des escaliers et de la salle de bain. Les items reproductibles en intra et inter-juge peuvent être conservés tels quels.

Par ailleurs, certains items présentent une variabilité intra et inter-juge alors que d'autres sont uniquement variables en inter-juge. A l'inverse, aucun item n'est variable de façon isolée dans l'étude intra-juge. L'absence de concordance inter-juge remet en question la présence de ces items dans la grille. Il faut donc s'attacher à vérifier la pertinence des items concernés et à rechercher les explications de ces variabilités. A terme, la grille pourrait être simplifiée et explicitée à l'évaluateur, facilitant ainsi son utilisation.

Ainsi, l'absence de reproductibilité de l'analyse du risque nutritionnel s'explique par la variabilité dans le temps des ressources alimentaires. L'évaluation des denrées alimentaires est en effet dépendante du jour des courses et du niveau de vigilance du patient et de l'entourage (un jour le frigo est plein, 3 jours plus tard, il est vide avec des aliments périmés!).

Néanmoins, l'examen du réfrigérateur ou « test du frigo » présente un intérêt car c'est un marqueur de dénutrition mais également de perte d'autonomie et d'isolement social (10).

De plus, l'évaluation des ingesta fait partie du bilan nutritionnel. A l'hôpital, ces derniers sont quantifiés grâce aux feuilles de surveillance alimentaire (réalisées sur 3 jours). En ambulatoire, le contenu du réfrigérateur donne une idée des ingesta mais peut être faussement rassurant. Il serait alors intéressant d'évaluer à différents moments les réserves alimentaires des patients. Cela donnerait une vision plus globale du risque de dénutrition et pourra motiver un bilan nutritionnel plus approfondi au besoin. Cependant, cette pratique risque de se confronter à un problème d'acceptabilité de la part du patient et implique de la part du médecin des passages répétés qui sont difficilement réalisables en pratique.

La dénutrition est une pathologie fréquente du sujet âgé (10 % des plus de 80 ans à domicile) et est responsable de nombreuses complications (14, 15). La recherche d'un risque nutritionnel est donc conservée dans le questionnaire au vu de son intérêt. En effet, ce dépistage réalisé au domicile permet une prise en charge nutritionnelle plus précoce, donc plus efficace. Il a ainsi toute sa place en prévention primaire.

De façon plus surprenante, la recherche de difficultés à se lever des toilettes est sujette à des divergences. Si l'épreuve du lever n'a pas été faite au cours de l'évaluation, le risque a alors été renseigné de façon «aléatoire». L'interrogatoire seul est insatisfaisant. Il faut s'appuyer sur des faits observables et non sur le ressenti des personnes qui ne perçoivent pas toujours leurs difficultés ou ne veulent pas le signaler (16). Cet item doit être maintenu car il est très informatif sur le risque de chute et les solutions proposées sont facilement réalisables (barre d'appui, rehausseur...).

De même, l'analyse de l'éclairage (*suffisant ou non*) et du sol (*glissant ou non*) sont non reproductibles car font appel à une interprétation subjective et sont variables dans le temps. Toutefois, la recherche d'un éclairage insuffisant est intéressante dans la mesure où il peut être facilement amélioré (ampoules plus puissantes, ajout de lampes...). En revanche, on peut se demander s'il est nécessaire de se préoccuper du sol. N'est-il pas plus judicieux de vérifier la présence d'un tapis de douche antidérapant, de semelles adaptées (items déjà présents dans la grille) ou encore de surfaces antidérapantes sur les marches d'escalier (items à ajouter) ?

Pour ce qui concerne l'évaluation des troubles visuels, il semblerait plus pertinent de rechercher s'ils sont corrigés ou non (ce qui motive à vérifier la fréquence du suivi ophtalmologique). L'item doit être précisé et maintenu dans la grille au vu de la responsabilité des troubles visuels non corrigés dans la survenue de chutes chez la personne âgée (17).

De même, la recherche de risque iatrogène est source de désaccord.

Ainsi, les items décrivant le stock de médicaments, leurs identifications et leurs dates de péremption ont des réponses très variables. Une explication possible serait que les stocks n'aient pas été entièrement vérifiés par chaque examinateur. En effet, on découvre souvent plusieurs lieux de rangement. Les traitements habituels et les réserves médicamenteuses sont fréquemment séparés.

L'évaluation des capacités du patient à prendre seul ses médicaments et à s'impliquer dans la surveillance de son traitement est informative mais peut être biaisée par l'indigence ou si l'ordonnance n'a pas été totalement vérifiée par l'évaluateur. Par ailleurs, les items décrivant la connaissance du patient sont intéressants si ce dernier prend son traitement seul. Pour les cas contraires, il faut introduire la notion de pilulier ou de passage infirmier pour la distribution des médicaments dans le questionnaire.

Bien que non reproductibles dans cette étude, ces vérifications doivent faire partie de l'évaluation des risques au domicile puisque les accidents médicamenteux sont fréquents et graves chez la personne âgée (18, 19, 20). Le fait de rechercher un risque iatrogène à travers l'évaluation de ces items incite ainsi le prescripteur à réévaluer le traitement du patient (il est intéressant de souligner que les personnes vues lors de cette étude ont en moyenne plus de sept médicaments, et plus de 85 % sont sous traitement psychotrope ou à visée cardiovasculaire -annexe 7-).

Le risque lié au domicile requiert des connaissances dans ce domaine et présente donc des réponses très variables. Malgré tout, il présente un intérêt, notamment en regard du risque d'intoxication au CO, grave et évitable, ou d'incendie, représentant 2,4% des AcVC chez les plus de 65 ans (1). Les items décrivant ces risques peuvent être simplifiés pour uniformiser les réponses tout en restant informatifs.

Enfin, la recherche de marches dans l'habitat est sujette à de nombreuses divergences. Cela s'explique par le fait que les médecins généralistes n'ont, en grande partie, pas retenue comme telle la marche menant au balcon (*annexe 7*). L'intitulé de l'item doit donc être précisé.

Les résultats de cette étude de reproductibilité et les conclusions que nous en tirons nous permettent ainsi de proposer des aménagements de la grille EVALADOM, en précisant certains items (par exemple, la recherche de troubles visuels non corrigés). Afin d'améliorer la compréhension de la grille, il peut être également envisagé de remettre à l'évaluateur un guide d'utilisation succinct, insistant sur les items ayant prêté à confusion (prospection de tous les stocks médicamenteux, recherche de marche du balcon...).

Par ailleurs, ces résultats sont à interpréter en fonction des limites de notre étude de reproductibilité.

Ainsi, la limite principale de ce travail tient à la petite taille de l'échantillon, lui conférant une puissance statistique faible. Une étude complémentaire sur une plus grande population est donc nécessaire pour affirmer sa bonne reproductibilité inter-juge.

Il peut également exister un biais de mesure. La consigne donnée aux généralistes était de réaliser une VAD à but préventif selon la grille EVALADOM 2 fois chez chacun de leur patient mais il est possible que lors de la seconde évaluation, certaines réponses aient été recopiées sur la première, pour gagner du temps. Cependant, cette pratique est ici limitée par l'absence de reconnaissance financière et par le principe de volontariat.

De même, l'absence de formation à l'utilisation de la grille EVALADOM majore probablement la variabilité inter-juge. En effet, la qualité de l'évaluation dépend des compétences de l'intervenant dans ce domaine. Il serait donc intéressant de former les utilisateurs à l'utilisation de la grille ou de créer un guide d'utilisation.

Enfin, si la variabilité inter-juge pourrait paraître insuffisante, les autres grilles utilisées en gériatrie présentent des niveaux de concordance inter-juge divers.

Par exemple, plusieurs outils de dépistage des risques de chute à domicile chez la personne âgée sont décrits dans la littérature internationale. On peut notamment citer le

Home Fall Hazard Assessment Tool ou HFHA (21), le *Home Environment Survey* ou *Home Checklist* (22), le *Home Falls and Accidents Screening Tool* ou *HOMEFAST* (23) et *Inventaire des risques de l'environnement domiciliaire des aînés* ou IREDA (24). Ces grilles sont utilisées par des intervenants formés. Elles ne concernent que le risque de chute. Seul le questionnaire HOME FAST a bénéficié d'études de reproductibilité. Il comprend 25 items, accompagnés chacun d'une définition précise. Plusieurs études de reproductibilité inter-juge mettent en évidence des résultats favorables (coefficient de Kappa supérieur à 0,61) (25, 26).

Concernant un autre domaine, l'utilisation de la grille AGGIR a suscité de nombreux débats ces dernières années, notamment sur la variabilité de cotation des déficiences selon les intervenants (avec des conséquences non négligeables quant à la mise en place d'aides à domicile par le biais de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie –APA-) (27, 28). Un nouveau guide de codage ainsi qu'une nouvelle méthode de saisie des informations ont alors été élaborées et sont maintenant utilisés depuis 2007. Suite à ces modifications, plusieurs études ont été menées pour tester la reproductibilité de la grille et les résultats montrent un niveau de concordance bon à très bon en inter-juge (coefficient de Kappa de 0,63 à 0,84) (29, 30, 31). Par ailleurs, le niveau de reproductibilité de la grille utilisée de 1993 à 2007 n'a pas été étudié et on peut supposer qu'il était probablement moins bon.

Finalement, la vérification de la reproductibilité d'un instrument de mesure est un critère de fiabilité de l'outil. Mais si la fidélité inter-juge ne paraît pas être une condition obligatoire pour utiliser un outil de dépistage, la pertinence des critères d'évaluation semble en être une. En revanche, l'absence de reproductibilité de la grille doit remettre en question la formulation des intitulés, voire leur présence dans la grille ou inciter à concevoir un guide d'utilisation.

2. Etude de faisabilité

Pour plus de la moitié des patients, la grille a été informative sur la connaissance médicale et sur la condition sociale, selon 3 degrés : peu, assez ou très bon. Ce résultat est probablement influencé par un biais de sélection. On s'adresse ici à un public de médecins volontaires, ayant un attrait pour la gériatrie donc un a priori positif sur la démarche.

Malgré l'incitation à réaliser l'évaluation quel que soit le statut d'autonomie du patient et le lieu habituel de consultation (c'est-à-dire au cabinet ou à domicile), 100 % des patients inclus étaient habituellement vus à domicile. Ainsi, le médecin connaissait le lieu de vie de ces personnes auquel il aura prêté alors plus ou moins d'attention. Finalement, 72% des patients ont bénéficié de recommandations au terme de l'évaluation et 31% de prescriptions. La grille permet ainsi de focaliser l'attention sur l'environnement dans lequel évolue le patient et d'en faire une analyse constructive. Ce temps d'observation spécifique est nécessaire pour proposer des adaptations appropriées. De plus, il est possible qu'en évaluant une population plus large (tout patient de 75 ans et plus ou de 65 ans polypathologique), la proportion de patients bénéficiant de recommandations et/ou de prescriptions au terme de la visite, augmente. La question d'établir une population cible reste entière. En effet, le but de cette évaluation est justement de dépister les environnements à risques pour identifier les individus nécessitant une intervention plus spécialisée.

Le concept de visite préventive au domicile a été très bien accepté par la majorité des patients inclus dans l'étude bien que l'étude nécessite trois évaluations successives, dont une réalisée par un intervenant extérieur. Aucune forte réticence n'a été observée. Mais il peut exister un biais de sélection, les médecins participants ayant probablement choisi de façon « intuitive » les patients les plus compliants. Cependant, au cours de ce travail, une patiente a refusé de poursuivre l'étude après la première évaluation. Elle n'a donc pas été incluse dans les résultats. Elle vivait seule et présentait des troubles cognitifs.

Dans le cadre de l'enquête de faisabilité, plusieurs médecins signalent des facteurs limitant l'utilisation de la grille EVALADOM.

L'absence de reconnaissance financière est ainsi considérée par plus de la moitié des médecins participants. Mais cet exercice pourrait faire l'objet d'une rémunération particulière une fois son bénéfice reconnu (au même titre que les évaluations mémoires par exemple).

Une majorité des généralistes estiment que le temps nécessaire au remplissage de la grille représente également un frein à son utilisation. Le temps que j'ai moi-même passé à remplir la grille n'a pas été évalué dans la mesure où je ne me suis pas imposée de contrainte de temps. D'autant plus qu'une étape de mise en confiance était nécessaire pour que le patient me laisse approcher l'intimité de son domicile. Cependant, j'ai pu constater que l'usage répété de la grille en facilite son utilisation abrégant ainsi le temps d'évaluation. On apprend notamment à focaliser le regard sur les éléments ciblés. De plus, l'exercice peut être facilité en organisant la visite préventive en 2 temps : 1 temps d'évaluation au travers la grille EVALADOM et 1 temps de recommandations.

De même, 80 % des généralistes participants estiment que la barrière principale est liée aux difficultés à modifier les réalités du domicile. Or, des modifications simples, efficaces et rapidement réalisables peuvent souvent être proposées (pose de barres d'appui, ajout de lampe...). De nombreuses études ont prouvé l'efficacité des interventions préventives au domicile (32- 37). Les principaux obstacles à l'application des recommandations par les patients sont leur manque de connaissance en ce qui concerne les AcVC, le déni du risque, la peur de la stigmatisation mais aussi le coût des équipements (38, 39). Par conséquent, une démarche pédagogique permet d'influencer positivement l'intérêt et la motivation de la personne à modifier son domicile. De même, les propositions doivent être adaptées aux besoins de l'individu pour être pertinentes et faciliter leur adoption. La perception que le sujet a des risques du domicile et de ses comportements, ainsi que la représentation qu'il se fait des équipements doivent être au centre de l'évaluation. De plus, un suivi doit être organisé afin de soutenir la personne et sa famille à concrétiser la démarche de sécurisation de l'habitat. Enfin, l'accès aux ressources financières doit être favorisé en informant le patient de tout les recours possibles, nombreux en France (40).

Enfin, la majorité des médecins participants jugent la grille EVALADOM utilisable en pratique courante et environ la moitié pense l'utiliser dans la pratique future. Mais certains praticiens ont suggéré que cette évaluation n'est pas du ressort du médecin généraliste. On peut alors se demander quelles sont les alternatives possibles ?

Des grilles de dépistage et d'évaluation existent sous la forme d'auto-évaluations. Mais il a été démontré que les personnes âgées évaluant elles-mêmes leur domicile sont significativement moins aptes à identifier les risques de leur environnement, même à l'aide d'un outil standardisé (21, 22).

Les équipes Mobiles de Gériatrie extrahospitalières (UMGE) ont, parmi leurs missions, celle d'intervenir dans des situations médico-sociales complexes, et non pas dans le cadre de la prévention primaire (41).

Les ergothérapeutes ont pour objectif de préserver l'indépendance et l'autonomie des personnes, de manière sécurisée, dans leur environnement quotidien et social (42). Un essai clinique randomisé a démontré la performance des ergothérapeutes dans la mise en évidence des risques environnementaux et dans l'aménagement du domicile (43). Mais, n'étant pas prescripteurs, ils ne sont pas compétents pour prendre en charge le risque iatrogène. L'évaluation du risque nutritionnel n'est pas non plus de leur ressort. De plus, leur intervention spécialisée n'est en général requise qu'une fois les risques de chute mis en évidence, par exemple par le biais de la grille EVALADOM, c'est-à-dire en seconde intention. Enfin, les actes d'ergothérapie réalisés dans le secteur libéral ne font actuellement pas l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale, ce qui limite probablement leurs interventions (44).

Les assistants sociaux (AS) visent à maintenir l'autonomie des personnes en s'appuyant sur les évaluations des soignants. Ils assurent ensuite la coordination entre les médecins, les services d'aides à domicile, les soignants, la personne âgée et son entourage. Ils soutiennent également les personnes dans leurs démarches administratives en les renseignant sur leurs avantages sociaux. Dans le cadre de la prévention à domicile, leur intervention est intéressante au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) sont des services sociaux et médico-sociaux assurés par une équipe pluridisciplinaire associant des infirmiers, des aides soignants, des aides médico-psychologiques et, au besoin, d'autres auxiliaires médicaux (ergothérapeutes par exemple). Ils assurent, sur prescription médicale, des soins au domicile

des personnes de plus de 60 ans malades ou dépendantes et des personnes de moins de 60 ans présentant un handicap (45). En 2008, les SSIAD prenaient en charge 98000 personnes selon ces critères, (dont plus de 80 % âgées de 75 ans et plus, en large majorité à domicile) et le plan Solidarités grand âge 2007-2012 prévoit la création de places de SSIAD supplémentaires (46). Leur mission a pour objectif de favoriser le maintien au domicile de ces personnes en situation de dépendance. Les SSIAD paraissent donc tout à fait appropriés à utiliser la grille EVALADOM. Mais ces services s'adressent uniquement à des personnes fragilisées, ce qui ne permet pas un dépistage de masse. De plus, leur nombre est à ce jour insuffisant en regard de la proportion de sujets âgés.

Finalement, l'utilisation par les médecins généralistes de cet outil d'évaluation globale semble adaptée. En effet, le médecin généraliste est le premier contact avec le système de soins. Il réalise une prise en charge centrée sur la personne et assure des soins globaux et continus en respectant le contexte familial, communautaire et culturel. Les contacts répétés avec le patient favorisent la relation de confiance. Il a également un rôle de coordination des soins lorsque d'autres professionnels de santé interviennent (47). Dans le cadre de l'évaluation du domicile, il peut faire appel à d'autres professionnels selon les risques mis en évidence (ergothérapeutes, AS...). Dans ce contexte, il paraît tout à fait approprié de considérer la visite préventive à domicile selon EVALADOM comme un acte de médecine générale.

En conclusion, on a pu voir que la grille EVALADOM est informative, acceptable et permet de proposer des modifications appropriées au patient. Le temps d'évaluation au domicile permet d'impliquer le patient dans la recherche de solution ce qui donne lieu à une meilleure observance des modifications. Il est approprié d'envisager les médecins généralistes au centre de la visite préventive, dans un cadre qu'il reste encore à définir. Cependant, d'autres intervenants peuvent être envisagés, comme les SSIAD. Des études complémentaires de plus grande échelle ainsi qu'une formation à l'utilisation de cette grille sont nécessaires pour affirmer sa bonne reproductibilité. De même, une étude prospective avec suivi du devenir du patient permettrait d'évaluer son intérêt pronostique.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Lasbeur.L., Thélot.B.
Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2006.
InVS, BEH, n°8 : 65-69, Mars 2010.
- (2) Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante.
Epac, Résultats 2007,
INVS, 2008.
- (3) Robert-Bobée I.
Projection de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit.
Insee, division Enquête et études démographiques, n° 1089, Juillet 2006.
- (4) Enquête Handicap-Incapacité-Dépendance en institution en 1998.
Personnes âgées, conditions de vie, logement, vie sociale, loisirs, aide à domicile, institutions,
Insee résultats, n°83-84, série démographie-société, 2001.
- (5) Wauquiez L., Novelli H.
Lancement du programme de mise en sécurité du domicile des personnes âgées,
Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, Septembre 2010.
- (6) Wauquiez L.
Services à la personne, plan 2 de développement des services à la personne,
Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, Mars 2009.
- (7) Tns Sofres
Aménagement du logement, accidents domestiques : le regard des seniors, Octobre 2010.
Programme de mise en sécurité du domicile des personnes âgées.
- (8) Outil de repérage des risques d'accidents domestiques.
Commission de la sécurité des consommateurs et Agence Nationale des Services à la Personne,
2010.
- (9) Gill T-M., Williams C-S., Tinetti M-E.
A population-based Study of Environmental Hazard in the Home of Older Persons
Am Journal of Public Health, 1999; 89 (4) : 553-56.
- (10) Boumenjel N., Herrmann F., Girod V., Sieber C., Rapin C-H.
Refrigerator content and hospital admission in old people
Lancet 2000, aug 12; 356 (9229): 563.
- (11) Scanameo AM., Fillit H.
House Calls: a practical guide to seeing the patient at home
Geriatrics 1995 Mar; 50 (3): 33-6.
- (12) Monange M.
Consultation préventive à domicile pour les patients âgés: enquête de satisfaction auprès de 30
internes de médecine générale, Avril 2010.
- (13) Leroy N.

Consultation préventive à domicile pour les patients âgés: contribution à la validation d'un outil d'évaluation des risques du domicile, la grille EVALADOM, Mai 2010.

(14)HAS

La dénutrition du sujet âgé: un enjeu de santé publique. Comment la dépister, la prévenir, la traiter?

Table ronde 28. Rencontre 2007.

(15)Campus numérique de Gériatrie Collège des Enseignants et de la Société Française de gériatrie et Gérontologie (SFGG)

Nutrition du sujet âgé, 2009.

(16)TNS SOFRES

Dépendance : les plus de 70 ans s'expriment pour la première fois, novembre 2008.

(17)INPES

Prévention des chutes chez la personne âgée à domicile, mai 2005.

(18)Legrain S.

Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé,
HAS, 2005.

(19)AFSSAPS

Prévenir la iatrogénie chez le sujet âgé, juin 2005.

(20)A.D.I.M

La iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées de plus de 75 ans en Rhône alpes, octobre 2002.

(21)You L., Deans C., Liu K., Zhang MF, Zhang J.

Raising awareness of fall risk among Chinese older adults.

Use of the home fall hazards assessment tool. *J Gerontol Nurs.* 2004, 30(6), 35-42.

(22)Morgan R.O., Devito C.A., Stevens J.A., Branche C.M., Virnig B.A., Wingo P.A. & Sattin R.W.

A self-assessment tool was reliable in identifying hazards in the homes of elders.

J Clin Epidemiol, 58(12), 1252-9. Epub 2005 Aug 25.

(23)Mackenzie, L., Byles, J. & Higginbotham, N.

Reliability of the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST) for identifying older people at increased risk of falls.

Disability and Rehabilitation, Volume 24 (5), 266-74; 2002.

(24)Claude Bégin, Valois Boudreault, Diane Sergerie, institut national de santé publique, Quebec,

La prévention des chutes dans le continuum de services pour les aînés vivant à domicile,

Guide d'implantation IMP, 2^{ème} édition, 2009.

(25)Mackenzie L.; Byles J.; Higginbotham N,

Reliability of the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST) for identifying older people at increased risk of falls

Disability and Rehabilitation, Volume 24 (5), pp. 266-274(9), 20 March 2002.

(26)Hy Lai F., Louie S., My Poon C., Lh Wong G., Km Wong S., Occupational Therapy Department, Tai Po Hospital

Validation and Application of the Chinese HOME Falls and Accidents Screening Tool (The Chinese HOME FAST).

(27)Journal Officiel de l'assemblée nationale
Question n° 4311 par Mr Le Fur Marc, adressé au Ministère de la Santé, jeunesse et sports,
p. 6011, 08/07/2008.

(28)Journal Officiel de l'assemblée nationale
Question n° 16598 par Mr Cotti Eric, adressé au Ministère de la santé, jeunesse et sports,
p. 3869, 06/05/2008.

(29)Groupe de recherche sur les évaluations cognitives, Vetel JM
La grille AGGIR.
Solal. 2008 : 221-4.

(30)Falez F, Swine C, Pepersack T, Lucas P.
Etude comparée de trois échelles d'évaluation de la dépendance des personnes âgées en Belgique.
Rev Gériatrie, Jan 2007 ; 32 (1) : 13-24.

(31)Colvez.A, Royer.V, Berthie-Mourgaud.S, Pociello.C.
Etude de la fiabilité de l'instrument AGGIR. Reproductibilité (test-retest) entre évaluateurs.
Dispersion des temps d'aide requise entre Groupes Iso Ressources. Enquête dans départements.
Montpellier, Pôle d'étude et de formation en gérontologie du Languedoc-Roussillon, 2005/11.

(32)Schoenfelder, D. P. & Van Why, K.
A fall prevention educational program for community dwelling seniors.
Public Health Nursing, (1996). 14(6), p. 383-390.

(33)JAGS
Clinical practice guideline for prevention of falls, 2010.

(34)Close J, Ellis M, Hooper R et al.
Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): A randomized controlled trial.
Lancet 1999;353:93-97.

(35)Tinetti ME, Baker DI, McAvay G et al.
A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community.
N Engl J Med, 1994;331:821-827.

(36)Clemson L, Cumming R, Kendig H et al.
The effectiveness of a communitybased program for reducing the incidence of falls in the elderly:
A randomized trial.
JAGS 2004;52:1487-1494.

(37)Day L, Fildes B, Gordon I et al.
Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their homes.
BMJ 2002;325:128-133.

(38)Aminzadeh, F. & Edwards, N.
Exploring senior's views on the use of assistive devices in fall prevention.
Public Health Nursing, 1998, 15(4), p.1 297-304.

(39)Nadeau, S.

Le Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile : Bilan après 2 années de régionalisation.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec; Direction de la santé publique. Québec, 2005.

(40)ANAH

Guide pour la réalisation de travaux d'amélioration et d'adaptation du logement, 2005.

(41)Bosson L.

Difficultés de prise en charge par le médecin généraliste des personnes âgées en situation et psycho-sociale complexe : état des lieux à propos d'une enquête à Grenoble, Annecy et Roanne, mai 2011.

(42)ANFE

Définition de l'ergothérapie, février 2011.

(43)Cumming, R. G., Thomas, M., Szonyi, G., Salkfield, G., O'Neill, E., Westbury, C. & Frampton, G. Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: A randomized trial of falls prevention.

JAGS, 1999. 47(12), 1471-1472.

(44)Journal officiel de l'Assemblée Nationale

Question n° 1650 adressé de Mr Cosyns L. au Ministère de la santé, jeunesse et sports,

Réponse publiée le 20/11/2007, p 7318

(45)Code de l'action sociale et des familles des services médico-sociaux

articles : L. 312-1, D. 3121-1D. 312-2, D. 312-3.

(46)DRESS

Etudes et Résultats N°739, Septembre 2010.

(47)WONCA Europe

La définition Européenne de la médecine générale–médecine de famille, 2002.

ANNEXE 1: La grille EVALADOM

ETUDE EVALADOM

Fiche médicale d'évaluation à domicile du patient par le médecin généraliste

NOM DU PATIENT : _____ AGE : _____
 DATE DE L'EVALUATION : ___/___/___ Durée moyenne évaluation : ___/___/ min

PATIENT

	oui	non	NC
Difficultés à la marche	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Troubles cognitifs connus	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
ATCD de chute	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Troubles visuels	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Nb d'hospitalisation dans l'année _____			
ATCD principaux _____			

LOGEMENT

	oui	non	NC
Appartement à l'étage sans ascenseur	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/>
Maison avec étage	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Nombre de pièces _____			

RISQUE NUTRITIONNEL

	oui	non	NC
Réfrigérateur	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Vide	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Présence de produits frais	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/>
Aliments avariés	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Contenu inadapté (chaussette...)	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Alcool			
Signes de consommation excessive	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>

RISQUE IATROGENE

	oui	non	NC
Pharmacie			
Stock adapté	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/>
Médicaments mal identifiés	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Médicaments périmés	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
<u>Médicaments actuels</u>			
Connaissance de la posologie	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/>
Connaissance de l'heure de prise	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/>
Connaissance du rôle	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/>
Nombre de traitement _____			
Prise de psychotropes ou médicaments cardiovasculaires _____			

RISQUE DU DOMICILE

	oui	non	NC
Installation vétuste en Gaz	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Installation vétuste en Electricité	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Aération suffisante	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/>
Installation vétuste du mode de chauffage, risque CO	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Traces de brûlures sur les meubles	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>

AUTONOMIE

	Oui	non	NC
Hygiène du domicile défaillante	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Hygiène du patient défaillante	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Sait utiliser un téléphone	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/>
Sait utiliser un chèque	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/>

RISQUE DE CHUTE ACCIDENTELLE

	oui	non	NC
<u>Téléalarme</u>			
Prescrit	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Porté	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/>
<u>Transferts</u>			
Difficultés pour se lever du lit	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Difficultés pour se lever du WC	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
<u>Accessibilité du domicile</u>			
Adaptée au handicap	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/>
<u>Dangers liés à l'aménagement</u>			
Eclairage suffisant	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/>
Interrupteurs accessibles	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/>
Sol régulier	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/>
Petites marches	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Sol glissant	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
<u>Aire de déplacement obstruée par</u>			
Des petits objets, fils	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Des tapis mobiles, ou paillassons glissants	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Tapis avec bordure relevée ou obstacle	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
<u>Hauteur des chaises appropriée</u>	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/>
<u>Escaliers</u>			
Marches inégales	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Présence de main courante	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
<u>Salle de bain</u>			
Présence d'anti-dérapant douche	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Présence d'une barre d'appui dans la douche	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Présence d'une barre d'appui dans les WC	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
<u>Rangements :</u>			
Articles d'usage courant accessibles	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/>
<u>Habillage</u>			
Chaussures adaptées	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/>

RISQUE D'ISOLEMENT

	oui	non	NC
<u>Isolement géographique</u>			
Eloignement commerces	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
<u>Isolement social</u>			
Vit seul à domicile	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Vit avec une personne dépendant	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Vit avec une personne autonome	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Sort seul du domicile	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/> /2	<input type="checkbox"/>
Voisin aidant	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Passage régulier famille ou amis	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>
Passage de professionnel	<input type="checkbox"/> /1	<input type="checkbox"/> /0	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 2 : Questionnaire d'évaluation de la visite préventive à domicile

2 1ères lettres de votre nom :

Age :

Année d'installation :

- 1). Combien de patients avez-vous vu à domicile selon la grille d'évaluation ?
- 2). Combien de temps en moyenne avez-vous passé à faire la visite ?
- 3). Apport sur la connaissance médicale du patient ? (1 : Aucun, 2 : Peu, 3 : Assez, 4 : Très bon)

	1	2	3	4
Patient 1				
Patient 2				
Patient 3				
Patient 4				

- 4). Apport sur la condition sociale du patient ? (1 : Aucun, 2 : Peu, 3 : Assez, 4 : Très bon)

	1	2	3	4
Patient 1				
Patient 2				
Patient 3				
Patient 4				

- 5). Conséquences sur la prise en charge du patient en terme de prescriptions (médicamenteuses, aides à domicile...)

	Oui	Non
Patient 1		
Patient 2		
Patient 3		
Patient 4		

6). Conséquences sur la prise en charge du patient en terme de conseils/recommandations ?

	Oui	Non
Patient 1		
Patient 2		
Patient 3		
Patient 4		

7). Acceptation de la démarche par le patient ? (1 : Très forte réticence, 2 : Réticence, 3 : Acceptation, 4 : Très bonne acceptation)

	1	2	3	4
Patient 1				
Patient 2				
Patient 3				
Patient 4				

8). Les risques mis en évidence par la grille d'évaluation étaient-ils ceux auxquels vous vous attendiez ?

Oui / Non

9). Qu'est-ce qui en limite l'utilisation selon vous ?

Le temps : Oui / Non

L'adhésion du patient : Oui / Non

Le caractère intrusif de la visite : Oui / Non

La difficulté de modifier certaines réalités du domicile : Oui / Non

L'absence de reconnaissance financière : Oui / Non

Autre :

10). Cette grille vous paraît-elle utilisable en pratique courante ?

Oui / Non

11). Pensez-vous l'utiliser ultérieurement ?

Oui / Non

Merci beaucoup de votre participation !!!

ANNEXE 3 : lettre destinée aux généralistes

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur **l'évaluation des risques au domicile chez la personne âgée par le généraliste.**

Les patients concernés sont ceux **de 75 ans et plus**, quelque soit leur statut d'autonomie et le lieu habituel de leur consultation (cabinet ou domicile).

L'objectif à terme serait **d'évaluer l'intérêt d'une visite préventive** réalisée par le médecin traitant, afin de repérer les risques liés au domicile chez les patients âgés.

Mais dans un premier temps, il faut s'attacher à valider l'outil de mesure de ces risques avant de pouvoir en déterminer sa valeur pronostique.

A cet effet, une **grille d'évaluation** a été créée précédemment et a déjà fait l'objet de 2 thèses. L'une fut destinée à réaliser une enquête de satisfaction auprès de 30 internes de médecine générale en stage chez le praticien ; l'autre s'est attachée à vérifier la pertinence de cet outil de mesure.

Le but de mon travail est, dans un premier temps, **d'évaluer la faisabilité de cette visite préventive par les médecins généralistes.** Dans un second temps, il s'agit de **vérifier la reproductibilité de cette grille d'évaluation**, en recherchant une variabilité inter-juge et intra-juge.

En pratique, il va falloir réaliser cette évaluation **3 fois chez un même patient** (dont 2 par vos soins).

En effet, vous allez réaliser **une première expertise, à la fin de laquelle il sera nécessaire de ne réaliser aucun changement** ; 1 mois plus tard environ, vous réaliserez à nouveau l'évaluation chez la même personne (suite à laquelle vous pourrez cette fois-ci effectuer des prescriptions ou des recommandations si nécessaire). Ce procédé nous permettra d'évaluer la variabilité intra-juge en comparant les résultats des 2 questionnaires.

Pour estimer la variabilité inter-juge, il faut un **2^{ème} intervenant** qui réalisera une évaluation à partir de cette même grille, environ 2 semaines après votre première évaluation. Pour des

raisons pratiques, et si vous le voulez bien ainsi que vos patients, je représenterais cet intervenant.

Afin de pouvoir valider cette étude, chaque médecin est invité à voir au moins **2 patients**, et plus si motivation au rendez-vous !

Pour information, je vais devoir réaliser ce travail auprès d'un **minimum de 30 médecins** généralistes pour pouvoir en retirer des informations satisfaisantes.

En pratique, cette visite préventive dure **environ 20 minutes à la première utilisation**, puis de moins en moins de temps avec l'habitude.

Selon les résultats de la 1^{ère} thèse réalisée à partir de cette grille d'évaluation, les internes de médecine générale ont apprécié réaliser cette visite préventive ; Il en est ressorti que cette évaluation leur paraît utile (et particulièrement parce qu'elle conduit à une prescription ou à une prise en charge sociale adaptée, une mise en place d'aides à domicile, etc....) et qu'elle apporte des éléments nouveaux sur la connaissance du patient, notamment pour les patients qui consultent habituellement au cabinet.

Certains des internes ayant participé à l'étude m'ont avoué utiliser cet outil dans leur pratique actuelle, comme guide (malgré le fait que la grille d'évaluation ne soit pas reconnue à ce jour comme outil pronostic).

A l'issue de l'évaluation, les risques repérés pourront faire l'objet d'une consultation à distance, avec la famille si nécessaire, pour les exposer aux patients, et faire des propositions d'aménagement ou de prescription selon les problèmes rencontrés.

Avec mes remerciements pour votre participation à cette étude qui pourra peut-être apporter un bénéfice pour la pratique de la médecine générale,

En restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire,

Lamouroux Félicie

ANNEXE 4 : lettre destinée aux patients

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de venir vous **visiter à domicile** dans le cadre d'une étude.

Cette recherche porte sur la visite à domicile des patients âgés de 75 ans et plus par le médecin généraliste. Elle est menée dans le cadre d'une **thèse de médecine générale**.

L'objectif de ce travail est de proposer une **consultation à domicile par le généraliste de prévention des risques**, pour tout patient de plus de 75 ans et plus (portant sur le risque de chute, d'accident, de dénutrition, d'intoxication avec les médicaments, etc....).

Cette visite sera menée à 2 reprises **par votre médecin traitant** (à 1 mois d'intervalle), **ainsi que par un autre médecin généraliste**, ce qui nous permettra de comparer leur réponse. Il sera donc réalisé en 1 mois, 3 consultations à votre domicile. Par ailleurs, le second médecin généraliste qui vous visitera réalise actuellement ce travail de thèse.

Lors de cette consultation, nous vous demanderons de visiter votre domicile ; on pourra alors vous demander par exemple d'ouvrir un placard, le réfrigérateur, l'armoire à pharmacie... Chaque étape correspond à un risque que l'on recherche et qui a son importance dans votre prise en charge.

Vous pouvez à tout moment refuser et interrompre la consultation.

Cette étude est bien entendu entièrement **anonyme**.

A l'issue des consultations, votre médecin pourra demander à vous revoir pour refaire le point avec vous et vous exposer les conclusions de la consultation, et vous **proposer des solutions pour vous aider** (il n'y aura donc aucune proposition suite aux 2 premières visites).

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser à votre médecin lors de la visite.

Nous vous remercions sincèrement pour votre participation à cette recherche.

ANNEXE 5 : Suggestions de conseils et prescriptions après évaluation

SUGGESTIONS SUCCINTES DE CONSEILS ET PRESCRIPTIONS APRES EVALUATION

Attention ! Ce listing n'est pas à utiliser lors de la visite à domicile (trop lourd, trop long !!).
Ces propositions sont décrites à **titre indicatif uniquement**, pour vous servir de repères vis-à-vis de l'observation du domicile!!

Ce ne sont que des **suggestions**, chaque patient est **unique** dans son contexte et ses besoins, on ne peut pas plaquer des prescriptions toutes faites à une observation... C'est à vous de voir !!

PERTE D AUTONOMIE : constat de une ou plusieurs difficultés même modérées

- EN PREMIER Conseiller de faire la **demande APA** ? (Rédaction du certificat médical) = dossier de précaution pour obtenir des aides financières
- Hygiène du domicile insuffisante : proposer passage aide à domicile ou auxiliaire de vie sociale (AVS)
- Hygiène patient se dégradant : passage IDE pour toilette ou intervention SSIAD
- **Téléphone** : appareils spéciaux grosses touches/ pré programmer appareil/ si n'arrive plus à appeler : MMS ?
- **Chèque** : orientation ophtalmo ? + bilan cognitif du MG = MMS +/- autres tests ?

REFRIGERATEUR :

- **vide** : une étude a démontré qu'un frigo vide est associé à un plus fort pourcentage d'hospitalisation en court séjour chez les patients de plus de 75 ans... C'est un marqueur d'isolement, de perte d'autonomie (ne va plus faire ses courses..), de dépression ??
- Possibilité de prescrire le passage d'une auxiliaire de vie pour faire les courses et/ou la cuisine, d'orienter vers l'Assistante sociale pour un portage des repas à domicile (organisé par les communes), de proposer d'aller manger à midi dans un foyer logement voisin...
- Aliments **avariés**++ et/ ou **inadaptés** (sachet de thé usagé, sel, chaussettes..) : possibilité de proposer à distance un bilan cognitif du MG = MMS de débrouillage à la recherche d'atteinte cognitive (+ ou – test de fluence, horloge et test des 5 mots)

PHARMACIE :

- **stock inadapté** (30 boîtes de Paracétamol...) : peut être suspendre le renouvellement automatique ?
- Médicaments **périmés, mal identifiés** : conseiller le tri, voir proposer un nettoyage par le vide avec l'accord du patient lors de la prochaine visite ?
- Patient maîtrisant mal la prise de traitement : ne les reconnaît pas, mélange les heures de prise... IL FAUT CONSEILLER un pilulier - semainier qui peut être préparé par la famille ou par une IDE à domicile sur prescription... Si démence et crainte sur l'observance, possibilité de prescrire un passage IDE pour surveillance de la prise quotidienne.
- Difficultés dans le maniement des blisters : revoir la galénique ou cf. ci-dessus ?

- Difficultés dans le maniement des aérosols : reprendre éducation thérapeutique/ envisager chambre d'inhalation ?

RISQUE DE CHUTE

- **Téléalarme** : Si indiquée la proposer (se renseigner en mairie). Si non porté pourquoi ?
- Lever des **WC** difficile : proposer barres d'appui à fixer au mur et/ou rehausseur
- **Lever fauteuil/ chaise** difficile : il existe des rehausseurs
- **Fauteuil idéal** : genoux à 90°, dos droit, accoudoirs long (plus de force pour se relever)
- **Lever du lit** difficile : CONSEILLER LIT MEDICAL à hauteur variable
- Revoir la hauteur des meubles ? Il existe des barres d'appui latérales
- **Aires de déplacement encombrés** (plantes, boîtes, piles de livres..) proposer de dégager.
- **Tapis** : LES ENLEVER à défaut les fixer au sol avec scotch double face ou dessous de tapis spécial
- **Serpillères** par terre (ex devant l'évier++) LES ENLEVER ! A défaut, Il existe des paillassons antidérapants.
- **Eclairage** insuffisant : proposer ampoules plus puissantes, lampes plus nombreuses
- **Interrupteurs** mal visibles : proposer interrupteurs lumineux (notamment sur le trajet des toilettes, à risque++), voire s'allumant automatiquement quand on passe devant...
- **Escaliers** : CONSEILLER LES RAMPES (le mieux= des 2 côtés), adhésif antidérapant à coller sur les marches.
- **SDB** : barre d'appui dans la douche, baignoire, voire siège de baignoire.
Tapis antidérapant dans la douche+++ CONSEILLER remplacer baignoire par une douche
- **Rangements** : conseiller articles d'usage courant « entre genoux et épaules ».
- **Habillage** : chaussures fermées, faciles à enfiler, talons 1 à 2cm. Vêtements : attention aux robes de chambres qui traînent !

DIFFICULTES DANS LE MAINTIEN A DOMICILE :

- Envisager de suggérer **demande de précaution en institution** (= inscription sur liste d'attente maison de retraite) SI POSSIBLE AVANT LES DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE vu les délais d'obtention d'une place ?
- **Isolement** : mise en contact avec associations, repas en foyer logement à proximité, passage de professionnels, téléalarme...
- **Epuisement de l'aidant principal** : soutien psychologique, mise en contact avec associations, orientation vers psychologue, proposer passage de professionnels...

ANNEXE 6 : Matériel pour l'aménagement du domicile

MATERIEL POUR L' AMENAGEMENT DU DOMICILE

MIEUX S'ECLAIRER : changez d'interrupteurs !

- Interrupteurs lumineux : en grande surface et magasin de bricolage, de 3 à 9 euros.
- Interrupteur/Détecteur (s'allume quand on passe devant) : en magasin de bricolage, sur commande, à partir de 55 euros.
- Veilleuses sur prises pour la nuit

TAPIS : Fixez les au sol éventuellement !! ou MIEUX LES ENLEVER TOUS

- Adhésif double face 5cm de large gde surface à partir de 6 euros les 25m (mais peut laisser des traces au sol quand on l'enlève...)
- Adhésif double face « ne laissant pas de trace » : largeur 5 cm, au rayon revêtement de sol des magasins de bricolage, à partir de 12 euros les 20m.
- Sous tapis antiglisse : dans les magasins de tapis/ moquette, de 10 à 60 euros selon la taille qui doit être à peu près celle du tapis. Attention à ce que les bords ne se relèvent pas!

ESCALIERS : Sécurisez : antidérapant et SURTOUT LES RAMPES !!

- Adhésif antidérapant à poser au bord des marches :
 - o en grande surface 3m de long et 2,5 cm de large à partir de 4 euros (noir)
 - o En magasin spécialisé marque DYCEM 8 euros pour 1,20m (bleu)
- Plaque antidérapante à découper et à placer sur la marche, y compris à l'extérieur, en magasin spécialisé, 2m de long et 1m de large, à partir de 42 euros. Plusieurs couleurs disponibles.
- Sur l'escalier, possible aussi de fixer des rectangles de moquette sur les marches.
- Rampe indispensable! Le mieux, c'est de chaque côté. En magasin de bricolage.

SALLE DE BAIN ET WC

- Barre d'appui indispensable pour les WC et la douche ! A fixer selon votre taille pour adapter la hauteur. Disponible en magasin de bricolage ou magasin spécialisé à partir de 15 euros pour 30cm, plusieurs tailles possibles.
- Revêtement de sol antidérapant : magasins de revêtement de sol, à partir de 13 euros le mètre carré.
- Tapis antidérapant en grande surface: à placer au fond de la douche (à partir 7 euros) ou de la baignoire (à partir de 8 euros)
- tapis de sortie de bain antidérapant en grande surface à partir de 30 euros.
- Siège de douche : Le plus simple : un fauteuil de jardin en plastique sous la douche. Aussi de nombreux sièges de douche/ strapontin à partir de 75 euros en magasin spécialisé.
- Planche de bain (en travers de la baignoire) avec poignée intégrée, en magasin spécialisé, à partir de 30 euros.
- Rehausseur pour WC en magasin spécialisé sans accoudoir (à partir de 30 euros) ou avec accoudoirs (A partir de 70 euros)

CUISINE

- SUPPRIMER les serpillières par terre : Très glissant ! Eventuellement un tapis antidérapant (grande surface et magasin de bricolage, dès 30 euros)
- TRES IMPORTANT : rangez vos articles d'usage courant à hauteur accessible : « entre genoux et épaules »
- Eventuellement Escabeau (marche pied) avec 3 marches antidérapantes et un appui pour les mains en grande surface à partir de 25 euros... Si vous devez prendre un ustensile en hauteur

D'après la thèse de C Vivier Baraton « Prévention de la chute de la personne âgée : projet de brochure sur l'aménagement du domicile » 2005, université de Nantes

ANNEXE 7 : Description des résultats du questionnaire

PATIENT		Investigateur	Généraliste J0	Généraliste J30
Difficulté à la marche				
	Non	5 (12,8%)	8 (20,5%)	8 (20,5%)
	Oui	34 (87,2%)	31 (79,5%)	31 (79,5%)
Troubles cognitif connu				
	Non	30 (76,9%)	24 (61,5%)	25 (64,1%)
	Oui	9 (23,1%)	15 (38,5%)	14 (35,9%)
ATCD de chute				
	Non	3 (7,7%)	6 (15,4%)	6 (15,4%)
	Oui	36 (92,3%)	33 (84,6%)	33 (84,6%)
Dépression				
	Non	24 (61,6%)	26 (66,7%)	23 (59,0%)
	Oui	15 (38,5%)	13 (33,3%)	16 (41,0%)
Incontinence urinaire				
	Non	23 (59,0%)	27 (69,2%)	26 (66,7%)
	Oui	16 (41,0%)	12 (30,8%)	13 (33,3%)
Troubles visuels				
	Non	-	23 (59,0%)	20 (51,3%)
	Oui	39 (100%)	16 (41,0%)	19 (48,7%)
Nombre d'hospitalisation dans l'année		0,7 ± 1,0	0,6 ± 0,9	0,6 ± 1,0
LOGEMENT				
Appartement à l'étage sans ascenseur				
	Non	31 (79,5%)	33 (84,6%)	33 (84,6%)
	Oui	8 (20,5%)	6 (15,4%)	6 (15,4%)
Maison avec étage				
	Non	36 (92,3%)	35 (89,7%)	35 (89,7%)
	Oui	3 (7,7%)	4 (10,3%)	4 (10,3%)

RISQUE NUTRITIONNEL		Investigateur	Généraliste J0	Généraliste J30
Réfrigérateur				
Vide				
	Non	35 (89,7%)	39 (100%)	36 (92,3%)
	Oui	4 (10,3%)	-	3 (7,7%)
Présence de produit frais				
	Non	13 (33,3%)	7 (18,0%)	5 (12,8%)
	Oui	26 (66,7%)	32 (82,0%)	34 (87,2%)
Aliments avariés				
	Non	36 (92,3%)	36 (92,3%)	35 (89,7%)
	Oui	3 (7,7%)	3 (7,7%)	4 (10,3%)
Contenu inadapté				
	Non	39 (100%)	39 (100%)	37 (97,4%)
	Oui	-	-	1 (2,6%)
Alcool				
Signe de consommation excessive				
	Non	39 (100%)	39 (100%)	39 (100%)
	Oui	-	-	-
RISQUE IATROGENE				
Pharmacie				
Stock adapté				
	Non	15 (38,5%)	7 (17,9%)	10 (25,6%)
	Oui	24 (61,5%)	32 (82,1%)	29 (74,4%)
Médicaments mal identifiés				
	Non	38 (97,4%)	33 (84,6%)	35 (89,7%)
	Oui	1 (2,6%)	6 (15,4%)	4 (10,3%)
Médicaments périmés				
	Non	26 (66,7%)	30 (78,9%)	37 (97,4%)

	Oui	13 (33,3%)	8 (21,1%)	1 (2,6%)
Médicaments actuels				
Connaissance de la posologie				
	Non	20 (51,3%)	16 (41,0%)	16 (41,0%)
	Oui	19 (48,7%)	23 (59,0%)	23 (59,0%)
Connaissance de l'heure de prise				
	Non	18 (46,2%)	14 (35,9%)	15 (38,5%)
	Oui	21 (53,8%)	25 (64,1%)	24 (61,5%)
Connaissance du rôle				
	Non	23 (59,0%)	18 (48,6%)	21 (53,8%)
	Oui	16 (41,0%)	19 (51,4%)	18 (46,2%)
Nombre de ttt		7,7 ± 3,4	7,3 ± 3,6	7,6 ± 3,5
Prise de psychotropes ou médicaments cardiovasculaires				
	Non	3 (7,7%)	5 (12,8%)	3 (7,7%)
	Oui	36 (92,3%)	34 (87,2%)	36 (92,3%)
RISQUE DU DOMICILE				
Installation vétuste en gaz				
	Non	38 (97,4%)	34 (89,5%)	34 (94,4%)
	Oui	1 (2,6%)	4 (10,5%)	2 (5,6%)
Installation vétuste en électricité				
	Non	38 (97,4%)	34 (87,2%)	34 (87,2%)
	Oui	1 (2,6%)	5 (12,8%)	5 (12,8%)
Aération suffisante				
	Non	2 (5,1%)	6 (16,2%)	6 (16,2%)
	Oui	37 (94,9%)	31 (83,8%)	31 (83,8%)
Installation vétuste du mode de chauffage, risque CO				
	Non	35 (92,1%)	38 (100%)	39 ((100%)

	Oui	3 (7,9%)	-	-
<hr/>				
Traces de brûlure sur les meubles				
	Non	38 (97,4%)	38 (100%)	39 (100%)
	Oui	1 (2,6%)	-	-
<hr/>				
AUTONOMIE		Investigateur	Généraliste J0	Généraliste J30
<hr/>				
Hygiène du domicile défaillante				
	Non	36 (92,3%)	37 (94,9%)	36 (92,3%)
	Oui	3 (7,7%)	2 (5,1%)	3 (7,7%)
<hr/>				
Hygiène du patient défaillante				
	Non	36 (92,3%)	37 (94,9%)	36 (92,3%)
	Oui	3 (7,7%)	2 (5,1%)	3 (7,7%)
<hr/>				
Sait utiliser un téléphone				
	Non	5 (12,8%)	6 (15,4%)	7 (17,9%)
	Oui	34 (87,2%)	33 (84,6%)	32 (82,1%)
<hr/>				
Sait utiliser un chèque				
	Non	14 (40,0%)	14 (35,9%)	13 (33,3%)
	Oui	21 (60,0%)	25 (64,1%)	26 (66,7%)
<hr/>				
RISQUE DE CHUTE ACCIDENTELLE		Investigateur	Généraliste J0	Généraliste J30
<hr/>				
Téléalarme				
Prescrit				
	Non	14 (35,9%)	13 (33,3%)	11 (28,2%)
	Oui	25 (64,1%)	26 (66,7%)	28 (71,8%)
<hr/>				
Portée				
	Non	22 (56,4%)	21 (53,9%)	23 (59,0%)
	Oui	17 (43,6%)	18 (46,1%)	16 (41,0%)
<hr/>				
Transferts				
Difficultés pour se lever du lit				
	Non	18 (46,1%)	24 (61,5%)	22 (56,4%)

	Oui	21 (53,9%)	15 (38,5%)	17 (43,6%)
<hr/>				
Difficultés pour se lever du WC				
	Non	16 (41,0%)	25 (35,9%)	22 (56,4%)
	Oui	23 (59,0%)	14 (35,9%)	17 (43,6%)
<hr/>				
Accessibilité du domicile				
Adapté au handicap				
	Non	15 (38,5%)	15 (38,5%)	15 (39,5%)
	Oui	24 (61,5%)	24 (61,5%)	23 (60,5%)
<hr/>				
Danger lié à l'aménagement				
Eclairage suffisant				
	Non	7(17,9%)	5 (12,8%)	9 (23,1%)
	Oui	32 (82,1%)	34 (87,2%)	30 (76,9%)
<hr/>				
Interrupteur accessibles				
	Non	2 (5,1%)	3 (7,7%)	3 (7,7%)
	Oui	37 (94,9%)	36 (92,3%)	36 (92,3%)
<hr/>				
Sol régulier				
	Non	4 (10,3%)	5 (12,8%)	4 (10,3%)
	Oui	35 (89,7%)	34 (87,2%)	35 (89,7%)
<hr/>				
Petites marches				
	Non	11 (28,2%)	31 (79,5%)	33 (84,6%)
	Oui	28 (71,8%)	8 (20,5%)	6 (15,4%)
<hr/>				
Sol glissant				
	Non	9 (23,1%)	31 (81,6%)	29 (74,4%)
	Oui	30 (76,9%)	7 (18,4%)	10 (25,6%)
<hr/>				
Aire de déplacement obstruée par				
Des petits objets, fils				
	Non	25 (64,1%)	32 (82,1%)	31 (79,5%)
	Oui	14 (35,0%)	7 (17,9%)	8 (20,5%)
<hr/>				

Des tapis mobiles, paillassons glissants				
	Non	22 (56,4%)	25 (64,1%)	27 (69,2%)
	Oui	17 (43,6%)	14 (35,9%)	12 (30,8%)
Tapis avec bordure relevée ou obstacle				
	Non	29 (74,4%)	29 (76,3%)	31 (79,5%)
	Oui	10 (25,6%)	9 (23,7%)	8 (20,5%)
Hauteur des chaises appropriée				
	Non	7 (17,9%)	2 (5,3%)	3 (8,1%)
	Oui	32 (82,1%)	36 (94,7%)	34 (91,9%)
Escaliers				
Marches inégales				
	Non	5 (83,3%)	5 (83,3%)	6 (85,7%)
	Oui	1 (16,7%)	1 (16,7%)	1 (14,3%)
Présence de main courante				
	Non	3 (50,0%)	3 (50,0%)	2 (28,6%)
	Oui	3 (50,0%)	3 (50,0%)	5 (71,4%)
Salle de bain				
Présence d'anti-dérapant douche				
	Non	12 (30,8%)	11 (28,2%)	12 (30,8%)
	Oui	27 (69,2%)	28 (71,8%)	27 (69,2%)
Présence de barre d'appui...				
...dans la douche				
	Non	17 (43,6%)	15 (38,5%)	14 (35,9%)
	Oui	22 (56,4%)	24 (61,5%)	25 (64,1%)
...dans les WC				
	Non	24 (61,5%)	21 (53,8%)	20 (51,3%)
	Oui	15 (38,5%)	18 (46,2%)	19 (48,7%)

Rangements				
Articles d'usage courant accessibles				
	Non	5 (12,8%)	3 (7,7%)	5 (12,8%)
	Oui	34 (87,2%)	36 (92,3%)	34 (87,2%)
Habillage				
Chaussures adaptés				
	Non	9 (23,1%)	6 (15,4%)	8 (20,5%)
	Oui	30 (76,9%)	33 (84,6%)	31 (79,5%)
RISQUE D'ISOLEMENT		Investigateur	Généraliste J0	Généraliste J30
Isolement géographique				
Eloignement commerces				
	Non	34 (87,2%)	30 (78,9%)	31 (79,5%)
	Oui	5 (12,8%)	8 (21,1%)	8 (20,5%)
Isolement social				
Vit seul à domicile				
	Non	8 (20,5%)	8 (20,5%)	8 (20,5%)
	Oui	31 (79,5%)	31 (79,5%)	31 (79,5%)
Vit avec une personne dépendante				
	Non	38 (97,4%)	38 (97,4%)	38 (97,4%)
	Oui	1 (2,6%)	1 (2,6%)	1 (2,6%)
Vit avec une personne autonome				
	Non	32 (82,1%)	32 (82,1%)	32 (82,1%)
	Oui	7 (17,9%)	7 (17,9%)	7 (17,9%)
Sort seul du domicile				
	Non	24 (61,5%)	23 (59,0%)	22 (56,4%)
	Oui	15 (38,5%)	16 (41,0%)	17 (43,6%)
Voisin aidant				
	Non	14 (35,9%)	22 (61,1%)	24 (61,5%)

	Oui	25 (64,1%)	14 (38,9%)	15 (38,5%)
<hr/>				
Passage régulier famille ou amis				
	Non	3 (7,7%)	5 (12,8%)	5 (12,8%)
	Oui	36 (92,3%)	34 (87,2%)	34 (87,2%)
<hr/>				
Passage de professionnel				
	Non	-	2 (5,1%)	2 (5,1%)
	Oui	39 (100%)	37 (94,9%)	37 (94,9%)

Consultation préventive à domicile pour le patient âgé : Etude de reproductibilité et de faisabilité d'un outil d'évaluation des risques à domicile, la grille EVALADOM, réalisée auprès de 20 médecins généralistes

Résumé

De nos jours, les accidents de la vie courante (AcVC) sont les accidents les plus nombreux et les plus mortels. Ils concernent en grande partie les personnes de plus de 75 ans, dont la grande majorité vit à domicile. Cela fait de la prévention des AcVC chez les personnes âgées une préoccupation majeure de santé publique. Dans cet esprit, une «convention nationale relative au programme de mise en sécurité du domicile des personnes âgées» a été élaborée et est appliquée depuis septembre 2010. Pourtant, cette initiative ne s'adresse pas aux médecins généralistes, premiers acteurs du système de santé. Il paraît donc utile de leur mettre à disposition un guide d'évaluation des risques à domicile chez la personne âgée. Dans cette optique, une grille baptisée EVALADOM a été créée et a déjà fait l'objet d'une étude de faisabilité et satisfaction auprès des internes de médecine générale de Grenoble, puis d'une validation de sa cohérence interne.

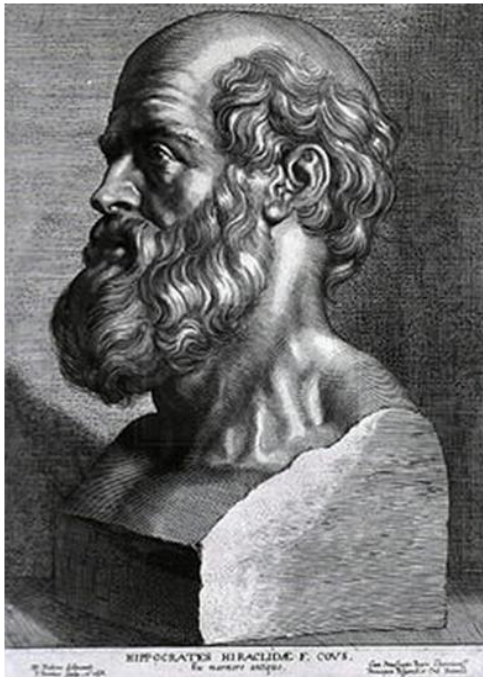
L'objectif de ce travail a été de poursuivre la validation de cette grille. Dans un premier temps, la reproductibilité de la grille EVALADOM a été évaluée en mesurant la variabilité intra-juge et inter-juge auprès de 20 médecins généralistes. Ainsi, 3 visites à domicile ont été réalisées : 2 par le médecin traitant, 1 par un médecin extérieur. Dans un second temps, la faisabilité de l'outil, son acceptabilité et son utilité ont été évaluées à partir d'un questionnaire de satisfaction.

39 patients de plus de 75 ans ont été évalués selon la grille. 117 grilles EVALADOM ont donc été analysées. La concordance intra-juge était estimée bonne à excellente pour 84% des items alors que la concordance inter-juge était très variable selon les risques évalués, allant de mauvaise à excellente. Pour certains items, la variabilité était prévisible mais pour d'autres, elle est plus surprenante et remet en question la formulation de l'intitulé ou leur présence dans la grille. Une formation à l'utilisation de cette grille permettrait de limiter cette variabilité. La limite principale de l'étude de reproductibilité tient néanmoins à la petite taille de l'échantillon.

La grille a contribué à la connaissance médicale pour 59 % des patients et du mode de vie pour 51 % d'entre eux. Au terme de l'évaluation, 31 % des patients ont bénéficié

d'une prescription et des recommandations ont été adressées dans 72 % des cas. Les médecins participants déclarent que la grille EVALADOM est utilisable en pratique courante (70 %) mais que son application est principalement limitée par le temps (60 %), l'absence de reconnaissance financière (60 %) et les difficultés pour aménager le domicile (80 %).

La grille EVALADOM est donc informative sur les risques liés au domicile et permet de proposer des modifications appropriées. Une étude complémentaire sur une plus grande population est nécessaire pour affirmer sa bonne reproductibilité inter-juge. De plus, une étude prospective permettrait d'évaluer son intérêt pronostique. Au-delà de l'évaluation de la grille elle-même, cette étude pose aussi la question de la reconnaissance des actions médicales de prévention, par nos tutelles mais aussi par les médecins eux-mêmes.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, 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 donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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.