



HAL
open science

Consultation préventive à domicile pour les patients âgés : élaboration d'un outil d'aide à la prise en soins sous forme de fiches d'information

Aurélie Deronzier, Lauranne Plat

► To cite this version:

Aurélie Deronzier, Lauranne Plat. Consultation préventive à domicile pour les patients âgés : élaboration d'un outil d'aide à la prise en soins sous forme de fiches d'information. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01410274

HAL Id: dumas-01410274

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01410274>

Submitted on 6 Dec 2016

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 SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.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/juridique/droit-auteur>

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

Année 2016

Consultation préventive à domicile pour les patients âgés : élaboration d'un outil d'aide à la prise en soins sous forme de fiches d'information

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Par

Aurélié DERONZIER, [Données à caractère personnel]
Lauranne PLAT, [Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE
Le 28 novembre 2016

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Luc BOSSON

Membres du jury :

Madame le Professeur Françoise CARPENTIER

Monsieur le Professeur Pascal COUTURIER

Madame le Docteur Claire MILLET

Madame le Professeur Françoise PAUMIER-DESBRIERES

Directrices de thèse :

Madame le Docteur Lucie BOSSON

Madame le Docteur Muriel MONANGE

Résumé

Introduction : Le médecin est un acteur privilégié de la diffusion aux personnes âgées d'informations de prévention. Il a besoin de supports adaptés. L'objectif principal de ce travail était l'élaboration d'un outil d'information sous forme de fiches-information patient (FIP) pour répondre aux risques identifiés par la grille d'évaluation à domicile Evaladom.

Méthodologie : Une étude préliminaire a recueilli les aménagements entrepris spontanément chez les patients après évaluation Evaladom. Les FIP ont été élaborées en s'appuyant sur une recherche bibliographique, puis ont été corrigées et validées par un groupe de travail pluridisciplinaire. La lisibilité et la compréhension des fiches ont été évaluées.

Résultats : Treize FIP ont été créées, dont dix destinées aux patients et trois destinées aux médecins. Elles se scindent en quatre grands thèmes qui correspondent à des groupes de facteurs de risque : iatrogénie, nutrition, domicile / logement / chute, autonomie / isolement. Le résultat au test de lisibilité a été en moyenne de 58 et la compréhension a été satisfaisante.

Discussion : Les patients ont montré leur intérêt pour les informations écrites. Un support adapté aide les praticiens à délivrer une information claire et exhaustive.

Dans sa prise en soins globale des patients âgés, le médecin peut s'appuyer sur les FIP qui traitent des différents aspects du maintien de l'autonomie.

Conclusion : Ce support écrit permet de compléter l'information orale délivrée au patient lors d'une consultation préventive à domicile. Son utilisation en pratique et son efficacité pour favoriser le maintien à domicile devront être évaluées.

Abstract

Introduction : General practitioners are key players in disseminating preventive information to the elderly. It needs suitable media. The main objective of this work was the development of an information tool in the form of patient information sheets (PIS) to correct the risks identified by the Evaladom home evaluation grid.

Methodology : A preliminary study collected facilities undertaken spontaneously by patients after Evaladom evaluation. The PIS were developed based on a literature search and were corrected and validated by a multidisciplinary working group. Readability and understanding of the sheets were evaluated.

Results : Thirteen PIS have been created, including ten for patients and three for physicians. They are divided into four major themes corresponding to the risk factors groups : iatrogeny, nutrition, home / housing / falls, autonomy / social isolation. The result in readability test has averaged 58 and understanding was satisfactory.

Discussion : Patients have shown their interest in written information. A suitable support helps practitioners to deliver a clear and comprehensive information.

In his decision in comprehensive care of older patients, the doctor may rely on the PIS that deal with different aspects of maintaining independence.

Conclusion : This writing support completes oral information delivered to the patient during preventive home visit. Its efficiency to encourage home support should be evaluated in common practice.

Mots clés :

Gériatrie, personnes âgées, fiche information patient, communication, prévention, autonomie, fragilité, maintien à domicile.

Key-words :

Geriatrics, elderly, patient information sheet, communication, prevention, autonomy, frailty, home support.

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2015-2016

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

| CORPS | NOM-PRENOM | Discipline universitaire |
|--------|-------------------------------|---|
| PU-PH | ALBALADEJO Pierre | Anesthésiologie réanimation |
| PU-PH | APTEL Florent | Ophthalmologie |
| PU-PH | ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine | Chirurgie générale |
| PU-PH | BALOSSO Jacques | Radiothérapie |
| PU-PH | BARONE-ROCHETTE Gilles | Cardiologie |
| PU-PH | BARRET Luc | Médecine légale et droit de la santé |
| PU-PH | BENHAMOU Pierre Yves | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| PU-PH | BERGER François | Biologie cellulaire |
| MCU-PH | BIDART-COUTTON Marie | Biologie cellulaire |
| MCU-PH | BOISSET Sandrine | Agents infectieux |
| PU-PH | BONAZ Bruno | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |
| PU-PH | BONNETERRE Vincent | Médecine et santé au travail |
| PU-PH | BOSSON Jean-Luc | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | BOTTARI Serge | Biologie cellulaire |
| PU-PH | BOUGEROL Thierry | Psychiatrie d'adultes |
| PU-PH | BOUILLET Laurence | Médecine interne |
| MCU-PH | BOUZAT Pierre | Réanimation |
| PU-PH | BRAMBILLA Christian | Pneumologie |
| PU-PH | BRAMBILLA Elisabeth | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MCU-PH | BRENIER-PINCHART Marie Pierre | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | BRICAULT Ivan | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | BRICHON Pierre-Yves | Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire |
| MCU-PH | BRIOT Raphaël | Thérapeutique, médecine d'urgence |
| PU-PH | CAHN Jean-Yves | Hématologie |
| MCU-PH | CALLANAN-WILSON Mary | Hématologie, transfusion |
| PU-PH | CARPENTIER Françoise | Thérapeutique, médecine d'urgence |
| PU-PH | CARPENTIER Patrick | Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire |
| PU-PH | CESBRON Jean-Yves | Immunologie |
| PU-PH | CHABARDES Stephan | Neurochirurgie |
| PU-PH | CHABRE Olivier | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| PU-PH | CHAFFANJON Philippe | Anatomie |
| PU-PH | CHARLES Julie | Dermatologie |

| | | |
|--------|-------------------------|---|
| PU-PH | CHAVANON Olivier | Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire |
| PU-PH | CHIQUET Christophe | Ophthalmologie |
| PU-PH | CINQUIN Philippe | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | COHEN Olivier | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | COUTURIER Pascal | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| PU-PH | CRACOWSKI Jean-Luc | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PU-PH | CURE Hervé | Oncologie |
| PU-PH | DEBILLON Thierry | Pédiatrie |
| PU-PH | DECAENS Thomas | Gastro-entérologie, Hépatologie |
| PU-PH | DEMATTEIS Maurice | Addictologie |
| MCU-PH | DERANSART Colin | Physiologie |
| PU-PH | DESCOTES Jean-Luc | Urologie |
| MCU-PH | DETANTE Olivier | Neurologie |
| MCU-PH | DIETERICH Klaus | Génétique et procréation |
| MCU-PH | DOUTRELEAU Stéphane | Physiologie |
| MCU-PH | DUMESTRE-PERARD Chantal | Immunologie |
| PU-PH | EPAULARD Olivier | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| PU-PH | ESTEVE François | Biophysique et médecine nucléaire |
| MCU-PH | EYSSERIC Hélène | Médecine légale et droit de la santé |
| PU-PH | FAGRET Daniel | Biophysique et médecine nucléaire |
| PU-PH | FAUCHERON Jean-Luc | Chirurgie générale |
| MCU-PH | FAURE Julien | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | FERRETTI Gilbert | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | FEUERSTEIN Claude | Physiologie |
| PU-PH | FONTAINE Éric | Nutrition |
| PU-PH | FRANCOIS Patrice | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | GARBAN Frédéric | Hématologie, transfusion |
| PU-PH | GAUDIN Philippe | Rhumatologie |
| PU-PH | GAVAZZI Gaétan | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| PU-PH | GAY Emmanuel | Neurochirurgie |
| MCU-PH | GILLOIS Pierre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | GRAND Sylvie | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | GRIFFET Jacques | Chirurgie infantile |
| PU-PH | GUEBRE-EGZIABHER Fitsum | Néphrologie |
| MCU-PH | GUZUN Rita | Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique |
| PU-PH | HAINAUT Pierre | Biochimie, biologie moléculaire |
| PU-PH | HENNEBICQ Sylviane | Génétique et procréation |
| PU-PH | HOFFMANN Pascale | Gynécologie obstétrique |
| PU-PH | HOMMEL Marc | Neurologie |
| PU-PH | JOUK Pierre-Simon | Génétique |
| PU-PH | JUVIN Robert | Rhumatologie |
| PU-PH | KAHANE Philippe | Physiologie |
| PU-PH | KRACK Paul | Neurologie |
| PU-PH | KRAJNIK Alexandre | Radiologie et imagerie médicale |

| | | |
|--------|--------------------------------------|---|
| PU-PH | LABARERE José | Epidémiologie ; Eco. de la Santé |
| PU-PH | LANTUEJOUL Sylvie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MCU-PH | LAPORTE François | Biochimie et biologie moléculaire |
| MCU-PH | LARDY Bernard | Biochimie et biologie moléculaire |
| MCU-PH | LARRAT Sylvie | Bactériologie, virologie |
| PU-PH | LECCIA Marie-Thérèse | Dermato-vénérologie |
| PU-PH | LEROUX Dominique | Génétique |
| PU-PH | LEROY Vincent | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |
| PU-PH | LETOUBLON Christian | Chirurgie générale |
| PU-PH | LEVY Patrick | Physiologie |
| MCU-PH | LONG Jean-Alexandre | Urologie |
| PU-PH | MACHECOURT Jacques | Cardiologie |
| PU-PH | MAGNE Jean-Luc | Chirurgie vasculaire |
| MCU-PH | MAIGNAN Maxime | Thérapeutique, médecine d'urgence |
| PU-PH | MAITRE Anne | Médecine et santé au travail |
| MCU-PH | MALLARET Marie-Reine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| MCU-PH | MARLU Raphaël | Hématologie, transfusion |
| MCU-PH | MAUBON Danièle | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | MAURIN Max | Bactériologie - virologie |
| MCU-PH | MCLEER Anne | Cytologie et histologie |
| PU-PH | MERLOZ Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| PU-PH | MORAND Patrice | Bactériologie - virologie |
| PU-PH | MOREAU-GAUDRY Alexandre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | MORO Elena | Neurologie |
| PU-PH | MORO-SIBILOT Denis | Pneumologie |
| MCU-PH | MOUCHET Patrick | Physiologie |
| PU-PH | MOUSSEAU Mireille | Cancérologie |
| PU-PH | MOUETET François | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie |
| MCU-PH | PACLET Marie-Hélène | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | PALOMBI Olivier | Anatomie |
| PU-PH | PARK Sophie | Hémato - transfusion |
| PU-PH | PASSAGLIA Jean-Guy | Anatomie |
| PU-PH | PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François | Anesthésiologie réanimation |
| MCU-PH | PAYSANT François | Médecine légale et droit de la santé |
| MCU-PH | PELLETIER Laurent | Biologie cellulaire |
| PU-PH | PELLOUX Hervé | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | PEPIN Jean-Louis | Physiologie |
| PU-PH | PERENNOU Dominique | Médecine physique et de réadaptation |
| PU-PH | PERNOD Gilles | Médecine vasculaire |
| PU-PH | PIOLAT Christian | Chirurgie infantile |
| PU-PH | PISON Christophe | Pneumologie |
| PU-PH | PLANTAZ Dominique | Pédiatrie |
| PU-PH | POIGNARD Pascal | Virologie |
| PU-PH | POLACK Benoît | Hématologie |

| | | |
|--------|------------------------|---|
| PU-PH | POLOSAN Mircea | Psychiatrie d'adultes |
| PU-PH | PONS Jean-Claude | Gynécologie obstétrique |
| PU-PH | RAMBEAUD Jacques | Urologie |
| MCU-PH | RAY Pierre | Génétique |
| PU-PH | REYT Émile | Oto-rhino-laryngologie |
| MCU-PH | RIALLE Vincent | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | RIGHINI Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| PU-PH | ROMANET J. Paul | Ophthalmologie |
| MCU-PH | ROUSTIT Matthieu | Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie |
| MCU-PH | ROUX-BUISSON Nathalie | Biochimie, toxicologie et pharmacologie |
| PU-PH | SARAGAGLIA Dominique | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| MCU-PH | SATRE Véronique | Génétique |
| PU-PH | SAUDOU Frédéric | Biologie Cellulaire |
| PU-PH | SCHMERBER Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| PU-PH | SCHWEBEL-CANALI Carole | Réanimation médicale |
| PU-PH | SCOLAN Virginie | Médecine légale et droit de la santé |
| MCU-PH | SEIGNEURIN Arnaud | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | STAHL Jean-Paul | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| PU-PH | STANKE Françoise | Pharmacologie fondamentale |
| MCU-PH | STASIA Marie-José | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | TAMISIER Renaud | Physiologie |
| PU-PH | TERZI Nicolas | Réanimation |
| PU-PH | TONETTI Jérôme | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| PU-PH | TOUSSAINT Bertrand | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | VANZETTO Gérard | Cardiologie |
| PU-PH | VUILLEZ Jean-Philippe | Biophysique et médecine nucléaire |
| PU-PH | WEIL Georges | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | ZAOUÏ Philippe | Néphrologie |
| PU-PH | ZARSKI Jean-Pierre | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

Serment d'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Remerciements

Au Professeur Jean-Luc Bosson,

Merci pour votre implication et le temps que vous avez consacré à notre travail et au projet Evaladom en général. Grâce à vous, nous avons eu la chance de rencontrer des professionnels impliqués et engagés pour le maintien à domicile.

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Recevez ici toute notre reconnaissance.

Au Professeur Françoise Carpentier,

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury de thèse. Recevez toute notre reconnaissance.

Au Professeur Pascal Couturier,

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Recevez toute notre reconnaissance.

Au Docteur Claire Millet,

Vous avez suivi et soutenu le projet Evaladom depuis le départ. Vous restez convaincue et passionnée par ce travail. Votre regard et vos encouragements nous ont beaucoup apporté. Merci d'accepter de faire partie du jury de notre thèse.

Au Professeur Françoise Paumier-Desbrieres,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre travail, et d'avoir accepté de le juger. Merci de nous avoir guidées dans notre formation de médecin

généraliste.

Au Docteur Lucie Bosson,

Merci de nous avoir fait connaître le projet Evaladom, et de nous avoir si bien accompagnées tout au long de ce travail. Ta patience et tes relectures avisées nous ont été d'une grande aide. Ton expérience en tant que gériatre nous a permis d'élargir notre vision. Merci pour tout.

Au Docteur Muriel Monange,

Merci de nous avoir permis de « monter dans le train » de l'aventure Evaladom, dont tu as été l'initiatrice. Ta patience et le temps que tu nous as accordé ont été précieux. Tu as cru en nous et nous a sans cesse encouragées, avec la passion qui t'anime. Merci pour tout.

Merci à tous les membres de « l'équipe Evaladom » qui ont accepté de donner de leur temps et de leur énergie pour nous aider à réaliser ce travail. Merci au Docteur Benoit Allenet, au Docteur Sophie Althuser, au Docteur Mélanie Sustersic, à Madame Véronique Chirié, à Madame Emanuelle Rivoire, à Madame Marie-France Vaillant, à Madame Anne Cluzeau. Mais aussi à l'équipe du service de gériatrie d'Annecy, au Docteur Julien Zirnhelt, à Madame Emanuelle Buisse, à Madame Marie-Noëlle Siefert.

Merci à Coraline pour ta relecture précieuse des fiches.

Merci aux patients et aux médecins qui ont accepté de participer à notre travail.

Remerciements Aurélie :

Merci à Karim, à mes Parents, à Magali et Quentin, à tous mes Amis, qui m'ont soutenue tout au long de ces dix années d'études, et avec qui je partage des moments inoubliables.

Merci à mes maîtres de stage qui ont su me transmettre leurs connaissances et leur vision de la médecine générale.

Merci à Lauranne, ma super co-thésarde, avec qui j'ai réellement apprécié de travailler, toujours dans la bonne humeur. Nous avons été complémentaires tout au long de cette thèse, avons su nous respecter. Notre amitié a été renforcée par cette aventure. Merci pour ces parties de « Pyramide » lors de la rédaction de la thèse, pour ces fous-rires nerveux de fin de soirée. A bientôt pour des weekends spéléo dans le Vercors !

Remerciements Lauranne :

Un grand merci à Aurélie, nous avons avancé ensemble dans ce travail, nos formations et nos vies personnelles avec une bienveillance inégalable l'une envers l'autre. Je te remercie infiniment d'avoir fait ce bout de chemin avec moi.

Merci à Cédric, pour ton amour.

Merci à mes parents, pour votre présence et votre soutien inconditionnel à chaque étape de ma vie.

Merci à mes frères, ma famille et ma belle-famille, quel plaisir de vous avoir près de moi.

Merci à tous mes amis, aux moments passés et à venir à vos côtés.

Aux médecins et professionnels de santé que j'ai croisé, qui m'ont transmis la passion du soin et de la médecine générale.

Abréviations

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ANAH : Agence Nationale de l'Habitat

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

APA : Allocation Pour l'Autonomie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLAN : Comité de Liaison Alimentation Nutrition

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

MDA : Maison Départementale de l'Autonomie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAERPA : Parcours de santé pour les Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Résumé | 2 |
| Abstract | 3 |
| Serment d’Hippocrate | 9 |
| Remerciements | 11 |
| Abréviations | 14 |
| Sommaire | 15 |
| Introduction | 18 |
| Matériel et méthodes | 20 |
| <u>A) Elaboration des fiches d’information</u> | 20 |
| 1) <i>Préparation</i> | 20 |
| • Recueil des besoins d’information et des questions des usagers concernés | 20 |
| • Définition de l’objectif, des thèmes et utilisateurs des fiches | 21 |
| • Recherche des documents existants sur les thèmes choisis | 21 |
| • Recherche des données scientifiques et des textes réglementaires | 22 |
| • Choix du support | 22 |
| • Rythme d’actualisation | 22 |
| • Modalités de diffusion | 23 |
| 2) <i>Conception des fiches</i> | 23 |
| <u>B) Circuit de validation</u> | 23 |
| 1) <i>Validation scientifique</i> | 23 |
| 2) <i>Relecture par des usagers</i> | 24 |
| 3) <i>Test de lisibilité</i> | 24 |
| 4) <i>Relecture par un professionnel de la communication</i> | 24 |
| 5) <i>Test de diffusion des fiches</i> | 25 |
| <u>C) Ethique</u> | 26 |

| | |
|---|-----------|
| Résultats..... | 27 |
| A) <u>Etude préliminaire</u> | 27 |
| B) <u>Création des fiches</u> | 28 |
| 1) <i>Présentation des fiches</i> | 28 |
| 2) <i>Construction des fiches</i> | 29 |
| 3) <i>Résultats des tests de lisibilité</i> | 31 |
| • Test de lisibilité de Flesch | 31 |
| • Test de compréhension auprès des patients | 32 |
| Discussion..... | 34 |
| A) <u>Principaux résultats</u> | 34 |
| 1) <i>Etude préliminaire</i> | 34 |
| 2) <i>La création des fiches-info patients : pourquoi, pour qui, quand et comment ?</i> | 35 |
| • Pourquoi ? | 35 |
| • Pour qui ? | 38 |
| • Quand ? Les visites à domicile comme temps d'intervention | 39 |
| • Comment ? Les fiches-information patient comme moyen d'intervention ... | 40 |
| 3) <i>Présentation des FIP</i> | 40 |
| • FIP iatrogénie | 40 |
| • FIP nutrition | 42 |
| • FIP autonomie / isolement | 45 |
| • FIP domicile / logement / chute..... | 47 |
| 4) <i>Le circuit de validation</i> | 51 |
| • Relecture par un professionnel de la communication | 51 |
| • Test de Flesch | 51 |
| • Test de la compréhension | 52 |
| B) <u>Les biais et limites</u> | 53 |
| 1) <i>Biais</i> | 53 |
| 2) <i>Limites</i> | 53 |
| C) <u>Les perspectives d'avenir</u> | 55 |

| | |
|----------------------------|-----------|
| Conclusion | 56 |
| Bibliographie | 59 |
| Annexes | 67 |

Introduction

La population française est vieillissante. Les estimations de l'INSEE prédisent qu'en 2050, 22,3 millions de personnes seraient âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans. Le vieillissement de la population française s'accentuerait entre 2005 et 2050 : alors que 20,8 % de la population résidant en France métropolitaine avait 60 ans ou plus en 2005, cette proportion serait de 30,6 % en 2035 et de 31,9 % en 2050 (1). La plupart des personnes âgées interrogées souhaitent rester vivre chez elles le plus longtemps possible. En effet, le domicile représente un espace familial, rassurant, symbole de racines, lieu de repères du présent et du passé, il fait partie de l'identité même de la personne (2). Six personnes sur dix de plus de 80 ans vivaient à domicile en 2011 (3).

Favoriser le maintien à domicile est un défi majeur à relever, et est déjà soutenu par de nombreuses initiatives (4) (5). Ainsi, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé a mis en place, en 2014, un dispositif s'adressant aux personnes âgées de plus de 75 ans, le Parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) (6). Ce dispositif a pour objectif de préserver l'autonomie des personnes âgées et s'articule autour de 5 axes (renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination des intervenants et interventions, sécuriser la sortie d'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles, mieux utiliser les médicaments).

La visite à domicile (VAD) est un pivot dans l'organisation des soins à domicile. En 2013, les visites à domicile représentaient environ 10% de l'activité des médecins généralistes libéraux, une part en forte diminution ces dernières années (7) . Elles

restent cependant plus fréquentes parmi les patients âgés : en 2010, elles représentaient 35% des actes réalisés par les médecins généralistes auprès des patients de plus de 70 ans (8).

Cette visite peut être préventive et organisée chez des patients encore autonomes, mais à risque de perte d'autonomie. La HAS dans ses recommandations confirme le bénéfice d'une évaluation et intervention anticipée chez les patients fragiles (9).

En 2010, la grille d'évaluation EVALADOM (Annexe n°1) a été créée dans le cadre d'un travail de thèse. Il s'agit d'un outil d'évaluation des risques du domicile. Cette grille, réalisable en consultation à domicile par le médecin traitant du patient, a été bien acceptée (10). Par la suite, plusieurs travaux de thèse ont montré successivement qu' EVALADOM était une grille validée et cohérente (11), faisable et reproductible (12), et surtout que le score total EVALADOM apparaissait prédictif d'évènements indésirables à domicile, tout comme les tests de l'évaluation gériatrique standardisée (13) (14).

L'étape suivante consiste à prendre en charge ces risques en proposant des mesures correctives aux patients et à leurs médecins généralistes, afin de favoriser leur autonomie et leur maintien à domicile dans la durée.

L'objectif principal de ce travail était de construire un outil d'information, sous forme de fiches-information patient (FIP), destiné aux patients âgés, pour répondre aux risques identifiés par l'évaluation EVALADOM.

Matériel et méthode

Pour réaliser ce travail, les recommandations du guide méthodologique de la HAS édité en Juin 2008 ont été suivies : « Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé » (15). Le travail réalisé par les Dr Sustersic et Dr Meneau en 2010, « Elaboration de fiches d'information pour les patients en médecine générale » (16), a également servi de base de travail.

A) Elaboration des fiches d'information

1) Préparation

Recueil des besoins d'information et des questions des usagers concernés

Une étude observationnelle a été réalisée entre février et avril 2015. Un échantillon de 16 patients a été tiré au sort après stratification par risque identifié, parmi les 153 patients inclus dans la thèse « Consultation préventive à domicile pour les patients âgés : étude prospective pour déterminer la valeur pronostique d'un outil d'évaluation des risques du domicile, la grille EVALADOM ». Les besoins d'information ont été recueillis auprès des patients et des médecins généralistes usagers par le biais d'un questionnaire adapté à chaque population (Annexes n°2 et 3). Les deux questionnaires comportaient une question ouverte concernant les adaptations faites spontanément suite à l'évaluation Evaladom, une question fermée sur le besoin d'information ressenti et enfin une dernière question ouverte concernant le format attendu pour cette information. Chaque médecin a été contacté par téléphone ou

email, les patients par téléphone uniquement. Les objectifs étaient de recueillir les changements effectifs entrepris sur le terrain après évaluation EVALADOM et d'évaluer le besoin d'informations sur les risques du domicile.

Définition de l'objectif, des thèmes et utilisateurs des fiches

L'objectif principal de ce travail était de construire un outil d'information, sous forme de fiches-information patient (FIP), destinées aux patients âgés de plus de 75 ans, pour répondre aux risques identifiés par l'évaluation Evaladom.

Les thèmes des fiches ont été définis selon les risques évalués par la grille Evaladom. Ils ont été regroupés en quatre thèmes : iatrogénie, domicile-logement-chute, autonomie-isolement, nutrition.

Après concertation, les utilisateurs des fiches ont été définis comme étant des patients de plus de 75 ans, vivant à domicile, comprenant le français et consultant leur médecin généraliste.

Recherche des documents utilisés en pratique sur les thèmes choisis

Des recherches sur les documents existants destinés aux patients ont été faites. La Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) de l'Isère a été contactée afin de consulter les fiches produites par leurs services à destination des personnes âgées. Les documents édités par l'INPES, l'ANAH, les documents d'information des structures hospitalières (Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Centre Hospitalier Mutualiste de Grenoble, Centre Hospitalier Annecy Genevois, Centre Hospitalier de Voiron) ont été consultés.

Il n'a pas été trouvé de brochures harmonisées répondant à tous les risques évalués

par l'échelle Evaladom, adaptées à la pratique de médecine générale.

Recherche des données scientifiques et des textes réglementaires sur ces thèmes

Un travail de recherche et de synthèse des recommandations et des documents existants a été réalisé.

Les recommandations éditées par les organismes officiels (HAS, ANAES, INPES), et les sociétés savantes de gériatrie ont été consultées, ainsi que les textes réglementaires gouvernementaux.

Un travail de recherche bibliographique a été mené thème par thème (nutrition, domicile-logement-chute, autonomie-isolement, et iatrogénie), et plus globalement sur l'éducation thérapeutique, la prévention, les particularités de l'information et de la communication envers les personnes âgées. Les sites consultés ont été : Pubmed, Google Scholar, La Cochrane Library, le traité de médecine EMC.

Choix du support

Le choix s'est porté sur le format des fiches-information patient développés dans les travaux menés par les Dr Sustersic et Meneau (16).

Rythme d'actualisation

Le rythme de mise à jour des documents habituellement retenu est de 3 ans. Pour ce travail un rythme d'actualisation de 3 ans a été retenu, avec une vigilance néanmoins concernant les fiches « autonomie » pour lesquelles des changements de procédure peuvent avoir lieu plus fréquemment (17).

Modalités de diffusion

Les fiches sont destinées à être remises directement en main propre au patient par le médecin généraliste. Elles doivent être datées du jour de la consultation, et personnalisées en fonction du patient.

Les fiches doivent être faciles d'accès informatiquement pour le médecin et imprimables en noir et blanc au format A4.

2) Conception des fiches

Le contenu des documents a été défini à partir de la littérature, de l'étude des documents déjà créés sur le même thème, d'une synthèse des recommandations existantes et du partage des expériences personnelles des membres des groupes de travail.

La méthodologie utilisée pour l'élaboration des FIP de ce travail est celle proposée dans l'article « Elaboration de fiches d'information pour les patients en médecine générale : proposition d'une méthodologie » par les Dr Sustersic et Meneau (Annexe n°4) (18) (16).

B) Circuit de validation

1) Validation scientifique

Quatre groupes de travail multidisciplinaires ont été réunis pour participer à la validation des FIP. Ces groupes correspondaient aux quatre catégories de risque : iatrogénie, nutrition, domicile-logement-chute, autonomie-isolément. Ils étaient constitués de médecins généralistes, de gériatres, d'un pharmacien, d'une diététicienne, d'un professionnel spécialisé en environnement intérieur et d'un

membre de TASDA, Technopôle Alpes Santé à Domicile et Autonomie (association intervenant dans le maintien à domicile des personnes âgées via les nouvelles technologies).

2) Relecture par des usagers

Des utilisateurs potentiels âgés de plus de 75 ans ont été sollicités pour une relecture. Cela a permis de mettre en évidence les termes pouvant être difficilement compréhensibles pour ces usagers, d'évaluer la mise en page, et d'apporter les modifications nécessaires.

3) Test de lisibilité

Le test de lisibilité de Flesch a été utilisé dans une version adaptée au français développé par les Dr Chappuy et Gourmelon (19) . Il s'agit d'un test qui calcule un score de lisibilité en fonction du nombre moyen de mots par phrases et du nombre moyen de syllabes pour cent mots.

Ce test met en évidence le degré de complexité des fiches : plus le score est élevé, plus la lisibilité est grande et la lecture facile. Un score de cinquante correspond au niveau d'un livre de 6°/5° (collège) et semble pertinent comme limite à se fixer pour rendre l'information accessible au plus grand nombre.

4) Relecture par un professionnel de la communication

Une relecture par un spécialiste de la communication des entreprises et des marques a été effectuée.

5) Test et diffusion des fiches

Un test de compréhension (annexe n°5) des deux FIP « nutrition » a été réalisé auprès des utilisateurs. Ces deux FIP ont été retenues parmi les 13 créées du fait de leur diversité de présentation (une au format paysage avec une photographie, une au format portrait sans image).

Une étude prospective multicentrique a été réalisée entre Juillet et Aout 2016. Le protocole d'étude et le questionnaire utilisés ont été ceux de l'étude EDIMAP (20).

Des médecins généralistes exerçant dans la région Rhône-Alpes ont été recrutés par coaptation. Lorsqu'un patient consultait son médecin généraliste et répondait aux critères d'inclusion, le médecin lui proposait de participer à l'étude après une explication courte du déroulement de celle-ci. Si le patient était d'accord, le médecin lui remettait les deux FIP concernées (« Bien manger pour rester en forme » et « Bien manger, conseils d'enrichissement ») ainsi qu'un document d'information concernant l'étude, puis il envoyait un mail d'inclusion sur une boîte mail dédiée avec les coordonnées du patient.

Entre 15 jours et 1 mois suivant la réception de la fiche par les patients, ils étaient interrogés par téléphone à l'aide d'un questionnaire de compréhension, par un investigateur différent du médecin traitant. Le questionnaire comprenait neuf questions fermées à choix multiples.

S'ils n'étaient pas joignables la première fois, deux nouveaux appels étaient tentés. En cas d'échec des trois appels, ils étaient considérés comme perdus de vue.

C) Ethique

L'accord des patients pour les appels téléphoniques a été recueilli lors de la remise des FIP, par le biais d'une information écrite.

Les patients étaient libres de ne pas répondre ou de quitter l'étude à tout moment.

Les données ont été enregistrées de façon anonyme et une déclaration à la CNIL a été effectuée.

Résultats

A) Etude préliminaire

Le taux de réponse au questionnaire a été de 71,4 % pour les médecins. 60% étaient en demande d'une aide à la prise en charge des risques du domicile, sous la forme : « annuaire de la personne âgée », « référentiel de contacts », « initiatives locales, associations en lien avec la personne âgée et le maintien à domicile » et « mode de fonctionnement de ces structures, conditions d'accès ».

Le taux de réponse au questionnaire a été de 50 % pour les patients. Deux patients aimeraient avoir des conseils sur les risques du domicile, sous la forme : « information délivrée par le médecin traitant », « information concrète », « intervention personnalisée ». Cette question n'a pas pu être abordée pour 5 patients sur les 8 contactés.

Au total, 14 modifications ont été apportées depuis l'évaluation EVALADOM, tous patients confondus. Mais la répartition est inégale : plusieurs modifications ont parfois été effectuées pour une seule personne, alors que certains patients n'ont bénéficié d'aucun aménagement. Finalement, des adaptations ont été réalisées pour 7 patients sur les 16 sélectionnés, détaillées dans le tableau n°1.

Tableau 1 : Modifications apportées en fonction des risques

| Risque | Modifications apportées |
|--------------------|---|
| latrogénie | Mise en place d'une infirmière pour l'administration des traitements |
| Nutrition | Domicile partagé avec une étudiante qui fait les courses et prépare les repas |
| Patient | Adaptation du traitement de fond antalgique pour des douleurs ostéo-articulaires |
| Logement | Demande d'institutionnalisation Aménagement du rez-de-chaussée Installation d'un monte-escalier |
| Chute accidentelle | Désencombrement de l'appartement Augmentation du nombre de branchements de la téléalarme Douche donnée par l'infirmière au RDC Passage du kinésithérapeute Aménagement de la salle de bain avec installation d'une douche |
| Isolement | Organisation de l'entourage pour un passage journalier Domicile partagé avec une étudiante |
| Autonomie | Passage pluri-hebdomadaire d'une aide-ménagère |

B) Création des fiches

1) Présentation des fiches

Treize fiches ont été créées (annexe N°6), concernant les différents risques évalués par la grille EVALADOM. Elles sont réparties en quatre groupes incluant les fiches traitant du même thème. Dix fiches sont à destination du patient et trois à destination du médecin.

- latrogénie

- Bien se soigner

- Nutrition

- Bien manger
- Bien manger pour rester en forme
- Bien manger, conseils d'enrichissement

- Autonomie/Isolement

- Bien s'entourer
- Qui peut vous aider à domicile
- Quand ça devient difficile à domicile... Envisager un autre lieu de résidence ?
- Allocation Personnalisée d'Autonomie
- Mesures de protection juridique

- Domicile/logement/chute

- Bien vivre chez soi
- Aménagements du domicile
- Chutes – première consultation
- Chutes – deuxième consultation

2) Construction des fiches

- La sémantique : choix du langage et des termes :

La voie active a été utilisée, ainsi que la forme personnelle. Le vocabulaire utilisé est courant. Les abréviations ont été évitées.

- La syntaxe :

Les phrases sont courtes (moyenne de 9 mots par phrase), et simples (contenant le plus souvent une seule idée). Il y a peu de mots longs (moyenne de 1.6 syllabes par mot). Les phrases ambiguës ont été reformulées.

- La structure du texte :

Les titres et sous-titres sont en gros caractères et en couleur uniformisée pour toutes les fiches. Les fiches sont construites avec différentes rubriques, celles-ci ne sont pas standardisées vu la diversité des thèmes traités.

- La charte visuelle et graphique :

La taille des caractères est fixée à 10 pour le minimum, les titres sont en police « Arial » (sans empattement) et le texte en police « Times New Roman » (avec empattement), afin de respecter les conditions de lisibilité.

Les messages importants sont mis en valeur (par des caractères gras, soulignés), et les informations pratiques (listes de contacts) sont encadrées.

- Les tableaux et illustrations :

Une photographie pour la fiche « Bien manger pour rester en forme », et une illustration pour la fiche « Aménagement du domicile » ont été réalisées.

- La mise en page

Le format utilisé est « portrait » pour les fiches ne contenant que du texte, avec répartition des informations en deux colonnes. Les marges sont étroites.

Les fiches contenant une illustration sont en format « paysage », avec des encadrés et des flèches qui légendent les différents éléments représentés.

Certaines FIP contiennent une « zone de prescription » où le médecin peut cocher

des propositions ou annoter la fiche, et mettre son tampon.

Un encadré en bas de page indique pour chaque fiche le nom des auteurs et des relecteurs, la date de rédaction et les principales sources.

- La couleur :

De la couleur a été utilisée pour rendre les fiches attrayantes.

3) Résultats des tests de lisibilité

Test de lisibilité de Flesch

Les résultats détaillés par fiche sont présentés dans le tableau 2. La moyenne obtenue pour l'ensemble des fiches est de 58. Un score à 50 correspond à un niveau de lecture de 6° / 5° (collège), et un score de 60 à un niveau « bande dessinée » selon l'adaptation française de Landsheere.

Les trois fiches destinées aux médecins généralistes (« Chute » et « Mesure de protection juridique ») n'ont pas été évaluées par cette méthode.

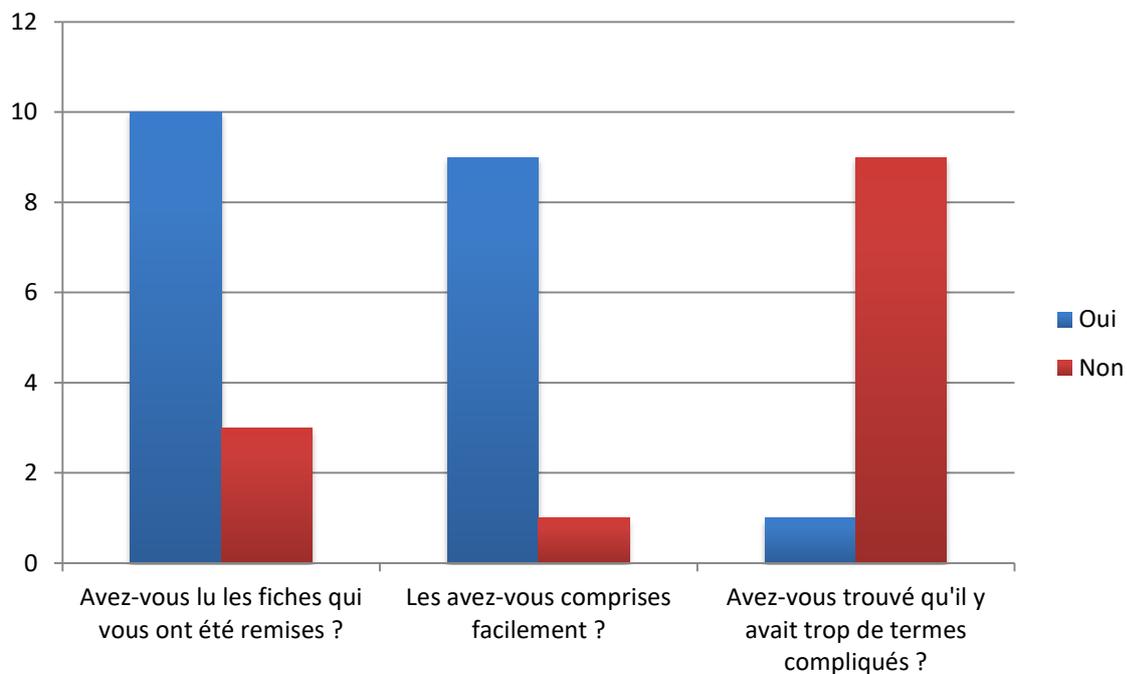
Tableau 2 : résultats du test de Flesch par fiche

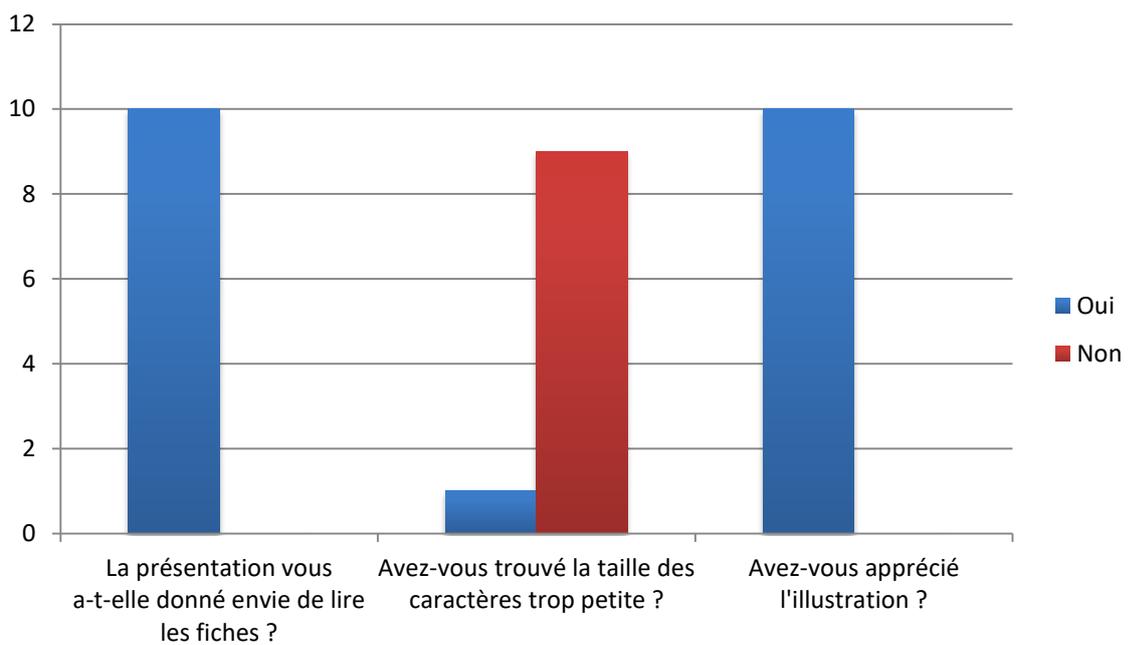
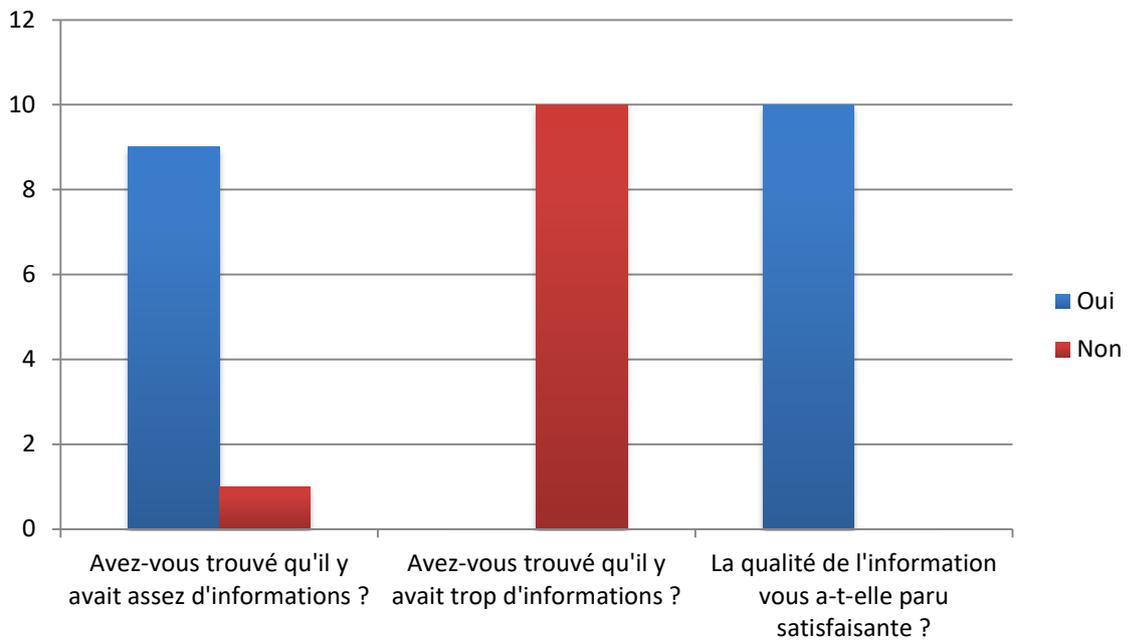
| FICHE | Nombre moyen de mots par phrase | Nombre moyen de syllabes par mot | INDICE DE FLESCH |
|--|---------------------------------|----------------------------------|------------------|
| Bien se soigner | 11,92 | 1,7 | 50,6 |
| Bien manger | 7,67 | 1,59 | 64,2 |
| Bien manger pour rester en forme | 10,86 | 1.39 | 77,8 |
| Bien manger, conseils d'enrichissement | 8,76 | 1,59 | 63,1 |
| Bien vivre chez soi | 10,45 | 1.71 | 51,3 |
| Aménagements du domicile | 9,3 | 1,72 | 51,9 |
| Bien s'entourer | 3,87 | 1.55 | 71,4 |
| Qui peut vous aider à domicile | 9,11 | 1,72 | 52,1 |
| Quand ça devient difficile à domicile | 10,39 | 1,7 | 52,4 |
| Allocation Personnalisée Autonomie | 10 | 1,75 | 49 |

Test de compréhension auprès des patients

Quinze patients ont été inclus. Un patient a été perdu de vue. Une patiente a souhaité quitter l'étude. Les résultats sont détaillés dans le graphique n° 1. Dix patients sur treize ont lu les fiches dont quatre vingt dix pour cent les ont comprises facilement. Tous les patients ayant lu les fiches ont trouvé la qualité de l'information satisfaisante.

Graphique n°1 : Résultats au test de compréhension des FIP auprès des patients.





Discussion

A) Principaux résultats

1) *Etude préliminaire*

Les résultats mettent en lumière le fait que certaines initiatives ont été prises suite à l'évaluation EVALADOM, et ce alors qu'aucune préconisation n'avait été remise aux patients ou à leurs médecins à l'issue de celle-ci. Des mesures correctrices des risques ont été mises en place pour environ la moitié des patients. Il s'agit bien des adaptations réalisées chronologiquement après l'évaluation EVALADOM, sans qu'un lien de cause à effet ne puisse toutefois être mis en évidence. Parfois, la mise en place d'une seule modification (par exemple, un étudiant vivant au domicile de la personne âgée), permet de répondre à plusieurs risques (nutritionnel, isolement, autonomie).

A plusieurs reprises, une discordance a été notée entre les informations recueillies auprès des médecins généralistes et des patients correspondant. Ces derniers ont globalement énoncé beaucoup moins de mesures correctives que les professionnels. Est-ce parce qu'ils n'ont pas été assez associés à l'adaptation de leur logement ou à la mise en place des aides ? Que leurs besoins ressentis dans le quotidien ne correspondaient pas à ce qui a été mis en place par leur médecin ?

Cela montre l'importance de la coopération avec le patient, de l'étude des besoins qu'il perçoit comme prioritaires, et donc de la personnalisation des FIP par le médecin.

Concernant la demande d'aide à la prise en charge des risques retrouvés chez leurs patients à domicile, les médecins contactés ont répondu favorablement à 60 %. Les

médecins ont manifesté le manque de ressources disponibles (2 citations), principalement concernant les informations administratives (1 citation). Ils sont demandeurs de listes de contacts locaux avec qui travailler, d'annuaires de structures et associations en lien avec le vieillissement, d'informations pratiques et adaptées à leur zone géographique de travail (1 citation).

Par ailleurs, le besoin d'un professionnel dédié à l'aménagement du domicile a été mentionné (1 citation). Un médecin a évoqué son souhait de voir des professionnels comme les ergothérapeutes sortir plus souvent du cadre hospitalier et pouvoir être pris en charge financièrement en ambulatoire (1 citation). Selon les statistiques de la DRESS, sur l'année 2015 en France, seulement 845 ergothérapeutes sur les 9691 en activité (soit 8,7%) avaient un mode d'exercice « libéral ou mixte » (21).

Côté patients, la question a été difficilement abordée au cours des entretiens qui ont souvent dépassé le cadre du questionnaire. Le taux de réponse a été faible (trois réponses à la question sur les huit contactés). Deux patients répondants ressentaient un besoin d'aide pour préserver leur autonomie. L'un attendait une information claire et pratique sur les risques du domicile, l'autre évoquait le passage d'un(e) infirmier(e) pour la gestion du traitement. Un patient situait le médecin traitant comme acteur central de cette démarche.

2) La création des fiches-info patient : pourquoi, pour qui, quand et comment ?

Pourquoi ?

- *Communiquer*

Le code de la santé publique (article L. 1111-2) stipule que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés ». Il est ici

précisé que l'information concerne aussi bien les actes de soins que de prévention.

La communication et l'information sont appelées à jouer un rôle important dans le bien-être des personnes âgées. Le vieillissement est un processus d'adaptation, et l'information facilite ce processus.

Les patients âgés vivant à domicile expriment le besoin d'être informés sur les risques et les changements de mode de vie les concernant, et d'y voir plus clair parmi les différents intervenants du domicile (22).

L'INPES a réalisé en 2009 une étude sur les besoins et les attentes des personnes âgées en matière d'information sur la santé et la prévention (23). Cette étude a permis de souligner plusieurs points concernant la communication auprès des personnes âgées. Il apparaît en premier lieu nécessaire de traiter la question du vieillissement et de la prévention de façon positive et non stigmatisante, puis d'aborder la communication de façon pragmatique en insistant surtout sur les aspects constructifs, comme les stratégies à mettre en œuvre pour prévenir les risques liés au vieillissement. Cette étude a également montré que les références trop explicites à l'âge sont mal accueillies que ce soit en termes de conseils, de mise en forme ou de représentation. On note une nette préférence des personnes interrogées pour l'information écrite, sous forme de brochures par exemple. Le public qui semble le plus intéressé par ce type d'information concerne les personnes fragiles ou dépendantes, qui sont confrontées personnellement à des problèmes de santé.

L'avancée en âge engendre par ailleurs des difficultés à encoder les informations et par conséquent à se rappeler des informations médicales délivrées oralement en consultation. L'attention portée à une information diminue également si celle-ci prend un caractère émotionnel, ce qui peut être le cas lorsque l'on évoque l'autonomie ou le logement des patients. D'autre part, l'importance donnée par le patient au message délivré influe sur sa capacité à le retenir (24).

Concernant les intervenants de la communication, les conseils donnés par le médecin généraliste semblent mieux entendus et à l'origine de plus de changements dans les habitudes de santé que d'autres sources d'information (25). Ceci est corroboré par l'étude de l'INPES en 2009 qui retrouve que le médecin reste la principale source d'information des patients âgés de plus de 65 ans (23).

La communication est également essentielle dans la relation thérapeutique, car sans elle, le médecin s'expose à l'échec de sa prise en soins. Elle devrait idéalement être adaptée à chaque situation particulière, afin d'appréhender les croyances et les représentations du patient et de construire un plan de traitement avec des objectifs communs (26). Elle joue en cela un rôle déterminant dans la question de l'observance thérapeutique (27).

- *Prévenir*

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948 : "la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Il s'agit d'une approche biomédicale, fondée sur l'information et visant à influencer les comportements individuels. Notre intervention relève selon cette définition de la prévention tertiaire. Elle « intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. »

D'autres approches de la prévention ont été énoncées. Selon la classification de Robert et Gordon (28) (approche axée sur la population concernée, distincte de la nomenclature par niveau de prévention), notre travail trouve sa place dans le cadre de la prévention ciblée. Ce type de prévention concerne les interventions destinées à un groupe d'individus ayant un risque significativement plus élevé que la moyenne de développer un trouble, et plus particulièrement à une sous-partie de cette

population chez qui il existe des facteurs de risque spécifiques.

Pour qui ?

Après concertation, les utilisateurs des fiches ont été définis comme étant des patients de plus de 75 ans, vivant à domicile, comprenant le français et consultant leur médecin généraliste. Notre population cible comprend les personnes âgées autonomes ou fragiles, capables d'adapter leurs attitudes ou environnement, pour avoir la possibilité d'agir dans une optique de prévention (29) (9) (30).

Le concept de fragilité peut être défini selon la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie comme « un syndrome clinique qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (31). Cet état de diminution des réserves physiologiques expose l'individu à un risque de décompensation fonctionnelle, de perte d'autonomie, d'institutionnalisation et de décès. Chaque année, environ 12 % de la population de plus de 75 ans vivant à domicile, perd son autonomie pour une des activités de la vie quotidienne et bascule dans la fragilité (32).

Nous pouvons citer deux grands modèles de fragilité (33) : celui de Rockwood et celui de Fried. Le modèle de Fried est fondé sur des caractéristiques « physiques » (perte de poids involontaire, épuisement ressenti, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité), tandis que le modèle de Rockwood intègre

des facteurs cognitifs et sociaux (état nutritionnel, sensoriel, cognitif, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacité pour les activités de la vie quotidienne, condition sociale et comorbidités). Ces deux modèles présentent une approche différente mais sont tous deux corrélés à la survenue d'évènements négatifs (morbi-mortalité, institutionnalisation, incapacités et déclin cognitif) (34).

Quand ? Les visites à domicile (VAD) comme temps d'intervention.

La visite à domicile est nécessaire à l'évaluation de la personne âgée au sein de son environnement et des interactions « patient-domicile ». Elle permet d'acquérir des informations disponibles uniquement à domicile (autonomie en situation du patient, environnement, observance médicamenteuse), d'appréhender les personnes âgées dans leurs habitudes de vie. Elle permet également de tisser des relations privilégiées avec le patient qui se confie plus facilement lorsqu'il est chez lui, face à un médecin lui-même plus à l'écoute (35) (36).

Parfois, la visite permet à la personne âgée de prendre conscience de ses difficultés au quotidien, et ainsi de mieux accepter les modifications (37).

Une méta-analyse réalisée en 2008 par Huss et Al. a montré que les visites multidimensionnelles préventives à domicile diminuaient le déclin fonctionnel et la mortalité des patients âgés, mais pas l'entrée en institution (38).

Rainfray et Al. ont montré en 2002 l'importance d'adopter une attitude préventive au domicile afin de diminuer la morbi-mortalité des patients (29). Les fiches sont destinées à aider le médecin généraliste dans cette démarche préventive.

Comment ? Les fiches information patient comme moyen d'intervention

Les fiches d'information pour les patients (FIP) ont montré leur accueil favorable auprès des patients comme aide à la communication des informations thérapeutiques (gestion de la pharmacie, etc...) (20).

La délivrance d'une information écrite permet de compléter l'information délivrée oralement qui reste indispensable (39). L'utilisation d'un support d'information écrit a déjà montré une plus grande satisfaction des patients, avec une meilleure compréhension, et ce quel que soit l'âge, le sexe, le niveau d'études (20). Les informations écrites ont également un impact sur le comportement des patients qui est plus adapté et améliorent leurs connaissances (40).

Ces dispositifs ont l'avantage de pouvoir être personnalisés par le médecin en fonction du patient. En effet, les propositions d'aménagement et de changement dans les habitudes de vie seront d'autant mieux acceptées et réalisées si les objectifs du patient sont en adéquation avec ceux du médecin (concept d'adhésion thérapeutique) (26) (41) (42).

Ce format permet également de rendre l'information disponible à l'entourage des patients, qui n'est pas toujours présent en consultation.

3) Présentation des FIP

FIP Iatrogénie

Selon la Société Française de Pharmacologie et de Thérapeutique (2013) « un évènement iatrogène médicamenteux » est considéré comme « un dommage survenant chez le patient, lié à sa prise en charge médicamenteuse et résultant de soins conformes ou non aux recommandations en vigueur, ou d'un déficit de soins ».

L'âge en lui-même ne semble pas être un facteur de risque d'accident iatrogénique (43) (44) (45). Il est par contre un facteur de gravité de ces accidents (46). Un des facteurs de risque bien connu de la survenue d'évènements iatrogènes est la polymédication (45) (46). L'incidence des accidents iatrogéniques survenant chez des sujets âgés vivant à domicile a été estimée à 50/1000 personnes années, dont 27,6% ont été considérés comme évitables (47).

Les effets indésirables médicamenteux les plus fréquents chez les patients âgés ambulatoires sont les troubles gastro-intestinaux, les troubles hydro-électrolytiques et les accidents hémorragiques (surtout de la sphère digestive) (47). Les médicaments responsables le plus souvent sont les médicaments à visée cardio-vasculaire et les psychotropes (48), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (acide acétylsalicylique en tête de liste), les diurétiques, les anticoagulants (49).

Le médecin généraliste a une place privilégiée pour diminuer ce risque par la diffusion de l'information aux patients concernant le bon usage du médicament (50), et par des prescriptions raisonnées.

D'une manière générale, les Français seraient prêts à changer de comportement vis-à-vis de leur thérapeutique, mais sont en attente d'informations et de conseils sur les médicaments. Ils citent le médecin et le pharmacien comme les plus à même de fournir des informations sur la bonne utilisation des médicaments (respectivement 87% et 62%) (51). Un patient informé gèrera mieux la prise de ses médicaments au quotidien, c'est à dire de manière sûre et efficace (52).

L'utilisation de supports formalisés nous permet d'inclure les personnes dans un processus d'adhésion thérapeutique centré sur le patient (53). Dans une étude réalisée en 2014, Legrain et Al. ont montré que plusieurs actions d'éducation thérapeutique diminuaient les ré-hospitalisations à trois mois. Il s'agissait de dispositifs éducatifs portant sur l'amélioration des connaissances sur les maladies et les traitements, de la mise en œuvre de stratégies diminuant les oublis et indiquant

les réflexes à adopter face à certains signes d'alerte et situations à risque (54).

Les informations incluses dans cette fiche sont issues en partie du rapport de la HAS (Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé, S. Legrain, 2005), et de l'ANSM (Prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé, juin 2005). La fiche a été réalisée en partenariat avec le Dr. S. Althuser, pharmacienne clinicienne du pôle pharmacie du CHU de Grenoble.

Lors de la construction de la fiche iatrogénie, il a été choisi de laisser des espaces vides afin de permettre une personnalisation de l'information délivrée par le médecin aux patients. En effet, la fiche contient des données imprimées qui seront complétées par écrit par le médecin lors de la remise de celle-ci, permettant une appropriation de la fiche par le patient.

Une partie « questions » a été créée. Cette rubrique permet au patient de noter entre deux consultations ses éventuelles réflexions, questions, idées concernant ses traitements et leurs mises en œuvre.

FIP nutrition

Le vieillissement n'est pas une pathologie, il fait naître des besoins et des risques spécifiques, notamment sur le plan nutritionnel.

La prévalence retrouvée de la dénutrition parmi les personnes âgées vivant chez elles est assez variable selon les études. Elle se situe globalement entre 4 et 10%. Iizaka et Al, en 2008, ont mené une étude évaluant le statut nutritionnel et les facteurs associés à l'état nutritionnel de patients âgés, ambulatoires, en « bonne santé ». Ils ont retrouvé qu'environ 13% des patients âgés « en bonne santé » seraient à risque de dénutrition (55).

Selon l'HAS, « la dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les

apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, ayant des conséquences fonctionnelles délétères.» (56). Le processus de dénutrition est complexe et intègre de nombreux paramètres (57). Le vieillissement physiologique entraîne une diminution de la sensation de faim et une satiété plus rapide via divers mécanismes physiopathologiques (« anorexie du vieillissement ») (58). A cela se surajoutent régulièrement des problèmes de santé physiques ou psychologiques aigus qui peuvent eux aussi provoquer une anorexie. Une des particularités des patients âgés est qu'ils n'ont pas de phase d'hyperphagie compensatrice après une période de sous-alimentation et qu'ils ne retrouvent donc pas leur poids de forme après un évènement aigu (59). La poly médication (définie par le fait de prendre plus de 5 médicaments par jour) ainsi que les effets secondaires des médicaments (digestifs notamment) entraînent également une dénutrition (60).

En 2005, 27,4% des personnes de plus de 60 ans vivaient seules à domicile, proportion qui s'accroît surtout après 80 ans (61). La solitude parfois rencontrée par ces patients entraîne une perte d'envie de préparer les repas (62). Dans l'étude SOLINUT, en 2005, un lien a ainsi été démontré entre le fait de vivre seul à domicile après 70 ans et la dénutrition. 21,3% des personnes vivant seules ont une dénutrition avérée (pourcentage plus élevée que celui retrouvé dans les populations âgées non isolées). Cette même étude montre que 32% ne partagent jamais de repas avec de la famille ou des amis (63).

Il faut par ailleurs prendre en considération les modalités pratiques d'accès à l'approvisionnement : le patient a-t-il des commerces de proximité ? De quel type sont ces commerces ? A-t-il la capacité à sortir de chez lui et à transporter des provisions ? Peut-il encore conduire ? Par exemple, 44% des personnes de plus de 70 ans n'arrivent pas à porter un sac de courses de 5 kg (63).

Les patients âgés en bonne santé vivant à domicile, présentent comme facteurs de

risque particuliers de dénutrition la dépression, la difficulté à préparer seul ses repas, le manque d'estime de soi (55).

La dénutrition est maintenant un facteur de risque bien connu de complications : décès, hospitalisations, institutionnalisation, chutes, iatrogénie, déclin fonctionnel, fragilité (64) (65) (66) (56) . De façon plus concrète pour les patients, cela conduit à une diminution de la qualité de vie à domicile (67) (68). Ces constatations conduisent donc à proposer des mesures diététiques adaptées à tous les types de patients âgés vivant à domicile afin d'améliorer leur qualité de vie. Une alimentation variée et équilibrée est globalement corrélée à un meilleur état de santé, comme le rappelle le Programme National Nutrition Santé 2011-2015 (69) (70).

Une méta-analyse conduite récemment par Morilla et Al. (71) a retrouvé des résultats non significatifs concernant l'efficacité de l'enrichissement alimentaire chez les personnes âgées, le nombre de participants retenus étant faible et certaines études étant de qualité médiocre. Cependant, les résultats ont montré que la quantité de calories et protéines ingérées augmentaient avec cette prise en charge. Devant la simplicité de mise en œuvre et le faible cout de cette intervention, il semble licite de la proposer. Par contre, les suppléments protéiques oraux ne semblent pas induire d'amélioration en terme de morbi-mortalité ni de capacités fonctionnelles pour les patients vivant à domicile (72).

Des programmes d'éducation expliquant les mesures diététiques à adopter pour lutter contre la dénutrition ont déjà fait leurs preuves en termes d'augmentation des apports alimentaires, et plus précisément d'augmentation de l'apport en protéines (73).

De nombreux documents existent déjà concernant les modalités pratiques d'enrichissement des repas et de lutte contre la dénutrition, aussi bien à destination des patients eux-mêmes qu'à destination de l'entourage ou des professionnels de

santé (74) (75) (76). Ils sont souvent très complets, mais trop longs et détaillés, difficilement utilisables en consultation avec le patient. Ils ont servi de base pour créer les fiches-info patient, avec la coopération du Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition du CHU Grenoble Alpes et de Mme M. F. Vaillant en particulier. Les fiches concernant la nutrition sont déclinées en trois fiches distinctes et adaptées à chaque situation rencontrée :

- « Bien manger », expliquant le processus de dénutrition et ses conséquences. Une partie « prescription » déroule des propositions pouvant être cochées par le médecin afin d'appuyer ses propos et d'éviter une perte de temps en rédaction ;
- « Bien manger pour rester en forme », reprenant les conseils généraux d'alimentation équilibrée adaptée à la personne âgée, sous forme illustrée ;
- « Bien manger, conseils d'enrichissement », destinée à expliquer l'enrichissement alimentaire, avec des exemples, chez les patients dénutris.

FIP autonomie/isolement

Les démarches administratives peuvent représenter de vrais obstacles pour les personnes âgées. En effet, quand la perte d'autonomie survient, les personnes âgées se sentent souvent mal informées dans un univers complexe.

Les sociétés de service ou associations proposant de l'aide dans les démarches administratives se sont multipliées.

Pour répondre à la demande d'information, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ont créé en 2015 un portail national d'information et d'orientation pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches (www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr).

Cependant, l'utilisation d'internet est devenue quasiment indispensable alors qu'elle

est souvent mal maîtrisée voire non accessible par les personnes âgées. Selon les chiffres de l'INSEE, 24.4% des personnes de plus de 75 ans possèdent un ordinateur à la maison et 23.4% disposent d'internet, contre respectivement 79,1% et 78,2% pour l'ensemble des répondants (77).

Ces fiches sont destinées à simplifier les démarches des personnes âgées et de leur proches confrontés à une situation de perte d'autonomie, à leur fournir des informations sur les solutions existantes, les aides disponibles, à les guider dans leur parcours et les orienter vers les bons interlocuteurs de proximité.

Les fiches concernant l'autonomie sont déclinées en 4 FIP à destination des patients:

- « Bien s'entourer » : Elle définit les différentes aides, matérielles ou humaines, étant à la disposition des patients, pour les guider dans leur parcours. Cette fiche se veut pratique et comporte des contacts, non exhaustifs, destinés à aider les personnes âgées dans leurs démarches. Ces contacts sont en partie issus du répertoire de Mme E. Rivoire, assistante sociale travaillant au Centre Hospitalier Mutualiste de Grenoble
- « Qui peut vous aider à domicile » : Cette fiche centralise l'information sur les aides disponibles et apporte des réponses aux besoins les plus courants pour faire face à une situation de perte d'autonomie.
- « Quand ça devient difficile à domicile, envisager un autre lieu de résidence ? » : Cette fiche présente les alternatives au maintien à domicile. Elle contient une partie pratique avec les démarches et les contacts nécessaires à la constitution d'un dossier.
- « APA » : L'allocation personnalisée d'autonomie permet de financer une partie des dépenses nécessaires au maintien à domicile. Cette fiche a été rédigée en s'appuyant sur le portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches (www.pour-les-

personnes-agees.gouv.fr), le site « www.service-public.fr » et la brochure APA créée par le conseil général de l'Isère.

Une FIP est à destination des médecins :

- « Mesures de protection juridique » : Elle a pour but de faire le point sur les différentes mesures de protection juridique, et les démarches à effectuer pour les mettre en place. Si le médecin est mieux informé, il évoquera probablement ce sujet de manière anticipée avec ses patients. Cette fiche a été rédigée grâce aux informations recueillies sur le site www.service-public.org. Le tribunal de grande instance de Grenoble a été contacté afin d'obtenir la liste des médecins habilités à établir le certificat médical nécessaire. Il a été décidé dans un second temps de ne pas intégrer ces informations à la fiche pour ne pas surcharger le document.

FIP domicile/logement/chute

La chute est définie comme le fait de se retrouver involontairement au sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ (78).

La prévalence des chutes est importante au sein de la population âgée : l'INVS rapporte 450000 chutes par an en France chez les plus de 65 ans, et on estime qu'un tiers des plus de 65 ans et la moitié des plus de 85 ans font au moins une chute chaque année (79). En 2010, le Baromètre Santé de l'INPES a mis en évidence que la moitié des accidents de la vie courante des personnes âgées de 75 à 85 ans survenaient à l'intérieur du domicile, et que les 2/3 étaient des chutes. Les conséquences sont graves pour l'individu puisqu'elles sont la première cause de décès accidentel chez les plus de 65 ans (80).

Le domicile est un lieu de vie et de repères mais peut aussi devenir inadapté aux besoins de la personne âgée. Les chutes surviennent le plus souvent dans les endroits « à risque » (cuisine, salle de bain, escaliers, etc.), et de passage (couloirs,

escaliers). Les facteurs environnementaux et notamment certains aspects de l'aménagement du domicile sont des facteurs de risque connus de chute (81) (78). En effet, après une chute, environ une personne sur 2 incrimine un élément de son environnement pour l'expliquer. Quant aux circonstances de la chute, il apparaît que 25% des patients trébuchent et 10% chutent dans les escaliers (82). L'étude de Lamontagne en 2002 met en lumière les dangers environnementaux responsables de chute : par exemple, les éléments structuraux (absence de main courante dans l'escalier, hauteur des marches) sont impliqués dans 20% des chutes, les caractéristiques du sol dans 20% des chutes, les obstacles environnementaux (encombrement des lieux de passage) dans 10% des chutes (83).

L'adaptation du logement consiste en une modification de celui-ci pour l'approprier à la personne, le mettre en accord avec ses capacités et incapacités. Une adaptation est unique, guidée par les besoins de chacun. Il n'existe pas de logement « adapté aux personnes âgées » (84). L'aménagement du domicile concerne l'ensemble des modifications à faire et des équipements à mettre en place à domicile pour faciliter les déplacements, la communication, les transferts et tous les gestes de la vie quotidienne. L'évaluation du domicile et de la personne dans son environnement est le préalable nécessaire à l'adaptation du logement.

Les conseils délivrés par un professionnel de santé, personnalisés et sur des risques identifiés spécifiques au logement du patient sont mieux suivis que des conseils globaux sur l'aménagement du domicile (85). Une méta-analyse conduite par Gillespie et Al. en 2012 a étudié les interventions permettant de prévenir les chutes chez les personnes âgées vivant en ambulatoire. Elle retrouve une efficacité de l'évaluation de la sécurité du domicile et des interventions modifiant le logement. Et ce à la fois sur le taux de chutes et le risque de chutes. Ces interventions sont plus efficaces chez les personnes à haut risque de chutes (86).

Le but de l'aménagement du lieu de vie est d'améliorer le confort de vie, la sécurité,

l'autonomie de son occupant, dans l'objectif qu'il reste vivre le plus longtemps chez lui.

L'utilisation d'aides techniques pour la marche chez les patients ayant des troubles de la marche et/ou de l'équilibre a prouvé son efficacité sur l'amélioration des performances aux tests de marche, que ce soit avec une canne, une béquille ou un déambulateur (87). Un des risques principaux des troubles de la marche est la chute. L'utilisation d'aides techniques peut rassurer le patient et lui procurer des points d'appui supplémentaires (88).

Après étude de la littérature il apparaît qu'il existe de nombreuses mesures préventives de la chute accidentelle. Les brochures existantes sont souvent longues, peu concrètes. Il semble intéressant de rassembler les conseils au sein de fiches synthétiques.

Deux FIP à destination des patients et de leur entourage ont été créées, grâce à l'appui du guide de l'INPES « Comment aménager sa maison pour éviter les chutes ? », à l'expertise de Mme V. Chirié de l'association TASDA et de Mme A. Cluzeau, conseillère médicale en environnement intérieur :

- « Bien vivre chez soi » : conseils généraux sur les aides humaines et financières existantes pour l'aménagement du domicile
- « Bien vivre chez soi : aménagements du domicile » : détaillée et illustrée, personnalisable par le médecin, synthèse des documents existants (89) (90) (91).

L'adaptation du domicile et l'utilisation d'aides techniques ne peuvent être les seuls axes de prévention des chutes et doivent bien sûr s'intégrer dans une démarche de prise en charge globale.

Une des composantes de cette prise en charge est de savoir analyser la chute du

sujet, ses causes et conséquences, et d'en tirer les enseignements nécessaires pour éviter une récurrence. Cela passe par une consultation chez le médecin généraliste, qui se retrouve à devoir gérer une problématique assez vaste dans le temps imparti d'une consultation médicale. Selon le travail de Valérie Sautier en 2013, de façon globale, l'évaluation et la prise en charge habituelle des médecins suivent les recommandations de la HAS. Les médecins sont demandeurs d'aide pour évaluer et prendre en charge les patients âgés chuteurs. De cette thèse, ressort notamment l'envie de voir se développer des filières dédiées à la chute. Les médecins aimeraient aussi avoir accès à un outil simple et rapide d'évaluation des patients à risque (« check-list »). En effet, les recommandations semblent être un bon outil d'aide dans l'absolu, mais leur format convient peu: pas assez synthétiques, trop éloignées de la pratique quotidienne (92). Ces résultats sont aussi retrouvés dans le travail de thèse de Thomas Gemar en 2012: seulement 14.4% des médecins interrogés se sentent aptes à prendre en charge un patient âgé chuteur seul, et 91% indiquent qu'ils auraient besoin d'aide. Les facteurs limitant la prise en charge évoqués sont : le manque de temps, de moyen, le défaut d'observance des patients et le manque de formation. Il est souvent nécessaire de réaliser plusieurs consultations pour aborder les différents aspects de prévention primaire et secondaire. Les médecins semblent à la recherche « d'outil succinct et applicable en quelques minutes », de « formations pratiques » (93).

Il existerait donc un espace à combler avec un outil adapté utilisable en consultation.

Deux fiches ont donc été créées à destination des médecins généralistes :

- « Face à un patient consultant pour chute : que faire ? Première et deuxième consultation ». Une consultation de médecine générale dure en moyenne seize minutes (94), il est donc difficile d'être exhaustif en une consultation. A partir des recommandations existantes, nous avons développé deux fiches pratiques pour une utilisation en soins primaires (78) (92).

4) Le circuit de validation

Relecture par un professionnel de la communication

Grâce à ce travail, les données jugées non utiles de façon concrète pour les patients ont été supprimées et les éléments compliqués ont été reformulés. Globalement, la syntaxe a été simplifiée. Les connecteurs logiques ont été enlevés, puisqu'ils surchargeaient les documents sans apporter d'information nécessaire.

Les informations ont été triées par catégories et déroulement logique, la présentation par étapes a été privilégiée. Par exemple, pour la fiche « Bien se soigner », les éléments étaient classés en deux parties : « Les points clés », « Se simplifier la vie », mais les instructions étaient tantôt incitatives tantôt dissuasives, et des conseils plus globaux ne prenant pas une forme personnelle étaient disséminés au milieu. La distribution en catégories « A faire » et « A ne pas faire » a permis une lecture plus logique des conseils. La cohérence dans les messages délivrés a été améliorée.

Les fiches ont été clarifiées. Par exemple, les fléchages sur les aliments dans la fiche « Bien manger pour rester en forme » ont été supprimés puisqu'ils n'apportaient pas de plus-value et qu'ils surchargeaient l'image.

Test de Flesch

Le test de Flesch a été appliqué sur la première version des fiches. Suite aux résultats, les fiches ayant le score le plus bas ont été retravaillées avec l'aide de Mme C. Marin, professionnelle en communication. Le test a ensuite été à nouveau appliqué à l'ensemble des fiches. Il y a eu une augmentation de la moyenne au score, qui est passée de 56 à 58, le changement le plus significatif se retrouvant pour les FIP « Bien se soigner » et « Quand ça devient difficile à domicile...

Envisager un autre lieu de résidence ? », dont le score augmente respectivement de 4,5 et de 7,2 points.

Globalement, la moyenne obtenue au test pour l'ensemble des fiches est de 58, et toutes les fiches ont un score au moins égal à 49, ce qui semble acceptable comme score de lisibilité. Cela correspond à un niveau intermédiaire entre une bande-dessinée et un livre adressé à des élèves de niveau 6^o/5^o au collège.

Cependant, il existe une disparité importante entre les fiches qui reflète la diversité des thèmes traités, et l'absence de standardisation du format utilisé.

Test de compréhension

La plupart des patients ont lu les fiches qui leur ont été remises. Un seul patient a été perdu de vue. Les fiches ont été comprises facilement par la quasi-totalité des patients. La compréhension des fiches et du vocabulaire (complexité des termes utilisés) a été bonne pour la quasi-totalité des patients. Le langage a été jugé « courant » par un patient. Selon une autre patiente, le terme « protéine » pourrait être trop spécialisé. La quantité et qualité d'information ont satisfait les patients. Les exemples donnés étaient intéressants. Deux patients auraient souhaité des repères plus précis sur les proportions alimentaires. La présentation, la taille des caractères et l'illustration ont été appréciées. Un patient a trouvé la mise en page aérée. L'illustration a encouragé à lire la fiche, elle l'a rendue plus lisible et plus attractive. Une patiente pense cependant que l'illustration serait plus réaliste en couleurs. Un patient nous a rapporté en avoir discuté avec son entourage.

Malgré la petite taille de l'échantillon, les résultats sont encourageants avec des patients qui ont dans l'ensemble compris les fiches, en concordance avec les résultats de l'étude EDIMAP qui retrouvait aussi un score de compréhension élevé.

B) Les biais et limites

1) Biais

Un biais de mémorisation existe concernant la réalisation des interviews dans la première partie du travail. L'évaluation Evaladom effectuée au domicile des patients au cours d'une des précédentes thèses datait d'au moins un an avant notre appel. Certains patients ont éprouvé des difficultés à se remémorer cette évaluation, et une partie non quantifiable d'informations concernant les modifications apportées a pu être perdue par oubli.

Il existe également un biais de sélection concernant les résultats des interviews médecins : en effet, les personnes nous ayant répondu sont celles les plus impliquées dans une telle démarche (phénomène déjà retrouvé lors des précédentes thèses), et le taux de demande d'une aide à la prise en charge des patients âgés à domicile a pu être surestimé.

2) Limites

Il y a eu un faible taux de répondants aux interviews de l'étude préliminaire, chez les patients et les médecins.

Concernant la réalisation des FIP, nous n'avons pas utilisé de maquette standardisée, avec des rubriques fixes, car la gestion des différents risques était difficilement reproductible. Les usagers des fiches n'ont pas été impliqués dans les différentes étapes du projet comme le recommande la brochure de la HAS.

La mise en couleur d'un document d'information fait partie des critères de lisibilité, notamment pour hiérarchiser l'information et rendre la page attrayante. Les fiches ont été réalisées en couleur afin d'en accroître la lisibilité. Cependant la plupart des

médecins généralistes utilisent des imprimantes laser noir/blanc. Les fiches étant destinées à être disponibles sur informatique, elles seront imprimées au besoin par les médecins au cabinet. L'évaluation de la lisibilité a donc été faite sur des fiches imprimées en noir et blanc par les médecins généralistes, pour respecter les conditions réelles de distribution au risque de minorer la lisibilité.

La lisibilité des fiches est dans l'ensemble correcte mais inhomogène, avec un score moyen de 58. Cela va de pair avec les différences de construction des fiches et l'absence de format standardisé. Ce choix a été fait afin de répondre à chaque risque dans le format le mieux adapté.

C) Les perspectives

L'évaluation de la compréhension devrait être réalisée pour l'ensemble des fiches.

Le protocole d'élaboration d'un document d'information de la HAS propose une étape supplémentaire. Elle permet de vérifier si les objectifs visés sont atteints et dans quelle mesure. Selon l'HAS, cette évaluation doit porter sur : l'audience de la brochure, la connaissance par le public de l'existence et/ou du contenu de la brochure, l'atteinte de l'objectif de départ, les conditions d'utilisation de la brochure, l'aspect pratique et utile du document, la satisfaction globale des utilisateurs.

Enfin, une étude d'évaluation de l'impact des fiches pourrait être réalisée, en les utilisant en pratique courante en consultation de médecine générale, par le biais d'une étude interventionnelle comparative randomisée. Le critère de jugement principal pourrait être la survenue d'évènements indésirables et le critère de jugement secondaire l'évolution du score Evaladom.

Concernant la diffusion des fiches, l'accessibilité en ligne permettra une diffusion plus large et facilitera les mises à jour.

Conclusion

Le médecin a un positionnement privilégié dans la diffusion aux personnes âgées d'informations de prévention. Une attitude préventive chez les patients âgés permet d'éviter ou corriger certains risques liés au maintien à domicile. Cette approche nécessite que le médecin dispose de supports adaptés. L'objectif principal de ce travail était de construire un outil d'information sous forme de fiches-information patient (FIP) délivrées par le médecin généraliste pour répondre aux risques identifiés par l'évaluation Evaladom.

Le travail a été réalisé en adéquation avec les recommandations HAS concernant l'élaboration de brochures d'information pour les patients ou les usagers. Après une lecture des recommandations existantes, une étude préliminaire a été réalisée afin de recueillir les besoins et les attentes des patients en termes d'informations sur les risques du domicile. Enfin, les FIP ont été créées avec l'appui d'un groupe d'expert multidisciplinaire. La lisibilité des fiches a été évaluée par le score de Flesch, et leur compréhension par une enquête auprès de patients utilisateurs.

Treize FIP ont été élaborées, dix destinées aux patients et trois destinées aux médecins. Elles se scindent en quatre thèmes qui correspondent aux groupes de facteurs de risque : iatrogénie, nutrition, domicile/logement/chute, autonomie/isolement. Le résultat au test de Flesch a été en moyenne de 58.

Le médecin généraliste a une place centrale dans la prévention des risques chez la personne âgée. Disposer d'un support écrit et de repères dans les domaines médico-sociaux et d'aménagement du domicile lui permet d'assurer ces fonctions avec plus d'aisance, grâce à ses connaissances globales et à son rapport privilégié avec ses patients.

Ce support écrit permet de compléter l'information orale délivrée au patient lors d'une

consultation préventive à domicile. Toutefois une étude d'évaluation de l'impact de l'utilisation de ces fiches en pratique courante reste à réaliser.

THESE SOUTENUE PAR : Aurélie DERONZIER et Lauranne PLAT

TITRE : Consultation préventive à domicile pour les patients âgés : élaboration d'un outil d'aide à la prise en soins sous forme de fiches d'information.

CONCLUSION

Le médecin a un positionnement privilégié dans la diffusion aux personnes âgées d'informations de prévention. Une attitude préventive chez les patients âgés permet d'éviter ou corriger certains risques liés au maintien à domicile. Cette approche nécessite que le médecin dispose de supports adaptés. L'objectif principal de ce travail était de construire un outil d'information sous forme de fiches-information patient (FIP) délivrées par le médecin généraliste pour répondre aux risques identifiés par l'évaluation Evaladom.

Le travail a été réalisé en adéquation avec les recommandations HAS concernant l'élaboration de brochures d'information pour les patients ou les usagers. Après une lecture des recommandations existantes, une étude préliminaire a été réalisée afin de recueillir les besoins et les attentes des patients en termes d'informations sur les risques du domicile. Enfin, les FIP ont été créées avec l'appui d'un groupe d'expert multidisciplinaire. La lisibilité des fiches a été évaluée par le score de Flesch, et leur compréhension par une enquête auprès de patients utilisateurs.

Treize FIP ont été élaborées, dix destinées aux patients et trois destinées aux médecins. Elles se scindent en quatre thèmes qui correspondent aux groupes de facteurs de risque : iatrogénie, nutrition, domicile/logement/chute, autonomie/isolément. Le résultat au test de Flesch a été en moyenne de 58. Le médecin généraliste a une place centrale dans la prévention des risques chez la personne âgée. Disposer d'un support écrit et de repères dans les domaines médico-sociaux et d'aménagement du domicile lui permet d'assurer ces fonctions avec plus d'aisance, grâce à ses connaissances globales et à son rapport privilégié avec ses patients.

Ce support écrit permet de compléter l'information orale délivrée au patient lors d'une consultation préventive à domicile. Toutefois une étude d'évaluation de l'impact de l'utilisation de ces fiches en pratique courante reste à réaliser.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le

27/10/2016

LE DOYEN

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET

J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR

BOS SOTI

Bibliographie

1. Insee - Population - Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - La population continue de croître et le vieillissement se poursuit [Internet]. [cité 10 janv 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089#inter4
2. Benois M-F, Michel C, éditeurs. Approche psychologique de la personne âgée: appréhender le vieillissement, en comprendre les manifestations, accompagner et entretenir le « bien vivre ». Revigny-sur-Ornain (Meuse), France: Doc éditions; 2010. 191 p.
3. Dépendance des personnes âgées : les propositions du cese sur la dépendance [Internet]. [cité 6 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.lecese.fr/travaux-publies/la-dependance-des-personnes-agees>
4. Faure K. Un programme régional de prévention des chutes des personnes âgées en Bretagne : le programme Equilibreizh. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. févr 2013;13(73):4-9.
5. Réseau Cosi | Réseau d'associations de logements intergénérationnels [Internet]. [cité 7 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.reseau-cosi.com/>
6. Le dispositif Paerpa - Le parcours santé des aînés (Paerpa) - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 6 sept 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
7. Bases de données en libre accès en économie de la santé. France, Régions, Départements, Québec (IRDES) [Internet]. [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/index.html>
8. Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes - er816.pdf [Internet]. [cité 11 mars 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er816.pdf>
9. Haute Autorité de Santé - Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire? [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718248/fr/comment-prendre-en-charge-les-personnes-agees-fragiles-en-ambulatoire
10. Monange M. Consultation préventive à domicile pour les patients âgés: enquête de satisfaction auprès de 30 internes en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2010.
11. 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. ResearchGate [Internet]. 12 mai 2010 [cité 2 juill 2016]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/277165808_Consultation_preventive_a_domic

12. LAMOUREUX F, =Université Joseph Fourier Grenoble 1. Saint Martin d'Hères. FRA / com. 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. 2011.
13. Ter S, Teytu A, Tricot M. Consultation préventive à domicile pour les patients âgés : étude prospective pour déterminer la valeur pronostique d'un outil d'évaluation des risques du domicile, la grille EVALADOM. 24 oct 2014;81.
14. Maillet L. Visite à domicile préventive des personnes âgées par le médecin généraliste: étude de la valeur pronostique à un an de la grille d'évaluation EVALADOM [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2015.
15. Haute Autorité de Santé - Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [Internet]. [cité 11 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_430286/fr/elaboration-d-un-document-ecrit-d-information-a-l-intention-des-patients-et-des-usagers-du-systeme-de-sante
16. Sustersic M, Meneau A, Dremont R, Paris A, Laborde L, Bosson J-L. Élaboration de fiches d'information pour les patients en médecine générale : Proposition d'une méthodologie. Rev Prat. 2008;58(19):17-24.
17. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, et al. Validity of the agency for healthcare research and quality clinical practice guidelines: How quickly do guidelines become outdated? JAMA. 26 sept 2001;286(12):1461-7.
18. Sustersic M, Meneau A. Élaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseil concernant les motifs des consultations les plus fréquents en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2007.
19. Lisibilité d'un texte français | Recherche Clinique Paris Descartes Necker Cochin Sainte Anne [Internet]. [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: http://www.recherchecliniquepariscentre.fr/?page_id=3169
20. Menuret H, Voorhoeve M. Évaluation auprès des patients de l'intérêt des fiches d'information sur des pathologies ou des situations courantes en médecine générale: étude EDIMAP [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2008.
21. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 1. EFFECTIFS D'ERGOTHERAPEUTES par mode d'exercice global, zone d'activité, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cité 2 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=1069>
22. Robin A, Massaferrero C. Le maintien à domicile des personnes âgées: les spécificités du milieu rural [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2013.
23. Inpes - Catalogue - Préférences et attentes des personnes âgées en matière d'information sur la santé et la prévention Évolutions n°17 [Internet]. [cité 5 juill 2016]. Disponible

sur:

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1192>

24. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med.* mai 2003;96(5):219-22.
25. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 - 793.pdf [Internet]. [cité 25 sept 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf>
26. Golay A, Nguyen Howles M, Mateiciuc S. Améliorer l'observance médicamenteuse - revmed [Internet]. 2004 [cité 7 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/rms/2004/RMS-2480/23788>
27. Bousquet M-A. concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline | Thèse IMG [Internet]. [cité 11 mai 2016]. Disponible sur: <http://theseimg.fr/1/node/165>
28. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 1983;98(2):107-9.
29. Rainfray M, Bourdel-Marchasson I, Dehail P, Richard-Harston S. L'évaluation gériatologique : un outil de prévention des situations à risque chez les personnes âgées : Dossier thématique : Maladies systémiques du sujet âgé (1re Partie). *Ann Médecine Interne.* 2002;153(6):397-402.
30. Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, et al. Geriatric care management for low-income seniors: A randomized controlled trial. *JAMA.* 12 déc 2007;298(22):2623-33.
31. Haute Autorité de Santé - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
32. Gonthier R, Blanc P, Farce S, Stierlam F. Individualisation des personnes âgées fragiles et filière de soins. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 sept 2003;1(3):187-96.
33. Chassagne P, Rolland Y, Vellas BJ. *La personne âgée fragile.* Paris: Springer; 2009.
34. Rockwood K, Abeysondera MJ, Mitnitski A. How should we grade frailty in nursing home patients? *J Am Med Dir Assoc.* nov 2007;8(9):595-603.
35. Gautier É, Dréno P. La visite à domicile en médecine générale: opinions de six médecins généralistes de la région nantaise par la méthode du focus group. France; 2012.
36. Gest F. Les visites à domicile en médecine générale en Picardie: état des lieux en 2013, évolution des pratiques, ressenti des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2014.
37. BONIN C. Personnes âgées et acceptation des aménagements du domicile [Internet]. Rennes: Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes; 2014. 1 vol. (80 p.). Disponible sur: http://ifpek.centredoc.org/opac/index.php?lvl=notice_display&id=87740
38. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* mars 2008;63(3):298-307.

39. Haute Autorité de Santé - Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante
40. Jeannet E, Cozon-Rein L. Évaluation de l'impact de Fiches d'Information Patient (FIP) sur le comportement des patients face à des pathologies courantes en médecine générale : étude randomisée et contrôlée. 28 avr 2011;58.
41. Haute Autorité de Santé - Plan Personnalisé de Santé et Education Thérapeutique du Patient pour les personnes âgées à risque de perte d'autonomie (PAERPA) - La HAS publie des documents et outils pratiques [Internet]. [cité 2 févr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1743068/fr/plan-personnalise-de-sante-et-education-therapeutique-du-patient-pour-les-personnes-agees-a-risque-de-perde-d-autonomie-paerpa-la-has-publie-des-documents-et-outils-pratiques
42. Schneider M-P, Locca J-F, Bugnon O. L'adhésion thérapeutique du patient âgé ambulatoire : quels déterminants et quel soutien ? - revmed [Internet]. 2006 [cité 8 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/rms/2006/RMS-56/31120>
43. Gurwitz JH, Avorn J. The ambiguous relation between aging and adverse drug reactions. *Ann Intern Med.* 1 juin 1991;114(11):956-66.
44. Carbonin P, Pahor M, Bernabei R, Sgadari A. Is age an independent risk factor of adverse drug reactions in hospitalized medical patients? *J Am Geriatr Soc.* nov 1991;39(11):1093-9.
45. Bégaud B, Martin K, Fourrier A, Haramburu F. Does age increase the risk of adverse drug reactions? *Br J Clin Pharmacol.* nov 2002;54(5):550-2.
46. Bonnet-Zamponi D, Legrain S. Prescription médicamenteuse et iatrogénie chez le sujet âgé. [Httpwwwem-Premiumcomgaenomadenujf-Grenoblefrdatatraitestmtm-60082](http://www.em-premium.com/gaenomadenujf-Grenoblefrdatatraitestmtm-60082) [Internet]. 21 févr 2013 [cité 8 juill 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/gaenomadenujf-grenoble.fr/article/781569/resultatrecherche/28>
47. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA.* 5 mars 2003;289(9):1107-16.
48. Doucet PJ, Jégo A, Noël D, Geffroy CE, Capet C, Coquard A, et al. Preventable and Non-Preventable Risk Factors for Adverse Drug Events Related to Hospital Admissions in the Elderly. *Clin Drug Investig.* 24 août 2012;22(6):385-92.
49. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ.* 3 juill 2004;329(7456):15-9.
50. Haute Autorité de Santé - Plénière HAS : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé - Prévention de la iatrogénie - Plateforme professionnelle - Indicateurs d'alerte et de maîtrise - Saint-Denis, 29 novembre 2012 [Internet]. [cité 7 juill 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1637256/fr/pleniere-has-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-prevention-de-la-iatrogenie-plateforme-professionnelle-indicateurs-d-alerte-et-de-maitrise-saint-denis-29-novembre-2012

51. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. Prévention des risques médicamenteux: l'Assurance Maladie s'engage pour prévenir la iatrogénie [Internet]. 2006 [cité 7 juill 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/espace-presse/communiqués-et-dossiers-de-presse/recherche-avancee.php?q=pr%20vention+des+risques+m%20dicamenteux&btsubmit_q=Rechercher&action=resultats
52. Lehmann A, Baudrant-Boga M, Allenet B, Calop J. Optimisation de la dispensation des médicaments hospitaliers aux patients ambulatoires. *J Pharm Clin*. 24 avr 2008;27(1):35-45.
53. Masson E. Agir ensemble contre la iatrogénèse médicamenteuse évitable [Internet]. EM-Consulte. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/172567/agir-ensemble-contre-la-iatrogenese-medicamenteuse>
54. Legrain S, Bonnet-Zamponi D, Saint-Gaudens P. La place de l'ETP dans la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé polypathologique. *Cah Année Gérontologique*. 4 déc 2014;6(4):177-86.
55. Iizaka S, Tadaka E, Sanada H. Comprehensive assessment of nutritional status and associated factors in the healthy, community-dwelling elderly. *Geriatr Gerontol Int*. 1 mars 2008;8(1):24-31.
56. Haute Autorité de Santé - Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. [cité 4 avr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee
57. Raynaud-Simon A. Anorexie. Amaigrissement. EMC - Traité Médecine AKOS. janv 2007;2(2):1-6.
58. Wilson M-MG, Morley JE. Invited review: Aging and energy balance. *J Appl Physiol Bethesda Md* 1985. oct 2003;95(4):1728-36.
59. Moriguti JC, Das SK, Saltzman E, Corrales A, McCrory MA, Greenberg AS, et al. Effects of a 6-week hypocaloric diet on changes in body composition, hunger, and subsequent weight regain in healthy young and older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. déc 2000;55(12):B580-587.
60. Abgrall A, André G. Influence de la polymédication sur l'état nutritionnel de la personne âgée, analyse de cas en milieu hospitalier: quels enseignements pour le pharmacien d'officine ? Lieu de publication inconnu, France; 2015.
61. Insee - Population - Les personnes âgées dépendantes dans la Vienne : une augmentation potentielle de +10 % d'ici 2020 [Internet]. [cité 30 mars 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=12&ref_id=15503&page=decimal/dec2009294/dec2009294_p2.htm
62. de Castro JM. Age-related changes in the social, psychological, and temporal influences on food intake in free-living, healthy, adult humans. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. juin 2002;57(6):M368-377.

63. Ferry M, Sidobre B, Lambertin A, Barberger-Gateau P. The SOLINUT study: analysis of the interaction between nutrition and loneliness in persons aged over 70 years. *J Nutr Health Aging*. août 2005;9(4):261-8.
64. Visvanathan R, Macintosh C, Callary M, Penhall R, Horowitz M, Chapman I. The nutritional status of 250 older Australian recipients of domiciliary care services and its association with outcomes at 12 months. *J Am Geriatr Soc*. juill 2003;51(7):1007-11.
65. Persson MD, Brismar KE, Katzarski KS, Nordenström J, Cederholm TE. Nutritional Status Using Mini Nutritional Assessment and Subjective Global Assessment Predict Mortality in Geriatric Patients. *J Am Geriatr Soc*. 1 déc 2002;50(12):1996-2002.
66. Donini LM, De Bernardini L, De Felice MR, Savina C, Coletti C, Cannella C. Effect of nutritional status on clinical outcome in a population of geriatric rehabilitation patients. *Aging Clin Exp Res*. avr 2004;16(2):132-8.
67. Naseer M, Fagerström C. Prevalence and Association of Undernutrition with Quality of Life among Swedish People Aged 60 Years and Above: Results of the SNAC-B Study. *J Nutr Health Aging*. déc 2015;19(10):970-9.
68. Rasheed S, Woods RT. An investigation into the association between nutritional status and quality of life in older people admitted to hospital. *J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc*. avr 2014;27(2):142-51.
69. Formations sociales - pnns_2011-2015-2.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2016]. Disponible sur: http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/pnns_2011-2015-2.pdf
70. La personne âgée fragile | Philippe Chassagne | Springer [Internet]. [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.springer.com/us/book/9782287939105>
71. Morilla-Herrera JC, Martín-Santos FJ, Caro-Bautista J, Saucedo-Figueredo C, García-Mayor S, Morales-Asencio JM. Effectiveness of Food-Based Fortification in Older People. A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Nutr Health Aging*. 2016;20(2):178-84.
72. Milne AC, Avenell A, Potter J. Meta-analysis: protein and energy supplementation in older people. *Ann Intern Med*. 3 janv 2006;144(1):37-48.
73. Kawabata T, Takemi Y, Murayama H, Nishi M, Shimizu Y, Narita M, et al. [Effects of an intervention program for community-dwelling elderly to improve frailty and dietary habits]. *Nihon Kōshū Eisei Zasshi Jpn J Public Health*. 2015;62(4):169-81.
74. Dénutrition et alimentation enrichie | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève [Internet]. [cité 7 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.hug-ge.ch/document/denuitrition-et-alimentation-enrichie>
75. Inpes - Catalogue - Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées - Édition 2015 [Internet]. [cité 7 sept 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=941>
76. Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé - Guide nutrition - 959.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/959.pdf>

77. Insee - Conditions de vie-Société - L'internet de plus en plus prisé, l'internaute de plus en plus mobile [Internet]. [cité 7 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1452
78. Haute Autorité de Santé - Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées [Internet]. [cité 6 janv 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees
79. Chutes / Accidents / Traumatismes / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 7 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Traumatismes/Accidents/Chutes>
80. INPES - Accidents de la vie courante : Chutes [Internet]. [cité 7 mai 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/accidents/chutes.asp>
81. Masson E. Chute de la personne âgée [Internet]. EM-Consulte. [cité 7 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/976955/chute-de-la-personne-agee>
82. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med.* 29 déc 1988;319(26):1701-7.
83. Lamontagne I, Lévesque B, Gingras S, Maurice P, Verreault R. [Environmental hazards for falls in elders in low income housing]. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* févr 2004;52(1):19-27.
84. LHERITIER M-L. Acceptation des aménagements du domicile par le sujet âgée à risque de chutes [Internet]. Rennes: Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes; 2012. Disponible sur: http://ifpek.centredoc.org/opac/index.php?lvl=notice_display&id=84082
85. Stevens M, Holman CD, Bennett N. Preventing falls in older people: impact of an intervention to reduce environmental hazards in the home. *J Am Geriatr Soc.* nov 2001;49(11):1442-7.
86. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;9:CD007146.
87. Härdi I, Bridenbaugh SA, Gschwind YJ, Kressig RW. The effect of three different types of walking aids on spatio-temporal gait parameters in community-dwelling older adults. *Aging Clin Exp Res.* avr 2014;26(2):221-8.
88. Warzee E, Petermans J. Les troubles de la marche de la personne agee. *Rev Médicale Liège* [Internet]. déc 2007 [cité 9 mai 2016];62(12). Disponible sur: <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/10138>
89. Vivier Baraton C. Prévention de la chute de la personne âgée: projet de brochure sur l'aménagement du domicile [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2005.
90. Inpes - Catalogue - Comment Aménager votre maison pour éviter les chutes ? [Internet]. [cité 7 sept 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=532>

91. Callanquin J, Camuzeaux C, Labrude P, Parrot J, Gaertner P. Le matériel de maintien à domicile: avec cas pratiques et exercices. Paris, France: Elsevier Masson; 2008. xxiv+330.
92. Sautier V. Prise en charge par les médecins généralistes des sujets âgés multi-chuteurs. Etude descriptive réalisée en Lorraine, Bourgogne et Champagne-Ardennes. [Internet]. 2013 [cité 8 mai 2016]. Disponible sur: <https://petale.univ-lorraine.fr/notice/view/univ-lorraine-ori-23393?resultBackUrl=>
93. Gemar T. Evaluation de la prise en charge des patients âgés chuteurs par les médecins généralistes de la métropole lilloise et futures perspectives [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
94. Questions d'économie de la santé : 2009 (état de santé, protection sociale, enquête, analyses économiques, comparaisons internationales) - IRDES [Internet]. [cité 4 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/2009/questions-d-economie-de-la-sante.html#n144>

Annexes

A) Annexe 1

ETUDE EVALADOM

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

| 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'hospitalisations 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 étages | <input type="checkbox"/> /1 | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> |

Nombre de pièces /___/

RISQUE NUTRITIONNEL

| | oui | non | NC |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Réfrigérateur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 (chaussettes...) | <input type="checkbox"/> /2 | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> |
| Alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Signes de consommation excessive | <input type="checkbox"/> /2 | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> |

RISQUE IATROGENE

| | oui | non | NC |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Pharmacie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stock adapté | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> /2 | <input type="checkbox"/> |
| Traitement géré par un tiers | <input type="checkbox"/> /2 | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> |
| Médicaments périmés | <input type="checkbox"/> /2 | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> |
| Médicaments actuels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 /0 /2

Nombre de traitement /___/

Prise de psychotropes ou médicaments cardio-vasculaires :

| RISQUE DU DOMICILE | oui | non | NC |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 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

| Téléalarme | oui | non | NC |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Prescrite | <input type="checkbox"/> /-1 | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> |
| Portée | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> /2 | <input type="checkbox"/> |
| Transferts | | | |
| 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"/> |
| Accessibilité du domicile | | | |
| Adaptée au handicap | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> /2 | <input type="checkbox"/> |
| Dangers liés à l'aménagement | | | |
| 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"/> |
| Aire de déplacement obstruée par | | | |
| Des petits objets, fils | <input type="checkbox"/> /1 | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> |
| Des tapis mobiles | | | |
| ou paillasons 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"/> |
| Hauteur des chaises appropriée | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> /1 | <input type="checkbox"/> |
| Escaliers | | | |
| 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"/> |
| Salle de bain | | | |
| 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"/> |
| Dans les WC | <input type="checkbox"/> /-1 | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> |
| Rangements | | | |
| Articles d'usage courant accessibles | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> /1 | <input type="checkbox"/> |
| Habillage | | | |
| Chaussures inadaptées | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> /2 | <input type="checkbox"/> |
| RISQUE D'ISOLEMENT | | | |
| Isolement géographique | oui | non | NC |
| Eloignement commerces | <input type="checkbox"/> /1 | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> |
| Isolement social | | | |
| Vit seul à domicile | <input type="checkbox"/> /2 | <input type="checkbox"/> /0 | <input type="checkbox"/> |
| Vit avec une personne dépendante | <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"/> |

B) Annexe 2

QUESTIONNAIRE MEDECIN RETOUR-EVALADOM :

Bonjour,

Merci de nous accorder un moment. Nous sommes internes en médecine générale et travaillons actuellement sur l'échelle EVALADOM dans le cadre de notre thèse.

Nous vous contactons car certains de vos patients ont bénéficié d'une évaluation par cette grille à domicile lors d'un précédent travail de thèse (1).

Nous souhaitons créer un outil permettant d'apporter des réponses aux risques mis en évidence par cette grille (pour rappel les risques étudiés comprenaient le risque lié au patient, au logement, au domicile, le risque nutritionnel, le risque de chute, d'isolement, de perte d'autonomie et le risque iatrogène).

Pour y parvenir, nous voulons dans un premier temps recueillir les différentes idées ayant émergé localement à partir d'un panel représentatif de patients, afin d'en faire bénéficier le plus grand nombre par la suite.

Nous vous rappelons les différents risques identifiés chez vos patients ayant été sélectionnés pour cette étude :

- Mme D. : risque « patient », « logement », et « chute »
- Mr R. : risque « logement »

Concernant ces patients, nous aimerions savoir :

- S'il y a eu des modifications par rapport au risque identifié par la grille ?
- Si vous seriez en demande d'une aide à la prise en charge de ces risques?
- Si oui, sous quelle forme ?

Merci de nous avoir accordé de votre temps.
PLAT Lauranne et DERONZIER Aurélie.

Consultation préventive à domicile pour les patients âgés : étude prospective pour déterminer la valeur pronostique d'un outil d'évaluation des risques du domicile, la grille EVALADOM - document [Internet]. [cité 29 mars 2015]. Disponible sur: <http://hal.in2p3.fr/dumas-01080369/document>

C) Annexe 3

QUESTIONNAIRE PATIENT RETOUR-EVALADOM :

Bonjour,

Nous sommes internes en médecine générale et nous vous contactons dans le cadre de notre thèse suite à l'évaluation à domicile appelée EVALADOM dont vous avez bénéficié. Auriez-vous un moment à nous accorder ?

Nous vous rappelons que cette évaluation avait permis de mettre en évidence chez vous un risque lié à la prise de vos traitements.

Nous souhaiterions savoir si vous avez modifié certaines choses suite à la visite du médecin ayant réalisé cette grille. Notamment pour réduire les risques liés à votre logement, à votre domicile, à la prise de vos traitements, votre risque de chute, d'isolement, de perte d'autonomie, ou encore de malnutrition.

- Quelles modifications avez-vous apporté pour résoudre ces risques ?

- Auriez-vous aimé avoir des conseils sur ces risques?

- Si oui, sous quelle forme? Par qui et comment?

Merci de nous avoir accordé un moment.
PLAT Lauranne et DERONZIER Aurélie.

D) Annexe 4

Synthèse des recommandations pour l'élaboration de documents pour les patients

(Dr Sustersic, Dr Meneau)

La sémantique : le langage et le choix des termes

- utiliser un langage courant, expliquer les termes techniques
- utiliser un ton personnel, rendre actif le destinataire, mais utiliser un ton impersonnel pour les informations difficiles
- limiter les synonymes
- éviter les mots abstraits, préférer les mots visualisables ou à tonalité affective
- privilégier la voie active (style direct, incitatif) à la voie passive (style plus lourd, impersonnel)
- donner une information honnête, pratique, non condescendante
- utiliser un ton positif, rassurant, encourageant, optimiste, constructif
- exprimer les risques en proportion plutôt qu'en pourcentages

La syntaxe

- écrire des phrases courtes et simples de moins de 15 mots
- éviter les mots trop longs
- éviter les tournures de phrases négatives
- placer les mots importants dans la première moitié de la phrase (ils sont mieux retenus)

La structure du texte : système de hiérarchisation des informations

• **Organiser le texte:** cela permet de guider le lecteur

- parties importantes mises en évidence
- organisation générale logique
- texte de structure visible
- l'ordre respecte les priorités des patients
- structure visible
- éléments rhétorique permettant de conduire le lecteur
- identifier une invitation, un conseil, une préconisation ; clarté de qui fait l'action

• **Utiliser titres et sous-titres**

- titres clairs, appropriés, pertinent pour les patients, qui ressortent visuellement du corps du texte
- titres de section courts, faciles à lire (utiliser des questions dans les titres les complexifient), bien organisés

• **Phrases/ Paragraphes**

- paragraphes ni trop court, ni trop long
- longueur de ligne \leq 40 lettres
- paragraphes bien visibles
- utiliser des « pastilles »

La charte graphique et visuelle : caractères et disposition du texte

• **Choix de la police de caractère:**

- la police de caractère semble peu influencer la lisibilité hormis les polices fantaisistes
- utiliser une police différente pour différencier titres et sous-titres, mais ne pas utiliser plus de 2-3 polices différentes
- préférer une police dépouillée
- utiliser un style serif (avec empattement) pour le texte car plus facile à lire
- les polices sans serif peuvent tout de même être utilisées dans les textes courts ou dans les titres

• **Taille des caractères:**

- taille de 10 au minimum
- taille de 14 au minimum pour les malvoyants

• **Dessin des caractères:**

- limiter l'usage de majuscules, d'italiques et de soulignement
- préférer le gras pour mettre en évidence mais sans en abuser

• **Justification des lignes:** (alignement du texte en vertical)

- Pour l'HAS, la vitesse de lecture ne semble pas affectée par la justification
- pour d'autres auteurs, ne pas justifier les textes sur la droite facilite la lecture et la compréhension
- **Prévoir suffisamment d'espace blanc pour aérer le texte:**
 - interlignage de 1, 1 ½, 2
 - marges généreuses (d) marges $\geq 0,5$ inch sur les côtés et en bas ≥ 0.25 en haut
 - plus d'espace au-dessus d'un titre qu'au-dessous
- **Les encadrés, la mise en relief des mots-clés:**
 - à utiliser avec prudence pour ne pas faire concurrence aux titres et sous-titres
 - utiles pour diriger le lecteur dans le texte
 - cadres ouverts soulignent l'information, sans encourager les lecteurs à la sauter
 - cadre, bolding, resume pour mettre en évidence les points importants MIDAS, en mettant blanc autour
- **La couleur:** elle permet de hiérarchiser l'information et rend une page attrayante.
 - elle doit être attractive mais non intrusive (pas d'excès de couleur)
 - utiliser un contraste d'encre élevé
 - le fond d'écran doit être inférieur à 65 % de la couleur du texte
- **Illustrations:**
 - simples et dépouillées et pas trop colorées
 - éviter les détails inutiles et les mots
 - pertinentes, pas de dessins humoristiques dans la gravité
 - positionnées près du texte relatif
 - « inclusive and acceptable »

F) Annexe 6

Présentation des FIP :

- Bien se soigner
- Bien manger
- Bien manger pour rester en forme
- Bien manger : conseils d'enrichissement
- APA
- Bien s'entourer
- Qui peut vous aider à domicile
- Quand ca devient difficile à domicile ... envisager un autre lieu de résidence ?
- Mesures de protection juridique
- Bien vivre chez soi
- Bien vivre chez soi : aménagement du domicile
- Face à un patient consultant pour chute : Que faire ? Première consultation.
- Face à un patient consultant pour chute : Que faire ? Deuxième consultation.

BIEN SE SOIGNER

◆ A faire :

- **Respectez les prescriptions.** Certains médicaments doivent être pris selon des horaires, des doses et des durées précises, prescrites par votre médecin.

- Si la prise des traitements est difficile, n'hésitez pas à interroger votre médecin. Il existe parfois **d'autres formes** qui vous seront plus adaptées ou **des associations** de médicaments selon les cas.

- Si vous avez un nouveau symptôme, parlez-en à votre médecin. Un de vos traitements peut en **être responsable, ou l'aggraver.**

- **Triez, rangez, jetez** les boîtes périmées (n'oubliez pas que vos médicaments ne doivent pas être accessibles aux enfants). Pensez à dialoguer et solliciter votre pharmacien pour trier et organiser votre pharmacie.

- Quand vous entamez une bouteille, une boîte ou un tube, **notez la date du jour** d'ouverture dessus.

- **Les renouvellements** sont l'occasion de discuter de vos traitements, et de les **adapter** au mieux à l'évolution de vos symptômes. Votre ordonnance doit être régulièrement **réévaluée**. Avec l'âge les risques liés à la prise de médicaments sont plus grands, notamment si vous consommez plusieurs médicaments.

◆ Le saviez-vous ?

Depuis janvier 2015, votre médecin doit prescrire vos médicaments en DCI (il s'agit du nom de la molécule). N'hésitez pas à demander à votre pharmacien **d'annoter les boîtes.**

Rédigé par : A. DERONZIER et L. PLAT, S. ALTHUSER, novembre 2015. Rapport HAS « consommation médicamenteuses chez les sujets âgés » Pr S Legrain. Validation par le groupe de travail multi-disciplinaire EVALADOM.

◆ A ne pas faire :

- **Ne prenez pas de nouveaux médicaments** ou **n'interrompez pas** votre traitement sans demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

- **Ne prêtez pas vos médicaments.** Ne prenez pas les médicaments de votre conjoint ou d'amis.

- **Attention aux ordonnances multiples** des différents spécialistes qui peuvent se contrarier. A chaque consultation, informez le professionnel de santé de votre traitement.

◆ Pensez à préparer vos médicaments à l'avance :

Le pilulier est une boîte dans laquelle les médicaments sont **répartis selon l'heure et le jour de prise.**

A remplir **vous-même**, ou avec l'aide **d'un proche, d'une infirmière** sur prescription de votre médecin ou de **votre pharmacien.**

Prix : 5 à
15 euros*

*Non remboursé par la sécurité sociale

◆ A VOUS DE JOUER !

→ Date de votre prochain renouvellement :

→ Vos questions pour la prochaine consultation :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

BIEN MANGER

◆ Les points clés :

L'alimentation est une priorité de santé.
Une bonne alimentation contribue au maintien de votre état de forme et de votre autonomie.
Contrairement aux idées reçues, **vos besoins nutritionnels n'ont pas changé depuis vos 20 ans.**
Une perte de poids correspond à une perte de muscles, or ceux-ci représentent les réserves de l'organisme.

◆ Les signes qui doivent vous alerter :

Une perte de poids, une fatigue, **les vêtements qui deviennent trop grands.**

◆ L'évolution et les risques :

Perdre du poids fragilise l'organisme et rend plus sensible aux infections, aux chutes, aux effets indésirables des médicaments. Tout cela peut concourir à une perte d'autonomie.

◆ Quelques règles simples :

Aucun régime n'est justifié ! Arrêtez ceux en cours (pour le diabète, le cholestérol, la tension...) et n'en débutez pas.

Bougez ! Pratiquez 30 minutes de marche par jour.

◆ Quand reconsulter ?

Pesez-vous 1 fois/mois. Si vous constatez une perte de poids, prenez rendez-vous pour refaire le point.

◆ Prescription :

- Mangez de tout à chaque repas
- Renforcez votre petit déjeuner
- Mettez en place une collation àh
- Enrichissez votre repas du soir
- Sinon prenez un en-cas dans la soirée
- Aux repas, mangez « plus gras, plus sucré et plus de sources de protéines » (fromages, laitages, viande, poisson ou œufs...)
- Bougez !
-

Date :

Tampon médecin :

Signature

Rédigé par : A. DERONZIER et L. PLAT, novembre 2015. En collaboration avec le CLAN du CHU de Grenoble. Sources : PNNS 2011-2015 ; Dénutrition et alimentation enrichie HUG 2013 ; fiche dénutrition Groupe Hospitalier Mutualiste Grenoble, 2015. Validation par le groupe de travail multi-disciplinaire EVALADOM.

BIEN MANGER POUR RESTER EN FORME

Hydratez-vous :

En plus de l'eau, pensez à boire du lait, des jus de fruits, tisanes ou eaux aromatisées.



1 à 2 portions de viande / poisson / œuf par jour :

Viandes et poissons : pensez à les intégrer à des soufflés, quiches, tartes, pains de poissons, omelettes, crêpes.



4 produits laitiers par jour :

Fromage, yaourts, mais aussi béchamel, flans, riz au lait... Pensez à ajouter du lait ou de la crème dans vos préparations (purées, soupes.)



1 portion de fruits et légumes à chaque repas :

- Les légumes : pensez à les farcir (œuf, viande), à les cuisiner en gratin, en quiche.
- Les surgelés ont la même valeur nutritionnelle que les produits frais.



1 portion de féculent à chaque repas :

Riz, pâtes, semoule, pomme de terre, légumes secs, et 1 portion de pain. Pensez à ajouter de la pomme de terre, des pâtes, dans vos soupes par exemple.



Rédigé par : A. DERONZIER et L. PLAT, novembre 2015. En collaboration avec le CLAN du CHU de Grenoble. Sources : PNNS 2011-2015 ; fiche dénutrition Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble 2015 ; Dénutrition et alimentation enrichie HUG 2103. Validation par le groupe de travail multidisciplinaire EVALADOM.

BIEN MANGER : conseils d'enrichissement

◆ Que veut dire « enrichissement ? »

Cela consiste à apporter plus d'énergie dans vos plats habituels, sans en augmenter la portion.

◆ Que privilégier si vous avez une perte d'appétit ?

Les protéines ! Pensez à remplacer la viande par des œufs, de la charcuterie, des sardines à l'huile, ou à intégrer la viande aux préparations sous forme de hachis, par exemple.

Une bonne tranche de pain peut faire office de féculent.

Les matières grasses : ajoutez de la crème, du beurre, de l'huile, dans vos préparations.

L'entrée : elle n'est pas obligatoire ! Ne vous coupez pas l'appétit avec une salade, par exemple. Et si vous prenez des crudités en entrée, pensez à manger un dessert sucré (pas de fruit).

◆ Les compléments nutritionnels oraux :

Ils peuvent vous être prescrits par votre médecin si les mesures diététiques ne suffisent pas ou si vous avez une dénutrition sévère. Pensez à varier les goûts et les textures.

◆ Idées de collations :

Aliments salés ou sucrés, faites-vous plaisir en mangeant :

- Pain, fromage, saucisson...



- Crème dessert, biscuits, riz au lait.



- Compotes, fruits frais ou au sirop, figes, pruneaux, dattes ou raisins secs.



- Amandes, noix.



- Chocolat noir ou au lait.



◆ Mais aussi...

NE FAITES PAS DE REGIMES !

Pensez à adapter la texture des aliments.

Prenez soins de vos dents.

Privilégiez la convivialité.

N'achetez pas de produits allégés.

Rédigé par : A. DERONZIER et L. PLAT, novembre 2015. En collaboration avec le CLAN du CHU de Grenoble. Sources : PNNS 2011-2015 ; Dénutrition et alimentation enrichie HUG 2013 ; fiche dénutrition Groupe Hospitalier Mutualiste Grenoble, 2015. Validation par le groupe de travail multi-disciplinaire EVALADOM .

APA (allocation personnalisée d'autonomie)

L'APA est une aide mise en place par le conseil départemental pour prendre en charge une partie des dépenses **liées à la perte d'autonomie**.

Votre médecin réalisera une évaluation de votre niveau d'autonomie par la grille AGGIR. C'est cette évaluation qui déterminera si vous pouvez demander l'APA.

◆ Les conditions d'accès :

- Avoir **plus de 60 ans**.
- Etre en **perte d'autonomie**.
- Résider à votre **domicile**, ou chez un **accueillant familial**, ou dans un **foyer logement pour personnes valides**. (L'APA est aussi accessible en établissement).
- Habiter en France de manière stable et régulière.

Il n'y a pas de conditions minimales de ressources pour accéder à l'APA. Mais il existe un ticket modérateur (participation financière selon vos ressources). Il n'existe pas de récupération sur la succession pour cette aide.

◆ Comment effectuer une demande :

1/ Retirez le dossier.

Auprès du **CCAS (centre communal d'action social) de secteur** (généralement situé dans la mairie), sur **internet**, ou auprès du **service autonomie du conseil départemental**.

2/ Remplissez-le.

Une **partie administrative** qui vous est réservée. Selon votre département, un **certificat médical** qui sera à faire remplir par votre médecin traitant.

Joignez les pièces suivantes : photocopie du livret de famille, ou carte d'identité ou passeport ou extrait d'acte de naissance ou carte de séjour + photocopie d'avis d'imposition ou non-imposition + RIB.

3/ Renvoyez-le : Au **service autonomie du territoire** concerné.

◆ Procédure d'instruction :

- L'étude du dossier peut prendre jusqu'à 2 mois.
- Puis vous recevrez la visite à domicile d'une assistante sociale qui évaluera votre degré d'autonomie et vous proposera un **plan d'aide**.

◆ Comment est-elle calculée ?

L'APA est versée selon votre degré d'autonomie (GIR) et selon le plan d'aide. En fonction de vos ressources, il vous restera une participation forfaitaire (ticket modérateur).

Adresses utiles :

→ Isère :

CERDA – MAISON DEPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE = MDA

www.mda38.fr

15 avenue Doyen Louis Weil 38010 Grenoble

Tel. 04 38 12 48 48 ou 0800 800 083

Fax. : 04 38 12 48 40

Accueil du public : par téléphone ou visite du lundi au vendredi de 8 h 30 à 12h 30 et de 13 h 30 à 17 h 30

→ Haute-Savoie :

www.hautesavoie.fr

Direction de la gérontologie et du handicap

26 avenue de Chevène

74000 Annecy

Rédigé par : A. DERONZIER et L. PLAT, E. RIVOIRE (responsable du service social du groupe hospitalier mutualiste), novembre 2015. Validation par le groupe de travail multidisciplinaire EVALADOM.

◆ Les aides humaines :

Auxiliaires de vie : Ce sont des personnes qui peuvent vous aider dans plusieurs actes de la vie quotidienne (toilette, ménage, courses, préparation des repas, soins du linge) et vous tenir compagnie, vous accompagner lors de vos sorties. Contactez votre mairie ou le pôle gérontologique de votre lieu de résidence pour avoir leur contact.

| | |
|---|-----------------------|
| <i>AAPPUI à Corenc</i> | <i>04.76.18.06.32</i> |
| <i>ADAMS à Grenoble</i> | <i>04.76.29.46.65</i> |
| <i>ADPA siège social à Echirolles</i> | <i>04.76.40.05.58</i> |
| <i>CASSIOPEE à Seyssinet</i> | <i>04.76.70.08.08</i> |
| <i>DOMICILE ATTITUDE à Grenoble...</i> | <i>04.76.22.36.74</i> |
| <i>ADHAP Services à Annecy.....</i> | <i>04.50.10.06.85</i> |
| <i>SAUV à Annecy.....</i> | <i>04.50.67.66.33</i> |

Les infirmiers/ères : Ils délivrent des soins sur prescription médicale. Ils peuvent réaliser des toilettes, des soins techniques (pansements, injections, prises de sang), la gestion de vos traitements.

Vous pouvez vous adresser à :

- **des infirmiers/ères libéraux** (vous trouverez leurs coordonnées sur les pages jaunes)
- **des centres de soins infirmiers** (publiques ou associatifs)

Les réseaux de soins : il s'agit d'une coopération de professionnels autour du patient (souvent pour la prise en charge spécifique de certaines populations, pathologies ou activités sanitaires)

◆ Les aides spécifiques :

Le portage des repas : Le portage des repas est un service (communal, associatif ou privé) qui permet aux personnes en ayant besoin d'avoir des **repas tous prêts livrés à domicile**. Différentes formules sont possibles (repas du midi seulement, midi et soir...). Les aides financières pour ce service sont l'APA et l'aide sociale départementale au portage.

| | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| <i>Service du CCAS Grenoble</i> | <i>04.76.54.63.71</i> |
| <i>MIDI CHEZ VOUS.....</i> | <i>04.76.22.36.74</i> |
| <i>L'APPORTTE BONHEUR.....</i> | <i>04.76.24.41.71</i> |
| <i>TRAIT' ALPES.....</i> | <i>04.76.75.82.42</i> |
| <i>CIAS Annecy.....</i> | <i>04.50.33.65.08</i> |

◆ Les aides matérielles :

Téléalarme : Il s'agit d'un appareil qui vous permet de contacter un centre d'appel par simple pression sur le bouton. La personne que vous aurez en ligne va évaluer la situation et envoyer la personne la plus adaptée (famille, pompiers, SAMU). Accessible à tous. Vous pouvez bénéficier d'une aide financière (par l'APA, les caisses de retraite, les mutuelles ou les CCAS).

| | |
|--|-----------------------|
| <i>Sud Isère Téléalarme</i> | <i>04.76.29.48.12</i> |
| <i>Age d'or service</i> | <i>04.38.70.09.86</i> |
| <i>HA2D</i> | <i>08.20.22.44.16</i> |
| <i>Pôle gérontologique Annecy.....</i> | <i>04.50.33.20.10</i> |

Matériel médical : lits médicalisés, chaises pots, fauteuils... La sécurité sociale peut prendre en

| | |
|--|---|
| <i>Cap Vital santé - 24 av F Viallet, Grenoble,</i> | <i>04.76.47.33.33 ou 06.20.41.26.15</i> |
| <i>Alpes médical - 17 avenue gnl Champon, Grenoble,</i> | <i>04.76.86.08.60</i> |
| <i>Le carré médical - 28 rue barnave, St Martin d'heres,</i> | <i>04.38.21.09.09</i> |
| <i>Gilot médical - 36 av de Genève, Annecy,</i> | <i>04.50.46.72.65</i> |
| <i>Annecy Réadaptation - 43 av de Cran, Annecy,</i> | <i>04.50.67.10.73</i> |

◆ Les adaptations du logement :

Les aménagements du logement permettent par le biais de travaux de compenser les déficiences dues à l'âge ou au handicap (installation de barres d'appui, remplacement d'une baignoire par une douche, mise en place de rampes, de monte-escaliers...). Certains de ces travaux peuvent être financés par l'APA.

| |
|--|
| Rédigé par : A. DERONZIER et L. PLAT, E.RIVOIRE (responsable service social du groupe hospitalier mutualiste) novembre 2015. Validation par le groupe de travail multi-disciplinaire EVALADOM. Le groupe de travail EVALADOM n'est pas partie prenante dans ces différentes structures mais vous communique ces données, non exhaustives, à titre indicatif. |
|--|

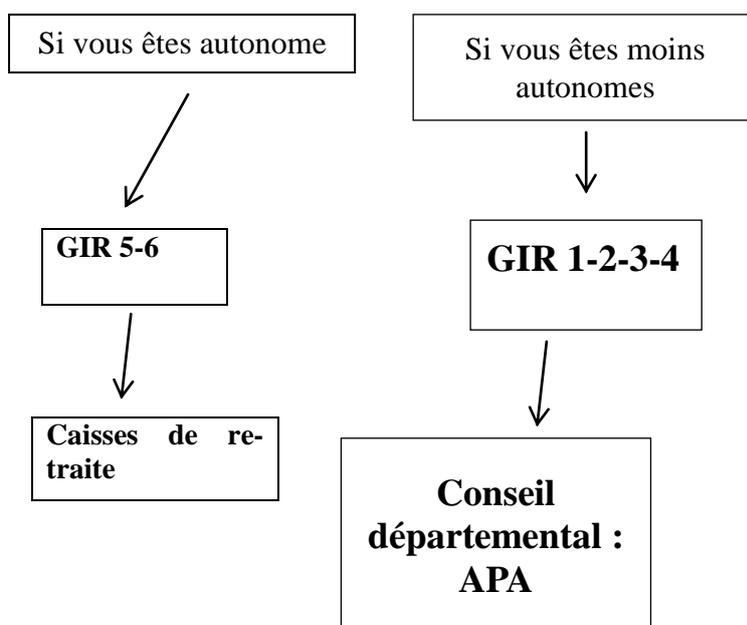
QUI PEUT VOUS AIDER A DOMICILE ?

Afin de vous accompagner à domicile, différents professionnels sont là pour vous aider dans l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.

| <u>Quand ?</u> | <u>Pourquoi ?</u> | <u>Qui peut vous aider ?</u> |
|--|------------------------------|---|
|  | Lever | Auxiliaire de vie, infirmière |
|  | Toilette, change | Auxiliaire de vie, infirmière (selon ses possibilités, sur prescription médicale) |
|  | Geste technique, médicaments | Infirmière |
|  | Repas | Auxiliaire de vie, service de livraison des repas, foyers-restaurants |
|  | Courses | Auxiliaire de vie |
|  | Ménage | Auxiliaire de vie |
|  | Promenade | Auxiliaire de vie |
|  | Activités | Associations locales |
|  | Coucher | Auxiliaire de vie Infirmière |
|  | Présence de nuit | Auxiliaire de vie, autres (étudiants, famille...), Passage infirmier |

◆ Comment financer ces aides :

Selon votre degré d'autonomie (= GIR)



APA : Il s'agit d'une aide mise en place par le conseil départemental afin d'aider les personnes âgées à financer des aides à domicile. (Voir la fiche dédiée).

Caisses de retraite : Votre caisse de retraite peut participer partiellement au financement des aides à domicile.

Rédigé par : A. DERONZIER et L. PLAT, E. RIVOIRE (responsable service social du groupe hospitalier mutualiste de Grenoble), novembre 2015.
Validation par le groupe de travail multi-disciplinaire EVALADOM.

QUAND CA DEVIENT DIFFICILE A DOMICILE : ... ENVISAGER UN AUTRE LIEU DE RESIDENCE ?

◆ Quand:

Quand on se sent fragile sur le plan médical.
Quand on a besoin de se sentir plus entouré.
Quand on ne se sent plus en sécurité à la maison...

◆ Où:

Vous allez devoir choisir dans quel type de structure vous souhaitez séjourner en fonction de vos besoins et envies.

→ Si vous êtes autonome :

- **Les foyers logement publics ou privés :**
Il s'agit de formules intermédiaires, **entre le domicile et l'hébergement collectif**. Ce sont des établissements proposant des logements loués en tant que résidence principale, comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non (chambre, le plus souvent) et des locaux communs.

→ Si vous êtes moins autonome :

- Les EHPAD :

Accueil de jour : il s'agit d'accueil ponctuel (1, 2 à 3 fois par semaine) lorsque vous n'êtes plus suffisamment autonome pour rester seul à domicile pendant toute la journée.

Accueil temporaire : c'est une formule d'accueil limitée dans le temps (1 à 2 mois), si votre maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation particulière temporaire.

Accueil permanent : la maison de retraite devient votre nouveau logement.

Rédigé par : A. DERONZIER et L. PLAT, E RIVOIRE (responsable du service social du groupe hospitalier mutualiste) novembre 2015.
Validation par le groupe de travail multi-disciplinaire EVALADOM.

◆ Les alternatives :

- **domicile partagé (ou co-location)**
- **les accueils familiaux** : il s'agit de particuliers qui accueillent à leur domicile et à titre onéreux des personnes âgées de plus de 60 ans ou des personnes adultes handicapées.

*Service accueil familial en Isère :
Association Saint Agnès (service
accueil familial, 12bis rue des pies,
38360 Sassenage, 0476269055)*

- **les logements inter-génération :**

*En Isère : DiGi – domicile inter-
générations isérois (1 place de metz,
38000 Grenoble) : 0476032418
En Savoie et Haute-Savoie : Coup de
pouce -1 toit, 2 générations (242rue
Jean Mermoz, 73000 Chambéry) :*

- **les MARPA** : les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées

◆ Comment:

- remplissez un **formulaire d'entrée en établissement (unique pour toute la France)**.
- fournissez les documents nécessaires pour la constitution d'un dossier (pièce d'identité, carte vitale, justificatifs de domicile, de ressources, avis d'imposition ou de non-imposition, assurance responsabilité civile...), certificat médical fait par votre médecin traitant.
- déposez le dossier dans chaque maison de retraite que vous souhaitez

Pour accéder à la liste des établissements

- Pour l'Isère : liste disponible sur le site du **CERDA** ou **www.isere.fr**, ou faire une demande par email à **la documentaliste du CERDA** ou au 04.38.12.48.94
- Pour la Haute Savoie : liste disponible sur le site **www.Hautsavoie.fr**

MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE

Une personne peut se retrouver dans l'incapacité d'exercer ses droits civils (c'est-à-dire d'accomplir les actes de la vie civile, d'exercer ses droits personnels, de gérer son patrimoine), ou nécessiter une protection financière du fait de sa fragilité.

Les circonstances qui créent une telle situation sont essentiellement **l'altération des facultés mentales ou corporelles**. Dans de tels cas et afin de protéger vos patients il est parfois nécessaire de les informer des mesures de protection existantes.

◆ Les différentes mesures de protection:

La sauvegarde de justice est un régime **provisoire** : Il s'agit d'une mesure instituée **préalablement** à l'organisation d'un régime de protection durable, ou mis en œuvre pour le majeur atteint d'une altération provisoire de ses facultés personnelles.

La curatelle est un régime d'**assistance** : Il permet de protéger le majeur qui a seulement besoin d'être **assisté et contrôlé dans les actes les plus importants de la vie civile**.

Il existe 3 types de curatelle : simple, renforcée, aménagée.

La tutelle est un régime de **représentation** : Il permet de protéger le majeur qui doit être représenté de **façon continue dans la plupart des actes de la vie civile**.

*A noter qu'il existe également la **sauvegarde de justice médicale** : c'est une mesure de protection ponctuelle qui permet de revenir sur des démarches et de remettre en cause des contrats effectués durant une période.*

◆ Les acteurs :

Le **curateur ou tuteur** est la personne désignée pour **mettre en œuvre au quotidien la mesure de protection**. Il est choisi prioritairement **parmi les membres de la famille**.

Si cela n'est pas possible, le curateur ou tuteur est désigné parmi **les professionnels habilités** à assurer cette fonction et dont la liste est établie par le procureur de la République.

◆ En pratique :

La demande peut être faite au juge par différentes personnes (**la personne elle-même, un proche, le juge des tutelles directement, ou par un professionnel de santé auprès du procureur de la République**).

Elle doit comporter :

- Une **requête** au juge des tutelles
- Une **expertise médicale** établissant l'altération des capacités de la personne, qui doit être rédigée par un médecin (**autre que le médecin traitant**), inscrit sur la liste du tribunal de grande instance. Le coût du certificat médical est de **160 €** (non pris en charge par la sécurité sociale).

C'est le **juge des tutelles** qui décidera du bien-fondé de la demande et du régime de la mesure de protection juridique, et qui proposera possiblement une audience à la personne et à son entourage.

Rédigé par : A. DERONZIER et L. PLAT, E. RIVOIRE (responsable service social du groupe hospitalier mutualiste), novembre 2015. Validation par le groupe de travail multi-disciplinaire EVALADOM.

BIEN VIVRE CHEZ SOI

◆ Les points clés :

Une chute n'est pas un évènement banal, elle peut avoir des conséquences graves. Cependant, elle ne doit pas être une fatalité : **des mesures préventives existent.**

Pour éviter les chutes, pensez à **bien aménager votre domicile.** Des choses simples peuvent être faites.

◆ Qui peut vous aider financièrement ? :

- **Le service social de votre mairie, du conseil général** ou encore **du centre communal d'action sociale.**

- **La CARSAT** (caisse de retraite) peut financer l'intervention d'un ergothérapeute pour vous aider à aménager votre domicile.

- **L'AGIRC et l'ARRCO** (caisses de retraite secondaires) proposent une visite à domicile par un ergothérapeute au tarif de 15 euros pour les personnes de plus de 75 ans (téléphonez au 0 810 360 560 pour en discuter avec un conseiller).

◆ Les professionnels impliqués :

Dans un premier temps, votre **généraliste** peut vous aiguiller dans l'aménagement de votre domicile par des mesures simples. En cas de besoin, l'intervention **d'un ergothérapeute** peut être utile (se référer au paragraphe précédent).

◆ Et si je tombe ? :

1) Apprenez à vous relever :

Il est très important que vous sachiez vous **relever** après une chute, que ce soit pour prévenir les secours ou pour éviter les conséquences médicales de la chute. Des séances de **kinésithérapie** peuvent vous être utiles pour apprendre ces techniques et travailler votre équilibre.

2) Contactez votre médecin :

En cas de chute, une consultation médicale est **indispensable.** L'objectif de cette consultation est d'éviter que vous ne chutiez à nouveau.

◆ En pratique :

- Dégagez les sols :** enlevez les tapis, les fils électriques qui traversent les pièces.
- Mettez des **tapis antidérapants** dans la salle de bain.
- Installez des **barres d'appui** dans vos toilettes et salle de bain.
- Augmentez l'éclairage** des pièces.
- Changez de chaussage : portez des **chaussures fermées et confortables.**
- Utilisez une **canne** pour vos déplacements.
- Changez de **plaque de cuisson.**
- Installez un système de **télé alarme.**

Date :

Tampon du médecin :

Signature :

Rédigé par : A.DERONZIER et L.PLAT, novembre 2015. Sources : Guide INPES 2008 ; site internet Ageplus74.cg74.fr.
Validation par le groupe de travail multi-disciplinaire EVALADOM.

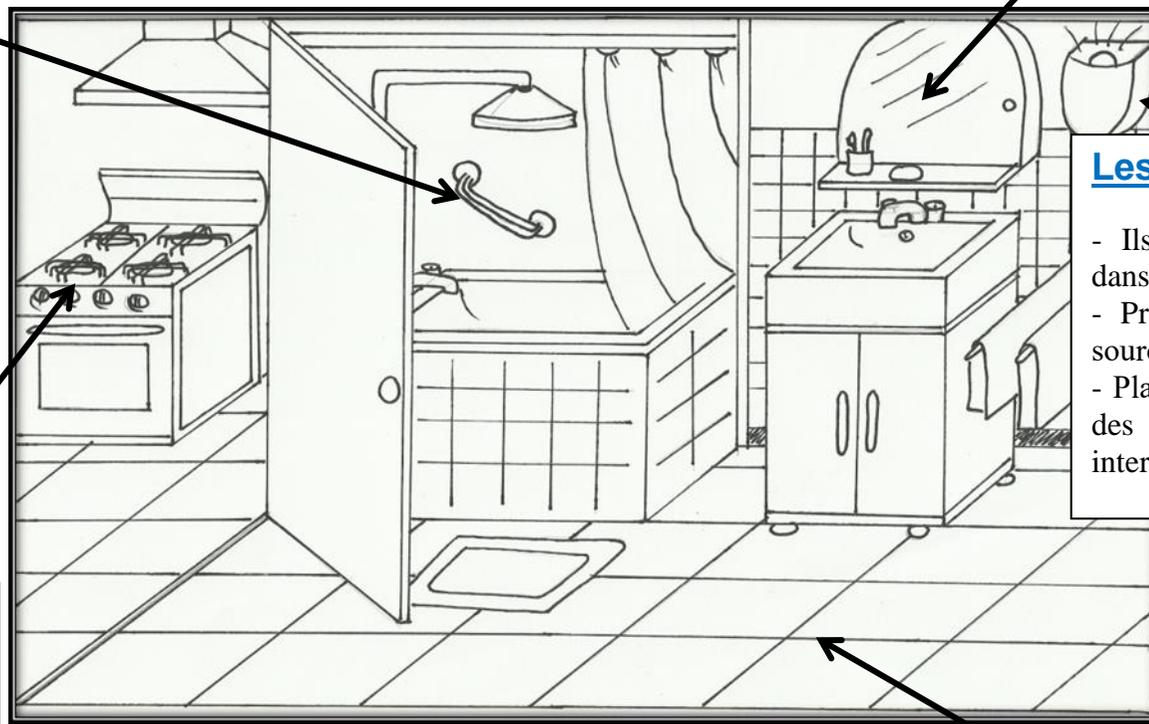
BIEN VIVRE CHEZ SOI : AMENAGEMENTS DU DOMICILE

Les déplacements :

- Utilisez une canne ou un déambulateur en cas de difficultés pour vous déplacer ou de fatigue importante.
- Installez des rampes dans les couloirs longs, les escaliers.
- Installez des barres d'appui dans les toilettes, la salle de bain, et sur le lit si besoin.
- Portez des chaussures fermés et confortables, qui maintiennent le pied.

Les rangements :

- Réorganisez les placards afin d'avoir les objets courants à portée de main.
- Ne montez jamais seul sur un tabouret ou un escabeau.
- Mettez les produits dangereux ou toxiques hors de portée.



Les éclairages :

- Ils doivent être nombreux dans votre habitation.
- Privilégiez les nombreuses sources d'éclairage indirect.
- Placez des lampes à l'entrée des pièces avec un interrupteur facile à atteindre.

Sécurité :

- Changez votre gazinière pour un mode de cuisson électrique.
- Disposez plusieurs téléphones dans le logement à défaut d'avoir un système de téléalarme.
- Pensez au détecteur de fumée, devenu obligatoire.

Les sols :

- Dégagez tous les lieux de passages pour éviter de trébucher (enlevez les tapis, les objets encombrants au sol, les plantes vertes).
- Fixez les fils électriques aux murs ou utilisez des range-fils.
- Installez des seuils au niveau des portes pour éviter les différences de niveau du sol.
- Installez des dispositifs antidérapants dans les lieux glissants (salle de bain, douche).

Rédigé par : A.DERONZIER et L.PLAT, novembre 2015. Sources : Guide INPES 2008. Validé par le groupe de travail multi-disciplinaire EVALADOM, ainsi que par Marie-Noëlle Siefert (ergothérapeute) et Emmanuelle Buisse (kinésithérapeute) en service de gériatrie du CHANGE.

FACE A UN PATIENT CONSULTANT POUR CHUTE : QUE FAIRE ?

PREMIERE CONSULTATION

◆ A savoir : 4 grands facteurs sont responsables de chute :

- ✓ Iatrogénie
- ✓ Facteurs intrinsèques (pathologies chroniques)
- ✓ Troubles de la marche
- ✓ Inadaptation du domicile

◆ Définir des circonstances de la chute et son mécanisme (mécanique, malaise...)

◆ Rechercher des signes de gravité liés à la chute :

- ✓ Traumatisme,
- ✓ Incapacité à se relever seul du sol et temps passé au sol supérieur à 1 heure,
- ✓ Incapacité à tenir debout seul,

- ✓ Augmentation de la fréquence des chutes ou plus de 2 chutes au cours des 2 derniers mois,
- ✓ Ostéoporose connue,
- ✓ Prise de traitements anticoagulants,
- ✓ Isolement social

◆ En pratique : les priorités de l'examen clinique :

- ✓ Examen cardio-vasculaire et neurologique
- ✓ Rechercher une hypotension orthostatique
- ✓ ECG
- ✓ Mesure de glycémie capillaire

◆ Prescrire les examens complémentaires nécessaires :

- ✓ NFS, ionogramme sanguin
- ✓ Holter rythmique
- ✓ Imagerie cérébrale en fonction de l'examen clinique

! Revoir le patient au bout d'une semaine !

Rédigé par : A. DERONZIER et L.PLAT, novembre 2015. Sources : HAS 2009, Thèse de Valérie SAUTIER « Prise en charge par les médecins généralistes des sujets âgés multi-chuteurs », 2013. Validé par le groupe de travail multi-disciplinaire EVALADOM.

FACE A UN PATIENT CONSULTANT POUR CHUTE : QUE FAIRE ?

DEUXIEME CONSULTATION

◆ Réceptionner les résultats des examens complémentaires demandés

◆ Faire un examen clinique plus complet :

- ✓ Examen du relevé de chaise
- ✓ Appui unipodal (pathologique si < 5 secondes)
- ✓ Examen du demi-tour
- ✓ Test de la balance (faire monter le patient sur la balance pour évaluer : le poids, la motricité des membres inférieurs, l'équilibre, mais aussi la vue en faisant lire le poids au patient) avec calcul de l'IMC (dénutrition)

◆ Rechercher des conséquences tardives à la chute et prescrire de la kinésithérapie pour éviter les récives:

- ✓ Peur de chuter
- ✓ Rétropulsion
- ✓ Restriction des activités quotidiennes

◆ Lutter contre l'iatrogénie:

- ✓ Relire l'ordonnance et réévaluer l'indication des traitements
- ✓ Lutter contre la poly médication (> 5 traitements)
- ✓ Rechercher ceux pouvant être responsables de chute (psychotropes, antihypertenseurs, anti-arythmiques)

◆ Rechercher des facteurs d'inadaptation du domicile à l'interrogatoire ou en visite à domicile dans l'idéal:

- ✓ Sols encombrés, glissants, tapis
- ✓ Mauvais éclairage
- ✓ Absence de supports d'appui dans la salle de bain / les toilettes
- ✓ Rangements en hauteur

Se référer à la fiche correspondant

◆ Adresser le patient en consultation chute ou en centre d'évaluation gériatrique si besoin

Rédigé par : A. DERONZIER et L.PLAT, novembre 2015. Sources : HAS 2009, Thèse de Valérie SAUTIER « Prise en charge par les médecins généralistes des sujets âgés multi-chuteurs », 2013. Validé par le groupe de travail multi-disciplinaire EVALADOM.

Résumé

Introduction : Le médecin est un acteur privilégié de la diffusion aux personnes âgées d'informations de prévention. Il a besoin de supports adaptés. L'objectif principal de ce travail était l'élaboration d'un outil d'information sous forme de fiches-information patient (FIP) pour répondre aux risques identifiés par la grille d'évaluation à domicile Evaladom.

Méthodologie : Une étude préliminaire a recueilli les aménagements entrepris spontanément chez les patients après évaluation Evaladom. Les FIP ont été élaborées en s'appuyant sur une recherche bibliographique, puis ont été corrigées et validées par un groupe de travail pluridisciplinaire. La lisibilité et la compréhension des fiches ont été évaluées.

Résultats : Treize FIP ont été créées, dont dix destinées aux patients et trois destinées aux médecins. Elles se scindent en quatre grands thèmes qui correspondent à des groupes de facteurs de risque : iatrogénie, nutrition, domicile / logement / chute, autonomie / isolement. Le résultat au test de lisibilité a été en moyenne de 58 et la compréhension a été satisfaisante.

Discussion : Les patients ont montré leur intérêt pour les informations écrites. Un support adapté aide les praticiens à délivrer une information claire et exhaustive.

Dans sa prise en soins globale des patients âgés, le médecin peut s'appuyer sur les FIP qui traitent des différents aspects du maintien de l'autonomie.

Conclusion : Ce support écrit permet de compléter l'information orale délivrée au patient lors d'une consultation préventive à domicile. Son utilisation en pratique et son efficacité pour favoriser le maintien à domicile devront être évaluées.

Mots clés :

Gériatrie, personnes âgées, fiche information patient, communication, prévention, autonomie, fragilité, maintien à domicile.

Abstract

Introduction : General practitioners are key players in disseminating preventive information to the elderly. It needs suitable media. The main objective of this work was the development of an information tool in the form of patient information sheets (PIS) to correct the risks identified by the Evaladom home evaluation grid.

Methodology : A preliminary study collected facilities undertaken spontaneously by patients after Evaladom evaluation. The PIS were developed based on a literature search and were corrected and validated by a multidisciplinary working group. Readability and understanding of the sheets were evaluated.

Results : Thirteen PIS have been created, including ten for patients and three for physicians. They are divided into four major themes corresponding to the risk factors groups : iatrogeny, nutrition, home / housing / falls, autonomy / social isolation. The result in readability test has averaged 58 and understanding was satisfactory.

Discussion : Patients have shown their interest in written information. A suitable support helps practitioners to deliver a clear and comprehensive information.

In his decision in comprehensive care of older patients, the doctor may rely on the PIS that deal with different aspects of maintaining independence.

Conclusion : This writing support completes oral information delivered to the patient during preventive home visit. Its efficiency to encourage home support should be evaluated in common practice.

Key-words :

Geriatrics, elderly, patient information sheet, communication, prevention, autonomy, frailty, home support.