

**Université de Limoges
Faculté de Médecine**

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 17 novembre 2017
par

Emma HERAULT

née le 17 janvier 1989, à Guéret

**Création d'un nouvel outil de repérage de syndromes gériatriques
en soins premiers**

A partir d'un groupe nominal en 2017

Examineurs de la thèse :

M^{me} le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Professeur Daniel BUCHON

M. le Docteur Pierre JESUS

M. le Docteur Gaëtan HOUDARD

M^{me} le Docteur Karen RUDELLE

Présidente

Juge

Juge

Juge

Directrice de thèse



Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 17 novembre 2017
par

Emma HERAULT

née le 17/01/1989, à Guéret

**Création d'un nouvel outil de repérage de syndromes gériatriques
en soins premiers**

A partir d'un groupe nominal en 2017

Examineurs de la thèse :

M^{me} le Professeur Nathalie DUMOITIER
M. le Professeur Daniel BUCHON
M. le Docteur Pierre JESUS
M. le Docteur Gaëtan HOUDARD
M^{me} le Docteur Karen RUDELLE

Présidente
Juge
Juge
Juge
Directrice de thèse



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL



DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE



NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE



BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan



PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

MERLE Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2017

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Le 1^{er} septembre 2016



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2015

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHUFFART Etienne	ANATOMIE
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FAYE Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE
KASPAR Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
LOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE



COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MATT Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE



PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TAÏBI Abdelkader	CANCEROLOGIE
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

LAUCHET Nadège

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BALLOUHEY Quentin CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)



A mes grands-pères Armand et Emile



Le bonheur supprime la vieillesse.

Franz Kafka



Remerciements

A Madame le Professeur Dumoitier,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

Je vous remercie pour votre enthousiasme, votre intérêt pour le sujet et pour votre participation à ce groupe nominal.

J'ai également beaucoup apprécié votre engagement lors des cours de médecine générale.

A Monsieur le Professeur Buchon,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury, trouvez ici ma sincère gratitude.

J'ai particulièrement apprécié vos enseignements de médecine générale.

A Monsieur le Docteur Jésus,

Je vous remercie chaleureusement pour votre participation à ce jury de thèse.

Je tiens à vous témoigner mes sentiments les plus respectueux.

A Monsieur le Docteur Houdard,

Gaëtan, je vous exprime ici mes profonds remerciements pour votre participation à ce jury.

Travailler avec vous ces six derniers mois fut très enrichissant, tant d'un point de vue professionnel que personnel.

Merci pour vos conseils avisés.

A Madame le Docteur Rudelle,

Karen, tu as gentiment accepté de diriger ce travail en te lançant dans l'inconnu du groupe nominal à mes côtés.

Je te remercie de m'avoir aidée tout au long de ce projet avec ta bienveillance, ta rigueur et ta disponibilité sans faille.

A Madame le Docteur Marchesseau,

Delphine, merci de la confiance que vous m'avez accordée en me permettant de réaliser ce travail à partir de votre mémoire.

Vos conseils et votre disponibilité m'ont beaucoup inspirée.



A Mesdames et Messieurs les membres du Groupe Nominal,

Mesdames les Docteurs Pelaudeix, Collet, Bureau-Yniesta et Messieurs les Docteurs Jacob, Menard, Coquillaud et Soullier,

A tous un grand merci pour votre participation à ce projet, vous avez répondu présent et avez su garder le sourire et l'énergie durant les longues heures de ce groupe nominal.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jacob,

Jean-Marc, vous avez su me faire partager votre passion pour la médecine générale, dès les premiers jours à vos côtés j'ai été confortée dans mon choix d'être médecin généraliste.

Vous êtes de ces médecins qui marquent, vous pratiquez une médecine très humaine, j'espère évoluer sur le même chemin.

Je vous remercie sincèrement pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A Yannick,

Avec ton amour et ton calme olympien, tu as su (comme toujours...) me conseiller et me supporter dans cette épreuve.

Merci d'être là.

A ma famille,

A mes parents,

Vous m'avez toujours soutenue quels que soient mes choix et les difficultés, votre amour sans faille est d'or.

Vous êtes les meilleurs parents que l'on puisse avoir.

Merci pour tout.

A ma sœur Amélie, Manu et Juliette,

Amélie, merci pour toute notre enfance insouciante, merci également d'avoir toujours cru en moi, ton aide permanente a toujours été un support essentiel (en particulier pour la relecture de mes travaux de médecine !!).

Avec Manu vous nous avez offert ce petit rayon de soleil qu'est Juliette.

Merci pour tout.

A mes deux grands-mères Simone, mes oncles, tantes et cousins,

Merci de toujours me soutenir.

Je vous embrasse tendrement.



A Sylvie, Denis, Quentin et Féhana,

Merci pour votre soutien et votre bonne humeur.

Denis, je vous remercie également pour votre aide précieuse.

A mes amis,

A Camcam et Cléclé,

Mes parasites adorés, mes FBI, merci de votre présence quotidienne particulièrement pendant ces trois années d'internat.

Nos soirées sont de véritables parenthèses d'amitié, de réconfort et d'humour (parfois même de grande gastronomie... !!).

Sans vous tout cela n'aurait pas la même saveur, ne changez rien, et surtout restez près de nous.

A Annette, Céline, Maurène, Pollen et Juju,

A vous tous merci pour toutes ces années passées côte à côte, nos fous rires, nos soirées (plus ou moins studieuses selon les années) et nos discussions intarissables nous ont permis de traverser ces épreuves dans la bonne humeur.

Rien n'aurait été pareil sans vous. Je suis fière de vous compter parmi mes amis les plus proches.

A Aline et Arnaud,

Mes amis de toujours, mes piliers, notre amitié est de celles qui durent et perdurent.

Al, Nono, il faudrait bien plus d'une thèse pour raconter toutes nos aventures.

Nono merci pour le travail que tu as réalisé malgré toutes les difficultés !!

Chaque moment passé avec vous est un trésor, on se voit moins mais on se voit mieux.

Je vous embrasse.

A Constance et Amélie,

Nous avons toutes trois parcouru un sacré chemin depuis notre arrivée fébrile sur les bancs de la faculté,

Ma Concon, merci pour tous ces petits instants partagés toujours plein de gaieté.

Ma réussite lors de ce sacré concours de première année c'est aussi en partie grâce à toi.

Merci pour tout.

Amélie, ces études commencées ensemble s'achèvent et un nouveau chemin s'offre à nous.

Merci pour tous ces moments enjoués.



A Chloé et Nico (mon Premier Patient Fictif),

Moins on vous voit mieux on se porte, heu... pardon, plus on vous voit mieux c'est !

Sincèrement, je vous remercie pour votre aide précieuse, par vos encouragements et vos plaisanteries vous m'avez soutenue pendant ces derniers mois.

Je suis ravie de vous avoir à mes côtés, notre amitié est irremplaçable.

A Alice, Emilie, Marie, Arnaud, Richard et Pierre,

Je n'oublierai pas ce stage à Guéret qui fut l'occasion de vous rencontrer, votre naturel et votre joie de vivre sont une bouffée d'air frais.

Merci à vous aussi pour tout ce que vous m'avez apporté.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

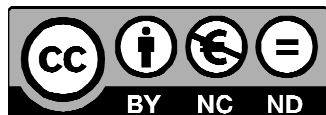


Table des matières

Introduction	25
I. Revue de la littérature	26
I.1. Le patient gériatrique	26
I.2. Les syndromes gériatriques	26
I.2.1. Evaluation cognitive.....	28
I.2.1.1 Mini-Mental State Examination (MMSE).....	28
I.2.1.2 Test des 5 mots de Dubois.....	28
I.2.1.3 Test de l'horloge	29
I.2.1.4 Fluences verbales.....	29
I.2.1.5 CODEX (Cognitive Disorders Examination)	29
I.2.1.6 Activities of Daily Living (ADL ou Activités de la Vie Courante) et Instrumental Activities of Daily Living (IADL ou Activités Instrumentales de la Vie Courante)	29
I.2.1.7 BREF (Batterie Rapide d'Efficiency Frontale).....	30
I.2.2. Risque de chute	30
I.2.2.1 Station unipodale	30
I.2.2.2 Get up and go test.....	30
I.2.2.3 Timed up and go test	31
I.2.2.4 Test de Tinetti	31
I.2.2.5 L'échelle de Berg	31
I.2.2.6 Poussée sternale	31
I.2.2.7 Walking and talking test ou test double tâche.....	32
I.2.3. Risque de dénutrition.....	32
I.2.3.1 Enquête alimentaire	32
I.2.3.2 Mesures anthropométriques.....	32
I.2.3.3 Critères biologiques	33
I.2.3.4 Mini Nutritional Assessment (MNA).....	34
I.2.3.5 Critères HAS de dénutrition.....	34
I.2.4. Risque de dépression.....	34
I.2.4.1 Geriatric Depression Scale (GDS) (Annexe 10)	35
I.2.4.2 Mini-GDS	35
I.3. Evaluation gériatrique globale.....	35
I.3.1. Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS).....	35
I.3.2. Le Gérontoquick.....	37
I.3.3. The Gerontopole Frailty Screening Tool (GFST ou Grille de repérage de la fragilité du Gérontopôle de Toulouse)	37
I.3.4. Evaluation gériatrique adaptée au contexte d'exercice du médecin généraliste de la Société Française de Médecine Générale	38
I.3.5. Le Test d'Alerte Gériatrique (TAG)	38
I.3.6. Le Functional Assessment Screening Package	39
I.3.7. ISAR (Identification of senior at risk).....	39
I.3.8. Le score SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment ou Sommaire d'Evaluation du Profil Gériatrique à l'Admission)	39
I.4. Etat des lieux sur le dépistage de ces syndromes en soins premiers	40



II. Présentation de l'outil	41
II.1. Le choix des syndromes gériatriques	41
II.2. Le choix des tests	41
II.3. L'outil de repérage de quatre des grands syndromes gériatriques	42
III. Matériel et méthodes	43
III.1. Travail de lisibilité de l'outil.....	43
III.2. Technique du groupe nominal.....	43
III.2.1. Objectif de l'étude.....	43
III.2.2. Population étudiée.....	43
III.2.3. Le groupe nominal.....	44
III.2.4. Le recrutement des participants.....	45
III.2.5. L'analyse des données	46
IV. Résultats.....	47
IV.1. Caractéristiques du groupe nominal	47
IV.2. Les propositions obtenues	47
IV.2.1. L'étude du choix des axes d'évaluation	47
IV.2.2. L'appréciation de la méthode d'évaluation.....	48
IV.2.2.1 La méthode de dépistage des troubles cognitifs	48
IV.2.2.2 La méthode de repérage du risque de chute.....	48
IV.2.2.3 La méthode de dépistage d'une dénutrition	49
IV.2.2.4 La méthode d'évaluation du risque de dépression	49
IV.2.3. L'évaluation de la stratégie décisionnelle	50
IV.2.4. Forme et faisabilité du test	50
IV.2.4.1 L'évaluation de la forme de l'outil.....	50
IV.2.4.2 Les consignes de passation.....	51
IV.2.4.3 L'analyse du « fond » de l'outil.....	51
IV.2.4.4 Les critères d'inclusion.....	52
IV.2.4.5 La faisabilité de l'outil.....	52
V. Discussion	53
V.1. La validité interne	53
V.1.1. La méthode du groupe nominal.....	53
V.1.2. La faisabilité	53
V.1.3. La sélection des participants	53
V.1.4. Biais de recueil d'information et de mesure.....	54
V.1.5. L'analyse des items et le degré d'accord.....	54
V.1.5.1 Les syndromes gériatriques choisis	54
V.1.5.2 La méthode d'évaluation de chaque syndrome.....	56
V.1.5.3 L'appréciation de la stratégie décisionnelle.....	58
V.1.5.4 L'examen de la forme et de la faisabilité de l'outil	59
V.2. La validité externe	61
V.2.1. L'applicabilité	61
V.2.2. La pertinence clinique et l'impact de la recommandation.....	61
V.3. La proposition finale : Création de l'outil ORAGE.....	62
V.3.1. Les difficultés	62
V.3.2. Le choix du titre.....	62
V.3.3. Présentation de l'outil.....	63



Conclusion	66
Références bibliographiques	67
Annexes	70
Serment d'Hippocrate.....	93



Table des tableaux

Tableau 1 : Items obtenus pour le choix des axes d'évaluation	47
Tableau 2 : Items obtenus pour la méthode d'évaluation des troubles cognitifs.....	48
Tableau 3 : Items obtenus pour la méthode d'évaluation du risque de chute.....	49
Tableau 4 : Items obtenus pour la méthode d'évaluation de la dénutrition.....	49
Tableau 5 : Items obtenus pour la méthode d'évaluation de la dépression.....	50
Tableau 6 : Items obtenus pour la stratégie décisionnelle	50
Tableau 7 : Items obtenus pour la forme du test.....	51
Tableau 8 : Items obtenus pour l'évaluation des consignes du test	51
Tableau 9 : Items obtenus pour l'évaluation du contenu du test	52
Tableau 10 : Items obtenus pour l'évaluation des critères d'inclusion.....	52
Tableau 11 : Items obtenus pour l'évaluation de la faisabilité du test.....	52



Abréviations

ADL : Activities of Daily Living = Activités de la Vie Courante
AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
BREF : Batterie Rapide d'Efficienc e Frontale
CGA : Comprehensive Geriatric Assessment
CIM 10 : Classification Internationale des Maladies dixième version
CODEX : Cognitive Disorders Examination
CRP : C-reactive protein
DSM-V : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux cinquième édition
EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée
GDS : Gériatric Depression Scale
GFST : Gerontopole Frailty Screening Tool
GRECO : Groupe de Recherche et d'Evaluation des Outils Cognitifs
HAS : Haute Autorité de Santé
IADL : Instrumental Activities of Daily Living = Activités Instrumentales de la Vie Courante
IMC : Indice de Masse Corporelle
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ISAR : Identification of Senior At Risk = Identification Systématique des Aînés à Risque
Gériatrique à l'Admission
Mini-GDS : Mini Gériatric Depression Scale
MMSE : Mini-Mental State Examination
MNA : Mini Nutritional Assessment
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORAGE : Outil de Repérage Ambulatoire des syndromes Gériatriques
PPS : Plan Personnalisé de Soins
SEGA : Short Emergency Geriatric Assessment = Sommaire d'Evaluation du Profil
Gériatrique à l'Admission
SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie
TAG : Test d'Alerte Gériatrique





Introduction

L'espérance de vie en bonne santé est un enjeu fondamental de santé publique à l'heure actuelle (1). Son objectif est de maintenir l'état de santé qui, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité.

En effet, face au vieillissement de la population, conséquence directe de l'augmentation de l'espérance de vie ainsi que de l'avancée en âge des générations du baby-boom, cette question est importante pour l'organisation des soins et des services à la personne âgée, tant d'un point de vue social que d'un point de vue économique.

Selon l'INSEE, au 1^{er} janvier 2014 en France, les habitants âgés d'au moins 65 ans représentent 18% de la population avec 9,1% de plus de 75 ans (2). Ainsi, le pourcentage de séniors dans la patientèle des médecins augmente en conséquence.

Dès lors, le médecin généraliste a un rôle majeur dans la prise en charge du patient gériatrique de par sa position de premier interlocuteur, sa proximité, mais aussi sa connaissance du patient et sa capacité de suivi. L'objectif de maintien à domicile des personnes âgées pour éviter toute rupture avec leur environnement habituel est primordial, c'est pourquoi le dépistage de pathologies dès le stade des soins premiers a toute son importance.

Pour ce faire, il est important de mettre à la disposition des médecins généralistes des outils de prévention et de dépistage adaptés à leur pratique courante pour une meilleure prise en charge de la personne âgée. Le dépistage précoce des syndromes gériatriques en soins premiers est nécessaire afin de limiter le nombre et la durée des hospitalisations, les institutionnalisations, de maintenir l'autonomie et de freiner la survenue de dépendances.

De multiples outils sont disponibles, mais ils ne semblent pas toujours adaptés à la pratique quotidienne (temps de passation, pertinence, nécessité de formation du testeur...).

On se propose ici de déterminer la pertinence d'un nouvel outil de repérage de quatre grands syndromes gériatriques que sont les troubles cognitifs, le risque de chute, la dénutrition protéino-énergétique et la dépression en soins premiers chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Pour ce faire, cet outil sera testé puis évalué au cours de ce travail par le biais d'un groupe nominal composé de médecins généralistes du territoire Limousin.

Cet outil a été conçu par le Dr Delphine MARCHESSEAU gériatre au Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, dans un mémoire de capacité de gériatrie (3). Le but du test est d'alerter et de sensibiliser les médecins dans leur pratique quotidienne de premier recours, en restant le plus pratique et le moins chronophage possible et cela sans formation préalable.

On souligne qu'il ne permet pas de diagnostiquer une pathologie mais de suspecter la présence de certains troubles.

A l'issue de cette étape d'évaluation, il sera modifié selon les résultats obtenus afin de le rendre le plus pertinent possible et ainsi permettre son utilisation massive par les médecins généralistes.



I. Revue de la littérature

I.1. Le patient gériatrique

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës (4).

Les personnes âgées représentent une population extrêmement hétérogène en terme de santé, qu'il s'agisse de pathologies, de déficits fonctionnels ou d'activité sociale (5). Certaines personnes restent exemptes de pathologie sévère, ne présentent aucun déficit fonctionnel et maintiennent une activité sociale jusqu'à un âge très avancé.

Dans ce contexte, on comprend aisément que l'âge n'est qu'un indicateur partiel pour définir une personne âgée (5). L'espérance de vie s'accroissant, le critère d'âge de l'OMS de 65 ans pour définir la vieillesse devient par conséquent obsolète dans notre société. Elle reste néanmoins la borne d'âge la plus fréquemment utilisée dans la littérature médicale pour définir l'appartenance d'une personne au groupe des personnes dites « âgées ».

L'âge n'est cependant pas le critère de définition d'un patient gériatrique. Le profil gériatrique est plutôt déterminé par la présence concomitante de certaines caractéristiques. A mesure qu'elles avancent en âge, de plus en plus de personnes âgées correspondent à ce profil mais toute personne âgée n'est pas nécessairement gériatrique (6).

Les patients de 75 ans et plus dits « gériatriques » se caractérisent par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques (7). Le patient gériatrique justifie une approche particulière, à la fois globale et continue.

I.2. Les syndromes gériatriques

Le syndrome médical est une agrégation de signes et de symptômes associés à un processus morbide qui, ensemble, permettent de l'identifier (8). Autrement dit, c'est un ensemble de manifestations multiples d'un processus unique.

Le syndrome gériatrique, lui, est une condition qui est associée à une accumulation de déficiences en de multiples systèmes qui rend une personne vulnérable aux stress qui l'environnent.

Les personnes âgées sont susceptibles de développer toute pathologie, mais également ces syndromes gériatriques qui leur sont propres. Ces syndromes se définissent par une



augmentation de leur fréquence avec l'âge, le fait qu'ils sont la résultante de multiples facteurs (de facteurs favorisants chroniques dont les effets du vieillissement et de facteurs précipitants aigus), qu'ils ont pour conséquence un risque de perte d'autonomie, une entrée en institution, et dont la prise en charge est multifactorielle et nécessite une approche globale de la personne âgée (8).

Parmi ces nombreux syndromes gériatriques, nous en avons choisi quatre : les troubles cognitifs, le risque de chute, la dénutrition protéino-énergétique et la dépression. Cette sélection sera explicitée plus loin.

Le risque d'escarres, l'incontinence, la fragilité, les troubles du sommeil, les troubles visuels ont également été définis comme des syndromes gériatriques, et cette liste n'est pas exhaustive.

Le concept de fragilité est actuellement en plein essor c'est pourquoi nous rappelons ici cette notion.

La fragilité est définie par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) en 2011 comme un syndrome clinique qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve entraînant une altération des mécanismes d'adaptation au stress (9). Son expression clinique étant 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'évènements 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.

Celui-ci peut être divisé en trois stades :

- le stade de pré-fragilité, cliniquement silencieux, correspondrait à un stade où les réserves physiologiques seraient encore suffisantes pour permettre une réponse convenable de l'organisme aux situations de stress, avec une possibilité de récupération complète,
- l'état de fragilité est cliniquement reconnaissable car caractérisé par une récupération plus lente et souvent incomplète après la survenue d'une affection aiguë, d'une blessure ou d'un stress, témoignant de l'insuffisance des réserves physiologiques,
- les complications, c'est-à-dire le risque de chute, le déclin fonctionnel conduisant lui-même aux incapacités et au handicap, la polymédication, le risque accru d'hospitalisation, de ré-hospitalisation, de survenue d'infections nosocomiales, le recours au milieu institutionnel et le décès (10).

L'identification précoce et la prise en charge des pathologies et des « syndromes générateurs » de dépendance fonctionnelle doivent être encouragées (11). Or, contrairement au dépistage des pathologies habituelles (cardio-vasculaires...), celui des syndromes gériatriques est déficitaire. Il est nécessaire de proposer des mesures simples et efficaces pour le dépistage de ces syndromes en soins premiers.



I.2.1. Evaluation cognitive

Le diagnostic de démence est difficile car il s'appuie sur l'évolution des troubles, sur des explorations neuropsychologiques complexes et sur une anatomopathologie difficile à obtenir. Il repose sur les critères du DSM-V.

Selon l'étude Paquid (12), la démence touche 13,2% des hommes et 20,5% des femmes âgées de plus de 75 ans. La prévalence de la démence double tous les cinq ans au-delà de 65 ans pour atteindre 30 à 40 % des sujets de plus de 85 ans. Actuellement seulement 30 à 50% des démences seraient diagnostiquées.

La forte prévalence des démences, leur incidence croissante avec l'âge et le vieillissement de la population font du dépistage des troubles cognitifs un problème majeur de santé publique (13). Aujourd'hui, il est nécessaire que tous les médecins soient impliqués dans leur repérage, pas seulement les gériatres, et pour les aider plusieurs outils sont à leur disposition.

I.2.1.1 Mini-Mental State Examination (MMSE)

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans ses recommandations de diagnostic et prise en charge de la Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (14), préconise d'effectuer une évaluation globale de manière standardisée à l'aide du Mini-Mental State Examination (MMSE) dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO) qui ne préjuge d'aucune pathologie (Annexe 1). Il est facile d'utilisation, sa passation est relativement courte (10 minutes) et fournit une quantification des déficits qui permet une comparaison entre les patients et également d'en suivre l'évolution chez un même sujet. Mais son interprétation est parfois délicate car le niveau socio-culturel et l'état affectif influencent les résultats. Ainsi un score inférieur à 26 ou 24 (selon le niveau d'études) sur 30 doit faire suspecter une altération des fonctions cognitives.

Il ne permet pas, à lui seul, de faire le diagnostic de démence mais alerte sur la présence possible de troubles cognitifs.

I.2.1.2 Test des 5 mots de Dubois

Ce test explore rapidement la mémoire verbale épisodique, il fournit le moyen d'identifier un trouble spécifique du stockage des mots (15).

Il consiste en l'observation de l'apprentissage de 5 mots (de catégories sémantiques différentes) par le patient avec une aide à l'encodage, en permettant de contrôler l'enregistrement des mots et de faciliter si besoin leur récupération. La seconde étape est l'étude du rappel de cette liste. Un score inférieur à 10 est très susceptible de troubles cognitifs (Annexe 2).



I.2.1.3 Test de l'horloge

Ce test explore différentes fonctions mnésiques dont les praxies et l'orientation temporo-spatiale. Son temps de passation est bref (environ 5 minutes). Le patient doit représenter une heure précise sur un cadran d'horloge pré-imprimé. Un point est délivré pour chaque réponse exacte : tous les chiffres des heures de 1 à 12 doivent être présents, dans le bon ordre et dans la bonne position, avec les deux aiguilles, de bonne taille et elles-mêmes bien positionnées. Le score normal est de 7 sur 7. Un point perdu reflète une anomalie qui nécessite un bilan plus complet.

Le test présente une bonne sensibilité de détection de démence (même en cas de bas niveau socio-culturel) mais n'est pas spécifique de la maladie d'Alzheimer (16).

I.2.1.4 Fluences verbales

C'est un test simple de production du langage. Le sujet doit fournir le plus de mots possible dans une catégorie sémantique en un temps imparti (60 secondes). La performance correspond au nombre de mots générés pour chaque condition. Si le score est insuffisant (par rapport à des valeurs de référence prenant en compte l'âge, le sexe et le niveau d'étude) alors il faudra réaliser une exploration plus poussée des troubles cognitifs.

I.2.1.5 CODEX (Cognitive Disorders Examination)

C'est un test fiable de détection des troubles cognitifs du sujet âgé en 3 minutes (17). Il associe le test des trois mots du MMSE de Folstein au test de l'horloge simplifié. A l'aide d'un arbre décisionnel, il permet de définir quatre catégories de patients ayant un risque de démence très faible à très élevé.

Sa sensibilité de 92% et sa spécificité de 85%, en font un outil performant (Annexe 3).

I.2.1.6 Activities of Daily Living (ADL ou Activités de la Vie Courante) et Instrumental Activities of Daily Living (IADL ou Activités Instrumentales de la Vie Courante)

Ces deux échelles d'autonomie évaluent le retentissement de la perte cognitive ou fonctionnelle sur les activités quotidiennes. Leur temps de passation est de 5 minutes en interrogeant le patient et sa famille.

L'échelle ADL, créée par Katz et al., comporte 6 items évaluant les activités de la vie quotidienne : l'hygiène corporelle, les soins corporels, l'habillement, la miction et la défécation, la locomotion, l'alimentation (Annexe 4).

L'échelle IADL, conçue par Lawton et al., explore les activités instrumentales de la vie quotidienne avec 8 items : utilisation du téléphone, faire les courses, préparer les repas, entretenir le domicile, faire la lessive, utiliser les moyens de transport, prendre des médicaments, gérer un budget (Annexe 5).



I.2.1.7 BREF (Batterie Rapide d'Efficienc Frontale)

Elle constitue un test de dépistage spécifique aux troubles exécutifs à travers l'exploration de différents champs du domaine cognitif : la conceptualisation, la flexibilité mentale, la programmation, la sensibilité à l'interférence, le contrôle inhibiteur et l'autonomie environnementale. Un score inférieur à 15 sur 18 (ou inférieur à 16 si bas niveau scolaire) est considéré comme anormal (Annexe 6).

I.2.2. Risque de chute

Même si de plus en plus de personnes vieillissent en bonne santé, le vieillissement entraîne une fragilisation physique et fonctionnelle inéluctable. Par conséquent, le risque de chute est amplifié.

D'après le référentiel 2012 de l'HAS (18), toute chute, outre sa gravité immédiate, fait courir à la personne un risque majeur de perte d'autonomie et de désinsertion sociale, avec pour conséquence éventuelle une institutionnalisation.

On estime qu'un tiers des sujets de plus de 65 ans et la moitié de ceux de plus de 85 ans font une ou plusieurs chutes par an (19). Ces données sont minimisées par la proportion de chutes non déclarées qui n'ont pas eu de conséquences graves.

Selon l'INPES, les chutes sont la première cause de décès accidentel chez les plus de 65 ans. Chaque année 9 300 personnes âgées de plus de 65 ans décèdent des suites d'une chute. On estime que les trois quarts des décès provoqués par des chutes (on en dénombre 450 000 par an) surviennent chez les plus de 75 ans (20).

Des échelles de risque de chute ont été élaborées afin d'identifier le plus tôt possible au cours d'un examen médical de prévention, une personne à risque de chute.

I.2.2.1 Station unipodale

C'est une épreuve simple et rapide qui étudie les capacités d'équilibre statique (21). Elle consiste en le maintien de l'appui monopodal le plus longtemps possible. Le test est considéré comme pathologique si le patient est incapable de tenir 5 secondes en station unipodale, témoignant une instabilité posturale, et par conséquent un risque de chute.

I.2.2.2 Get up and go test

Le patient, préalablement installé sur un siège avec accoudoirs, doit se lever, marcher sur une distance de 3 mètres, faire demi-tour puis revenir à son siège, en faire le tour et se rasseoir (21). Le clinicien observe les transferts, les changements de direction et la marche pour évaluer la qualité de l'équilibre et donc le contrôle postural.



Les résultats sont ensuite exprimés en fonction d'une échelle cotée de 1 à 5 de la manière suivante : 1 absence d'instabilité, 2 test légèrement anormal (lenteur d'exécution), 3 moyennement anormal (hésitation, mouvements compensateurs), 4 anormal (le patient trébuche) et 5 fortement anormal (risque permanent de chute).

I.2.2.3 Timed up and go test

C'est la version chronométrée du Get up and go test, il est pathologique si le patient met plus de 20 secondes pour réaliser l'exercice (le seuil est de 14 secondes pour certains ouvrages) (21).

I.2.2.4 Test de Tinetti

Il dépiste les anomalies de la marche et de l'équilibre du sujet âgé. L'observation des anomalies de l'équilibre repose sur 13 situations posturales cotées selon trois niveaux : normal, adapté et anormal et l'observation de la marche sur 9 capacités différentes cotées normales ou anormales (21). Les anomalies peuvent être liées à une pathologie précise ou bien aux mécanismes de compensation et d'adaptation posturale nécessaires en cas de fragilité posturale.

De multiples versions sont disponibles. Celle qui est la plus utilisée a un score final de 28 points si le test est parfaitement normal. Un score entre 24 et 27 correspond à un risque de chute faible, de 20 à 23 un risque élevé, et s'il est inférieur à 20 alors le risque de chute est très élevé. Ce test nécessite une durée d'environ 10 minutes et demande une bonne participation du sujet (Annexe 7).

I.2.2.5 L'échelle de Berg

Elle comporte 14 items qui explorent l'équilibre au cours de plusieurs tâches de la vie quotidienne (Annexe 8). Chacun d'entre eux est noté de 0 (mauvais) à 4 (bon) selon la qualité du mouvement, la posture, le temps de réalisation. Le score maximal est de 56 et la valeur seuil est de 45 en dessous de laquelle le risque de chute est réel (21).

I.2.2.6 Poussée sternale

Un déséquilibre lors d'une poussée sternale est prédictif du risque de chute (21).



I.2.2.7 Walking and talking test ou test double tâche

Ce test se fonde sur l'observation selon laquelle les personnes âgées présentant des risques de chute s'arrêtent de marcher lorsqu'elles sont sollicitées sur un autre domaine d'attention, en particulier tenir une conversation ou répondre à une question par exemple (21).

I.2.3. Risque de dénutrition

La dénutrition protéino-énergétique est un déséquilibre entre apports nutritionnels et besoins de l'organisme (22). Des carences peuvent être observées même chez des personnes âgées paraissant en bonne santé. Une dénutrition entraîne des pertes tissulaires (en particulier musculaires) ayant des conséquences fonctionnelles délétères, qui favorisent l'apparition de pathologies ou aggravent le pronostic de maladies chroniques, ayant pour conséquence une perte d'autonomie, une augmentation du risque de décès.

Les grandes études épidémiologiques internationales montrent qu'environ 4% des personnes âgées qui vivent à domicile sont dénutries (5). Ce pourcentage se majore en corrélation avec la perte d'autonomie progressive.

De nombreuses situations sont à risque de dénutrition (23) comme la présence de pathologies chroniques (cancer, pathologies inflammatoires, alcoolisme chronique ...) mais également de facteurs plus spécifiques aux personnes âgées (traitement médicamenteux au long cours, troubles de la déglutition, régimes restrictifs, syndrome démentiel ...). Ceci fait du dépistage de la dénutrition un enjeu majeur de santé publique ; il repose sur l'identification de ces différentes situations, sur une enquête alimentaire et sur la mesure de marqueurs nutritionnels.

I.2.3.1 Enquête alimentaire

L'agenda des apports alimentaires fut longtemps préconisé sur 7 jours afin de couvrir les variations d'apports observées pendant une semaine. En pratique, il est fréquemment réalisé sur 3 jours avec ou sans pesée des aliments (évaluation du profil alimentaire et/ou des quantités consommées). Le rappel de l'alimentation des dernières 24h peut également être utilisé pour explorer les ingestats. Ces techniques deviennent irréalisables si le patient présente des troubles cognitifs.

I.2.3.2 Mesures anthropométriques

La mesure du poids et le calcul de la perte de poids doivent être effectués régulièrement (mesure avec une même balance si possible). La perte de poids est le premier signe d'alarme de dénutrition.



$$\text{pourcentage de perte de poids} = \frac{\text{ancien poids} - \text{nouveau poids}}{\text{ancien poids}}$$

Selon l'HAS, une perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois signe une dénutrition, en dehors de tout contexte de déshydratation, d'œdèmes, d'épanchements liquidiens (23).

Le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est un élément clé, avec un seuil de dénutrition si $IMC < 21 \text{ kg/m}^2$ chez la personne âgée. Néanmoins un $IMC \geq 21 \text{ kg/m}^2$ n'exclut pas le diagnostic de dénutrition (si obésité avec perte de poids).

$$IMC = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille (m)}^2}$$

Pour la mesure de la taille, la position debout mesurée à l'aide d'une toise est la méthode de choix. Si elle s'avère impossible, les formules de Chumlea à l'aide de la taille talon-genou sont utilisables.

Formules de Chumlea :

> femme taille (cm) = $84,88 - 0,24 \times \text{âge} + 1,83 \times \text{hauteur talon-genou (cm)}$

> homme taille (cm) = $64,19 - 0,04 \times \text{âge} + 2,03 \times \text{hauteur talon-genou (cm)}$

La mesure de la circonférence brachiale ou du mollet permet d'estimer la masse maigre c'est-à-dire la masse musculaire. Une circonférence brachiale (mesure à mi-distance acromion-olécrâne) inférieure à 22 cm ou une circonférence du mollet (mesure en son point le plus large) inférieure à 31 cm sont des marqueurs de risque de dénutrition.

La mesure du pli cutané tricipital à l'aide d'un compas de Harpenden, permet d'estimer la masse grasse et par conséquent les réserves énergétiques. Des normes sont disponibles en fonction de l'âge et du sexe.

I.2.3.3 Critères biologiques

Certaines protéines circulantes sont sensibles aux variations de l'état nutritionnel.

L'albumine est un bon reflet de l'état nutritionnel global (23). Sa durée de demi-vie est de 21 jours. Une valeur inférieure à 35g/L signe l'existence d'une dénutrition, mais elle n'est pas spécifique. Il est important de coupler son dosage à celui de la CRP car l'albumine est affectée par l'inflammation. Ainsi, on ne peut interpréter une albumine basse quand la CRP est élevée.

La pré-albumine, ayant une demi-vie de 2 jours, reflète les modifications récentes de l'état nutritionnel. Un dosage inférieur à 200mg/L est en faveur d'une dénutrition.



I.2.3.4 Mini Nutritional Assessment (MNA)

C'est un outil d'évaluation qui permet d'identifier les personnes âgées dénutries ou présentant un risque de dénutrition (23).

Il évalue différents facteurs cliniques, neuropsychologiques, anthropométriques, environnementaux mais aussi le mode de vie, la médication (Annexe 9).

Il repose sur 18 questions, avec l'obtention d'un score sur 30 points. Les 6 premières questions peuvent être utilisées seules comme test de dépistage, avec une notation maximum de 14 points. Si le score est supérieur ou égal à 12, le test est normal et il n'est pas nécessaire de poursuivre la suite du test. S'il est inférieur, alors il convient de le compléter par les 12 autres questions sur 16 points au total. Ainsi, si le score total est inférieur à 17 il révèle une dénutrition et un score entre 18 et 23,5 dépiste un risque de dénutrition. La durée complète de passation du test est de l'ordre de 20 minutes.

I.2.3.5 Critères HAS de dénutrition

La dénutrition est définie comme une perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois, et/ou un IMC < 21 , et/ou une albuminémie $< 35\text{g/L}$, et/ou MNA global < 17 .

La dénutrition sévère est définie comme : une perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois, et/ ou un IMC < 18 , et /ou une albuminémie $< 30\text{g/L}$ (13).

I.2.4. Risque de dépression

Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, la dépression serait sous-estimée car les critères du DSM-V ne sont pas adaptés à sa symptomatologie frustrée (24) (symptômes physiques prédominants, pseudo-démence, ralentissement psychomoteur) ou lorsqu'une pathologie chronique prend le dessus sur les symptômes psychiatriques.

Selon l'HAS, 5 à 15% de la population âgée souffrirait de dépression caractérisée. En 2007 en France 13% des plus de 65 ans et 18% des plus de 85 ans prenaient un traitement antidépresseur de façon régulière (25).

Les données épidémiologiques montrent que, dans cette population, la dépression augmente le recours aux soins, la dépendance et l'institutionnalisation. De plus, la dépression est associée à des risques somatiques, fonctionnels et suicidaires élevés.

La détection d'un trouble dépressif, surtout à un stade précoce n'est pas toujours facile à mettre en évidence chez un sénior. Nous allons présenter les outils de dépistage à disposition.



I.2.4.1 Geriatric Depression Scale (GDS) (Annexe 10)

C'est l'outil diagnostique de référence pour l'évaluation de la dépression du sujet âgé, elle prend en compte l'écueil des troubles physiques (24). Il s'agit d'un auto-questionnaire de 30 items. Néanmoins, elle ne suffit pas au diagnostic de dépression, qui sera confirmé par les critères du DSM-V ou de la CIM 10.

Un score inférieur ou égal à 10 signifie l'absence de dépression, de 11 à 20 une dépression légère et au-delà de 21 une dépression modérée à grave.

I.2.4.2 Mini-GDS

C'est une version raccourcie de la GDS en 4 items (24). Un score supérieur ou égal à 1 indique une très forte probabilité de dépression. Un tel score impose alors la réalisation de la GDS dans son intégralité ou de comparer les symptômes aux critères de la DSM-V.

Ces différents outils de dépistage des syndromes gériatriques peuvent être utilisés seuls, ponctuellement en rapport avec une suspicion clinique, ou intégrés au sein de véritables tests de dépistage de multiples syndromes gériatriques. L'objectif est alors le dépistage précoce de ces pathologies chez les personnes âgées qui semblent saines, afin d'avoir une action dès le début du processus pathologique et limiter ses conséquences.

Ainsi depuis la fin du XXe siècle, on assiste à l'émergence de différents tests de repérage des syndromes gériatriques.

I.3. Evaluation gériatrique globale

I.3.1. Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS)

Dans les années 1980, les Etats-Unis sont à l'initiative d'une nouvelle méthode d'évaluation gériatrique dans sa globalité médico-sociale : l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) ou Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) (26). L'objectif est le dépistage précoce des déficits afin de prévenir les décompensations ultérieures susceptibles d'altérer le pronostic fonctionnel et vital chez la personne âgée, et donc de diminuer la morbidité et la mortalité, ainsi que l'institutionnalisation et les coûts de la santé.

C'est une méthode diagnostique multidimensionnelle et interdisciplinaire, qui utilise des échelles validées au plan international explorant toutes les dimensions de la personne âgée tant d'un point de vue médical que psychique et social. Elle permet d'objectiver les capacités et performances de la personne âgée dans ces différents domaines pour instaurer des mesures préventives visant à devancer la survenue d'éventuels évènements indésirables et détecter des déficiences et insuffisances à un stade précoce. Son rôle est aussi d'évaluer les



ressources nécessaires dans le but de développer un plan de soins adapté pour le traitement et le suivi des patients.

La population cible est la population âgée, en particulier les personnes âgées fragiles, et cette évaluation ne doit pas être réalisée dans un contexte d'urgence.

L'EGS doit prendre en compte la polypathologie et la prescription médicamenteuse ; elle doit s'appuyer sur une anamnèse du patient, de sa famille et du médecin traitant ainsi que sur un examen clinique rigoureux.

Une analyse biologique doit être réalisée avec les dosages du ionogramme sanguin, de l'urée, de la créatinine avec clairance de la créatinine, d'une numération formule sanguine afin de démasquer des troubles métaboliques, une anémie ou une éventuelle insuffisance rénale grave ; elle permet aussi le dosage sanguin des marqueurs de dénutrition (albumine, pré-albumine et CRP).

Elle explore ensuite différents syndromes gériatriques par des tests validés ; néanmoins, devant l'absence de consensus international, les outils varient selon les pays mais tous évaluent les mêmes domaines.

Les fonctions cognitives sont évaluées à l'aide :

- du MMSE
- du test des cinq mots de Dubois
- du test de l'horloge
- du test de la fluence verbale (Set test d'Isaac)

L'évaluation de la dépression est objectivée par :

- la GDS mais on lui préfère la Mini-GDS

L'état nutritionnel est estimé grâce :

- aux mesures anthropométriques (poids, IMC (à l'aide ou non de l'équation de Chumléa))
- aux dosages sanguins de l'albumine, la pré-albumine, la CRP
- au MNA

Le risque de chute est déterminé avec :

- le test de l'appui unipodal
- le get up and go test
- la recherche d'hypotension orthostatique

La présence de troubles sphinctériens est recherchée, et leur étiologie est déterminée avec soin.

De même le dépistage de troubles sensoriels (visuels et auditifs) est réalisé.

Enfin l'autonomie est appréciée à l'aide des scores IADL et ADL.

L'évaluation sociale examine les conditions de vie (aménagement du domicile), le contexte socio-affectif (isolement social) et économique (aides humaines et matérielles : Allocation



Personnalisée d'Autonomie ...). La nécessité ou non d'une protection juridique est également estimée.

I.3.2. Le Gérontoquick

C'est une grille de dépistage rapide de quatre syndromes gériatriques : la démence, la dénutrition, les chutes et la fragilité (27). Ce test a été conçu dans l'objectif d'une utilisation facile au cabinet de médecine générale avec une durée d'utilisation d'environ 12 minutes.

Il rassemble (Annexe 11) :

- le CODEX pour l'évaluation des troubles cognitifs
- le Timed up and go test associé à la survenue ou non d'une chute dans l'année écoulée pour le risque de chute
- le calcul de l'IMC, l'albuminémie, et enfin le calcul de perte de poids pour quantifier une dénutrition avec une positivité des résultats si respectivement, l'IMC est inférieur à 21, l'albuminémie est inférieure à 35g/L, ou si la perte de poids est de plus de 10% en 6 mois ou 5% en 1 mois.
- 10 critères issus des critères de la littérature pour l'évaluation de la fragilité et de l'entourage médico-social, regroupés en trois catégories :
 - des facteurs médicaux : polypathologie et/ou polymédication, syndromes gériatriques (troubles cognitifs, dénutrition, trouble de la marche et risque de chute), hospitalisations récentes, force de préhension subjective,
 - des facteurs environnementaux : isolement, absence d'aidant principal ou fragilité de ce dernier,
 - des facteurs sociaux : refus d'aide et déni des difficultés, absence ou insuffisance d'aides, difficulté à réaliser des tâches ménagères quotidiennes, difficulté de gestion des médicaments (éléments de l'IADL).

Les praticiens ayant testé cet outil l'estimaient pertinent et ergonomique (découverte d'une pathologie méconnue chez près de trois quarts des patients), néanmoins sa durée de passation ne leur paraissait pas compatible avec une consultation de routine de médecine générale mais plutôt lors d'une consultation dédiée.

I.3.3. The Gerontopole Frailty Screening Tool (GFST ou Grille de repérage de la fragilité du Gérontopôle de Toulouse)

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ceux-ci afin de retarder la dépendance dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables.

Un questionnaire élaboré par le Gérontopôle de Toulouse a été retenu comme pertinent par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie et par le Conseil National Professionnel de Gériatrie pour le repérage de la fragilité en soins premiers (9). Six questions permettent de détecter les principaux critères de fragilité de Fried ainsi que l'isolement social, la plainte



mnésique et la vitesse de marche sur 4 mètres. De plus, il tient compte du « sens clinique » du professionnel de santé (Annexe 12).

Cette méthode de dépistage proposée est faisable en consultation de médecine générale (28). C'est un test fiable, reproductible et bref ; il peut être réalisé par le médecin traitant ou par un autre soignant de premier recours : infirmière, pharmacien, kinésithérapeute, aide-soignante, etc.

En cas de positivité du test, une évaluation gériatrique est ensuite proposée au patient.

Le repérage de la fragilité est la première étape d'une séquence comprenant l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions de prévention formalisées dans un plan personnalisé de soins (PPS).

I.3.4. Evaluation gériatrique adaptée au contexte d'exercice du médecin généraliste de la Société Française de Médecine Générale

Un groupe de pairs de Villiers St Georges, de la Société Française de Médecine Générale, a créé en 2015 un questionnaire (Annexe 13) permettant de déterminer si, oui ou non, une évaluation plus approfondie devrait être effectuée et, si elle était effectuée, quels seraient les objectifs attendus pertinents et réalisables en termes de dépistage, de qualité des soins, de qualité de vie et de sécurité du patient (29).

Cette grille conçue par des médecins généralistes, pour des médecins généralistes peut être facilement utilisée telle quelle en consultation.

I.3.5. Le Test d'Alerte Gériatrique (TAG)

Dans l'étude du CHU de Nantes de 2011 menée par A. Sonnic et al (30), le Test d'Alerte Gériatrique est présenté comme un outil de repérage des personnes âgées pour lesquelles l'EGS est indiquée.

C'est un questionnaire de 6 items réalisable lors d'une consultation externe hospitalière d'une spécialité non gériatrique : les questions évaluent la survenue d'une chute ayant entraîné une consultation ou une hospitalisation dans les trois derniers mois ; l'existence d'une perte de poids ou d'une perte d'appétit ; la présence d'une altération de la vue ou de l'audition ; le besoin d'aide dans la vie quotidienne ; la présence d'une altération des fonctions cognitives ; enfin la sixième question est ouverte invitant le médecin à indiquer si un avis gériatrique est nécessaire et pour quelle raison.

Le TAG est considéré comme positif si au moins une réponse est positive à l'un des items.

Il permet d'évaluer tous les patients qui en ont besoin et 60 % d'entre eux en tireront une information utile sur l'un des critères de l'EGS.

Ce test n'a pas été évalué en soins premiers.



I.3.6. Le Functional Assessment Screening Package

Le Functional Assessment Screening Package (31) est un questionnaire anglo-saxon d'évaluation gériatrique simple. Destiné aux médecins généralistes, il permet de dépister rapidement des troubles fonctionnels chez la personne âgée fragile et de proposer des solutions adaptées (consultation spécialisée, bilan mémoire, rééducation, compléments nutritifs, exercice physique, traitement antidépresseur...).

Il examine 11 domaines (vision, audition, motricité des bras et des jambes, incontinence, nutrition, mémoire, dépression, vie quotidienne, habitat, social) soit par une question unique soit par un test fonctionnel rapide (Annexe 14).

I.3.7. ISAR (Identification of senior at risk)

Au Canada, le score ISAR a été publié par McCusker à la fin des années 1990 (32), il permet de prédire le déclin cognitif, la dépression, la mortalité et l'institutionnalisation avec une bonne valeur prédictive chez les personnes de plus de 65 ans admises aux urgences.

Cet outil est simple d'utilisation et est composé de 6 questions binaires qui ne requièrent pas de compétences, il est fondé sur l'interrogatoire du patient et/ou de son entourage et prend moins de cinq minutes (Annexe 15).

Un patient est considéré à risque «d'événement indésirable» avec un score supérieur ou égal à 2 et nécessite une évaluation gériatrique plus poussée.

I.3.8. Le score SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment ou Sommaire d'Evaluation du Profil Gériatrique à l'Admission)

La grille SEGA développée par l'équipe du Professeur Swine (33), est validée pour une utilisation dans les services d'urgences. L'objectif est de prévenir les complications des hospitalisations non programmées chez les patients âgés.

Sa version modifiée est en cours de validation en ambulatoire et est utilisée par de nombreux réseaux de gérontologie et par des généralistes auprès des patients âgés.

Elle comprend deux volets : le volet A porte sur le signalement et les caractéristiques relatives au profil gériatrique (âge, lieu de vie, médicaments, fonctions cognitives et fonctionnelles, humeur, comorbidités). Le volet B évalue la vulnérabilité sociale et financière.

21 domaines sont analysés, ils sont empiriquement pondérés 0, 1 ou 2 en fonction de l'importance du déficit constaté par l'examineur.

Cette appréciation globale basée sur l'interrogatoire est particulièrement adaptée au contexte de l'urgence, où il est nécessaire d'avoir des outils décisionnels quantitatifs sans test fonctionnel qui ne serait pas réalisable.



I.4. Etat des lieux sur le dépistage de ces syndromes en soins premiers

Malgré l'importance de la prévalence de ces différents syndromes gériatriques, nous constatons une nette insuffisance de leur dépistage en soins premiers.

En 2008, une étude s'est intéressée aux freins des généralistes quant à l'utilisation de 10 tests et échelles en ambulatoire (34) qu'ils aient un objectif de dépistage gériatrique ou non. 121 médecins généralistes de la Charente étaient inclus, un questionnaire permettait de recueillir les informations sur leur pratique. Ainsi, les résultats montrent que les tests les plus anciens (MMS, MNA, mini-GDS...) sont connus par plus de 50% des médecins alors que les plus récents sont connus par seulement un tiers d'entre eux et sont les moins utilisés (20% au plus). L'utilisation systématique, tous tests confondus, ne dépasse jamais 30% des médecins. Le principal frein à l'utilisation des tests est le manque de formation (53%), a priori peu efficace dans ce domaine. 20 à 60% des médecins qui connaissent les tests ne les utilisent pas, principalement en raison de doutes quant à leur utilité (38%).

De façon générale, les tests et échelles de dépistage sont sous-utilisés en soins premiers témoignant de la nécessité de développer des outils pertinents, faisables et utiles pour les médecins généralistes.

Une étude réalisée en 2013 auprès de 84 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle visait à évaluer leurs pratiques d'utilisation des tests et échelles gériatriques (35). Les objectifs étaient de réaliser une analyse quantitative déclarative de l'emploi en consultation de douze de ces tests, d'évaluer l'intérêt que les médecins leur portent ainsi que des obstacles qu'ils soulèvent. Ainsi, 34,5 % des médecins n'avaient jamais recours à ces outils et 37 % en utilisaient régulièrement. Les instruments utilisés majoritairement étaient le MMSE de Folstein, la grille AGGIR, le test de l'horloge et le test des 5 mots de Dubois. Parmi les médecins formés 85,5 % en faisaient usage, avec une fréquence plus soutenue. Dans cet échantillon, 51 % les jugent inadaptés à leur pratique. Les principaux obstacles à leur utilisation étaient le temps nécessaire, le défaut de formation, le recul du rôle du généraliste et l'absence de cotation.

Là encore, les médecins jugent les outils à visée gériatrique inadaptés et ceux-ci sont alors sous-utilisés.

Une thèse d'exercice sur la place des outils d'évaluation des syndromes gériatriques en consultation de médecine générale en 2016 (36) montre que 30,4% des 46 médecins interrogés n'utilisaient jamais de test de dépistage des troubles de la marche, 26,7% n'employaient pas de test évaluant l'état nutritionnel, 28,3% n'évaluaient pas l'état thymique et 15,2% n'utilisaient jamais de tests d'évaluation cognitive. Ils évoquaient, tout comme dans l'étude précédente, le manque de temps pour les réaliser, la rémunération insuffisante, la nécessité de mise à jour de leurs connaissances personnelles, et certains n'y trouvaient pas d'intérêt dans la vie pratique.



II. Présentation de l'outil

II.1. Le choix des syndromes gériatriques

Les syndromes gériatriques qui nécessitent un dépistage systématique sont ceux dont l'association avec la survenue de la dépendance fonctionnelle a été démontrée (11). Bien sûr, ceux qui entraînent une diminution de la qualité de vie ne sont pas à négliger pour autant.

Ainsi, les troubles cognitifs, le risque de chute, la dénutrition et la dépression sont associés de manière significative au déclin fonctionnel. Au-delà de leur impact épidémiologique important, ils sont apparus particulièrement sous-diagnostiqués, c'est pourquoi ils ont été choisis pour cet outil.

II.2. Le choix des tests

Les différents tests sélectionnés dans cet outil ont été choisis devant leur caractère facilement réalisable en cabinet ou au domicile du patient, en un minimum de temps, nécessitant peu de formation au préalable et sans matériel spécifique. Le but n'étant pas de créer une grille efficace de dépistage mais plutôt de sélectionner des tests ou des questions pertinentes pouvant alerter le médecin généraliste (3).

Comme nous l'avons vu, l'HAS préconise le repérage des troubles cognitifs à l'aide du MMSE, cependant ce test est de réalisation longue et peu compatible avec la durée d'une consultation de soins premiers. Les autres tests décrits semblent également longs ou n'évaluent pas l'ensemble des champs mnésiques. Ainsi, le test choisi ici est le CODEX, qui paraît être le plus adapté aux contraintes de l'exercice libéral.

Concernant l'évaluation du risque de chute, la recherche d'un antécédent de chute dans l'année précédente est apparue pertinente. En effet, la réponse positive à cette question constitue un réel facteur de risque de récurrence, et il n'est pas rare qu'une chute reste inconnue aussi bien de l'entourage que du personnel soignant. A cela est ajouté le test de l'appui unipodal, qui peut être pratiqué sans contrainte de lieu ni de matériel, et dont la démarche est simple. Nous soulignons que le Timed up and go test a été volontairement écarté, malgré les recommandations de l'HAS, devant la trop faible utilisation de ce test par les médecins en pratique quotidienne.

Les patients à risque de dénutrition sont dépistés par le biais de la perte de poids et de l'IMC. En s'inspirant des critères HAS de dénutrition mais sans tenir compte du MNA (difficilement réalisable en ambulatoire) et du dosage de l'albumine (qui n'est pas systématiquement fait), le poids et la taille restent des mesures facilement évaluables en



cabinet de ville et à domicile si l'on utilise toujours les mêmes outils de mesure. Ainsi toute perte de poids supérieure à 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois, de même qu'un IMC inférieur à 21 doit faire suspecter un état de dénutrition. Si le patient ne peut être pesé, c'est la mesure de la circonférence brachiale qui est retenue.

Enfin, la mini-GDS semble être le test de choix pour le repérage d'une dépression. La GDS 30 ou 15 items demandant un temps de passation trop long. Son absence de validité chez le patient dément obligera le praticien à utiliser une autre grille d'évaluation de la dépression le cas échéant.

II.3. L'outil de repérage de quatre des grands syndromes gériatriques

Cet outil de repérage de quatre des grands syndromes gériatriques que sont les troubles cognitifs, le risque de chute, la dénutrition protéino-énergétique et la dépression s'inspire de l'Evaluation Gériatrique Standardisée et s'appuie également sur les différentes grilles sus-citées déjà proposées et testées pour la médecine de premiers recours (Annexe 16).

Ce dernier a été créé avec l'objectif de fournir un outil d'alerte vis-à-vis de diverses pathologies gériatriques, réalisable au cours de soins premiers (consultation de routine au cabinet, visite à domicile...).

Les recommandations concernant l'âge auquel débiter un dépistage sont imprécises. Néanmoins, la prévalence de la plupart des syndromes gériatriques augmentant rapidement au-delà de 75 ans, on recommande leur repérage à partir de cet âge (ou plus tôt chez les patients déjà fragiles ou ayant de nombreuses comorbidités ...). Nous avons choisi ici de tester notre outil auprès des personnes de plus de 75 ans, en dehors de toute pathologie aiguë.

Il devrait être réalisé au moins une fois par an si la situation du patient est stable, ou à distance de toute nouvelle aggravation de l'état de santé du patient.

En effet, le dépistage précoce de ces syndromes entraînerait la réalisation d'une consultation dédiée (de médecine générale, de gériatrie...) dans le but d'éviter la survenue d'une pathologie, de prendre en charge une maladie à la phase initiale, d'éviter les complications, de préserver l'autonomie, de limiter les hospitalisations ainsi que les risques de décès...

De fait, lorsque l'outil permet la mise en évidence d'un ou de plusieurs syndromes gériatriques, le médecin testeur sera alors attentif aux résultats et en fonction des domaines de compétences concernés, il fera le choix d'organiser une consultation dédiée. Ainsi il pourra :

- programmer une nouvelle consultation en soins premiers afin d'approfondir la suspicion clinique par d'autres tests plus spécifiques,
- orienter le patient vers une consultation de spécialité gériatrique afin de réaliser une évaluation gériatrique globale, un bilan mémoire, etc.
- adresser le patient à un confrère de spécialité médicale orientée (psychiatre, nutritionniste,...) afin de prendre en charge les troubles le plus tôt possible s'il le juge nécessaire.



III. Matériel et méthodes

III.1. Travail de lisibilité de l'outil

L'une des premières étapes de ce travail a été d'améliorer la lisibilité de l'outil, afin d'obtenir une vision rapide et efficace de notre objectif, c'est-à-dire le repérage des quatre syndromes gériatriques déjà définis.

Avec l'aide de Monsieur Arnaud Monville, infographiste, l'outil a été repensé de manière à simplifier son aspect global, permettre un gain de temps lors de son utilisation et rendre le test attractif pour les médecins généralistes.

Par la suite, cette version modifiée de l'Outil de repérage a été validée par le Dr Marchesseau.

III.2. Technique du groupe nominal

III.2.1. Objectif de l'étude

L'objectif de notre travail était de déterminer la pertinence d'un nouvel outil de repérage de quatre des grands syndromes gériatriques (troubles cognitifs, risque de chute, dénutrition, dépression) en soins premiers, chez les personnes âgées de plus de 75 ans.

L'objectif secondaire était de modifier l'outil après analyse.

Comme nous l'avons précédemment décrit, de nombreux tests sont déjà à la disposition des praticiens. Nous avons donc essayé de répondre à notre objectif, à l'aide d'une étude qualitative par la technique du groupe nominal.

III.2.2. Population étudiée

La population concernée était la patientèle de médecins généralistes du territoire Limousin.

Les critères d'inclusion étaient l'âge supérieur à 75 ans, et l'inclusion lors de soins premiers, que ce soit au cabinet ou en visite à domicile (y compris en maison de retraite).

Les critères d'exclusion étaient la survenue de toute pathologie aiguë en cours susceptible d'entraîner une diminution des capacités fonctionnelles pouvant fausser les résultats (infection, poussée d'insuffisance cardiaque, etc.), ou tout trouble de la communication important empêchant la réalisation du test.

Le consentement éclairé des patients était demandé de façon orale lors de chaque réalisation du test.



III.2.3. Le groupe nominal

Quatre méthodes de consensus sont classiquement décrites dans la littérature (37) : la ronde Delphi, le groupe nominal, la RAND/UCLA Appropriateness method, la conférence de consensus (38) ; elles sont définies comme une manière de synthétiser l'information et de confronter des avis différents, dans le but de définir le degré de l'accord au sein d'un groupe d'individus sélectionnés.

Leur intérêt réside dans les cas où l'opinion des professionnels n'est pas unanime, en raison de l'absence de données de la littérature, de données d'un niveau de preuve faible ou de données contradictoires. Leurs caractéristiques sont rapidement exposées en Annexe 17.

La méthode choisie est celle du groupe nominal, dont l'objectif est de classer, prioriser, hiérarchiser des questions, des propositions, des actions à réaliser dans le but d'élaborer les « recommandations de bonne pratique » (38) qui sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Elles s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour aider la prise de décision dans le choix des soins, harmoniser les pratiques, réduire les traitements et actes inutiles ou à risque, réduire les ruptures dans les parcours de santé.

Le but est d'améliorer la prise en charge des patients, et donc des soins qui leur sont apportés.

Les sources retenues sont les articles fondateurs de Delbecq et Van de Ven (39), la synthèse parue dans la revue *Exercer* n°99 (40), et l'analyse de Bourrée et al (37).

Le groupe nominal doit regrouper de 5 à 9 participants. Le principe est de récolter des informations en classant une série d'items ou de questions au cours d'une réunion. Cette réunion est animée par un coordinateur soit professionnel du sujet traité soit sans expertise dans le domaine. Les interactions se font essentiellement entre le coordinateur et chaque membre du groupe pour éviter les phénomènes de dominance (37).

Les membres de notre groupe étaient des médecins généralistes en activité du territoire Limousin, ils sont dit « experts » de la question à traiter par leur rôle de premiers recours auprès de la personne âgée. L'expert est toute personne ayant une bonne connaissance pratique, politique, légale ou administrative d'un sujet précis et ayant une légitimité suffisante pour exprimer un avis représentatif du groupe d'acteurs auquel elle appartient (37).

Notre étude s'est déroulée en deux parties successives.

Dans un premier temps, tous les membres du groupe nominal ont reçu une bibliographie des dernières avancées sur le sujet, ils ont ensuite été invités à appliquer notre nouvel outil de repérage auprès de leur patientèle de plus de 75 ans quelle qu'elle soit, au cours de soins premiers de routine, au cabinet ou à domicile, en dehors de toute pathologie aiguë et cela de façon totalement anonyme.

La seconde partie a été de réunir l'ensemble des membres du groupe pour une table ronde avec retour d'expériences afin de discuter la pertinence du test, avec un fonctionnement standardisé.



En effet, les étapes de réalisation sont organisées ; en premier lieu on procède à la génération silencieuse des idées des participants sur papier libre de façon individuelle, en répondant à la question émise par l'animateur. Les idées sont ensuite énoncées à tour de rôle, une seule réponse à la fois. L'animateur les écrit au fur et à mesure au tableau. L'étape suivante est de clarifier les propositions et vérifier qu'elles ont le même sens pour tous en effectuant un tour de table rapide et en regroupant les réponses similaires. Enfin vient la cotation individuelle de l'importance relative des énoncés. Ceux qui reçoivent le plus grand nombre de points constituent les priorités du groupe. L'animateur comptabilise ensuite les points obtenus par chaque énoncé.

Notre analyse s'est intéressée successivement :

- au choix des axes d'évaluation (les quatre syndromes gériatriques),
- à la méthode d'évaluation,
- à la stratégie décisionnelle,
- à la faisabilité du test et ses modalités (acceptabilité, réticences, conditions pratiques de réalisation, réactions des patients...).

Ce travail de recherche nous a fourni une synthèse détaillée permettant de répondre à notre question de travail qui était l'évaluation de la pertinence de notre outil de dépistage.

III.2.4. Le recrutement des participants

Une liste d'experts potentiellement intéressés par le sujet a été délibérément élaborée au préalable, puis tous ont été contactés par téléphone ou par mail. Lors de ces échanges, le projet leur a été succinctement présenté ainsi que le déroulement d'un groupe nominal.

10 médecins généralistes du territoire Limousin se sentaient concernés et motivés pour participer.

Tous ont reçu un courrier explicatif de notre étude (Annexe 18) et un livret bibliographique.

Parmi les 10 médecins, 9 étaient présents le jour du groupe nominal :

- le Pr Nathalie Dumoitier, médecin généraliste à Limoges (Haute-Vienne)
- le Pr Dominique Ménard, médecin généraliste à Oradour-sur-Glane (Haute-Vienne)
- le Dr Jean-Marc Jacob, médecin généraliste à Lubersac (Corrèze)
- le Dr Bruno Coquillaud, médecin généraliste à Isle (Haute-Vienne)
- le Dr Martine Pelaudeix, médecin généraliste à Ambazac (Haute-Vienne)
- le Dr Coralie Bureau-Yniesta, médecin généraliste à Limoges (Haute-Vienne)
- le Dr Nadège Collet, médecin généraliste à Saint-Yrieix-la-Perche (Haute-Vienne)



- le Dr Karen Rudelle, médecin généraliste à Saint-Yrieix-la-Perche (Haute-Vienne)
- le Dr Julien Soullier, médecin généraliste à Le Vigen (Haute-Vienne)

Ce groupe d'experts était composé de cinq femmes et quatre hommes. Parmi-eux, trois exerçaient en milieu urbain ou semi-urbain et six en milieu plutôt rural. Sept travaillaient en cabinet de groupe, un au sein d'une maison de santé et un exerçait seul.

III.2.5. L'analyse des données

La technique du groupe nominal permet l'énonciation d'un certain nombre d'items par les participants. Ces réponses constituent un matériau brut que l'on peut ensuite analyser. Chacune d'entre elles est pondérée par les experts selon une échelle ordonnée de 0 à 9, correspondant à la priorité (40). 0 représentant l'importance la plus faible et 9 la plus élevée, donc une proposition prioritaire avec un accord fort (41,42).

Par la méthode du groupe nominal modifié, les calculs de la moyenne, de l'écart-type des cotations individuelles des propositions et de leur variance peuvent être détaillés. Il est alors possible de définir à partir de la moyenne des intervalles numériques une atteinte ou non du consensus, lâche ou strict selon l'étendue de la variance. En général, une moyenne inférieure à 3 entraîne un rejet du consensus, de 4 à 6 une ambiguïté, et supérieure à 7 un consensus. Plus la variance de la proposition approche 0, plus le consensus est strict donc fort (40).

Dans de nombreuses études utilisant la technique du groupe nominal, l'énoncé est considéré notable lorsqu'il totalise plus des 2/3 du score maximal pouvant être obtenu.

Ainsi dans notre étude dès lors que le cumul des points était de plus de 54 (soit 2/3 de 81 points), l'énoncé avait une réelle importance.

Indépendamment des cotations, les items constituaient des données pouvant être soumises à une analyse qualitative.



IV. Résultats

IV.1. Caractéristiques du groupe nominal

Le groupe nominal s'est déroulé le samedi 17 juin à 9h dans les locaux de la faculté de Médecine et Pharmacie de Limoges. Les 9 médecins généralistes sus-cités étaient présents et leur réflexion sur le sujet a duré 4 heures environ.

Nous avons assuré le rôle d'animateur et de secrétaire de séance.

IV.2. Les propositions obtenues

Le groupe nominal a permis de nombreux échanges entre les experts avec l'obtention finale de 59 propositions lors d'un unique tour réalisé. Les participants les ont pondérées au cours de la réunion et les scores ont été recueillis de façon anonyme par le secrétaire de séance afin d'en extraire les données. Ainsi pour chaque item le nombre total de points, l'écart-type, la moyenne et la variance ont ensuite été calculés.

IV.2.1. L'étude du choix des axes d'évaluation

La première question proposait une réflexion sur le choix des 4 axes d'évaluation (c'est-à-dire les troubles cognitifs, le risque de chute, la dénutrition et la dépression). Les propositions ont été les suivantes :

Tableau 1 : Items obtenus pour le choix des axes d'évaluation

I Choix des 4 axes d'évaluation	Pts	E-t	Moy	Var	C
1 Outil de repérage	69	1,5	7,67	2,25	OUI
2 Anthropométrie trop réductrice pour la dénutrition	33	2,12	3,67	4,5	non
3 Manque critère socio-environnemental et culturel	79	0,44	8,78	0,19	OUI
4 Manque déficits sensoriels	53	2,32	5,89	5,36	non
5 Manque fonctions exécutives (autonomie, IADL)	50	1,81	5,56	3,28	non
6 Indiquer lieu de consultation (visite/cabinet)	40	2,79	4,44	7,78	non
7 Manque dépendance médicament, addiction médicament	41	2,60	4,56	6,78	non
8 Itrogénie	54	2	6	4	non
9 Manque critère vitesse de marche	56	1,72	6,22	2,94	non
10 Préciser l'objectif du test (repérage fragilité? démence?)	66	2,06	7,33	4,25	OUI

Pts = points cumulés ; E-t = écart-type ; Moy = moyenne ; Var = variance ; C = consensus



IV.2.2. L'appréciation de la méthode d'évaluation

Nous avons individualisé les quatre parties du test, permettant d'affiner les propositions pour chaque méthode de dépistage.

IV.2.2.1 La méthode de dépistage des troubles cognitifs

Les suggestions émises par les experts concernant la méthode d'évaluation de la présence de troubles cognitifs ont été les suivantes :

Tableau 2 : Items obtenus pour la méthode d'évaluation des troubles cognitifs

II Méthode d'évaluation	Pts	E-t	Moy	Var	C
1) Cognition					
1 Manque fonctions exécutives	61	2,54	6,78	6,44	non
2 CODEX validé, rapide, pertinent	71	1,36	7,89	1,86	OUI
3 Difficultés orientation spatiale : non adaptée	69	2,92	7,67	8,50	OUI
4 Propositions orientations temporelles :					
a Jour de la semaine	80	0,33	8,89	0,11	OUI
b Mois	70	2,95	7,78	8,69	OUI
c Saison	68	2,01	7,56	4,03	OUI
d Année	74	1,99	8,22	3,94	OUI
e Président actuel	53	2,98	5,89	8,86	non

Pts = points cumulés ; **E-t** = écart-type ; **Moy** = moyenne ; **Var** = variance ; **C** = consensus

IV.2.2.2 La méthode de repérage du risque de chute

Ont été présentés ci-après les résultats obtenus pour le repérage du risque de chute de la personne âgée de plus de 75 ans :



Tableau 3 : Items obtenus pour la méthode d'évaluation du risque de chute

II Méthode d'évaluation	Pts	E-t	Moy	Var	C
2) Chutes					
1 Items adaptés pour un repérage précoce	60	2,96	6,67	8,75	non
2 Ajouter les circonstances de la chute	72	1,32	8	1,75	OUI
3 Rajouter un test de marche	63	1,41	7	2	OUI
4 Confirmer les réponses par l'entourage (si troubles cognitifs)	59	2,40	6,56	5,78	non
5 Intérêt station unipodale	34	2,73	3,78	7,44	non
6 Rajout "pensez vous que votre patient a un risque de chute?"	55	2,89	6,11	8,36	non
7 Préciser si la chute a eu des conséquences (chute compliquée)	66	2,55	7,33	6,5	OUI

Pts = points cumulés ; **E-t** = écart-type ; **Moy** = moyenne ; **Var** = variance ; **C** = consensus

IV.2.2.3 La méthode de dépistage d'une dénutrition

Les experts ont dégagé 6 items au sujet du repérage d'une dénutrition ; nous les avons présentés ci-dessous :

Tableau 4 : Items obtenus pour la méthode d'évaluation de la dénutrition

II Méthode d'évaluation	Pts	E-t	Moy	Var	C
3) Dénutrition					
1 Trop réducteur	54	3,64	6,00	13,25	non
2 Identifier les circonstances de perte de poids	77	0,53	8,56	0,28	OUI
3 Prendre en compte l'état dentaire (denture)	66	2,12	7,33	4,5	OUI
4 Rajout d'un item "nombre de repas par jour"	44	2,32	4,89	5,36	non
5 Suppression circonférence brachiale	81	0	9	0	OUI
6 Intérêt de l'IMC	32	3,13	3,56	9,78	non

Pts = points cumulés ; **E-t** = écart-type ; **Moy** = moyenne ; **Var** = variance ; **C** = consensus

IV.2.2.4 La méthode d'évaluation du risque de dépression

Enfin les propositions concernant l'évaluation de la méthode de dépistage de la dépression ont été exprimées :



Tableau 5 : Items obtenus pour la méthode d'évaluation de la dépression

II Méthode d'évaluation	Pts	E-t	Moy	Var	C
4) Dépression					
1 Intérêt du test validé	36	2,69	4,00	7,25	non
Ne poser qu'une question :					
2 "Etes vous heureux la plupart du temps?"	75	0,71	8,33	0,5	OUI
3 "Avez-vous des projets?"	15	1,50	1,67	2,25	non
4 Etayer la réponse à cette question par l'avis de l'entourage	31	2,40	3,44	5,78	non
5 Test trop binaire	42	3,54	4,67	12,50	non

Pts = points cumulés ; E-t = écart-type ; Moy = moyenne ; Var = variance ; C = consensus

IV.2.3. L'évaluation de la stratégie décisionnelle

La troisième question permettait une réflexion sur la stratégie décisionnelle du test. 5 énoncés ont été évoqués :

Tableau 6 : Items obtenus pour la stratégie décisionnelle

III Stratégie décisionnelle	Pts	E-t	Moy	Var	C
1 Stratégie décisionnelle actuelle trop complexe	71	2,62	7,89	6,86	OUI
2 Proposition : si échec à l'un des 4 axes > évaluation globale	80	0,33	8,89	0,11	OUI
3 Adjectif "dédié" trop flou	52	2,95	5,78	8,69	non
Si risque de dépression élevé :					
4 ajouter item "approfondissement rapide"	47	3,38	5,22	11,44	non
5 ajouter item "consultation diagnostique"	67	2,65	7,44	7,03	OUI

Pts = points cumulés ; E-t = écart-type ; Moy = moyenne ; Var = variance ; C = consensus

IV.2.4. Forme et faisabilité du test

Le dernier thème abordé était la forme et la faisabilité de l'outil de repérage. Les propositions ont été classées en 5 sous-parties après regroupement des réponses similaires.

IV.2.4.1 L'évaluation de la forme de l'outil

4 items ont été individualisés lors de la réflexion sur la forme de l'outil :



Tableau 7 : Items obtenus pour la forme du test

IV Forme et faisabilité du test	Pts	E-t	Moy	Var	C
1) Forme					
1 Augmenter la taille du schéma de l'horloge	80	0,33	8,89	0,11	OUI
2 Affichage par blocs, format paysage	69	2,96	7,67	8,75	OUI
3 Code couleur de stratégie décisionnelle non adapté	76	0,73	8,44	0,53	OUI
4 Typographie non adaptée (flèches, taille des caractères)	75	1	8,33	1	OUI

Pts = points cumulés ; **E-t** = écart-type ; **Moy** = moyenne ; **Var** = variance ; **C** = consensus

IV.2.4.2 Les consignes de passation

Le second objectif était l'analyse des consignes de passation des différents tests, les résultats obtenus ont été présentés ci-dessous :

Tableau 8 : Items obtenus pour l'évaluation des consignes du test

IV Forme et faisabilité du test	Pts	E-t	Moy	Var	C
2) Consignes					
1 Absence de nécessité de respecter un ordre de passation	80	0,33	8,89	0,11	OUI
2 Nécessité d'une notice pour le médecin :					
a Test de l'horloge	79	0,67	8,78	0,44	OUI
b Test des 3 mots	79	0,67	8,78	0,44	OUI
3 Proposition de rajout d'une information incitative pour le patient :					
a En salle d'attente	50	4,03	5,56	16,28	non
b Courrier individuel	32	3,84	3,56	14,78	non

Pts = points cumulés ; **E-t** = écart-type ; **Moy** = moyenne ; **Var** = variance ; **C** = consensus

IV.2.4.3 L'analyse du « fond » de l'outil

Le contenu de l'outil a ensuite été traité, permettant l'obtention de ces 3 propositions :



Tableau 9 : Items obtenus pour l'évaluation du contenu du test

IV Forme et faisabilité du test	Pts	E-t	Moy	Var	C
3) Contenu					
1 Titre non approprié	63	2,87	7,00	8,25	OUI
2 Cadre "antécédents" non pertinent	66	2,92	7,33	8,50	OUI
3 Nécessité de rajouter le traitement (psychotropes, B-bloquants)	34	3,99	3,78	15,94	non

Pts = points cumulés ; E-t = écart-type ; Moy = moyenne ; Var = variance ; C = consensus

IV.2.4.4 Les critères d'inclusion

Les modalités d'inclusion ont été explorées par nos experts, 4 nouveaux items ont alors été dégagés :

Tableau 10 : Items obtenus pour l'évaluation des critères d'inclusion

IV Forme et faisabilité du test	Pts	E-t	Moy	Var	C
4) Critères d'inclusion					
1 Modifier l'âge d'inclusion à 65 ans	79	0,67	8,78	0,44	OUI
2 Proposer systématiquement à tout patient de plus de 65 ans	76	0,88	8,44	0,78	OUI
3 Test à proposer au patient seul	64	3,06	7,11	9,36	OUI
4 Utilisation du test en consultation et en visite	75	2,00	8,33	4,00	OUI

Pts = points cumulés ; E-t = écart-type ; Moy = moyenne ; Var = variance ; C = consensus

IV.2.4.5 La faisabilité de l'outil

Enfin, la faisabilité du test a été étudiée :

Tableau 11 : Items obtenus pour l'évaluation de la faisabilité du test

IV Forme et faisabilité du test	Pts	E-t	Moy	Var	C
5) Faisabilité					
1 Simple	74	1,39	8,22	1,94	OUI
2 Rapide, faisable en consultation de médecine générale	74	0,83	8,22	0,69	OUI

Pts = points cumulés ; E-t = écart-type ; Moy = moyenne ; Var = variance ; C = consensus



V. Discussion

V.1. La validité interne

V.1.1. La méthode du groupe nominal

Parmi les techniques d'élaboration des recommandations de bonne pratique que nous avons déjà citées, la méthode du groupe nominal nous a paru la plus appropriée. En effet, le groupe nominal permet l'obtention d'estimations quantitatives à partir d'une synthèse qualitative (43) au même titre que la ronde Delphi. Elle est cependant moins chronophage, ce qui constituait un élément essentiel à la participation des médecins généralistes dont le temps est précieux.

De plus, le groupe nominal requérait un nombre moindre d'experts et permettait une expression plus libre tout en maintenant une interactivité contrôlée, ce qui nous a semblé plus adapté pour répondre à notre question de recherche.

Enfin, devant l'absence de test de référence il n'était pas possible de réaliser une étude d'évaluation du test qui nécessitait la comparaison avec un gold standard.

L'étude n'était donc pas contrôlée et notre objectif n'était pas la validation de l'outil mais plutôt de réaliser une étape de création et d'approfondissement de notre outil de repérage grâce aux recommandations des experts du groupe nominal.

V.1.2. La faisabilité

La principale difficulté a été l'aspect chronophage de la technique, à l'origine de nombreux refus à la phase initiale du recrutement des experts.

De même la période estivale fut un frein pour certains et un petit obstacle lors du choix de la date de réunion du groupe nominal.

V.1.3. La sélection des participants

Notre échantillonnage d'experts se heurtait à un biais de sélection évident. En effet, devant la difficulté d'acceptation de participation au projet, les experts n'ont pas été randomisés mais présélectionnés par nos soins, connaissant leur pratique et leur intérêt éventuel pour le sujet de ce travail de thèse.

De plus, nous pouvons souligner l'absence de médecins du département de la Creuse. Les contraintes géographiques et le temps nécessaire au groupe nominal ont été une difficulté majeure pour ces derniers, il en découlait un biais de sélection également.



Notre échantillon restait néanmoins représentatif puisqu'il s'agissait d'une recommandation concernant la pratique de la médecine en soins premiers. Le nombre de participants était adapté car il est recommandé de réunir 5 à 9 participants pour un groupe nominal et 9 médecins étaient présents.

V.1.4. Biais de recueil d'information et de mesure

Lors de notre rassemblement, un seul tour a été effectué, en partie par manque de temps et en partie par défaut d'une parfaite maîtrise de la technique du groupe nominal. Cela entraînait un biais de méthodologie mais aucunement une perte de qualité. En effet, un second tour de vote aurait permis de resserrer le consensus (40), mais il restait néanmoins interprétable. Nous avons grâce à cette méthode conservé toutes les propositions de nos experts et soumis celles ayant reçu un minimum de points à une analyse qualitative permettant un éclairage qu'il aurait été dommage de négliger.

Le déroulement standardisé du groupe nominal a par ailleurs été correctement respecté.

Les médecins participants à notre étude ont découvert l'outil de façon brute, aucun n'a été formé à faire passer ce test. Par conséquent, il existait une différence inter-individuelle dans le mode de passation du test pouvant être à l'origine d'un biais de mesure. Néanmoins l'objectif ici n'était pas d'analyser les résultats des tests des patients mais bien d'évaluer la qualité de l'outil à travers l'expérience des experts. De plus, pour permettre une utilisation massive de l'outil par les professionnels de santé il était nécessaire qu'il soit utilisable sans formation au préalable.

V.1.5. L'analyse des items et le degré d'accord

La technique du groupe nominal ne précise pas un nombre minimal ni maximal de propositions à fournir. Ainsi, à l'issue de la réunion, nous avons obtenu 59 propositions préalablement rassemblées par item similaire. 34 d'entre elles faisaient consensus.

V.1.5.1 Les syndromes gériatriques choisis

Au sein de la première partie dont le but était de discuter la pertinence du choix des 4 axes d'évaluation, un item se dégagait nettement. Les experts ont en effet mis en avant le manque de prise en considération du critère socio-environnemental et culturel avec un score de 79 points et l'obtention d'un consensus strict avec une moyenne de 8,78 et une variance de 0,19. L'appréciation de ce critère nécessite une évaluation approfondie de l'environnement du patient et des ressources socio-économiques qu'il possède. Malheureusement, nous n'avons pas fait préciser le détail des différents éléments que les médecins souhaitaient voir apparaître. De fait, l'outil modifié est incomplet. Nous avons donc laissé place à la libre appréciation du médecin. La question « le contexte socio-environnemental et culturel vous paraît-il satisfaisant ? » pourrait être envisagée avec une réponse binaire. Une réponse négative entraînant naturellement une analyse plus poussée.



Dans les données de la littérature, le critère socio-environnemental était évalué à partir de divers items. Au sein du Gérontoquick par exemple, l'évaluation de l'isolement social, la présence ou non d'un aidant principal, le déni des difficultés sociales, l'absence ou l'insuffisance d'aides, la difficulté à réaliser les tâches quotidiennes et la difficulté de gestion des médicaments étaient recherchés (27). La grille SEGA, elle, évalue de plus l'adaptation de l'habitat, la situation financière, etc (33).

Ainsi, outre le repérage des troubles psychosomatiques, les résultats ont montré que la situation sociale précaire nécessitait d'être repérée.

Deux autres items ont obtenu un consensus plutôt lâche à l'issue des votes des participants. Premièrement les experts ont souligné, avec une moyenne de 7,67 et une variance de 2,25, que les axes d'évaluation choisis permettaient un réel repérage de ces syndromes gériatriques ; ils ont estimé que notre outil répondait à l'objectif d'alerter sur la présence éventuelle de ces syndromes chez la personne âgée de plus de 75 ans et non de poser un diagnostic.

Deuxièmement, les experts ont mis en avant le manque de clarté concernant la finalité de l'outil. Ils se sont questionnés avec une moyenne de 7,3 et une variance atteignant 4,25 sur l'objectif de dépistage d'une fragilité ou d'une démence par le biais des syndromes choisis. Néanmoins, l'outil n'a pas été conçu dans l'objectif de dépister l'une ou l'autre des propositions. En effet, il n'est pas assez exhaustif pour prétendre dépister la fragilité de la personne âgée même s'il permet un repérage de syndromes participant à cet état de fragilité. De même cet outil ne sert seulement que d'alerte quant à la présence éventuelle de troubles cognitifs mais n'est nullement suffisant pour diagnostiquer une démence comme nous l'avons précédemment expliqué.

Les autres déclarations proposées n'ont pas obtenu de consensus (moyennes inférieures à 7) mais nous pouvons aisément les analyser par ordre de priorité, en considérant les items dont le score est supérieur à 54 avec une importance particulière (soit plus des 2/3 du score maximal pouvant être obtenu).

Ainsi il est apparu que l'étude du déplacement du patient manquait comme syndrome gériatrique à part entière avec une analyse de la vitesse de marche (56 points). La vitesse de marche constitue un facteur de risque de dépendance, de chute, d'institutionnalisation et même de mortalité. Les experts auraient souhaité la voir apparaître dans notre outil au même titre que l'évaluation du risque de chute.

Avec 53 points, le groupe nominal a montré que l'évaluation des troubles sensoriels (visuels, auditifs) manquait. Il est bien sûr évident que ces syndromes générateurs de dépendance fonctionnelle sont à rechercher systématiquement lors d'une évaluation gériatrique globale, néanmoins il était difficile de les intégrer dans notre outil en conservant l'objectif d'être le moins chronophage possible. Ils n'avaient par conséquent pas été retenus.

Certains auraient aimé voir apparaître l'évaluation des fonctions exécutives (50 points), mais pour la même raison elle n'avait pas été intégrée au test.

Notons que l'absence de l'évaluation de la iatrogénie a obtenu 54 points ; de même l'absence de prise en compte de la dépendance et de l'addiction pharmacologique a été relevée avec 41 points. On entendait ici la dépendance du fait d'une prise de substances psycho-actives avec un mode d'utilisation inadapté qui conduit à une altération du



fonctionnement ou à une souffrance psychique voire physique (selon la définition du DSM-V). On se rapproche ici de la notion de iatrogénie et tout comme elle, nous proposons de les rechercher avant la délivrance de toute nouvelle ordonnance dans le but final de déprescription, plutôt qu'à travers un test de repérage pratiqué moins régulièrement.

Les médecins ont aussi discuté du caractère trop réducteur de l'anthropométrie pour le dépistage d'une dénutrition ; ce point sera analysé plus loin.

Certains experts ont vu un intérêt à préciser le lieu de réalisation du test (avec seulement 40 points), cela pourrait se justifier pour la garantie de la reproductibilité du test (même balance utilisée, mêmes conditions de réalisation...) chez un même patient.

V.1.5.2 La méthode d'évaluation de chaque syndrome

L'évaluation des troubles cognitifs par le CODEX a été jugée valide, rapide et pertinente par les participants avec l'obtention d'un consensus strict (moyenne de 7,89 et variance à 1,86).

Néanmoins concernant ce dernier, les experts ont discuté de leurs difficultés quant à l'évaluation de l'orientation spatiale que ce soit au cabinet ou en visite (consensus relativement lâche avec une moyenne de 7,67 et une variance de 8,50). Ils se sont heurtés au problème de la mémorisation (les patients connaissant par cœur l'adresse du cabinet ou de leur domicile bien sûr) ou à la difficulté d'identification de l'étage par exemple de part la complexité de la structure : sous-sol, escaliers, ... Ainsi ils proposent l'utilisation de l'orientation temporelle avec des items tels que : le jour de la semaine qui a été adopté avec un consensus fort et avec 80 points, le mois, la saison et l'année avec tous trois un consensus plus lâche. Nous rappelons que ces suggestions sont également utilisées au sein du MMSE (Annexe 1). A cela, certains souhaitaient rajouter la recherche du président de la République en exercice, mais cette suggestion n'a pas retenu un score suffisant pour faire consensus (53 points).

Enfin, le manque de l'évaluation des fonctions exécutives a de nouveau été mis en exergue par quelques experts.

L'analyse de la méthode d'évaluation du risque de chute a fait ressortir l'absence de précision des circonstances de la chute lorsqu'il y en a eu une dans l'année écoulée. Avec un consensus relativement strict (une moyenne de 8 avec une variance de 1,75), les experts ont souligné l'intérêt de définir le mécanisme de la chute. Cela permettrait une prise en charge adaptée à l'étiologie la plus probable avec des délais ajustés. Le risque est cependant d'alourdir le test avec un interrogatoire plus long. On peut alors se demander si on ne s'éloigne pas du but premier de repérage du risque de chute.

Un consensus plus lâche (avec une moyenne de 7,33 et une variance de 6,5) a également été obtenu pour faire apparaître les conséquences de la chute (par exemple une fracture, des complications secondaires à un séjour prolongé au sol, un « syndrome post-chute »...); elles permettraient une estimation de la gravité de cette chute avec un éventuel critère d'urgence pour la prise en charge préventive du risque de récurrence.



Les médecins ont voté massivement pour le rajout d'un test de marche (consensus strict, 63 points). Nous avons pensé qu'il était judicieux d'intégrer le Timed up and go test, malgré le choix initial contraire du fait de son manque d'utilisation en pratique ambulatoire. C'est un outil qui reste facile à réaliser en soins premiers, rapide et validé. Nous avons décidé d'intégrer au test les consignes de passation pour harmoniser les pratiques et garantir la reproductibilité de cet exercice.

Certains participants souhaitaient également la présence d'une évaluation subjective du médecin qui connaît bien son patient et qui l'observe au quotidien, en répondant à la question « pensez-vous que votre patient a un risque de chute ? » ; cet item a obtenu un score non négligeable de 55 points mais n'a pas fait consensus.

Malgré toutes ces propositions de modifications, l'ensemble de ces items était adapté à un repérage précoce selon les votes des médecins généralistes (60 points).

Certains experts ont soulevé le problème de la fiabilité de la réponse à la question « avez-vous chuté dans l'année ? ». En effet, s'il existe un risque de troubles cognitifs chez le patient la fidélité du test est remise en question. Ils suggéraient alors une confirmation des réponses par l'entourage dans ces cas précis, cette proposition n'a pas obtenu de consensus mais totalisait un score de 59 points. Nous pourrions ici nous interroger sur la nécessité de repérer le risque de troubles cognitifs avant les autres syndromes afin de « garantir » les résultats des autres tests ; néanmoins nous le verrons plus tard, les experts ont voté pour une absence d'ordre de passation des tests, de plus la positivité du repérage des troubles cognitifs ne permet pas de conclure de suite sur leur réelle présence mais constitue une simple alerte.

Enfin, il est intéressant d'étudier l'item « intérêt de la station unipodale ». Ce dernier a obtenu un nombre de points très faible : 34, et une moyenne de 3,78. De part leur expérience, les médecins rapportaient une probable surestimation du nombre de patients ayant un risque de chute avec l'utilisation de la station unipodale, en faisant un mauvais test de dépistage à leurs yeux.

L'étude de la technique d'évaluation du risque de dénutrition nous a permis de dégager deux idées fortes. A l'unanimité, avec l'obtention du score maximal de 81 points donc la production d'un consensus très strict, la suppression de la mesure de la circonférence brachiale a été votée. En effet, les médecins reconnaissent ne jamais utiliser cette technique (chez les patients qui ne peuvent être pesés). Nous nous interrogeons alors sur les raisons de ce constat : est-ce l'utilisation d'un mètre ruban qui est un frein ou un manque d'habitude ou encore les variations de mesure éventuelles ?

La seconde notion que les experts ont fait valoir est l'absence des circonstances de perte de poids (avec une moyenne de 8,56 et une variance à 0,28). En effet, si celle-ci est volontaire ou consécutive à une anomalie de la denture ou encore une incapacité physique à préparer ses repas, la prise en charge sera différente d'une origine organique (déshydratation, syndrome inflammatoire, néoplasie...) ; ils souhaiteraient pouvoir identifier les principaux facteurs de dénutrition dès ce stade de repérage pour agir de façon immédiate. Néanmoins pour les mêmes raisons que pour la précision des circonstances des chutes, cet interrogatoire est chronophage dans l'utilisation d'un test rapide de dépistage.



La prise en compte de l'état de la denture de façon systématique a aussi été évoquée avec l'obtention d'un score de 66 points et un consensus lâche (avec une moyenne de 7,33 et une variance à 4,5). Les affections bucco-dentaires sont en effet très fréquentes chez les personnes âgées de plus de 65 ans ; lors d'une étude de 2002 plus de 40% des patients de cette tranche d'âge avaient perdu la majorité de leurs dents (44). Il apparaît donc logique d'évaluer l'état dentaire devant toute suspicion de dénutrition.

Les mesures anthropométriques ont de nouveau été qualifiées de trop réductrices (avec 54 points) sans que l'on puisse cependant trouver une proposition de remplacement.

Le rajout de l'item « nombre de repas par jour » a été abordé mais non retenu par la majorité des experts ne le trouvant pas pertinent dans ce contexte (il ne permet pas de réelle évaluation de la quantité et de la qualité de la nourriture ingérée).

Enfin l'intérêt de l'IMC a été soumis au vote de nos juges, et il est intéressant de constater que le score acquis pour celui-ci était de seulement 32 points. En pratique, les experts reconnaissent ne calculer que rarement l'indice de masse corporelle et ne se baser essentiellement que sur le poids pour évaluer l'état nutritionnel d'un patient. L'intitulé n'étant pas la « suppression » de l'IMC, ce dernier est donc maintenu dans le test final.

L'évaluation de la dépression à l'aide de la Mini-GDS a suscité plusieurs réflexions. En premier lieu, les participants du groupe nominal se sont interrogés sur la nécessité des 4 questions de ce test, et ont proposé de ne poser qu'une unique question plus « générale ». Ainsi un consensus relativement strict (avec une moyenne de 8,33 et une variance de 0,5) a été obtenu pour ne retenir que la question « êtes-vous heureux la plupart du temps ? ». Les médecins estimaient cet item adapté, peu chronophage et pouvant être posé sans malaise de la part du soignant (à la différence de « avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? » par exemple).

A l'inverse, l'item « avez-vous des projets ? » n'a pas été retenu avec un score de seulement 15 points et une moyenne de 1,67.

Ensuite, quelques médecins ont évoqué la possibilité d'interroger l'entourage pour étayer la réponse à la question « êtes-vous heureux la plupart du temps ? » mais cette proposition n'a également pas obtenu de consensus avec une moyenne de seulement 3,44. La majorité des participants estimait que le test devait être passé au patient seul, sans interférence d'une tierce personne.

Enfin, parmi les propositions restantes, les experts se sont prononcés sur l'intérêt de l'utilisation d'un test validé, mais avec l'obtention de 36 points et l'absence de consensus cela ne nous permet pas de conclure.

De même, le test a été jugé trop binaire par certains participants, mais aucune déduction ne peut être faite au vu des résultats.

V.1.5.3 L'appréciation de la stratégie décisionnelle

Le troisième point étudié par notre groupe nominal concerne l'évaluation de la stratégie décisionnelle de l'outil de repérage.



Avec un total de 71 points et la production d'un consensus plutôt lâche (avec une moyenne de 7,89 et une variance de 6,86), il est ressorti que la stratégie décisionnelle du test était trop complexe. Les experts ont proposé alors que l'obtention d'un échec (quel qu'il soit) entraîne une « évaluation globale » de la personne âgée. Cette stratégie simplifiée a acquis un total de 80 points avec un consensus très strict (moyenne de 8,89 et variance de 0,11).

Les médecins ont toutefois souhaité le rajout d'un commentaire spécifique lorsqu'un risque de dépression est présent avec la mention « consultation diagnostique » (génération d'un consensus assez lâche avec une moyenne de 7,44 et une variance de 7,03) afin de souligner la nécessité de diagnostic approfondi et dans les plus brefs délais. Cette proposition a été préférée à « un approfondissement rapide » qui n'a pas fait consensus.

Enfin, certains médecins jugeaient l'adjectif « dédié » trop flou, avec un score de 52 points et une moyenne de 5,78 cet item n'était pas concluant, mais le terme d' « évaluation globale » comme précédemment mentionnée lui a été préféré.

Celle-ci reste désormais à définir. L'objectif premier du test, nous le rappelons, est d'alerter le médecin sur la présence potentielle de l'un de ces syndromes ; la positivité de l'un ou de plusieurs de ces tests doit entraîner la réalisation de tests spécifiques afin de confirmer le diagnostic. Libre au médecin d'organiser cette évaluation comme il l'entend. Il peut programmer une nouvelle consultation par ses soins pour approfondir puis adapter la prise en charge ; il peut adresser le patient à un confrère ou organiser une évaluation gériatrique globale.

V.1.5.4 L'examen de la forme et de la faisabilité de l'outil

Les experts se sont ensuite penchés sur la forme et la faisabilité de notre test. En premier lieu c'est la forme qui a été étudiée et toutes les propositions ont fait consensus. Ainsi, les médecins généralistes ont estimé que le code couleur et la typographie n'étaient pas adaptés (avec respectivement une moyenne de 8,44 et 8,33 et pour tous les deux une variance proche de 1). La taille du schéma de l'horloge était évaluée trop petite (avec une moyenne de 8,89 et une variance de 0,11).

De même, avec un consensus plus lâche, il a été suggéré qu'un affichage par blocs (en format paysage) faciliterait l'utilisation du test (moyenne de 7,67 et variance de 8,75).

La seconde sous-partie abordait les consignes de passation de l'outil de repérage. Tous les participants ont été d'avis de ne pas respecter d'ordre de passation pour chacun des syndromes avec l'obtention d'un consensus très strict (moyenne de 8,89 et variance de 0,11). Cela permet une utilisation plus flexible du test, parfois même partielle si le temps de la consultation ne permet pas d'explorer les quatre axes d'évaluation.

Les experts ont également exprimé le besoin d'une notice explicative du test de l'horloge et des 3 mots malgré l'utilisation très largement répandue de ces outils en médecine générale (79 points attribués à chacun avec un consensus strict). Une méthode universelle de passation permet une reproductibilité du test pour un même patient quelle que soit la personne qui le fait passer, et cela évite les biais de mesure liés à l'enquêteur.



Les intervenants ont aussi réfléchi succinctement à une méthode d'utilisation massive de notre outil et ont donc proposé le rajout d'une information incitative pour les patients. La suggestion d'une affiche ou d'un dépliant en salle d'attente a recueilli 50 points tandis que la possibilité d'un courrier individuel n'en a rassemblé que 32. Aucune de ces deux propositions n'a fait consensus.

L'étude des critères d'inclusion a permis aux experts d'exprimer leur volonté de réduire l'âge d'inclusion à 65 ans (consensus strict avec une moyenne de 8,78 et une variance de 0,44) permettant un repérage plus précoce des syndromes gériatriques.

Ils ont évoqué également, en lien avec l'idée précédente de créer une information incitative, la possibilité d'un dépistage de masse avec la proposition systématique de l'outil à toute personne de plus de 65 ans avec un consensus très strict (obtention d'une moyenne de 8,44 et une variance de 0,78).

En effet, devant l'objectif premier du test qui est le repérage précoce de pathologies, une utilisation à l'image d'un dépistage de masse (campagne publicitaire, courrier individuel informatif par la sécurité sociale...) pourrait inciter les médecins à l'appliquer et les patients à en bénéficier.

De plus, ils ont discuté la possibilité d'utiliser ce test aussi bien en consultation qu'en visite à domicile avec l'obtention d'un consensus lâche (avec une moyenne de 8,33 et une variance à 4).

Enfin ils ont souligné l'importance de faire passer ce test au patient lorsqu'il est seul, sans la présence du conjoint ou de la famille (consensus lâche avec une moyenne de 7,11 et une variance à 9,36).

Concernant le contenu, les participants ont jugé le titre inapproprié, dans le sens ou le caractère « gériatrique » n'était pas précisé. Cet item a fait consensus avec une moyenne de tout juste 7 et une variance à 8,25.

Les médecins ont également estimé que le cadre des antécédents était peu pertinent dans cet objectif de simple repérage, le consensus obtenu est lâche (avec une moyenne de 7,33 et une variance de 8,50).

Enfin, la possibilité du rajout d'un listing des médicaments pris (en particulier les psychotropes et les B-bloquants) a fait débat sans recueillir cependant l'accord des experts.

La dernière partie de notre étude s'est focalisée sur la faisabilité de l'outil en s'appuyant sur les caractéristiques d'un test de dépistage. Les experts étaient d'accord pour qualifier notre outil de simple et rapide pouvant être aisément utilisé en soins premiers avec un total de 74 points pour chaque proposition et l'obtention de consensus stricts.



V.2. La validité externe

V.2.1. L'applicabilité

Nos experts l'ont affirmé, notre outil de repérage est parfaitement réalisable en pratique courante. C'est un test simple, d'utilisation facile qui remplit les conditions de passation d'un test en soins premiers. C'est-à-dire que son temps de réalisation est compatible avec une consultation de médecine générale bien qu'ici sa durée n'ait pas clairement été établie.

Nous nous interrogeons ensuite sur le caractère acceptable de l'outil pour les patients. Devant l'absence de geste invasif, de questions trop intrusives, le test ne semble pas présenter de freins à la participation des sujets.

Du point de vue de l'investigateur, le test n'est pas apparu importun.

L'outil ne nécessitant que du petit matériel courant (une chaise, une montre, une balance, et une éventuelle aide au calcul de l'IMC) l'intervention peut être réalisée à tout moment, et cela sans bouleversement organisationnel.

De plus, notre test ne nécessite pas de formation au préalable, seul un simple rappel des consignes de passation est judicieux pour assurer une harmonisation des pratiques. Il suppose ainsi une reproductibilité à un instant donné par un même opérateur mais également une reproductibilité inter-enquêteur. Cela nécessiterait cependant une mesure de la concordance entre les évaluations pour confirmation.

V.2.2. La pertinence clinique et l'impact de la recommandation

Nous l'avons vu, les syndromes gériatriques et leurs conséquences représentent un problème majeur de santé publique.

L'utilisation massive de cet outil de repérage permettrait d'identifier très précocement les patients âgés de plus de 65 ans présentant ces pathologies par le biais d'une évaluation gériatrique globale. Il en découlerait logiquement une limitation du déclin fonctionnel, de la dépendance et d'événements péjoratifs tels que les chutes, les hospitalisations, les entrées en institution et les décès.

Il ne s'agit nullement d'une EGS, et notre outil n'a pas la prétention de s'y substituer, mais il permettrait de repérer le plus tôt possible les patients qui la nécessitent.

Notre outil est difficilement comparable aux outils préexistants car les syndromes gériatriques ciblés ne sont pas tous les mêmes. Le Gérontoquick diffère par son repérage de la fragilité alors que le notre dépiste la dépression. Les médecins interrogés sur les obstacles d'utilisation du Gérontoquick (27) rapportaient principalement le manque de temps mais également le manque de compliance du patient, etc. Nous espérons apporter les qualités nécessaires à notre outil pour pallier ces deux aspects.

Une comparaison avec le GFST ne serait pas pertinente, car ces deux tests sont conçus très différemment.



V.3. La proposition finale : Création de l'outil ORAGE

Comme nous l'avons souligné dans cette discussion, l'analyse quantitative des propositions des médecins généralistes ayant participé à ce groupe nominal, a permis de dégager des items avec des consensus stricts. Grâce à ces données, le test de repérage a pu être modifié progressivement afin qu'il soit le plus conforme possible à l'opinion des médecins.

V.3.1. Les difficultés

Les modifications progressives du test nous ont mis face à certaines difficultés.

Tout d'abord le rajout du critère socio-environnemental et culturel entraînait le problème du choix de sa méthode d'évaluation. En effet, face aux nombreux éléments pouvant être recherchés pour l'analyse de ce critère, nous n'avons pas pu définir précisément lesquels intégrer de façon consensuelle. C'est pourquoi nous avons laissé un espace pour la libre interprétation du médecin.

Nous l'avons vu, il était nécessaire de rajouter un test de marche. Néanmoins, celui-ci ne pouvait se substituer au test de l'appui unipodal car aucun consensus n'a été obtenu en faveur de la suppression de ce dernier. Les deux tests sont donc maintenus, entraînant un rallongement de la durée de passation de l'outil et cela soulève la question de la potentielle réalisation d'un second groupe nominal pour statuer sur la nécessité de ces deux tests.

La précision des circonstances de la chute laisse place à une évaluation subjective du médecin sur la nécessité de poursuivre le bilan. De même, la définition d'une chute compliquée est à redéfinir plus précisément, laissant ici une grande place à l'interprétation de l'enquêteur.

Concernant l'évaluation de la dénutrition, il est également complexe de faire préciser les circonstances de la perte de poids au sein d'un test de repérage. Ces précisions font dorénavant et déjà partie de l'enquête étiologique, et elles ne permettent pas de se passer du bilan étiologique complet.

Au sein de l'évaluation des troubles cognitifs, l'orientation spatiale a été remplacée par l'orientation temporelle, mais nous nous heurtons à un obstacle quant à la cotation. En effet, seules les interrogations du jour de la semaine, du mois, de la saison et de l'année ont été retenues soit quatre propositions alors que l'orientation spatiale en comptait cinq. Cette perturbation quant au seuil de repérage des troubles cognitifs nous a amené à le redéfinir arbitrairement. Ainsi nous avons choisi de proposer une évaluation globale dès deux échecs atteints.

V.3.2. Le choix du titre

La mise en exergue du caractère non adapté du titre de notre outil de repérage nous a conduit à le repenser ; il se devait d'être percutant, bref, tout en étant explicite sur l'objectif principal du test.



Ainsi le nom « ORAGE » a été retenu pour « Outil de Repérage Ambulatoire des syndromes Gériatriques ».

Il nous est apparu facile à mémoriser, avec un caractère de gravité non négligeable.

V.3.3. Présentation de l'outil

Notre proposition est présentée en page suivante.



ORAGE

Outil de Repérage Ambulatoire des syndromes Gériatriques

Nom :

Prénom :

Age (> 65ans) :

CRITERE SOCIO-ENVIRONNEMENTAL ET CULTUREL

RISQUE DE CHUTE

Avez-vous chuté l'année qui vient de s'écouler ? Oui Non
→ Circonstances de la chute :
→ Chute compliquée ? Oui Non
Demander au patient de rester en appui
unipodal au moins 5 secondes : Oui Non
Timed up and go test : Réussite Echec
Si ≥ 1 échec → *fvaluation globale*

RISQUE DE DEPRESSION

Etes-vous heureux la plupart du temps ? Oui Non

Si échec → Consultation diagnostique et *fvaluation globale*

RISQUE DE DENUTRITION

Poids : Taille :
IMC :

Avez-vous perdu du poids ? Oui Non
(>5% en 1 mois ou 10% en 6 mois)
→ Circonstances de perte de poids :
IMC <21 ? Oui Non
Denture fonctionnelle ? Oui Non
Si ≥ 1 échec → *fvaluation globale*

EVALUATION COGNITIVE

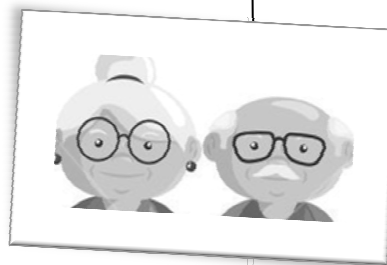
- 1 Répétez et mémorisez 3 mots : citron, clé, ballon
- 2 Dessinez une horloge indiquant 11h10 Echec
- 3 Répétez les 3 mots Echec

Si 2 échecs → *fvaluation globale*

Si 1 échec → Orientation temporelle :

Citez le jour de la semaine Echec le mois Echec
la saison Echec l'année Echec

Si ≥ 2 échecs → *fvaluation globale* sinon surveillance



Consignes de passation :

Timed up and go test:

Demandez au patient, installé sur un siège, de se lever, marcher 3 mètres, faire demi-tour puis revenir à son siège, en faire le tour et se rasseoir. Il est pathologique si le patient met plus de 20 secondes pour réaliser l'exercice.

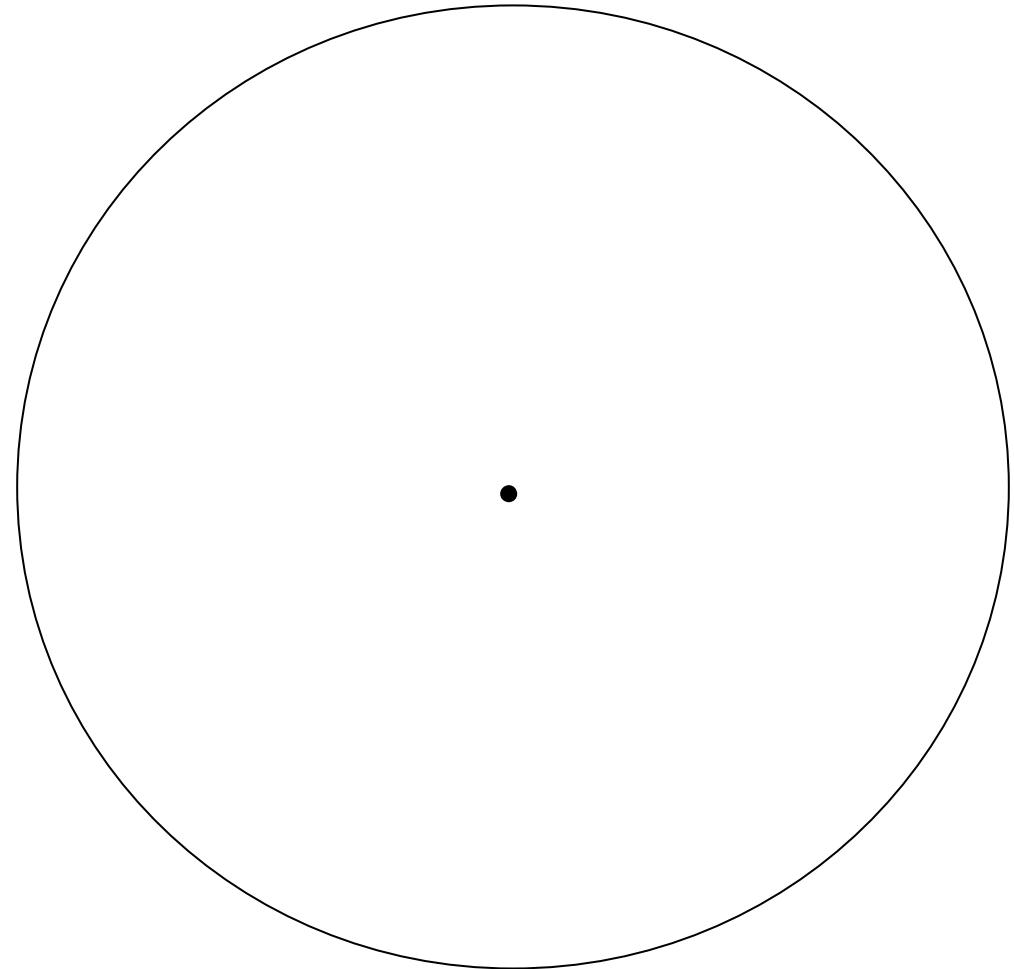
Il permet aussi l'observation des transferts, les changements de direction et la marche.

Test des 3 mots:

- Expliquez que vous allez dire 3 mots, que le patient doit les répéter et les retenir car vous les lui redemanderez dans un instant.
- Puis demandez à nouveau les 3 mots sans indiciage.

Test de l'horloge:

- Expliquez à votre patient que ce cercle est le cadran d'une horloge, puis demandez de placer les chiffres représentant les heures, puis d'indiquer 11h10.
- L'horloge est considérée normale si ces 7 critères sont corrects, sinon elle est pathologique : nombres tous présents (1), dans le bon ordre (1), en position correcte (1), les 2 aiguilles sont présentes (1), en proportion adaptée (1), aiguille indiquant l'heure bien positionnée (1), aiguille indiquant les minutes bien positionnée (1).



Conclusion

Nous avons vu la problématique des syndromes gériatriques et l'importance de leur dépistage précoce.

Les médecins généralistes ont une place centrale dans ce repérage ; il est donc nécessaire de leur fournir des outils adaptés à leur pratique quotidienne.

Par le biais de ce groupe nominal, nous avons confirmé la pertinence de notre outil et ainsi créé ORAGE, Outil de Repérage Ambulatoire des syndromes Gériatriques (des troubles cognitifs, du risque de chute, de dépression et de dénutrition) qui se veut simple d'utilisation, peu chronophage et sans formation au préalable. Il a été conçu dans le but d'alerter les médecins généralistes et les sensibiliser à la détection précoce des syndromes gériatriques afin d'améliorer la prise en charge de nos patients.

L'outil a été pensé comme une aide à la pratique mais également comme un support à la réflexion et à la formation des médecins.

ORAGE nécessite à présent d'être probablement soumis à un second groupe nominal pour affiner les propositions. Il sera ensuite à tester en soins premiers et à valider mais nous nous heurtons ici au problème de l'absence de test de référence.



Références bibliographiques

1. Cambois E, Robine J-M. Les espérances de vie en bonne santé des Européens. Population et Sociétés, Institut National d'Etudes Démographiques. Avril 2013;499:1-3.
2. INSEE. Population par âge. 2014.
3. Marchesseau Delphine. Comment aider les médecins généralistes à repérer la démence, le risque de chute, la dénutrition et la dépression chez les patients âgés : présentation d'un outil simplifié. Faculté de Médecine de Limoges; mai 2016.
4. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Le vieillissement humain. 2008.
5. HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Avril 2007.
6. W. Pelemans. Le profil gériatrique. Le patient gériatrique.
7. Collège National Professionnel de Gériatrie. Le Métier de Gériatre.
8. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. Journal of the American Geriatrics Society. mai 2007;55(5):780-91.
9. HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Juin 2013.
10. Lang P-O, Dramé M, Mahmoudi R, Jolly D, Lanièce I, Saint-Jean O, et al. La fragilité : les enseignements de l'étude de la cohorte SAFEs et les perspectives d'avenir en matière de recherche. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 1 juin 2011;9(2):135-49.
11. Dr Stéphanie Monod. Comment dépister les syndromes gériatriques au cabinet ? La Revue Médicale Suisse. 4 nov 2009;2205-10.
12. Dartigues J-F, Helmer C, Letenneur L, Péres K, Amieva H, Auriacombe S, et al. Paquid 2012: illustration and overview. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 1 sept 2012;10(3):325-31.
13. Lechowski L, Forette B, Teillet L. Démarche diagnostique devant un syndrome démentiel. La Revue de Médecine Interne. mai 2004;25(5):363-75.
14. HAS. Recommandation Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Diagnostic et prise en charge. Décembre 2011.
15. Cowppli-Bony P, Fabrigoule C, Letenneur L, Ritchie K, Alpérovitch A, Dartigues JF, et al. Le test des 5 mots : validité dans la détection de la maladie d'Alzheimer dans la population générale. Revue Neurologique. décembre 2005;161(12, Part 1):1205-12.
16. Nishiwaki Y, Breeze E, Smeeth L, Bulpitt CJ, Peters R, Fletcher AE. Validity of the Clock-Drawing Test as a Screening Tool for Cognitive Impairment in the Elderly. Am J Epidemiol. 15 oct 2004;160(8):797-807.
17. Belmin J, Pariel-Madjlessi S, Surun P, Bentot C, Feteanu D, Lefebvre des Noettes V, et al. The cognitive disorders examination (Codex) is a reliable 3-minute test for detection of



- dementia in the elderly (validation study on 323 subjects). La Presse Médicale. sept 2007;36(9):1183-90.
18. HAS. Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention. sept 2012.
 19. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Les chutes.
 20. INPES. Accidents de la vie courante : Chutes. 2014.
 21. SFDRMG. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. nov 2005.
 22. ANAES. Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés. 2003.
 23. HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Avril 2007.
 24. HAS. Repérage et évaluation des facteurs de risque de dépression chez les séniors de 55 ans et plus. Décembre 2014.
 25. HAS. Améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée. 2008.
 26. Deun PL, Gentric A. L'évaluation gériatrique standardisée : intérêt et modalités. Médecine thérapeutique. 1 juill 2004;10(4):229-36.
 27. Le Bihan C. Evaluation gériatrique standardisée au cabinet de médecine générale: présentation d'un outil simplifié de dépistage des grands syndromes gériatriques, la grille gérontoquick [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
 28. Raimbault F, Lacaille S, Raynaud-Simon A. Repérage de la fragilité en soins primaires : utilisation de la grille du Gérontopôle de Toulouse dans le 17^e arrondissement de Paris. Symposium de l'année gérontologique 2014.
 29. Wiki des Groupes de PairsTM de la Société Française de Médecine Générale, Groupe de Pairs de Villiers-Saint-Georges: Gema ALFONSO et al. Evaluation gériatrique en médecine générale. 2015.
 30. Sonnic A, Pistorius M-A, Delamarre-Damier F, Decker LD, Planchon B, Berrut G. Validation d'un outil d'orientation vers une évaluation gériatrique standardisée en consultation de spécialité non gériatrique: le test d'alerte gériatrique. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 1 déc 2011;9(4):429-35.
 31. C. Rivaille. Le syndrome de fragilité en gériatrie. Médecine&Hygiène. nov 2000;n°2323:2312-5.
 32. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. J Am Geriatr Soc. oct 1999;47(10):1229-37.
 33. Schoevaerdt D, Bieltlot S, Malhomme B, Rezette C, Gillet J-B, Vanpee D, et al. Identification précoce du profil gériatrique en salle d'urgences : présentation de la grille SEGA. La Revue de gériatrie. 2004;29(3):169-78.
 34. Cario Camille. Tests et échelles : freins des généralistes à leur utilisation. Étude transversale descriptive menée dans une population de médecins généralistes. La Revue du Praticien. 2010;60:24-8.



35. Patrizio PD, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. Quelle utilisation les médecins généralistes font-ils des tests et échelles à visée gériatrique ? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. 1 mars 2013;11(1):21-31.
36. El Dirani Fouad-François. Place des outils d'évaluation des syndromes gériatriques en consultation de médecine générale : connaissances, utilisations, obstacles et perspectives. 2016.
37. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health. *Rev Epidemiol Sante Publique*. déc 2008;56(6):415-23.
38. HAS. Elaboration de recommandations de bonnes pratiques. Décembre 2010.
39. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Public Health*. mars 1972;62(3):337-42.
40. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus: quelle méthode utiliser? *Exercer*. 2011;99:170–177.
41. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 5 août 1995;311(7001):376-80.
42. Deslandes SF, Mendes CHF, Pires T de O, Campos D de S. Use of the Nominal Group Technique and the Delphi Method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. nov 2010;10:s29-37.
43. LEPCAM. Recueil de données en recherche qualitative.
44. Folliguet Marysette. Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées. Direction Générale de la Santé. Mai 2006.



Annexes

Annexe 1 : Mini-Mental State Examination MMSE.....	71
Annexe 2 : Le test de Cinq mots.....	73
Annexe 3 : Le CODEX.....	74
Annexe 4 : Echelle d'autonomie ADL	75
Annexe 5 : Echelle d'Activités Instrumentales de la Vie Courante IADL	76
Annexe 6 : Batterie rapide d'efficience frontale BREF	77
Annexe 7 : Test de Tinetti.....	78
Annexe 8 : Echelle d'évaluation de l'équilibre de Berg BBS	79
Annexe 9 : Mini nutritional Assessment MNA	81
Annexe 10 : Geriatric Depression Scale GDS	82
Annexe 11 : La grille Gérontoquick.....	83
Annexe 12 : Grille de repérage de la fragilité du Gérontopôle de Toulouse	85
Annexe 13 : Evaluation gériatrique adaptée à l'exercice du médecin généraliste	86
Annexe 14 : Functional Assessment Screening Package	87
Annexe 15 : Identification of senior at risk ISAR	88
Annexe 16 : Outil de repérage des troubles cognitifs, des chutes, de la dénutrition, de la dépression.....	89
Annexe 17 : Méthodes de consensus.....	91
Annexe 18 : Courrier à l'intention des experts	92



Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)

Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
(si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle région est situé ce département ?
10. À quel étage sommes-nous ici ?

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare
12. Fleur
13. Porte

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare
20. Fleur
21. Porte

Langage

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ?
23. Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ?
24. Écoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"
25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
Prenez cette feuille de papier avec la main droite
26. Pliez-la en deux
27. Et jetez-la par terre
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :



- "Fermez les yeux" et dire au sujet : *Faites ce qui est écrit*
29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.
Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe, et avoir un sens.

Praxies constructives

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
"Voulez-vous recopier ce dessin ?"

Compter 1 point pour chaque bonne réponse.

SCORE GLOBAL/30 (les seuils pathologiques dépendent du niveau socioculturel).

Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Au nom du groupe de recherche sur l'évaluation cognitive (GRECO). Le Mental-State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. Presse Méd. 1999;28:1141-8.

Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitrenaud J. Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental State » (MMS) version GRECO. Rev Neuropsychol 2003 ;13(2) :209-36.



Le test de Cinq mots

(B Dubois. Fiche technique. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie 2001).

Date du test **Prénom** **Nom**

On présente une liste de 5 mots et on demande de les lire à haute voix et de les retenir. Ces 5 mots sont placés dans 5 catégories (les catégories ne sont pas présentées).

- Fleur : **Rose**
- Animal : **éléphant**
- Vêtement : **chemise**
- Fruit : **abricot**
- Instrument de musique : **violon**

RAPPEL IMMEDIAT DE COMPREHENSION

Ensuite, immédiatement et avec la liste devant lui, on demande au patient de retrouver les mots en lui citant les catégories : le nom du fruit, de l'animal, etc... (rappel indicé, pour s'assurer de la compréhension des mots et des catégories),

RAPPEL IMMEDIAT DE L'ENCODAGE

Ensuite, immédiatement mais en masquant la liste, on lui demande de redonner les mots sans fournir la catégorie (rappel libre) **puis** en donnant la catégorie (rappel indicé)

Cela nécessite donc 10 réponses. Chaque bonne réponse donne un point,

Le score obtenu est le « **T otal 1** » (par exemple 8 pour 2 erreurs),

NB, En cas d'erreur la liste est remontrée au patient, puis cachée à nouveau pour refaire l'épreuve notée sur 10. Ces deux opérations sont faites jusqu'à ce que le patient atteigne le score 10/10 (pour garantir le pré-requis nécessaire à la poursuite du test)

EPREUVE ATTENTIONNELLE INTERCURENTE

Ensuite on fait effectuer au patient une autre tâche comme compter de 20 à 0 de 2 en 2 ou toute autre activité (comme la vérification de ses capacités d'orientation temporo-spatiales : date, lieu, etc...).

RAPPEL DIFFERE

On lui demande ensuite de donner les 5 mots : rappel libre, **et éventuellement** en cas de difficulté par catégorie : rappel indicé : « il y avait une fleur; un vêtement; un instrument, etc. »

Le score obtenu est le « **T otal 2** » (1 point par bonne réponse soit un maximum de 10)

RESULTATS

Il existe un trouble de la mémoire dès qu'un mot a été oublié.

*L'addition "Total 1" + "Total 2" permet de différencier un trouble de la **mémoire** (suspicion de maladie d'Alzheimer, par exemple) d'un simple trouble de l'**attention** lié à l'âge ou à l'anxiété, dépression, fatigue chronique, etc ...*

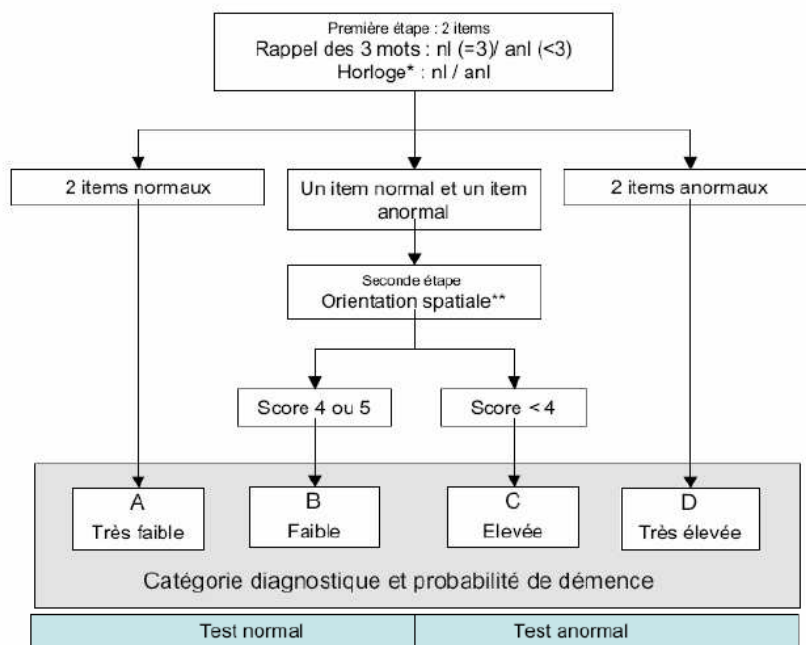
Cette somme doit être normalement au-dessus de 16

SI le score total est < 10 :. Un bilan complet doit être pratiqué et un avis spécialisé envisagé.



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

Nom : Date :
 Prénom : Evalueur :



Cotation du test CODEX

1. Cotation du test de l'horloge :

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

2. Cotation du rappel des 3 mots

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

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

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

4. Cotation de la seconde étape :

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

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



Echelle d'autonomie (ADL)

ECHELLE A.D.L		Nom
		Prénom
		Date
		Score
Hygiène Corporelle	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser. Dépendant	1 ½ 0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 ½ 0
Locomotion	Autonomie A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 ½ 0
Contenance	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 ½ 0
Repas	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 ½ 0

Total = /6



Echelle d'Activités Instrumentales de la Vie Courante (IADL)¹

<u>Identification du Patient</u> :				Date :

Capacité à ... *Cocher puis relier les points pour visualiser l'évolution :*

A – ... Utiliser le téléphone			
1 – De sa propre initiative, cherche et compose les numéros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Compose un petit nombre de numéros bien connus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Répond au téléphone mais n'appelle pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Incapable d'utiliser le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B – ... Faire les courses			
1 – Fait les courses de façon indépendante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Fait seulement les petits achats tout seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A besoin d'être accompagné quelque soit la course	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Totalement incapable de faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C – ... Préparer les repas			
1 – Prévois, prépare et sert les repas de façon indépendante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Prépare les repas si on lui fournit les ingrédients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Est capable de réchauffer les petits plats préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D – ... Entretenir le domicile			
1 – Entretiens seul la maison avec une aide occasionnelle pour les gros travaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Ne fait que les travaux d'entretien quotidiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Fais les petits travaux sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Ne participe pas du tout à l'entretien du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E – ... Faire la lessive			
1 – Fait toute sa lessive perso. ou la porte lui-même au pressing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Lave les petites affaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Toute la lessive doit être faite par d'autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F – ... Utiliser les moyens de transport			
1 – Peut voyager seul et de façon indépendante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Peut se déplacer seul en taxi ou par autobus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Peut prendre les transports en commun s'il est accompagné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Transport limité au taxi ou à la voiture avec accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Ne se déplace pas du tout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G – ... Prendre les médicaments			
1 – S'occupe lui-même de la prise (dosage et horaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Peut les prendre par lui-même s'ils sont préparés à l'avance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Incapable de les prendre de lui-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H – ... Gérer son budget			
1 – Totalement autonome (fait des chèques, paye ses factures,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour gérer à long terme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Incapable de gérer l'argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Identification de l'IDE (Paraphe) :

¹ Instrumental Activities of Daily Living



Annexe 6 : Batterie rapide d'efficiency frontale BREF



Batterie rapide d'efficiency frontale

Dubois et al. (2000) Neurology 55

Nom: _____
 Date: _____ Résultat:
 Examineur _____

Domaine	Instruction	Score
1. Similitudes (conceptualisation)	"De quelle façon sont-ils semblables?" "Une banane et une orange..." (en cas d'échec, dire au patient: "Une banane et une orange sont des...", ne pas comptabiliser, ne pas aider le patient pour les deux autres items) "Une table et une chaise..." "Une tulipe, une rose et une marguerite..."	3 réussies: 3 points 2 réussies: 2 points 1 réussie: 1 point Aucune: 0 point
2. Fluidité lexicale (flexibilité mentale)	"Dites le plus grand nombre de mots commençant par la lettre "S", n'importe quel mot sauf des noms propres ou des prénoms" Si le patient ne dit aucun mot durant les 5 premières secondes, dire "Par exemple, serpent...". S'il arrête durant 10 secondes, le stimuler en disant "n'importe quel mot commençant pas S..." Temps alloué: 60 secondes Correction: les mots répétés ou équivalents (sable et sable-mouvant) ainsi que les prénoms ou les noms propres ne sont pas comptés	10 mots et plus: 3 points 6 à 9 mots: 2 points 3 à 5 mots: 1 point 2 mots ou moins: 0 point
3. Séquences motrices (programmation)	"Regardez attentivement ce que je fais." L'examineur, assis en face du patient, exécute trois fois avec sa main gauche la série de Luria (poing – tranche – plat de la main). "Maintenant, avec votre main droite, faites la même chose, d'abord avec moi et ensuite seul." L'examineur exécute la série trois fois avec le patient et dit ensuite: "Maintenant, faites-le seul."	6 séries réussies seul: 3 points 3 séries réussies seul: 2 points 3 séries réussies avec l'examineur: 1 point Moins de 3 séries avec l'examineur: 0 point.
4. Consignes contradictoires (sensibilité à l'interférence)	"Tapez deux coups quand j'en tape un." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 1-1-1. "Tapez un coup quand j'en tape deux." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 2-2-2. Ensuite l'examineur tape 1-1-2-1-2-2-1-1-2.	Aucune erreur: 3 points Une ou deux erreurs: 2 points Plus de deux erreurs: 1 point 4 erreurs consécutives: 0 point
5. Go – No Go (contrôle inhibiteur)	"Tapez un coup quand je tape un coup." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 1-1-1. "Ne tapez pas quand je tape deux fois." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 2-2-2. Ensuite l'examineur tape 1-1-2-1-2-2-1-1-2.	Aucune erreur: 3 points Une ou deux erreurs: 2 points Plus de deux erreurs: 1 point 4 erreurs consécutives: 0 point
6. Comportement de préhension (autonomie environnementale)	"Ne prenez pas mes mains" L'examineur est assis en face du patient. Placez les mains du patient sur ses genoux, paume vers le haut. Sans dire un mot et sans regarder le patient, l'examineur place ses mains près de celles du patient et touche les paumes des deux mains pour vérifier s'il les prend spontanément. Si le patient les prend spontanément, l'examineur refait un essai après avoir dit: "Maintenant, ne prenez pas mes mains."	Ne prend pas les mains de l'examineur: 3 points Hésite et demande ce qu'il doit faire: 2 points Prend les mains sans hésitations: 1 point Prend les mains même au deuxième essai: 0 point



Annexe 7 : Test de Tinetti

L'ÉQUILIBRE		Évaluation de Tinetti de l'équilibre et de la démarche	
1. Équilibre en position assise	• S'incline ou glisse sur la chaise	→	0
	• Stable, sûr	→	1
2. Lever	• Incapable sans aide	→	0
	• Capable mais utilise les bras pour s'aider	→	1
	• Capable sans utiliser les bras	→	2
3. Essaie de se relever	• Incapable sans aide	→	0
	• Capable mais nécessite plus d'une tentative	→	1
	• Capable de se lever après une seule tentative	→	2
4. Équilibre en position debout (5 premières mn)	• Instable (titube, bouge les pieds, présente un balancement accentué du tronc)	→	0
	• Stable mais doit utiliser un déambulateur ou une canne ou saisir d'autres objets en guise de support	→	1
	• Stable en l'absence d'un déambulateur d'une canne ou d'un autre support	→	2
5. Équilibre en position debout	• Instable	→	0
	• Stable avec un polygone de sustentation large (distance entre la partie interne des talons > 10 cm) ou utilise une canne un déambulateur ou un autre support	→	1
	• Polygone de sustentation étroit sans support	→	2
6. Au cours d'une poussée (sujet en position debout avec les pieds rapprochés autant que possible : pousser 3 fois légèrement le sternum du patient)	• Commence à tomber	→	0
	• Chancelle, s'agrippe, mais maintient son équilibre	→	1
	• Stable	→	2
7. Les yeux fermés (même position que en 6)	• Instable	→	0
	• Stable	→	1
8. Rotation 380°	• Pas discontinus	→	0
	• Pas continus	→	1
	• Instable (s'agrippe, chancelle)	→	0
	• Stable	→	1
9. S'asseoir	• Hésitant (se trompe sur la distance, tombe dans la chaise)	→	0
	• Utilise les bras ou le mouvement est brusque	→	1
	• Stable, mouvement régulier	→	2
LA MARCHÉ		Score de l'équilibre / 16	
10. Initiation à la marche (immédiatement après l'ordre de marcher)	• S'incline ou glisse sur la chaise	→	0
	• Stable, sûr	→	1
11. Longueur et hauteur du pas - Balancement du pied droit - Balancement du pied gauche	• Le pas ne dépasse pas le pied d'appui gauche	→	0
	• Le pas dépasse le pied d'appui gauche	→	1
	• Le pied droit ne quitte pas complètement le plancher	→	0
	• Le pied droit quitte complètement le plancher	→	1
	• Le pas ne dépasse pas le pied d'appui droit	→	0
	• Le pas dépasse le pied d'appui droit	→	1
	• Le pied gauche ne quitte pas complètement le plancher	→	0
	• Le pied gauche quitte complètement le plancher	→	1
12. Symétrie des pas	• Inégalité entre la longueur des pas du pied droit et gauche	→	0
	• Égalité des pas du pied droit, et gauche	→	1
13. Continuité des pas	• Arrêt ou discontinuité des pas	→	0
	• Continuité des pas	→	1
14. Trajectoire (estimée par rapport à un carreau de 30 cm observer le mouvement des pieds sur environ 3 m de trajet)	• Déviation marquée	→	0
	• Déviation légère ou modérée ou utilise un déambulateur	→	1
	• Marche droit sans aide	→	2
15. Tronc	• Balancement marqué ou utilisation d'un déambulateur	→	0
	• Sans balancement mais avec flexion des genoux ou du dos ou élargit les bras pendant la marche	→	1
	• Sans balancement, sans flexion, sans utilisation des bras et sans utilisation d'un déambulateur	→	2
16. Attitude pendant la marche	• Talons séparés	→	0
	• Talons presque se touchant pendant la marche	→	1
Plus le score est bas, plus le trouble est sévère Un score total < 26 indique habituellement un problème ; et si < 19, risque de chutes augmenté de 5 fois		Score de la marche / 12	
		Score total (équilibre + marche) / 28	



Echelle d'évaluation de l'équilibre de Berg (BBS)

Instructions	
<p>1. Passer de la position assise à debout Instructions : Veuillez vous lever en essayant de ne pas vous aider avec les mains (4) peut se lever sans l'aide des mains et garder son équilibre (3) peut se lever seul avec l'aide des mains (2) peut se lever en s'aidant de ses mains, après plusieurs tentatives (1) besoin d'un peu d'aide pour se lever ou garder l'équilibre (0) besoin d'une aide modérée ou importante pour se lever</p> <p>2. Se tenir debout sans appui Instructions : Essayez de rester debout deux minutes sans prendre appui (4) peut rester debout sans danger pendant 2 minutes (3) peut tenir debout pendant 2 minutes, sous surveillance (2) peut tenir debout 30 secondes sans prendre appui (1) doit faire plusieurs tentatives pour tenir debout 30 secondes sans prendre appui (0) est incapable de tenir debout 30 secondes sans aide de quelqu'un</p> <p>3. Se tenir assis, sans appui, mais pieds au sol ou sur un tabouret Instructions : Asseyez-vous les bras croisés pendant 2 minutes (4) peut rester assis(e) 2 minutes sans danger (3) peut rester assis(e) 2 minutes, sous surveillance (2) peut rester assis(e) 30 secondes (1) peut rester assis(e) 10 secondes (0) incapable de rester assis(e) sans appui, 10 secondes</p> <p>4. Passer de la position debout à assise Instructions : Veuillez vous asseoir (4) peut s'asseoir correctement en s'aidant légèrement des mains (3) contrôle la descente avec ses mains (2) contrôle la descente avec le derrière des jambes sur la chaise (1) s'assoit sans aide, sans contrôler la descente (0) a besoin d'aide pour s'asseoir</p> <p>5. Transferts (placer les chaises pour un transfert pivot) Instructions : Assoyez-vous sur le siège avec accoudoirs et ensuite sans accoudoirs. On peut utiliser deux chaises (l'une avec et l'autre sans accoudoirs) ou un lit et une chaise avec accoudoirs (4) exécute sans difficulté, en s'aidant un peu des mains (3) exécute sans difficulté, en s'aidant beaucoup des mains (2) exécute l'exercice moyennant des instructions verbales et surveillance (1) a besoin d'être aidé par quelqu'un (0) a besoin de l'aide/surveillance de deux personnes afin d'être sécuritaire</p> <p>6. Se tenir debout les yeux fermés Instructions : Fermez les yeux et restez immobile 10 secondes (4) peut se tenir debout sans appui (3) peut se tenir debout pendant dix secondes sous surveillance (2) peut se tenir debout pendant 3 secondes (1) incapable de fermer les yeux plus de 3 secondes, mais garde l'équilibre (0) a besoin d'aide pour ne pas tomber</p>	<p>7. Se tenir debout les pieds joints Instructions : Placez vos pieds ensemble (4) peut joindre les pieds sans aide et rester 1 minute, sans danger (3) peut joindre les pieds sans aide et rester 1 minute, sous surveillance (2) peut joindre sans aide et rester debout moins de 30 secondes (1) a besoin d'aide à joindre les pieds, mais peut tenir 15 secondes (0) a besoin d'aide pour exécuter l'exercice et ne peut se tenir debout plus de 15 secondes</p> <p>8. Déplacement vers l'avant, bras étendu Instructions : Levez le bras à 90°. Étendez les doigts et allez le plus loin possible vers l'avant (4) peut se pencher sans danger, 25 cm et plus (3) peut se pencher sans danger, 12,5 cm et plus, moins que 25 cm (2) peut se pencher sans danger, 5 cm et plus, moins que 12,5 cm (1) peut se pencher, mais sous surveillance (0) a besoin d'aide pour ne pas tomber</p> <p>9. Ramasser un objet au sol Instructions : Ramassez votre chaussure ou un objet à 7,5 cm (3 pouces) du sol qui est devant vos pieds (4) peut ramasser sa chaussure facilement et sans danger (3) peut ramasser sa chaussure, mais sous surveillance (2) ne peut ramasser, s'arrête à 2-5 cm de la chaussure et garde l'équilibre (1) ne peut pas ramasser sa chaussure, a besoin de surveillance (0) incapable d'essayer l'exercice/a besoin d'aide pour ne pas tomber</p> <p>10. Se retourner pour regarder par-dessus l'épaule gauche et l'épaule droite Instructions : Retournez-vous et regardez directement derrière vous par-dessus votre épaule gauche puis la droite (4) se retourne des deux côtés; bon déplacement du poids (3) se retourne d'un côté seulement, mais mauvais déplacement du poids de l'autre côté (2) se tourne de profil seulement en gardant son équilibre (1) a besoin de surveillance (0) a besoin d'aide pour ne pas tomber</p> <p>11. Pivoter sur place Instructions : Faites un tour complet de 360° et arrêtez, puis faites un autre tour complet de l'autre côté (4) peut tourner 360° sans danger de chaque côté, en moins de quatre secondes (3) peut tourner 360° sans danger d'un seul côté, en moins de quatre secondes (2) peut tourner 360° sans danger, mais lentement (1) a besoin de surveillance ou de directives verbales (0) a besoin d'aide pour ne pas tomber</p> <p>12. Debout et sans support, placement alternatif d'un pied sur une marche (hauteur : 15 et 20 cm – 6 à 8 pouces) ou un tabouret Instructions : Placez en alternance un pied sur la marche ou un tabouret. Continuez jusqu'à ce que chaque pied ait touché le tabouret au moins 4 fois</p>



Instructions	
<p>(4) peut se tenir sans appui, sans danger et toucher 8 fois en 20 secondes</p> <p>(3) peut se tenir debout sans appui et toucher 8 fois en plus de 20 secondes</p> <p>(2) peut toucher 4 fois sans aide et sous surveillance</p> <p>(1) ne peut toucher plus de 2 fois; a besoin d'aide</p> <p>(0) a besoin d'aide pour ne pas tomber/ne peut faire l'exercice</p> <p>13. Se tenir debout sans appui, un pied devant l'autre</p> <p>Instructions : Placez un pied directement devant l'autre (faire une démonstration devant le sujet). Si impossible, faites un grand pas (pour obtenir trois points, la longueur du pas devra dépasser la longueur de l'autre pied et l'écart entre les pieds devra être à peu près l'équivalent d'un pas normal)</p> <p>(4) est capable de placer un pied directement devant l'autre sans aide et tenir la position 30 secondes</p> <p>(3) peut faire un grand pas sans aide et tenir la position 30 secondes</p>	<p>(2) peut faire un petit pas sans aide et tenir la position 30 secondes</p> <p>(1) a besoin d'aide pour faire un pas, mais peut tenir 15 secondes</p> <p>(0) perd l'équilibre en faisant un pas ou en essayant de se tenir debout</p> <p>14. Se tenir debout sur une seule jambe</p> <p>Instructions : Tenez debout sur une seule jambe le plus longtemps possible, sans appui</p> <p>(4) peut lever une jambe sans aide et tenir plus de 10 secondes</p> <p>(3) peut lever une jambe sans aide et tenir de 5 à 10 secondes</p> <p>(2) peut lever une jambe sans aide et tenir 3 secondes ou plus</p> <p>(1) essaie de lever une jambe, mais ne peut tenir la position plus de 3 secondes, mais reste debout, sans aide</p> <p>(0) ne peut exécuter l'exercice ou a besoin d'aide pour ne pas tomber</p>



Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nom :		Prénom :			
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :	

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

Dépistage

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

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

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

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

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

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

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

12-14 points: état nutritionnel normal
 8-11 points: à risque de dénutrition
 0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

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

H Prend plus de 3 médicaments par jour ?
 0 = oui 1 = non

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

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

K Consomme-t-il ?

- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui non
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui non
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille . oui non

0,0 = si 0 ou 1 oui
 0,5 = si 2 oui
 1,0 = si 3 oui

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

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

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

O Le patient se considère-t-il bien nourri ?
 0 = se considère comme dénutri
 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel
 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition

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

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

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

Évaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

de 24 à 30 points	<input type="checkbox"/>	état nutritionnel normal
de 17 à 23,5 points	<input type="checkbox"/>	risque de malnutrition
moins de 17 points	<input type="checkbox"/>	mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2008. N87200 12/99 10M
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com



Evaluation des symptômes dépressifs chez les sujets âgé : Geriatric Depression Scale

Objectif : L'échelle Geriatric Depression Scale a été conçue pour rechercher les symptômes dépressifs chez les sujets âgés. Elle est largement utilisée dans le cadre de l'évaluation gériatrique standardisée et dans les travaux de recherche clinique portant sur la dépression ou les troubles cognitifs.

Utilisation : L'échelle Geriatric Depression Scale comporte 30 items ayant chacun une réponse de type Oui-Non. Il faut coter un point pour chaque réponse marquée d'un astérisque. Le score total varie entre 0 et 30 points.

Interprétation : Dans la forme originale de l'échelle, un score de 0 à 9 est normal, un score de 10 à 19 correspond à une dépression modérée, et un score de 20 à 30 correspond à une dépression sévère. Des études ont montré qu'un score supérieur à 13 indique avec une bonne sensibilité et spécificité l'existence d'un état dépressif.

1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	Oui	Non*
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	Oui*	Non
3. Avez-vous l'impression que votre vie est vide?	Oui*	Non
4. Vous ennuyez-vous souvent?	Oui*	Non
5. Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	Oui	Non*
6. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	Oui*	Non
7. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	Oui	Non*
8. Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	Oui*	Non
9. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps	Oui	Non*
10. Avez-vous souvent besoin d'aide?	Oui*	Non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	Oui*	Non
12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir	Oui*	Non
13. L'avenir vous inquiète-t-il?	Oui*	Non
14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	Oui*	Non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	Oui	Non*
16. Avez-vous souvent le cafard?	Oui*	Non
17. Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	Oui*	Non
18. Ressassez-vous beaucoup le passé?	Oui*	Non
19. Trouvez-vous que la vie est passionnante?	Oui	Non*
20. Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	Oui*	Non
21. Avez-vous beaucoup d'énergie?	Oui	Non*
22. Désespérez-vous de votre situation présente?	Oui*	Non
23. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la votre	Oui*	Non
24. Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	Oui*	Non
25. Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer?	Oui*	Non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer?	Oui*	Non
27. Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	Oui	Non*
28. Refusez-vous souvent les activités proposées?	Oui*	Non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions?	Oui	Non*
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	Oui	Non*

REFERENCES :

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO: Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatric Res* 1983 ; 17: 37-49.

Arcand M, Hébert R. Précis pratique de gériatrie. Québec : Edisem ; 1997.

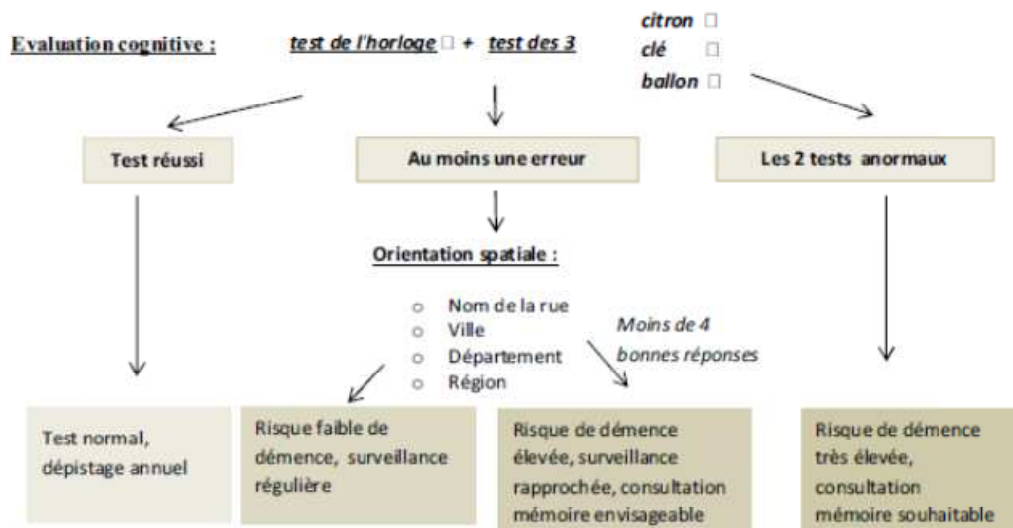


Annexe 11 : La grille Gérontoquick

Date : _____

Nom : _____

DEPISTAGE RAPIDE DES GRANDS SYNDROMES GERIATRIQUES
LA GRILLE GERONTOQUICK



- Risques de chute :** 2 points à considérer:
- Le patient peut se lever, marcher trois mètres, faire demi-tour et se rasseoir sans aucune aide ni canne en moins de 20 secondes (Timed up and go test) : oui = 0 point ; non = 1 point
 - Le patient a chuté au moins une fois dans l'année écoulée : oui = 1 point ; non = 0 point

2 critères présents	1 critère présent	0 critère
Évaluation approfondie, si possible en équipe pluridisciplinaire	Évaluation minimale et correction des facteurs de risque de chute fréquents	Conseils de base de lutte contre les risques de chute, dépistage annuel
DANS LES DEUX CAS EVALUATION MINIMALE + PROGRAMME DE PREVENTION :		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Syndrome Parkinsonien, <input type="checkbox"/> Hypotension orthostatique <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Incontinence 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Troubles visuels <input type="checkbox"/> Mauvais état des pieds et chaussage <input type="checkbox"/> Mauvaise adaptation de l'habitat <input type="checkbox"/> Polymédication, psychotropes 	

Dénutrition :
 IMC < 21
 Albuminémie < 35 g/l
 Perte de poids récente >10% en 6 mois ou >5% en 1 mois

Le patient peut être considéré comme dénutri si au moins un critère est présent

Fragilité : 10 facteurs de fragilité à examiner :

Médicaux	environnementaux	sociaux
<ul style="list-style-type: none"> Polypathologie, polymédication <input type="checkbox"/> Au moins un syndrome gériatrique dépisté i-dessus (démence, dénutrition, risque de chutes) <input type="checkbox"/> Hospitalisations non programmées fréquentes <input type="checkbox"/> Difficulté à porter les charges lourdes (perte de force musculaire) <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement géographique, confinement à domicile <input type="checkbox"/> - Aidant principal âgé ou fragile, absence d'aidant <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> - Refus d'aide, déni des difficultés, incurie <input type="checkbox"/> - Absence ou insuffisance d'aides <input type="checkbox"/> - Difficulté à réaliser les tâches ménagères quotidiennes <input type="checkbox"/> - Difficulté à gérer les médicaments <input type="checkbox"/>
<i>Plus le nombre de cases cochées est élevé, plus le patient est fragile</i>		TOTAL : /10

La grille proposée est un outil de dépistage pratique des grands syndromes gériatriques au cabinet de médecine générale. Il peut être proposé à tout patient de plus de 70 ans, quel que soit son état de santé et répété annuellement quel que soit résultat du dépistage.

1. DEMENCE

Le test des trois mots : donner trois noms d'objets au rythme de 1 par seconde. Compter 1 point par réponse exacte à la répétition immédiate. Répéter jusqu'à ce que les trois mots soient appris. Réaliser le test de l'horloge. Demander ensuite les trois mots présentés auparavant. Un seul oubli au rappel différé rend le test positif.

Le test de l'horloge : Dire au patient de placer les nombres autour du cadran en commençant par le 1, puis de positionner les aiguilles indiquant cinq heures moins le quart. La moindre erreur rend le test positif (nombre et position des chiffres, petite et grande aiguilles bien placées).

Attention, la démence s'évalue en l'absence de dépression !

2. CHUTES

En cas de risque de chute élevé ou intermédiaire, on peut proposer un programme de prévention systématique comprenant :

- Correction des facteurs de risque repérés
- Réduction du nombre de médicaments et de psychotropes
- Supplémentation vitamino-calciq, traitement de l'ostéoporose
- Travail de l'équilibre de la force et de la marche
- Sécurisation de la marche avec aides techniques (canne, déambulateur...)
- Alimentation équilibrée, réduction de la consommation d'alcool
- Adaptation du domicile

3. DENUTRITION

En cas de dénutrition, on peut proposer, selon le contexte :

- entourer les repas pour améliorer la convivialité,
- enrichir le régime avec des conseils hygiéno-diététiques (enrichir les plats avec du lait en poudre ou entier, de la crème, du fromage, des œufs, fractionner les repas, favoriser les collations, assaisonner suffisamment avec des épices et des herbes...)
- proscrire les régimes trop restrictifs
- utiliser des compléments nutritionnels

Attention, un patient obèse peut être dénutri !

4. FRAGILITE

Pour pallier ou corriger certains facteurs de fragilité, on peut proposer :

- Simplification de l'ordonnance
- Prise en charge adaptée de la démence, de la dénutrition...
- Encourager l'activité physique
- Encourager la vie sociale et associative, les activités de groupe...
- Discuter les aides humaines (infirmière pour les médicaments, auxiliaire de vie, aide-ménagère...). Prise de contact avec l'assistante sociale

Un patient fragile risque plus de se grabatiser en cas de pathologie aigüe !



Annexe 12 : Grille de repérage de la fragilité du Gérotopôle de Toulouse

Personne à prévenir pour le RDV : Nom : Lien de parenté : Tél : Nom du médecin traitant : Tél : Email : Nom du médecin prescripteur : Tél :		<p style="text-align: center;"><u>Informations patient</u></p> Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Date de naissance : Tél : Adresse :
---	---	---

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL ≥ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

PROGRAMMATION	
Dépistage réalisé le :	Rendez-vous programmé le :
Médecin traitant informé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<i>Pour la prise de rendez-vous :</i>	
Contacter par e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr	
Faxer la fiche et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).	
Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.	



Annexe 13 : Evaluation gériatrique adaptée à l'exercice du médecin généraliste

Evaluation gériatrique adaptée au contexte d'exercice du médecin généraliste

Evaluation au fil du temps		Interventions possibles ou nouvelles consultations exploratoires	
Social	<input type="checkbox"/> Vit en couple <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> isolé		
Habitat	<input type="checkbox"/> Adapté <input type="checkbox"/> Inadapté (Maison – Escaliers - Baignoire – Tapis...)		Clic - Famille
Vision	Portez-vous des lunettes ? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Si oui : les utilisez-vous ? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> C Ophthalmologue
Audition	Bouchon de cérumen <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Avez-vous un appareil auditif ? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Si oui l'utilisez-vous ? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Cs ORL <input type="checkbox"/> Audio prothésiste
Motricité membres supérieurs	Touchez la nuque avec vos 2 mains <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Prenez le stylo <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N Prenez le bouton ou boutonnez la chemise ? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Adapter la galénique <input type="checkbox"/> Semainier à préparer par IDE
Motricité membres inférieurs	Avez-vous chuté dans les 12 derniers mois ? Levez-vous de cette chaise, faites 10 pas et revenez vous asseoir	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Examen pieds <input type="checkbox"/> Test unipodal <input type="checkbox"/> Mono filament <input type="checkbox"/> Iatrogénie médicamenteuse <input type="checkbox"/> Hypotension tension <input type="checkbox"/> Chaussage <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Podologue
Incontinence urinaire	Avez-vous déjà eu des pertes d'urines ou une incontinence urinaire ?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ECBU <input type="checkbox"/> Urologue
Nutrition	Etape 1 Perte de poids Etat bucco dentaire	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	
	Etape 2 si étape 1 positive programmer une consultation <input type="checkbox"/> MNA		<input type="checkbox"/> Mesures alimentaires <input type="checkbox"/> Mis en place de portage de repas <input type="checkbox"/> Aide ménagère <input type="checkbox"/> Nutritionniste <input type="checkbox"/> Biologie (albuminémie)

© Ariane – Wiki des Groupes de Pairs de la SFMG



Annexe 14 : Functional Assessment Screening Package

Problèmes	Questions
Vision	«Avez-vous des difficultés pour conduire, ou regarder la télévision, ou lire, ou pour faire toute autre activité de la vie quotidienne à cause de votre vue ?»
Audition	Chuchoter à chaque oreille, et de façon à ce que la personne ne vous voit pas, une question simple et courte comme : «Quel est votre nom ? votre prénom ?»
Bras	Proximal : «Touchez votre nuque avec les deux mains». Distal : «Prenez cet objet» (stylo ou autre)
Jambes	«Levez-vous de cette chaise, marchez dix pas, revenez et asseyez-vous»
Incontinence urinaire	«Avez-vous déjà eu des pertes d'urines ou une incontinence urinaire ?»
Nutrition	Peser et mesurer le patient. «Avez-vous perdu du poids involontairement durant les six derniers mois ?»
Mémoire	Epreuve des trois mots du Mini Mental State («clé, citron, ballon» ou «cigare, fleur, porte»).
Dépression	«Vous sentez-vous triste ou déprimé ?»
Vie quotidienne	«Etes-vous capable de sortir de votre lit tout seul ? de préparer vos repas ? de faire vos courses ?»
Habitat	«Avez-vous des difficultés avec les escaliers chez vous ou à l'extérieur ? Avec la baignoire ? Les tapis ? Les conditions d'éclairage ?»
Social	«Seriez-vous capable de vous prendre en charge en cas de maladie ou d'urgence ?»



Annexe 15 : Identification of senior at risk ISAR

- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?
- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?
- Avez-vous été hospitalisé pour un ou plusieurs jours ces six derniers mois ?
- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?
- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoire ?
- Prenez-vous plus de trois médicaments par jour ?

Oui = 1 / Non = 0

Score ≥ 2 : Risque d'évènement indésirable



**OUTIL DE REPÉRAGE
DES TROUBLES COGNITIFS,
DES CHUTES,
DE LA DÉNUTRITION,
DE LA DÉPRESSION**

Antécédents:

Nom :

Prénom :

Date : Age :

ÉVALUATION COGNITIVE

1. Répétez et mémorisez
3 mots : citron, clé, ballon

Echec

2. Dessinez
une horloge indiquant 11h10

Echec

3. Répétez
les 3 mots : citron, clé, ballon

Echec

Si 1 test échoué ÉVALUER L'ORIENTATION SPATIALE

Si 2 tests échoués BILAN MÉMOIRE

Citez l'étage Echec

la rue Echec

la ville Echec

le dpt Echec

la région Echec

Si < 4 bonnes réponses (démence probable) BILAN MÉMOIRE

Si 4 ou 5 bonnes réponses (démence peu probable) SURVEILLANCE

RISQUE DE CHUTE

Avez-vous chuté l'année qui vient de s'écouler ?

Oui

Demandez au patient de rester en appui unipodal au moins 5 secondes

Echec

Au moins 1 oui ou au moins 1 échec ? Risque de chute élevé CONSULTATION DÉDIÉE

RISQUE DE DÉNUTRITION

Taille

Poids

IMC

Avez-vous perdu du poids ?
(>5% en 1 mois ou 10% en 6 mois)

Oui

IMC < 21 ?

Oui

Si le patient ne peut pas être pesé, mesurez sa circonférence brachiale (<22 cm)

Oui

Au moins 1 oui ? Risque de chute élevé CONSULTATION DÉDIÉE

RISQUE DE DÉPRESSION

Vous sentez-vous découragé et triste ?

Oui

Non

Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?

Oui

Non

Êtes-vous heureux la plupart du temps ?

Oui

Non

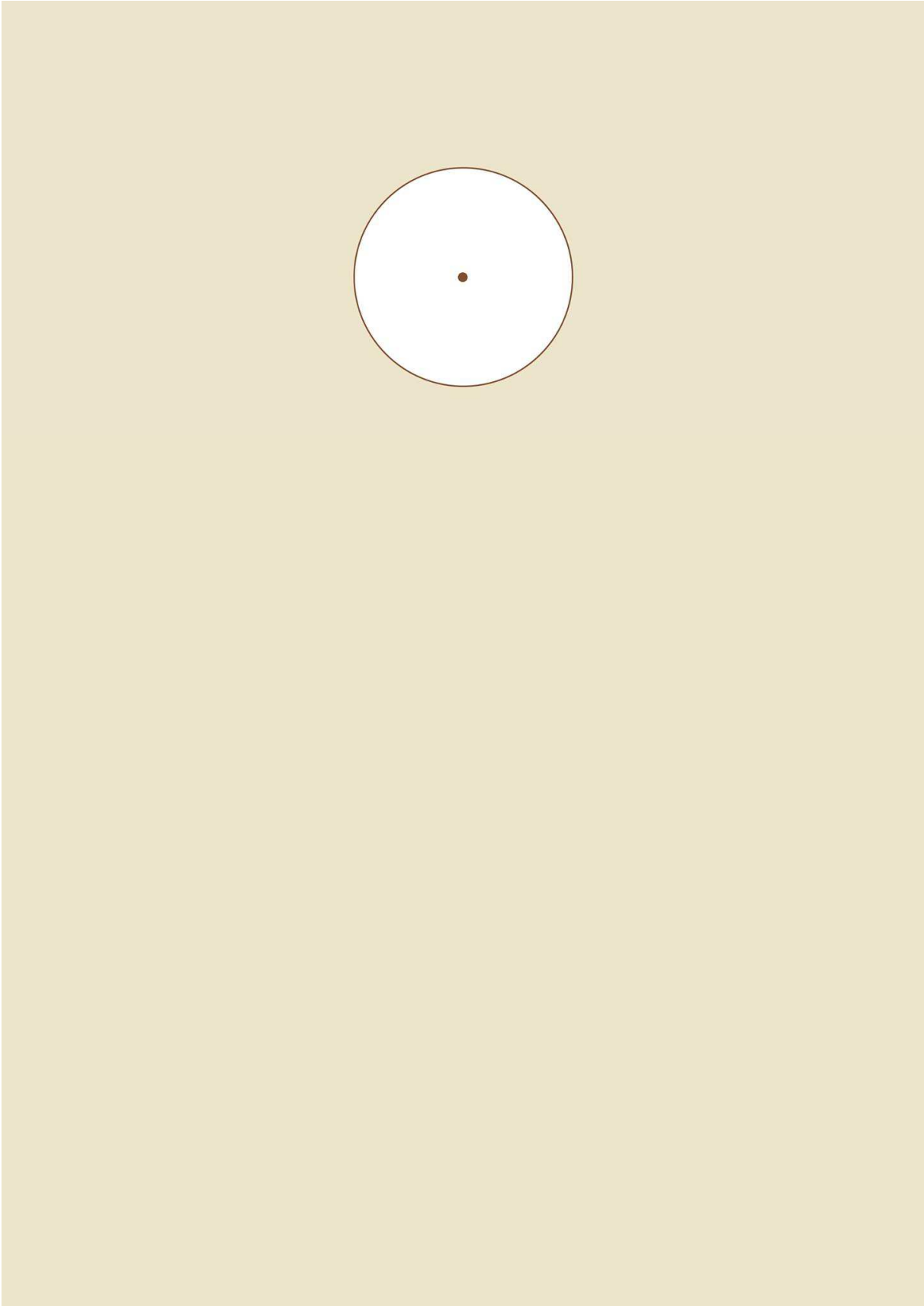
Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?

Oui

Non

Au moins 1 rouge ? Risque de dépression élevé CONSULTATION DÉDIÉE





Annexe 1. Méthodes de consensus

	Delphi	Groupe nominal, méthode de base	Rand/UCLA appropriateness rating method	Méthode conférence de consensus ¹²
Objectifs	Obtenir un avis final, unique, convergent du groupe.	Classer, prioriser, hiérarchiser des questions, des propositions, des actions à réaliser.	Initialement pour mesurer la sur-utilisation et la sous-utilisation d'un acte médical ou chirurgical. L'opportunité de réaliser un acte est appréciée par le rapport bénéfice/risque. Par la suite, étendue à l'évaluation de la nécessité de réaliser un acte.	Rédaction de recommandations.
Description brève	Rédaction d'un questionnaire par l'organisateur. Cotation itérative individuelle anonyme (par courrier). Retour d'informations (<i>feedback</i>) issu de l'analyse des réponses du groupe au tour de cotation précédent à chaque participant. Au final, la réponse du groupe pour chaque proposition est déterminée en appliquant des règles préétablies.	2 tours de cotation individuelle pendant la réunion du groupe, mais en secret, séparés par une discussion des résultats de la 1 ^{re} cotation. Pendant la discussion, les interactions se font essentiellement entre le coordonnateur et chacun des membres du groupe pour éviter les phénomènes de dominance.	Analyse critique et synthèse de la littérature. Description de toutes les situations cliniques dans lesquelles l'acte est possible. Rédaction d'un questionnaire par l'organisateur. 1 ^{er} tour de cotation individuelle anonyme (par courrier). Règles préétablies d'analyse des cotations. Retour d'information. Discussion des résultats de la 1 ^{re} cotation lors d'une réunion unique plénière du groupe. 2 nd tour de cotation individuelle par chaque participant à la fin de la réunion.	Analyse critique de la littérature sur les questions de la conférence (groupe bibliographique). Textes des experts rassemblant les informations (issues de leur expérience et de la littérature) permettant de répondre à une question de la conférence. Conférence publique au cours de laquelle les experts présentent leurs travaux et formulent leur interprétation en fonction de leur conviction. Discussion et débats sur les points les plus controversés avec les membres du jury et le public. Délibération à huis clos du jury pour la rédaction d'un texte consensuel, de la manière la plus indépendante et la plus objective possible (conclusions et recommandations de la conférence).

¹² Cette méthode n'est plus utilisée par la Haute Autorité de Santé.



HERAULT Emma
Interne en 3^e année de DES de Médecine Générale
06 86 08 25 07
emma.herault@etu.unilim.fr



Chère Consœur, Cher Confrère,

Je suis Emma HERAULT, interne de Médecine Générale à Limoges et je vous sollicite dans le cadre de ma thèse d'exercice, encadrée par le Dr Karen RUDELLE.

L'objectif est de déterminer la pertinence d'un nouvel outil de repérage de quatre des grands syndromes gériatriques (troubles cognitifs, risque de chutes, dénutrition, dépression) en soins primaires, chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Cet outil a été conçu par le Dr Delphine MARCHESSEAU, gériatre au CHU de Limoges, dans le cadre de son mémoire de capacité de gériatrie.

En effet, le dépistage précoce a pour but d'éviter la survenue d'une pathologie, de la prendre en charge à la phase initiale, d'éviter les complications, de préserver l'autonomie... L'objectif de cet outil est de pouvoir programmer une consultation dédiée de Médecine Générale ou de Gériatrie pour un repérage précoce.

Nous souhaiterions réaliser une étude qualitative par l'intermédiaire d'un groupe nominal. Il s'agit d'une méthode de consensus en deux étapes :

- 1) Premier temps :
 - a) nous vous transmettons tout d'abord une bibliographie que nous vous invitons à consulter
 - b) nous vous demandons de bien vouloir appliquer cet outil à votre patientèle de plus de 75 ans quelle qu'elle soit, au cours de consultations de routine au cabinet ou à domicile, en dehors de toute pathologie aiguë et cela de façon totalement anonyme (10 exemplaires de l'outil vous sont joints).
- 2) Dans un second temps, nous rassemblons les médecins du groupe nominal autour du Dr RUDELLE et moi-même le samedi 17 juin 2017 à 9h à la Faculté de Médecine de Limoges pour une table ronde avec retour d'expériences, afin de discuter la pertinence de ce test. Seront alors évoqués les quatre axes d'évaluation choisis, la méthode d'évaluation de chacun, ainsi que la stratégie décisionnelle et la faisabilité du test.

En vous remerciant pour votre participation à ce projet et du temps consacré à celui-ci,

Bien confraternellement,

Emma HERAULT



Serment d'Hippocrate

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

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Création d'un nouvel outil de repérage de syndromes gériatriques en soins premiers

Résumé :

Introduction : Les médecins généralistes ont besoin de tests de dépistage de syndromes gériatriques adaptés à leur pratique courante afin de faciliter la prise en charge d'une patientèle de plus en plus vieillissante. L'objectif était de déterminer la pertinence d'un nouvel outil de repérage de quatre syndromes gériatriques (les troubles cognitifs, le risque de chute, la dénutrition et la dépression) en soins premiers chez les personnes âgées de plus de 75 ans. L'objectif secondaire était de modifier l'outil après analyse.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par groupe nominal. 9 médecins généralistes du territoire Limousin, après avoir testé l'outil auprès de leurs patients, se sont réunis afin de l'évaluer. Chaque proposition était cotée de 0 à 9 par les experts selon leur degré d'accord.

Résultats : 59 propositions ont été obtenues. Les 4 principaux axes de travail étaient l'étude du choix des syndromes gériatriques, l'appréciation de la méthode d'évaluation, celle de la stratégie décisionnelle, la forme et la faisabilité de l'outil. 34 items ont fait consensus entraînant une révision de l'outil pour qu'il soit plus pertinent en soins premiers.

Conclusion : Ainsi ORAGE (Outil de Repérage Ambulatoire des syndromes Gériatriques) a été créé. Il s'adresse aux patients de plus de 65 ans avec pour objectif un repérage des troubles cognitifs, du risque de chute, de dénutrition et de dépression. Ce nouvel outil nécessitera dans un second temps une validation afin de généraliser son utilisation.

Mots-clés : syndromes gériatriques, groupe nominal, ORAGE, troubles cognitifs, dénutrition, risque de chute, dépression.

Creation of a new geriatric syndromes screening tool in primary care

Abstract :

Introduction: General practitioners require screening tests of geriatric syndromes adapted to their common practice for a better management of their patients who continue to age. The aim was to determinate the utility of a new screening tool for four geriatric syndromes (cognitive dysfunction, risk of falls, malnutrition and depression) in primary care in patients of more than 75 years of age. The secondary objective was to modify the tool after analysis.

Methods: We realized a qualitative study with a nominal group. 9 general practitioners of the Limousin territory, after having tested the tool with their patients, gathered to assess it. Every proposal was quoted from 0 to 9 by the experts depending on the extent of agreement.

Results: 59 proposals were obtained. The 4 main working axes were the study of the choice of geriatric syndromes, the appreciation of the evaluating method, the assessment of the deciding strategy, the form and feasibility of the tool. 34 items made a consensus generating a revision of the tool to make it more relevant in primary care.

Conclusion: So ORAGE (Screening Tool Ambulatory of Geriatric Syndromes) was created. It is addressed to patients more than 65 years of age in the aim to find a cognitive dysfunction, risk of falls, malnutrition and depression screening. At a second time this new tool will require a validation to generalize its use.

Keywords : geriatric syndromes, nominal group, ORAGE, cognitive dysfunction, malnutrition, risk of falls, depression.

