UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN
MASTER COMPLÉMENTAIRE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Evaluation gériatrique globale à visée préventive

Proposition d'un outil opérationnel en médecine générale

Docteur Bonnelance Audrey

Année académique 2010-2011

Promoteur : Docteur Pascale Dulière

A. Abstract

Les patients gériatriques sont fragiles ; leur équilibre entre autonomie et dépendance majeure est précaire et peut basculer au moindre incident. Pour mesurer cette fragilité, le praticien dispose de plusieurs échelles gériatriques. La plupart d'entre elles sont validées et couramment utilisées par les équipes soignantes. Toutefois, ces échelles ne sont pas adaptées à la médecine générale car elles n'offrent pas une vision globale ou sont peu opérationnelles.

C'est pourquoi ce travail a abouti à proposer une évaluation gériatrique globale de dépistage et de suivi, opérationnelle en médecine générale.

Cet outil permet de sensibiliser le médecin généraliste au dépistage précoce des facteurs de fragilité afin de proposer des solutions adaptées et d'établir un suivi au long cours. Il crée un langage commun dans le réseau de soins, objective les problèmes et aide à prendre du recul pour les décisions cliniques.

Après une utilisation de l'outil sur un échantillon de 20 patients et sur base de l'avis de 10 praticiens, l'outil s'est avéré pertinent et opérationnel. Cependant, aucun instrument de mesure ne peut prétendre remplacer l'approche individualisée et privilégiée du médecin avec son patient.

Une utilisation systématique de l'outil pour tous les patients de75 ans et plus permettrait de planifier une prise en charge aidant les personnes âgées à « bien vieillir ».

B. Mots-clés

Evaluation-globalité-gériatrie-prévention-fragilité

C. Motivation du choix du TFE

Dès les premiers mois d'assistanat, j'ai dû effectuer le suivi de patients gériatriques chroniques. J'ai vite été confrontée à des placements ou hospitalisations en urgence qui à mon sens, auraient pu être évitées. Comment aurait-on pu éviter cela ? Aurait-on pu agir plus tôt ? Autant de questions qui restaient sans réponse. Il a bien fallu commencer par le début, à savoir, définir le patient âgé fragile à risque de déclin fonctionnel et comment le dépister.

D. Objectifs du TFE

- Sensibiliser le médecin généraliste à l'évaluation globale gériatrique préventive et à la promotion de la santé spécifique du patient gériatrique afin de préserver un maximum de son autonomie et de sa qualité de vie.
- Présenter les outils actuels disponibles pour les généralistes.
- Proposer une évaluation gériatrique globale à visée préventive opérationnelle en médecine générale.
- Evaluer le décalage entre la théorie et sa mise en application sur le terrain par des interviews menées auprès de 6 généralistes et 4 gériatres et une utilisation personnelle de l'outil auprès d'un échantillon « test » de 20 patients.

E. Introduction

La gériatrie est un domaine qui m'a toujours tenu à cœur. Dès ma deuxième candidature, je me suis retrouvée en stage d'aide soignante à l'UCL. J'ai ensuite eu la chance d'effectuer un stage à options aux Deux Alices où j'ai pu rencontrer les docteurs Fournier et Dulière. La population belge ne cessant de vieillir, notamment les plus de 65 ans qui représenteront près d'un tiers de la population dans 40 ans, les plus de 85 ans dont le nombre va quadrupler jusque 2040 (1) et le déclin fonctionnel entrainant des conséquences médicales, sociales et économiques ; l'aspect prise en charge multidimensionnelle et globale à visée préventive devrait donc faire partie intégrante de la prise en charge des patients âgés.

Au cours de mes stages en médecine générale et de mon assistanat, je me suis régulièrement retrouvée confrontée à des dossiers médicaux incomplets, des dégradations rapides, des placements ou hospitalisations en urgence. Je me suis alors interrogée sur le concept de fragilité, cet état d'équilibre précaire où le moindre incident fait basculer la personne âgée, apparemment autonome et peu dépendante, dans un état de dépendance majeure qui lui fait perdre son autonomie.

Une idée d'évaluation globale à visée préventive a alors commencé à faire son chemin. Ma volonté était de trouver un outil qui puisse aider la personne âgée à rester le plus longtemps possible maître de ses choix et de pouvoir continuer à élaborer avec elle un plan de vie et d'avenir, le plus souvent dans son milieu habituel de vie. Dans notre métier de généraliste, nous entrons en relation durable avec nos patients âgés dont l'état de santé se

dégrade petit à petit. Souvent, une dépendance de plus en plus grande s'établit vis-à vis de l'entourage et des aides nécessaires à domicile. Nos rencontres régulières créent souvent un climat de confiance dans lequel peut s'installer une certaine routine. La dégradation progressive du patient peut alors passer inaperçue. Il arrive parfois que lorsque la personne âgée doit faire appel à des services professionnels d'aide à domicile, elle n'ait plus la capacité d'adaptation nécessaire pour les intégrer, les supporter ou en bénéficier. Savoir dépister une personne âgée fragile ou à risque de déclin fonctionnel ou de perte d'autonomie me semble primordiale dans la pratique courante du médecin généraliste.

Existe-t-il déjà un outil pratique et opérationnel à notre intention ? Permet-il d'évaluer l'ensemble des domaines sur lesquels le médecin généraliste peut intervenir pour prévenir une perte d'autonomie du patient gériatrique ? Est-il applicable aux contraintes quotidiennes des généralistes que nous sommes ? Est-il possible, grâce à un outil d'évaluation d'aider les personnes à bien vieillir ?

Je commencerai par un résumé des notions théoriques nécessaires au généraliste. Je ferai une revue brève des outils déjà mis à sa disposition. Je proposerai ensuite une évaluation gériatrique globale à visée préventive.

J'évaluerai enfin sa pertinence et sa faisabilité en médecine générale après avoir pris connaissance de l'avis de 10 confrères et testé mon évaluation au sein de ma pratique quotidienne auprès d'un échantillon « test » de 20 patients.

F. Méthodologie

1. Identification d'un besoin du généraliste

Les personnes âgées fragiles à risque de déclin fonctionnel doivent être dépistées et évaluées régulièrement par leur médecin traitant. Cependant, nous ne disposons que d'instruments de mesure partiels et souvent difficilement utilisables en pratique. Il serait utile de créer un outil opérationnel tenant compte de la multitude des facteurs intervenant dans la prévention du déclin fonctionnel.

2. Documentation des sources existantes

Trois moteurs de recherche ont été utilisés donnant accès à des bases de données complémentaires : d'une part OVID, via la bibliothèque du CEBAM, Pubmed (pour Medline) et d'autre part, Embase.

Les bases de données explorées étaient : COCHRANE, DARE, Medline, CINAHL, BNI et EMBASE.

Les mots-clés utilisés étaient :

a. Pour le patient gériatrique : geriatric patient, geriatric profile, geriatric medicine, geriatric syndrome, clinical profile, frail elderly, frailty.
b. Pour les outils d'évaluation ; tools, scale, geriatric assessment, screening, RAI, SMAF, ISAR, SHERPA, Edmonton, Geriatric scale.

La recherche par mot-clé a été appliquée uniquement sur les titres et les abstracts. La littérature des 10 dernières années a été explorée. Néanmoins, certaines publications antérieures ont été reprises soit à partir des bibliographies des articles relevés, soit de façon manuelle, soit recommandés par les gériatres choisis.

Pour retenir une étude, je me suis appuyée essentiellement sur les critères suivants ; qualité de la revue de publication, applicabilité de l'étude au contexte occidental, langue de rédaction (anglais-français), caractère récent (< 10 ans sauf si étude notoire recommandée par un gériatre), description pertinente de la méthode, clarté des résultats.

La « littérature grise » a également été investiguée. Il s'agit du site des associations scientifiques de gériatrie ou du moteur de recherche « Google ». Des références supplémentaires ont été identifiées sur base de recommandations de lecture émanant des différents praticiens contactés et rencontrés (prêt de livres etc.)

3. Construction de l'échelle

L'échelle d'évaluation globale a été construite sur base de la connaissance des outils existants en tenant compte du besoin des généralistes.

4. Identification des personnes de référence

Les médecins généralistes sont les premiers vers qui je me suis tournée. Leurs avis et impressions me semblaient essentiels tout au long de la construction de mon échelle. C'est la raison pour laquelle j'ai interrogé 6 médecins généralistes d'âges différents. Deux jeunes confrères ayant un à quatre ans de pratique, mon maitre de stage et un de mes animateurs de séminaire ayant chacun entre 10 et 20 ans de pratique et enfin deux généralistes qui ont entre 20 et 30 ans de pratique. Le type de pratique était également variée ; 3 en maison médicale et 3 en pratique solo. Trois d'entre eux travaillent en périphérie et les trois autres en région Bruxelloise.

L'avis de gériatres me semblait également important. J'ai pour cela interrogé trois gériatres et une généraliste pratiquant la gérontologie hospitalière depuis de nombreuses années ; ma promotrice le Docteur Dulière.

5. Confrontation de l'échelle avec les personnes de référence dans le domaine et mon expérience personnelle

Présenter mon évaluation aux généralistes et aux gériatres que j'ai rencontré, tenir compte de leurs conseils et de mon expérience personnelle sur le terrain m'a permis d'en modifier petit à petit le contenu et surtout la forme.

G. La théorie

1. Définitions

Evaluation

Evaluer un patient est en quelque sorte le mesurer. La mesure sert à comparer des situations entre elles ou des personnes entre elles ou encore une même personne dans des situations différentes. Mesurer l'humain est pourtant complexe. Comment mesurer et évaluer ce qui ne se réduit pas à un chiffre ou à un score ? Les sciences humaines ont relevé le défi d'utiliser les instruments des sciences exactes en mesurant, en évaluant, en classant et en comparant des moyennes. Pour passer de la mesure à l'évaluation, il faut introduire la notion de référence à une norme ou à un standard.

Dans le domaine de l'évaluation des patients âgés fragiles, la norme est l'autonomie, terme plus approprié que le terme « indépendance » qui induit des confusions. Que mesure-t-on pour évaluer l'autonomie ? En gériatrie, on mesure les performances du patient âgé. C'est-à-dire ce que la personne réalise réellement et habituellement à sa manière.

Gériatrique

Il existe deux types de définitions : l'une se basant directement sur les caractéristiques du patient, l'autre, plus indirecte, qui se focalise sur la description de l'approche nécessaire pour répondre aux problèmes de type gériatriques. J'ai choisi de reprendre les définitions de la société belge de gériatrie et celle du collège de gériatrie. En effet, ces définitions reprennent les principales caractéristiques du patient gériatrique, sont approuvées par les gériatres belges et tiennent compte d'une réalité clinique « locale » tout en intégrant les caractéristiques reconnues internationalement.

Collège des gériatres belges

Selon le collège des gériatres belges, le patient gériatrique se définit généralement comme « *une personne âgée de 75 ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques, et de problèmes sociaux surajoutés.* » (2)

Société belge de gérontologie et de gériatrie (SBGG)

L'assemblée générale de la SBGG du 27 mai 2005 a approuvé la définition du gériatre belge proposée par le conseil d'administration de la société. C'est une manière indirecte de décrire le « patient gériatrique ».

« Le gériatre est le spécialiste qui pratique la médecine gériatrique, une branche spécialisée de la médecine interne qui se consacre aux aspects préventifs, cliniques, curatifs, de réadaptation et sociaux des maladies des personnes âgées et de leur santé. Cette population requiert une compétence spécifique en raison de sa fragilité, de sa polypathologie, de la présentation particulière de ses affections, d'une plus grande latence aux effets des traitements et du besoin en aides sociales. L'objectif principal de la gériatrie est d'obtenir, à travers une approche multidisciplinaire, la récupération optimale des

performances fonctionnelles et de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée. » (Assemblée générale de la SBGG, 2005) (6).

Globalité

Les caractéristiques du patient gériatrique rendent compte de problèmes multiples non seulement médicaux, mais aussi fonctionnels, psychologiques, mentaux et sociaux. Elles imposent un dépistage rapide et une prise en charge spécifique. Cette situation constitue la base rationnelle de l'évaluation gériatrique globale qui représente la spécificité de la gériatrie.

Préventive

Il est bien sûr important de rappeler la définition du mot prévention (prendre les devants) : il s'agit de l'ensemble des mesures qui permettent d'éviter l'apparition, l'aggravation et l'extension de certaines maladies.

La prévention s'applique à la fois à la mesure des risques, à la prévision des dangers et à la mesure des probabilités des maux. Elle revêt aujourd'hui d'une importance sociale immense. Eviter et contrôler les risques évitables conduit à corriger les défauts et à promouvoir les remèdes : contrôler la nutrition, la diminution des activités physiques, l'engourdissement intellectuel, stimuler les intérêts et la communication sont une autre manière de conserver un objectif aussi simple à formuler que difficile à atteindre : bien vieillir.

On distingue habituellement 4 niveaux de prévention. La prévention primaire qui vise à prévenir ou retarder l'apparition de la maladie quand celle-ci n'est pas encore présente. Pour les personnes âgées, il s'agit des habitudes de vie (tabac, alcool, nutrition, exercice, sommeil), la vaccination (influenza, tétanos, pneumocoque), les accidents (iatrogenèse, conduite voiture, suicide), l'ostéoporose.

La prévention secondaire est une détection précoce de la maladie (dépistage ou screening) ou une prévention des récidives. La maladie est déjà présente. Par exemple, traiter une hypertension, une fibrillation auriculaire, un trouble de la vision ou de l'audition, prévenir un risque de chute, une ostéoporose, la survenue de cancers.

La prévention tertiaire vise à prévenir les complications liées à la maladie. Par exemple la réhabilitation (réadaptation physique, cognitive et fonctionnelle), les aides et assistances

(listing des besoins, aides professionnelles, techniques, donneurs de soins), le contrôle de la douleur etc. Mais c'est aussi la prévention des incapacités et des dépendances (handicaps) comme par exemple la récupération après une maladie aiguë, une revalidation (physique, mentale et sociale), une réadaptation (troubles sensoriels, assistances mécaniques, aménagement du domicile).

Enfin, la prévention quaternaire est le fait d'éviter le risque iatrogène face à un problème ou une action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables (information du patient et des proches, désirs et valeurs du patient, risques iatrogènes, prévention de l'acharnement…).

Pour les patients à faible risque de déclin fonctionnel, l'attitude préventive adéquate est une promotion de la santé et une prévention primaire. Pour ceux à risque modéré, une prévention primaire et secondaire avec un traitement actif seront nécessaires. Enfin, pour les patients à risque élevé, une prévention primaire, secondaire et tertiaire avec action sur les facteurs de risque identifiés seront nécessaires.

Syndrome de fragilité

On ne peut pas parler du patient gériatrique sans évoquer le concept de fragilité. Si le nombre de publications évoquant la fragilité croît, ce concept reste difficile à définir. Il n'existe pas, à ce jour, de consensus sur la définition de la fragilité.

Le syndrome de fragilité est un concept gériatrique qui suggère un état d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle ou de majoration de la perte fonctionnelle existante. Il est à la base de la gérontologie préventive. La fragilité peut se concevoir comme une étape intermédiaire entre le vieillissement habituel et le vieillissement pathologique. Sa définition la plus simple correspond à « l'impossibilité de répondre de façon adaptée à un stress qu'il soit médical, psychologique ou social » (2). La fragilité constitue alors un état d'équilibre précaire entre la bonne santé et la maladie, l'autonomie et la dépendance, l'existence ou l'absence de ressources, et enfin, la présence ou non d'un entourage. Il est important de souligner que cet état possède à la fois un caractère dynamique et évolutif, et qu'il peut être amélioré par des actions adaptées. On peut considérer que 10 à 20% des personnes âgées de 65 ans et plus sont fragiles. Cette proportion augmente rapidement avec l'âge, pour atteindre 46% chez les plus de 85 ans. (2) Il s'agit d'un groupe de personnes âgées à haut

risque d'hospitalisation, d'institutionnalisation, et de décès. Cette situation de fragilité n'est pas irréversible et peut être améliorée par des actions adéquates. D'où l'intérêt de déterminer les caractéristiques des personnes âgées fragiles.

2. Etat de la question : les échelles utilisées en gériatrie

Pour évaluer nos patients gériatriques, de nombreux outils et échelles de mesure existent. Parmi la multitude d'échelles disponibles en gériatrie, certaines sont à privilégier. Si les instruments de dépistage des grands problèmes gériatriques sont essentiels, certains d'entre eux ne constituent pas réellement une évaluation. Pourtant l'évaluation à l'aide d'outils est nécessaire pour objectiver les ressources et le potentiel de revalidation du patient. Cette évaluation permettra également de définir un plan de soins individualisé. Ces outils d'évaluation permettent d'analyser les grands syndromes gériatriques tels la dépendance fonctionnelle, la dépression, la dénutrition, les états confusionnels aigus etc. La combinaison d'outils de « screening et de follow-up » du patient fournit une évaluation plus fine.

Les différents outils présentés ci-dessous sont utilisés en pratique et répondent aux critères attendus pour toute échelle de mesure.

Outils de dépistage ou de « screening »

Tous les patients âgés ne nécessitent pas une évaluation standardisée par une équipe multidisciplinaire. Le rôle du généraliste est de cibler (« screener ») dans ce groupe ceux qui sont fragiles et à risque de déclin fonctionnel afin de leur confectionner un plan de soins et de suivi adapté.

Le but des outils de screening est de prédire le risque d'être « un patient gériatrique » afin de pouvoir identifier les patients pour lesquels une prise en charge de type gériatrique est utile.

Il existe, sur base de la littérature, plusieurs outils de screening valides et fiables ; le HARP (Hospital admission risk profile (outil américain), le SHERPA (Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie), l'ISAR (identification of seniors at risk), le VIP (valeur indicative du placement), le SEGA (short Emergency Geriatric Assessment (non validée)), l' « Edmonton Frail Scale » et le « Triage Risk screening tool ».

Dans un but opérationnel de dépistage du patient fragile, deux échelles sont reconnues en Belgique (2). Les avantages de ces deux échelles est qu'elles ont été validées et qu'elles sont faciles à utiliser. Il s'agit du score ISAR et du score SHERPA. Idéalement, elles ont été conçues pour les patients admis aux urgences. Le généraliste peut néanmoins très facilement les utiliser en ambulatoire ou au domicile.

1. *Le score ISAR (Identification of Senior At risk, Identification des seniors à risque) (3) (annexe 7)*

Le score ISAR permet de prédire le risque de déclin cognitif, de dépression, de mortalité et d'institutionnalisation. Il est composé de 6 questions ciblées et ne requiert pas de compétence professionnelle particulière. Il prend moins de 5 minutes.

2. *SHERPA (Score hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie) (4) (annexe 8)*

Il s'agit d'un outil d'évaluation prédicteur du risque de déclin fonctionnel à 3 mois après la sortie d'hôpital. Le déclin fonctionnel est défini comme la perte d'au moins un point sur l'échelle des ADL à l'admission et celle 3 mois après la sortie. Sa sensibilité est de 67.9% et sa spécificité de 70.8%. Le SHERPA nécessite plus de temps au personnel que l'ISAR parce qu'il comprend un MMS (Mini Mental State). Le temps nécessaire pour récolter les données est donc à prendre en compte dans le choix de l'outil utilisé.

3. *Edmonton Frail scale (5) (annexe 9)*

L' « Edmonton Frail Scale » est une échelle récente et facile à utiliser. Elle a été développée par Rolfson en 2006 au Canada et permet d'identifier les patients âgés fragiles. Elle couvre 9 domaines : état cognitif, état de santé général, indépendance fonctionnelle, support social, utilisation des médicaments, nutrition, humeur, continence et performance fonctionnelle. Sa validité et sa fiabilité ont été démontrées. Ce qui le rend plus intéressant que les autres outils de screening est qu'il est réalisable par le généraliste seul et qu'il peut également être utilisé comme outil de transfert.

Outils d'évaluation globale et multidiciplinaire (de « follow up »)

Une prise en charge de qualité d'un patient gériatrique est multidisciplinaire. Pour favoriser cette multidisciplinarité, certains outils intègrent cette dimension. Ces outils se distinguent des précédents en diagnostiquant les problèmes gériatriques et en extrayant des profils « types » afin d'aider à la planification des soins.

Les instruments diffèrent non seulement selon les domaines explorés mais aussi selon les objectifs fixés pour leur utilisation (plan de soins, financement, évaluation de la qualité) et la structure dans laquelle ils sont utilisés (soins à domicile, hôpital aigu, maison de repos et de soins). Leur utilisation appropriée est conditionnée par leur validité pour les objectifs et environnements définis.

Les outils décrits ci-dessous sont les plus fréquemment utilisés.

1. Le BGMST, "Belgian Geriatric Medical screening tools (6) (annexe 10)

Il est utilisé chez les patients fragiles pour détecter de manière standardisée les problèmes gériatriques. Il constitue le premier pas d'une démarche d'évaluation gériatrique et, à ce titre, se situe entre l'outil de dépistage et d'évaluation. C'est un ensemble d'outils standardisés et validés mis au point par le Collège de gériatrie belge. A l'exception de l'évaluation du risque de chute, il permet un meilleur dépistage des 7 autres domaines de fragilité gériatrique.

Les outils sont les suivants :

- L'évaluation des activités de la vie quotidiennes : Echelle de Katz.
- L'évaluation des activités instrumentales de la vie quotidienne : Echelle de Lawton.
- Le risque de chute : Echelle « stratify ».
- Les problèmes cognitifs : test de l'horloge.
- La présence d'une dépression : Geriatric Depression Scale.
- La présence de complexité sociale : Echelle SOCIOS.
- La malnutrition: Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).
- La présence de douleur : Echelle visuelle analogique (EVA) pour les patients communicants et "Non Verbal Indicator Scale" pour les patients non communicants.
- L'état de fragilité : ISAR.

- Evaluation de la comorbidité et de la sévérité des maladies.
- Polypharmacie.

2. *Le CGA, Comprehensive Geriatric Assessment ou l'EGS, Evaluation Gérontologique Standardisée (7)*

L'évaluation gérontologique standardisée se définit comme une : *« méthode pour déterminer les problèmes médicaux, fonctionnels, psychosociaux et environnementaux ainsi que les ressources d'une personne âgée dans le but de planifier un plan de soins et de suivi ».* (8)

L'EGS, en utilisant des outils validés, permet d'explorer de façon systématique un certain nombre de fonctions : fonctions cognitives, humeur, autonomie, état dentaire, état nutritionnel, fonctions sphinctériennes, marche et équilibre, vision, audition… Pour chaque fonction explorée, il existe une ou plusieurs échelles que l'on peut utiliser. Cette méthode permet d'évaluer de façon globale la personne âgée, au niveau médical, psycho-social, fonctionnel et environnemental, et de proposer une stratégie adaptée de prise en charge et de suivi.

L'EGS réalise une « revue des fonctions », des capacités fonctionnelles (par analogie à la revue des systèmes dans une anamnèse systématique). Elle nous aide à planifier les soins, à préciser les examens complémentaires et à prévenir des problèmes de santé, à suivre l'évolution d'une pathologie chronique, évaluer la réponse à une intervention, évaluer l'impact des maladies sur le fonctionnement de tous les jours. Plusieurs études ont démontré son premier objectif : l'amélioration des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie du patient. Bien d'autres objectifs ont été mis en évidence comme ; l'amélioration de la survie, des possibilités diagnostiques, la diminution du nombre de placement en maison de repos, la diminution des coûts des soins de santé, de l'utilisation des hospitalisations, l'amélioration des prescriptions médicamenteuses. Elle permet de détecter les déficiences et insuffisances avant qu'elles ne soient flagrantes et de mettre en place une prise en charge adéquate.

Différentes dimensions sont investiguées lors de l'EGS.

1) Statut fonctionnel. Le statut fonctionnel est objectivé à l'aide des échelles ADL (Activities of Daily Living), qui évalue les capacités du patient pour l'habillage, l'hygiène personnelle, la continence, les transferts ou encore la prise alimentaire, et

IADL (Instrumental Activities of Daily Living): capacité d'utiliser le téléphone, de préparer un repas, de faire le ménage, de faire les courses, d'utiliser les moyens de transport, de prendre les traitements médicamenteux et de gérer un budget personnel.

2) Evaluation cognitive. L'altération cognitive est objectivée par le Mini Mental Status ou MMS qui évalue en une dizaine de minutes les différents aspects des fonctions cognitives (orientation dans le temps et l'espace, apprentissage, attention et calcul, mémoire à court terme, langage, praxie).
3) Evaluation de l'humeur. L'outil de dépistage des troubles de l'humeur ou dépressifs proposé est l'échelle gériatrique de dépression (Geriatric Depression Scale ou GDS).
4) Evaluation visuelle et auditive.
5) Statut nutritionnel. Le mini Nutritionnal Assessment ou MNA est un outil validé et standardisé. Un score > ou = à 24 (sur 30) est le reflet d'un bon statut nutritionnel. Un score < à 17 est le témoin d'une malnutrition protéino-énergétique. Enfin, un patient avec un score entre 17 et 23.5 est un sujet à très haut risque de malnutrition.
6) Troubles de l'équilibre et de la marche et risque de chute via l'épreuve de Tinetti.

3. Le RAI, Resident Assessment Instruments (4)

Le RAI ou instrument d'évaluation du résident, est basé sur une collecte de données, le MDS (Minimal data set) ou minimum de données standardisées.

C'est un outil américain. La démarche d'évaluation basée sur le RAI est centrée sur la personne et en particulier, ses déficits, ses « atouts », ses choix et désirs. Les plans de soins et interventions sont laissés à l'appréciation des équipes, mais guidés par la synthèse d'analyse des données.

Les avantages du RAI sont une approche globale interdisciplinaire des problèmes gériatriques, et l'éducation des équipes dans les institutions de long séjour où il améliore la qualité des soins.

Plusieurs inconvénients sont tout de même à citer :

- La réalisation du RAI demande du temps : 90 à 120 minutes par patient minimum (personnel entrainé).
- La réalisation du RAI implique la réunion de différents professionnels à un moment donné ce qui entraine une coordination importante.

- Le RAI n'a aucune visée pronostique.

Les limites de ce système concernent donc essentiellement sa faisabilité. La faisabilité de l'implémentation de cette échelle dépend de la formation et du temps disponible qui limitent son usage. Une version électronique a fait son apparition récemment. Celle-ci donne un feed-back immédiatement utilisable pour la prise de décision et les plans de soins. Il reste que l'instrument est néanmoins perçu comme fastidieux et consommateur de temps, tandis que les appuis électroniques ne sont pas encore tout à fait au point.

H. Proposition d'une évaluation globale à visée préventive

1. Introduction

Toute la réflexion de la construction de cette évaluation globale s'est basée sur les facteurs favorisants l'état de fragilité : l'âge (responsable d'une baisse des réserves fonctionnelles, surtout après 85 ans), l'absence d'exercice (qui favorise la sarcopénie et le risque de chutes), une alimentation inadaptée (entrainant une dénutrition), les pathologies associées (en particulier la polypathologie, les troubles cognitifs et la dépression), les médicaments (iatrogénie) et enfin des facteurs environnementaux (décès du conjoint, isolement social, aidant unique…). Les motifs de consultation et d'hospitalisation, le plus souvent en urgence, de ces personnes âgées fragiles sont très stéréotypés : syndrome confusionnel, chute, incontinence, alitement, escarres…Avec, en cas d'hospitalisation, une durée moyenne de séjour plus longue, et un risque accru de complications en cascade, de iatrogénie, d'infection nosocomiale et de décès.

Il est donc capital d'identifier les personnes âgées fragiles le plus tôt possible pour proposer des aides adaptées et corriger les déficits constatés, et en cas d'hospitalisation pour éviter l'apparition de complications en cascade. Aujourd'hui, le médecin généraliste doit bien connaitre les caractéristiques des personnes âgées fragiles.

Il fallait un outil à la fois opérationnel (simple à utiliser, rapide) et complet, pouvant être utilisé par tout soignant de nos patients âgés: infirmiers, gériatres, médecins de famille etc. Ceci dans le but de préserver la qualité de vie du patient, d'anticiper les situations de crise médico-psycho-sociale, et donc d'éviter le passage par les urgences et les services non-gériatriques.

Pratiquement, il fallait donc créer un outil ayant les mêmes objectifs que l'EGS. Cependant, l'EGS nécessite le plus souvent une équipe pluridisciplinaire : médecin gériatre, infirmière, assistante sociale, psychologue, kinésithérapeute et est donc difficilement réalisable au cabinet du médecin généraliste. C'est la raison pour laquelle elle est surtout utilisée dans les centres d'évaluation gérontologique.

Les outils de screening ne sont pas suffisants à une bonne évaluation globale et les outils multidisciplinaires de suivi sont trop exhaustifs et peu pratiques pour le généraliste.

2. Objectif

L'objectif principal de cette évaluation est de dépister au plus tôt les patients âgés fragiles, de déterminer leurs facteurs de fragilité, d'élaborer des actions préventives en proposant des aides adaptées ou en corrigeant les déficits constatés pour tenter d'intervenir avant que leur capacité d'adaptation n'ait trop diminué et éviter l'apparition de complications en cascade.

Les objectifs sont les mêmes que ceux retenus pour l'EGS, c'est-à-dire :

- Dépister les personnes âgées fragiles
- Améliorer la performance diagnostique
- Optimiser la prise en charge thérapeutique
- Améliorer la capacité fonctionnelle
- Améliorer la qualité de vie
- Optimiser les orientations de lieu de vie
- Réduire le recours inutile aux services de soins
- Structurer la prise en charge à long terme
- Prévenir et devancer les complications

3. Description

Pour répondre aux besoins des généralistes, l'évaluation globale proposée dans ce travail comporte, en plus des trois volets classiques d'investigation (nutrition, évaluation fonctionnelle et psycho-cognitive) les volets ; évaluation de la santé, du bien être social et projet thérapeutique. Chaque volet comprend plusieurs domaines d'évaluation (« item »).

Les facteurs personnels interviennent également comme par exemple ; le style de vie, les capacités à gérer la maladie et les motivations pour rester socialement actif. L'habitat, le sentiment d'une vie réussie, les relations avec les enfants, des moyens financiers limités ou importants sont déterminants pour les capacités de rester autonome.

Le tableau ci-dessous reprend la table des matières de l'évaluation proprement dite.

- **a. Premier volet : Evaluation de la santé**
  - Comorbidités
  - Perception de santé
  - Prévention primaire et secondaire
    - Vaccination
    - Habitudes de vie
    - Prévention de l'ostéoporose et des fractures ostéoporotiques
    - Prévention cardio-vasculaire (primaire et secondaire)
  - Médicaments
  - Sommeil
    - Modifications physiologiques
    - Pathologie du sommeil : insomnie
- **b. Deuxième volet : évaluation de la nutrition**
  - Poids et appétit
  - Peau et pieds
  - Continence
  - Dentition et déglutition
- **c. Troisième volet : évaluation fonctionnelle**
  - Indépendance fonctionnelle
  - Marche et équilibre
  - Douleur
  - Vision et audition
- **d. Quatrième volet : évaluation psycho-cognitive**
  - Statut cognitif
  - Etat émotionnel
- **e. Cinquième volet : l'évaluation du bien être social**
  - Soutiens sociaux
    - Ressources financières
    - Prise en charge médicale et sociale
  - Cadre de vie adéquat
  - Accès aux soins (transports)/degré d'isolement (AVJi)
- **f. Sixième volet : Projet thérapeutique**

Premier volet : Evaluation de la santé

Le volet « santé » de la personne âgée reprend des éléments importants d'évaluation qui ne sont pas repris classiquement dans les outils d'évaluation globaux décrits plus haut.

Comorbidités

La connaissance de la« polypathologie » du patient gériatrique permet de hiérarchiser les stratégies diagnostiques, thérapeutiques et de prévention. L'évaluation de cette comorbidité sert de base et de point de repère à l'identification des ressources fonctionnelles et cognitives du patient et de ses capacités à se prendre en charge.

Perception de santé

Dans la littérature gérontologique, la perception de santé est un indicateur de qualité de vie. Ceci est en lien direct avec le besoin des personnes âgées : adaptation du logement, accès à l'éducation, aux loisirs, aux modes de transports, à la télévision, aux soins adéquats et aux ressources financières. Notons que beaucoup de personnes âgées souffrant de maladies diverses s'estiment toutefois être en bonne santé. La santé « subjective » a une relation étroite avec les chances de survie et constitue un prédicteur de morbidité, du statut fonctionnel, de l'invalidité et de la consommation de soins. C'est également un indicateur de choix du monitoring de santé et de qualité de vie. Si un mauvais état de santé s'avérait n'être qu'une impression subjective, on peut imaginer que leur état de santé ne serait pas amélioré par des mesures sanitaires supplémentaires. Au médecin de penser à améliorer leur perception de santé en agissant par exemple sur des mesures sociales supplémentaires (amélioration du cadre des loisirs, élargissement du réseau social) ou physiques (exercice physique) ou encore nutritionnelles. Pour une grande majorité de nos patients, être en bonne santé signifie pouvoir être libre de faire ce que l'on veut. La plupart des patients associent « être en bonne santé » à « bien vieillir ».

Dans mon évaluation, j'ai choisi de comparer la perception subjective de santé de la personne âgée aux autres personnes du même âge.

Prévention primaire et secondaire

La prévention primaire des personnes âgées est importante. Agir à ce niveau va diminuer le risque de déclin fonctionnel des patients fragiles ou non.

Vaccination

Avec le changement de la pyramide des âges et l'augmentation des dépenses de santé concernant les sujets âgés, il est devenu important de mettre en place un programme spécifique de vaccination des personnes âgées. Cette politique de vaccination est justifiée par le fait que les personnes âgées ont une plus grande susceptibilité aux infections. Il est bien établi que les vaccinations sont efficaces même chez les personnes très âgées. Un des éléments importants pour augmenter l'efficacité vaccinale est de lutter contre la dénutrition.

Les vaccins recommandés actuellement pour les personnes de plus de 65 ans sont le tétanos et la diphtérie (rappel tous les dix ans), une vaccination anti-grippale tous les ans et une vaccination anti-pneumococcique tous les 5 ans.

N'oublions pas que, à priori, toutes les vaccinations peuvent être pratiquées chez la personne âgée et qu'il n'existe pas de contre-indication liée à l'âge.

Habitudes de vie

Le tabac, l'alcool et le manque ou l'absence d'exercices sont des facteurs de risque de morbidité et de mortalité bien connus. Il est évident qu'ils s'appliquent également à nos patients âgés.

Prévention de l'ostéoporose et des fractures ostéoporotiques

Le coût considérable induit par ces pathologies explique l'importance qu'il y a à dépister l'ostéoporose et à en prévenir l'installation ou les complications par un traitement approprié.

A tout âge, il est important de supprimer les facteurs de risque de perte osseuse que sont le tabac et l'alcool, et de favoriser l'exercice physique qui contribue au maintien du capital osseux.

La perte osseuse sénile est en partie liée à l'hyperparathyroïdie, elle-même secondaire au déficit en vitamine D et en calcium. L'hypovitaminose D, très fréquente en milieu institutionnel, est également non négligeable chez les personnes âgées au domicile. Chez la personne âgée, un équilibre calcique stable nécessite un apport quotidien de 1500 mg. Etant donné la forte prévalence de la carence calcique chez les sujets âgés, une supplémentation de l'ordre de 1g par jour devrait être

systématique chez les patients de plus de 75 ans. Modifier les habitudes alimentaires du sujet âgé est souvent difficile. On doit donc le plus souvent recourir à l'une des multiples associations de calcium-vitamine D en laissant le choix au patient de la forme qu'il préfère pour favoriser l'observance. Ceci constitue la prévention primaire de l'ostéoporose.

Les bisphosphonates constituent l'arme majeure de la prévention secondaire ainsi que du traitement curatif d'une ostéoporose avérée. Un de ses problèmes majeurs reste celui de sa tolérance oesophagienne.

A côté des conseils hygiéno-diététiques et des traitements médicamenteux, la prévention des fractures ostéoporotiques de l'extrémité supérieure du fémur peut être réalisée par le port de protecteurs externes de hanche (hips), coques de forme ovale appliquées contre la région du grand trochanter et qui absorberaient une partie de l'énergie lors de l'impact. La grande limite de ce matériel et raison pour laquelle il est peu utilisé est le manque de compliance et de confort vis-à-vis de son utilisation.

Prévention cardio-vasculaire (primaire et secondaire)

Les maladies cardio-vasculaires, par leurs complications cardiaques mais aussi cérébrales, constituent à la fois la première cause de mortalité et la première cause de réduction ou de perte d'autonomie chez les sujets de plus de 65 ans par déficits neurologiques et/ou troubles cognitifs. Ces affections sont dominées par l'hypertension artérielle (HTA), les troubles du rythme (surtout la fibrillation auriculaire ou FA) et l'insuffisance cardiaque. On sait qu'on a toujours intérêt à traiter une HTA chez une personne âgée (la définition de l'HTA est la même quelque soit l'âge c'est-à-dire >140/90 mm Hg), au moins jusque 80 ans, tant en terme de réduction de la mortalité que de réduction de la morbidité cardiaque et cérébrale. En traitant systématiquement l'HTA, on diminue de l'ordre de 40% le risque d'AVC ischémique. En prévention secondaire d'un évènement cardio-vasculaire, les statines et l'aspirine sont indiquées chez le sujet âgé. Les anticoagulants sont quand à eux indiqués en cas d'arythmie. Un traitement systématique et rigoureux de l'insuffisance cardiaque permet d'en améliorer le pronostic en termes de durée et de qualité de vie.

L'hypotension orthostatique doit être systématiquement recherchée chez un sujet ayant des malaises, avec ou sans chutes. Elle est très souvent d'origine iatrogène. Cet

effet indésirable est de plus favorisé par l'alitement prolongé, l'existence d'une insuffisance veineuse et de varices des membres inférieurs, un état de déshydratation, la chaleur et la période postprandiale (par l'augmentation du débit sanguin splanchnique). Le risque de chute est considérablement augmenté chez les patients ayant une hypotension orthostatique.

Médicaments

Parmi les motifs d'hospitalisation des sujets âgés de plus de 70 ans, toutes les études montrent que l'hospitalisation est liée dans environ 10% des cas à un effet indésirable. (9) Les interactions médicamenteuses jouent un rôle prépondérant dans la survenue d'effets indésirables. La prévalence des interactions augmente avec le nombre de médicaments consommés.

L'iatrogénie médicamenteuse relève essentiellement de 2 mécanismes :

- Les erreurs thérapeutiques, qui impliquent presque toujours le prescripteur, parfois le consommateur ou les deux ;
- Les effets indésirables survenant dans des conditions « normales » d'utilisation et résultent de la toxicité d'un médicament et de la susceptibilité d'un individu.

De nombreuses études ont montré que le seul facteur prédictif indépendant était le nombre de médicaments consommés. D'autres facteurs de risque interviennent, il s'agit des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques survenant au cours du vieillissement, de l'existence de déficits neuro-sensoriels qui perturbent l'observance du traitement et du manque de coordination entre les différents prescripteurs aboutissant à un cumul de plusieurs ordonnances. L'âge en lui-même n'est pas une contre-indication à la prise de médicaments, mais il modifie les objectifs et les modalités du traitement. Il est capital de tenir compte des bénéfices attendus, et des risques potentiels des médicaments (estimation du rapport bénéfice-risque).

Les médicaments ayant un risque majeur en cas d'erreur sont les suivants :

- Médicaments à marge thérapeutique étroite : digoxine, antiépileptiques, antidépresseurs, sulfamides hypoglycémiants, aminosides, AVK, théophylline.
- Médicaments à demi-vie longue : benzodiazépines.

La liste de médicaments « STOPP and START » (Screening Tool of Older People's Potentially Inappropriate Prescriptions and Screening Tool to Alert doctors to Right i.e.

Appropriate, Indicated Treatments) est un outil de détection de la prescription inappropriée chez la personne âgée. Récemment validé en anglais, c'est un outil fiable, facile d'utilisation, permettant d'évaluer des prescriptions souvent décrites comme inappropriées et/ou sub-optimales dans cette population. Elle a été adaptée en français par l'équipe de Pierre-Olivier Lang en 2009 (9). Dans cette version, cet outil apparait comme séduisant, logique, facile et rapide d'utilisation. Sa performance dans la prévention des effets indésirables directement liés à la prescription médicamenteuse doit cependant encore être évaluée par une étude randomisée contrôlée.

La liste « STOPP and START » est reprise en annexe de l'évaluation. Le généraliste procédant à l'évaluation globale a donc le loisir de la consulter facilement. (Annexe 2).

Sommeil

Modifications physiologiques

Le sommeil est une fonction physiologique essentielle. Chez le sujet âgé, certaines modifications du sommeil pourraient être liées au vieillissement normal des différentes structures cérébrales. Il est donc difficile d'établir une distinction nette entre les modifications physiologiques du sommeil et de la veille liées au vieillissement et celles liées aux états pathologiques. Les perturbations de la continuité du sommeil ainsi que les difficultés de maintien de l'éveil sont les modifications les plus fréquentes liées au vieillissement. Le sommeil du sujet âgé est instable et fragmenté, et les changements de stades sont nombreux. Le nombre d'éveils et leur durée augmentent et ils s'accompagnent de difficultés de réendormissement. Le temps passé au lit est plus long alors que le temps total de sommeil nocturne est plus court. Les personnes âgées se plaignent souvent d'un sommeil non réparateur et de réveil matinal précoce. Cette fragmentation de sommeil nocturne s'accompagne souvent d'une incapacité à maintenir un niveau d'éveil diurne suffisant pour participer à toutes les activités sociales. En dehors des nombreuses courtes périodes de somnolence, le sommeil diurne s'organise en siestes de plus en plus fréquentes et longues. Ainsi la durée totale de sommeil sur 24h n'est pas diminuée. Cet envahissement de la veille par le sommeil peut avoir des conséquences négatives sur les fonctions cognitives et la vie sociale. Une autre caractéristique du sujet âgé est la diminution du seuil d'éveil au bruit, d'où une plus grande sensibilité aux perturbations de l'environnement.

Pathologie du sommeil : insomnie

L'insomnie correspond à un mauvais sommeil nocturne, caractérisé par des difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil ou une sensation de sommeil non réparateur. Ce sommeil de mauvaise qualité peut induire des perturbations diurnes telles que la baisse de vigilance, la diminution des performances, la fatigue ou l'irritabilité. L'insomnie est rarement une maladie en tant que telle (insomnie primaire) chez le sujet âgé. Il s'agit le plus souvent d'un symptôme. En ce qui concerne les critères de durée, on distingue l'insomnie transitoire (maximum quelques nuits), l'insomnie à court terme (1-3 semaines), et l'insomnie chronique (plus de 3 semaines).

Il existe deux catégories d'insomnie : les insomnies intrinsèques (troubles liés aux dysfonctionnements internes de l'organisme) et extrinsèques (troubles qui ont comme origine des causes extérieures à l'organisme). Les causes extrinsèques à exclure sont une mauvaise hygiène de sommeil, un stress affectif, un deuil, un changement de mode de vie, les médicaments ou l'alcool. Les causes intrinsèques sont les maladies cardiaques, respiratoires, rhumatismales, psychiatriques, le syndrome des jambes sans repos, le syndrome des apnées du sommeil, la polyurie et la douleur. Tous ces facteurs doivent être exclus lors de l'interrogatoire du patient, du conjoint ou de sa famille.

L'insomnie est avant tout un symptôme, et son traitement doit être en premier lieu étiologique. La prescription d'un hypnotique est une attitude malheureusement trop fréquente. Restaurer une bonne hygiène de veille-sommeil doit être la priorité thérapeutique. Sur le plan éducatif, il est important de rappeler au patient qu'il n'y a pas de norme dans la durée du sommeil dans la population générale. Le seul critère correct d'appréciation du sommeil est l'état du sujet à son réveil et dans la journée. S'il se sent « en forme » avec un bon état de vigilance diurne pour son fonctionnement quotidien, il peut être considéré comme ayant un sommeil satisfaisant sur le plan quantitatif et qualitatif. Les deux synchroniseurs efficaces et puissants sont la lumière vive et le contact social.

Le traitement médicamenteux de l'insomnie du sujet âgé ne peut être envisagé qu'après avoir fait l'inventaire des étiologies possibles et après une évaluation clinique minutieuse. Les causes médicales, psychiatriques et environnementales doivent être traitées avant toute prescription. La prescription d'hypnotique ne doit intervenir que si les méthodes non pharmacologiques sont restées sans succès.

Deuxième volet : évaluation de la nutrition

Ce deuxième volet est un constituant classique de l'évaluation globale du sujet âgé. Les conséquences de la dénutrition protéino-énergétique sont bien identifiées ; perte de poids, apparition de plaies de pression, chutes, altération du système immunitaire, augmentation du risque d'hospitalisations etc. et contribuent à l'aggravation du pronostic vital. Une prise en charge nutritionnelle adaptée diminue le nombre de sujets dépendants, améliore la qualité de vie et réduit le coût du vieillissement.

Poids et appétit

Le poids est une mesure indispensable. Il ne doit pas être déclaratif et sa mesure doit être effectuée avec une méthode appropriée au degré d'autonomie du patient âgé. L'état de dénutrition peut être évoqué devant une perte de poids de 5 % en 1 mois ou de 10 % en 6 mois, par rapport à une valeur antérieure. Une dénutrition sévère peut être évoquée devant une perte de poids de 10 % en 1 mois ou de 15 % en 6 mois.

L'indice de masse corporelle (IMC) est le rapport du poids sur la taille élevée au carré. La mesure de la taille n'est pas toujours aisée à obtenir chez la personne âgée (cyphose, tassements vertébraux, mobilité réduite,…). Si cette mesure est irréalisable, la taille peut être estimée grâce aux formules suivantes (formules de Chumlea) :

Femme : taille (cm) = (1.83 x hauteur jambe en cm) – (0.24 x âge) + 84.88

Homme : taille (cm) = (2.02 x hauteur jambe en cm) – (0.04 x âge) + 64.19

L'application de cette formule reste astreignante en médecine générale, d'où l'importance de renseigner la taille du patient le plus tôt possible lors de sa prise en charge. Si l'IMC est < 21, il faut suspecter une dénutrition; s'il est < 18, une dénutrition sévère doit être suspectée.

De nombreux facteurs peuvent être à l'origine d'une alimentation déficiente. Certaines personnes âgées ont des difficultés pour préparer un repas, faire des courses, manger. Les patients déments peuvent ne pas se rappeler si elles ont pris leur repas ni ce qu'elles ont mangé. La tristesse ou la dépression, fréquentes, peuvent induire des modifications de l'appétit et une perte de poids. Le veuvage, la solitude, les relations sociales inexistantes, les difficultés économiques, sont également d'autres causes d'insuffisance alimentaire. (10)

Peau et pieds

Les plaies doivent être diagnostiquées et traitées. Elles sont la porte d'entrée de germes et peuvent être la source de complications d'ordre infectieuses ou fonctionnelles.

Les plaies chroniques sont définies comme une perte de substance n'ayant aucune tendance spontanée à la cicatrisation. Celles rencontrées en gériatrie sont essentiellement les escarres et les ulcères de jambe.

Les escarres engendrent des souffrances et un coût social considérable et sont susceptibles de menacer le pronostic vital du patient âgé. Les médecins généralistes doivent identifier les patients à risque de développer des escarres et mettre en place des mesures de prévention adéquates.

Le score de Norton (Annexe 3) a pour objectif d'évaluer le risque de survenue d'une escarre de décubitus (plaie de pression) chez les patients âgés. Cinq items, A, B, C, D et E doivent être côtés de 1 (moins bonne condition) à 4 (meilleure condition). Le score total est la somme des scores obtenus à chaque item (A+B+C+D+E). Un score total inférieur ou égal à 14 indique que le patient est à haut risque. Plus le score total est bas, plus le risque est grand. (10)

Les pathologies liées aux pieds sont à dépister. Ils peuvent être le point de départ d'une infection ou d'une perte sur le plan fonctionnel. Ce sont principalement les cors, les orteils en marteau, le chevauchement des orteils, les infections et les plaies.

Continence

L'incontinence urinaire est définie par une perte involontaire d'urine dans un lieu et/ou à un moment inapproprié objectivement constatée. Les facteurs de risque (en dehors de l'âge avancé) chez l'homme sont les pathologies prostatiques et urétrales. Chez la femme, les circonstances favorisant l'incontinence urinaire sont les traumatismes obstétricaux et la ménopause. Pour dépister l'incontinence urinaire, il est donc indispensable d'interroger en recherchant des antécédents et des éléments favorisant la survenue ou la décompensation du symptôme. Deux circonstances sont fréquentes : l'infection urinaire et le fécalome. Certains médicaments aggravent une incontinence, il s'agit des diurétiques, des anticholinergiques, des sédatifs, des hypnotiques, des opioïdes et des agonistes alpha-adrénergiques.

La stratégie diagnostique qui repose sur l'interrogatoire et la réalisation d'examens complémentaires simples tels que la recherche d'une infection urinaire ou d'un résidu vésical post-mictionnel est efficace et dispense de recourir à des examens plus élaborés, couteux et non contributifs à une stratégie thérapeutique. L'élimination des facteurs de risque sera ainsi complétée par une action ciblée selon le type d'incontinence urinaire.

La constipation se définit sur deux paramètres : la fréquence hebdomadaire des selles (caractère quantitatif) et/ou sur l'existence de difficultés d'exonération (caractère qualitatif). Au moins deux des critères suivants doivent être présents depuis au moins 12 mois :

a. Exonération nécessitant d'intenses efforts de poussée.
b. Sensation d'exonération incomplète.
c. Exonération de selles dures et fractionnées.
d. Moins de 3 selles par semaine sans laxatif associé ou moins de 2 selles par semaine (en moyenne) depuis au moins un an.

Vérifier l'existence de ces critères diminuerait le nombre de sujets traités à tort par des laxatifs. Plusieurs facteurs de risque de constipation sont décrits ; une autonomie fonctionnelle altérée, des erreurs diététiques (fibres et apports de liquides), des neuropathies végétatives, des atteintes du SNC, une iatrogénie (opiacés, anticholinergiques, antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs des canaux calciques, neuroleptiques, antiparkinsoniens, anti-acides, suppléments en fer, antidiarrhéiques), des troubles de la sensibilité rectale, des troubles de l'humeur et des troubles métaboliques.

Dentition et déglutition

Le goût et l'odorat sont deux sens qui régulent de façon complémentaire l'alimentation. C'est la raison pour laquelle leur évaluation est intégrée dans cet outil.

Une alimentation équilibrée et suffisante nécessite une bouche, des dents et des gencives saines. Les dents manquantes, branlantes ou cariées, les dentiers mal adaptés provoquent des douleurs buccales et rendent l'alimentation difficile.

On note une perte progressive du goût qui s'accentue avec l'âge liée à des changements anatomiques des bourgeons gustatifs et à un ralentissement de leur renouvellement. Concernant l'olfaction, le seuil de perception et de discrimination des odeurs augmente progressivement et peut aboutir à une anosmie complète chez 10 à 15 % des personnes de

80 ans. Notons que de nombreuses pathologies et médications peuvent altérer le goût sans oublier le tabagisme, grand pourvoyeur de dysgueusie.

L'altération de la dentition et / ou un mauvais état gingival sont fréquents chez les personnes âgées. Seul un faible pourcentage de la population âgée garde une dentition saine et environ la moitié présente une édentation totale. Au vieillissement naturel des dents, s'associe trop souvent un déficit d'hygiène buccodentaire. Le risque de caries est également accru par une altération de la fonction salivaire (de cause médicamenteuse et/ou liée à une pathologie locale ou générale). Le coût des soins dentaires est parfois un obstacle au maintien d'une dentition correcte. Il est conseillé aux personnes âgées de venir minimum une fois par an chez le dentiste pour un contrôle. L'hygiène est vérifiée, les prothèses sont examinées pour éviter toute irritation ou blessure. Un détartrage complet doit être effectué tous les ans.

Troisième volet : évaluation fonctionnelle

Indépendance fonctionnelle

L'indépendance fonctionnelle est évaluée par une question reprise du questionnaire d'évaluation « Edmonton Frail Scale ». (Annexe 9).

Marche et équilibre

La chute chez une personne âgée est le plus souvent multifactorielle, conséquence d'un enchainement d'évènements. Il peut y avoir une cause mécanique (tapis, obstacle…) mais aussi un facteur visuel (cataracte…), une faiblesse musculaire, un trouble de l'équilibre, un facteur iatrogène en particulier médicamenteux, voire une pathologie neurologique. L'équilibre et la station debout sont sous la dépendance de centres périphériques et centraux qui peuvent être modifiés par plusieurs facteurs et être à l'origine de chutes. Ces facteurs sont l'âge, les maladies, les médicaments (sédatifs, antidépresseurs, anti-hypertenseurs, diurétiques, anticonvulsivants, alcool…) et l'environnement. Tous ces facteurs de risque sont investigués dans l'évaluation.

L'évaluation du risque de chute comprend deux « items » ; le premier permet de dépister environ 50% des patients chuteurs. Il s'agit de la présence ou non d'un antécédent de chute durant les 6 derniers mois. (7)

Le « Timed up and go test » est une mesure simple, objective et standardisée de la marche et de l'équilibre. Il peut être utilisé à la fois comme test de repérage du risque de chute ou comme outil descriptif. Il permet aussi de suivre l'évolution au travers du temps. Son interprétation est simple : plus le temps mis pour réaliser le test est long, plus la mobilité fonctionnelle du patient est altérée. Il permet d'identifier les personnes qui ont une mobilité normale et qui sont donc complètement autonomes dans les activités de la vie quotidienne : ce sont ceux qui réalisent le test en moins de 20 secondes, et les autres, qui au contraire sont dépendantes, qui sont celles qui ont besoin d'aide pour les transferts ou pour sortir à l'extérieur du domicile. Entre ces deux extrêmes, le temps de réalisation est un bon indicateur des capacités et de la vitesse de marche.

Douleur

Les douleurs ont une grande prévalence dans la population âgée. Les personnes âgées ont souvent tendance à minimiser leur douleur, qu'elles vivent comme une fatalité liée à l'âge. Elles peuvent négliger d'en parler à leur médecin et il faut savoir les interroger systématiquement sur ce sujet et ce d'autant qu'elles sont atteintes d'une maladie potentiellement douloureuse.

Evaluer la douleur de façon quantitative aide à mieux diagnostiquer l'existence de douleurs chroniques non rapportées par le patient, et d'une façon plus générale à évaluer leur importance et à suivre l'efficacité des traitements antalgiques. L'évaluation de la douleur facilite la communication entre les patients souffrant de douleur chronique et les soignants.

L'échelle visuelle analogique est l'outil le plus simple à utiliser si la communication avec le patient est facile. L'intensité de la douleur est scorée de 0 à 10. Les données les plus informatives concernent l'évolution de ce score par rapport à un état initial, au cours d'un traitement antalgique par exemple.

Vision et audition

La malvoyance pose des problèmes de santé publique et entraine une co-morbidité. Ainsi le risque de chute est multiplié par 3 chez les sujets malvoyants, de même que les symptômes dépressifs sont plus fréquents chez ces patients. Les patients malvoyants vont réduire progressivement leur activité, les risques liés à la conduite de véhicule sont accrus et la nécessité d'une tierce personne est souvent nécessaire. La cataracte est la première cause de cécité et est associée dans plus de 75% des cas à d'autres pathologies dont les plus fréquentes sont la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) et le glaucome chronique à angle ouvert.(7) Le dépistage de la DMLA se fait à l'aide de la grille d'Amsler reprise dans l'évaluation globale. (Annexe 5). Le dépistage de ces pathologies par le médecin traitant et l'ophtalmologue (tous les deux ans) doit permettre une prévention et une prise en charge qui devrait aboutir à une meilleure autonomie des patients âgés.

L'atteinte auditive constitue un handicap majeur du fait de ses répercutions somatique, fonctionnelle et sociale. Non compensée, elle devient une incapacité qui prive de communication celui qui en souffre, et l'isole de ceux qui l'entourent.

Le dépistage complet par le généraliste (ou ORL) tous les 5 ans devrait être systématique. Il comprend cinq étapes ; (7)

1. L'interrogatoire : « Pensez-vous souffrir d'un problème d'audition ? » (Se de 83 à 90% et Spe de 71 à 75%)
2. L'épreuve de la voix chuchotée (Se 80-100% et Spe 82-89%) consiste à chuchoter six mots à une distance donnée de l'oreille du patient (20-30 cm) hors de son champs de vision et demander à ce dernier de répéter les mots.
3. L'épreuve du diapason (Se 80% et Spe 65-82%) ou l'incapacité de percevoir les vibrations sonores à une distance de 30 cm.
4. Epreuve du frottement des doigts (à 20 cm Se 80% et à 10 cm 90%, Spe à 20 cm 49% et à 10 cm 85%) consiste à frotter le pouce et l'index l'un contre l'autre en s'éloignant lentement du patient jusqu'à ce que celui-ci n'entende plus le son émis. On teste l'incapacité à percevoir ce son à une distance de 20 cm et de 10 cm de l'oreille.
5. Audioscopie et inspection du conduit auditif externe et du tympan.

La détection d'une perte auditive lors d'un examen systématique devrait conduire à une consultation spécialisée chez un ORL qui confirmera le diagnostic et posera l'indication

éventuelle d'un appareillage. Le bilan ORL complet est indispensable avec un bilan audiométrique.

Quatrième volet : évaluation psycho-cognitive

Statut cognitif

Le test choisi pour l'évaluation globale est le test CODEX. Il a pour objectif de repérer de façon très rapide, et aussi très sensible et très spécifique d'éventuelles altérations des fonctions cognitives. Sa sensibilité est de 85% et sa spécificité de 92%. Pour réaliser ce test, il faut s'assurer que le patient comprend les consignes, et que ses capacités motrices et sensorielles sont suffisantes pour le réaliser. Le test comprend une étape pour tous les sujets, et parfois une seconde étape pour certains sujets, en fonction du résultat obtenu à la première étape. Il est décrit en détail dans l'évaluation globale. L'arbre de décision du Codex conduit à 4 catégories diagnostiques, A, B, C, D, caractérisées par une probabilité croissante pour le diagnostic de démence. (10)

Etat émotionnel

L'échelle choisie et utilisée dans l'évaluation globale est le mini-GDS (Geriatric Depression Scale). Ce test rapide et validé, a pour but de repérer les sujets âgés ayant des symptômes dépressifs. Son principal intérêt est le dépistage systématique de la dépression chez les sujets âgés.

Cinquième volet : l'évaluation du bien être social

L'évaluation du contexte social est une des pierres angulaires de l'évaluation du patient gériatrique. Elle n'est pourtant pas évaluée dans les échelles globales connues et décrites plus haut comme dans l'EGS. Ce dernier volet est divisé en 3 « items » ; les soutiens sociaux (financiers, familiaux et médicaux) le cadre de vie et l'accès aux soins.

Soutiens sociaux

Ressources financières

Le manque de moyens financiers est vécu avec d'autant plus d'acuité que la personne âgée est isolée, marginalisée et manque de mobilité. Il s'agit de dépister les difficultés financières et leurs éventuels impacts y compris au niveau de la prise en charge médicale du patient.

Prise en charge médicale et sociale

- Autonomie de prise en charge par rapport à un problème de santé : nécessité d'une aide.
- Aidant : présence ou absence, épuisement ou surprotection (présence paradoxalement inadéquate).
- Réseau de professionnels de soins : existence, collaboration.
- Adéquation des aides disponibles (réseau de soins et autres) et des besoins du patient.
- Utilisation du téléphone (AVJi) : importance du téléphone pour rester en contact avec son réseau social, en cas de problème médical etc.

Cadre de vie adéquat

Cet « item » est évalué uniquement lors d'une visite à domicile. Il s'agit d'évaluer la présence ou non de facteurs de risque de chute à domicile et le potentiel d'adaptation du domicile pour pallier à une éventuelle déficience fonctionnelle.

Accès aux soins (transports)/degré d'isolement (AVJi)

Il s'agit d'évaluer la capacité du patient âgé de se déplacer en dehors de son domicile, ce qui nous permet d'avoir une idée de son « degré d'isolement ».

Sixième volet : Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique est le dernier volet de mon évaluation globale. Il a été volontairement positionné à la fin car il nécessite une vue globale et approfondie de nos patients.

Les patients (ou leur famille) ont le droit de choisir de subir ou non une réanimation si elle devait être nécessaire. Mais le patient n'est pas toujours apte à donner son avis au

moment où la réanimation doit être débutée, et la décision médicale est encore plus difficile s'il n'a pas exprimé antérieurement son désir auprès de sa famille ou des soignants. L'enjeu du projet thérapeutique est d'une importance capitale. Il s'agit de prodiguer des soins adaptés à la condition et au souhait exprimé par le patient âgé, en ne le privant pas d'une thérapeutique bénéfique et en évitant toute obstination déraisonnable. Ce qui compte pour prendre soin d'un patient âgé fragile en perte d'autonomie, ce n'est pas d'abord de savoir ce qu'il a mais de savoir ce qu'il veut, et de comprendre ce à quoi il aspire.

C'est au généraliste que revient le rôle d'élaboration du projet thérapeutique. C'est un élément indispensable de repère et d'aide à la décision pour le patient, son entourage et le réseau des soignants. Chacun d'entre nous, généralistes, se souvient certainement s'être retrouvé lors d'une garde en difficulté devant un patient en fin de vie sans qu'un projet thérapeutique ne soit présent dans son dossier médical. La mise en place systématique d'un projet thérapeutique et la réévaluation régulière de celui-ci avec le patient, son entourage et le réseau de soins peut nous être d'une grande aide.

Aborder le projet thérapeutique, tel qu'il soit, avec le patient est difficile pour le soignant. Il s'agit de trouver la meilleure approche au cas par cas. On peut guider le patient, le conseiller et l'informer des possibilités qui s'offrent à lui en visant la meilleure qualité de vie possible sans en arriver à un maintien à domicile « à tout prix ».

Voici quelques propositions de questions à poser au patient qui pourraient aider le médecin traitant :

- « Jusqu'où imaginez-vous qu'on vous soigne ? Avec quelle intensité ? ».
- «Quels sont vos projets et envies dans les années à venir ? »
- « Si un jour vous faisiez un grave problème de santé, que ferions-nous ? Des soins de confort à la maison ? L'appel d'une ambulance pour une réanimation et une hospitalisation ? »

4. Interprétation

A chaque item correspond 2 à 3 choix de réponses de couleur verte, orange ou rouge. A chaque domaine d'évaluation correspond une couleur globale reprise en page de garde, constituant le profil gériatrique. Les couleurs présentent de nombreux avantages ; un aspect pratique et visuel, une plus grande rapidité d'utilisation, une dynamique plus parlante et plus encourageante (réévaluation au long cours et évolution imagée des domaines) pour les patients et les soignants.

Pour réaliser une synthèse des couleurs correspondant à un ensemble d' « items » et donner une couleur globale par volet, il ne suffit pas d'additionner les couleurs ou d'en faire une moyenne. La décision de la couleur globale est laissée à l'appréciation plus intuitive du soignant. Par exemple ; l'évaluation du volet fonctionnel d'un patient peut contenir 6 feux oranges, 2 feux rouges et 4 feux verts et correspondre à une couleur de synthèse verte si la prise en charge semble optimale (non améliorable) et correspond aux souhaits et à la qualité de vie du patient.

Chaque couleur est directement liée à une (des) observation(s) et/ou un plan d'action ;

- Feu vert : rien à signaler, à réévaluer dans un an lors de la prochaine évaluation globale (notion de temporalité à adapter en fonction du patient, du volet et de l'item abordé).
- Feu orange : situation à creuser lors d'un prochain rendez-vous ou visite à domicile. Attitude de surveillance et de vigilance du médecin aboutissant la plupart du temps à une intervention de type préventive. Le médecin peut affiner son évaluation via des échelles d'évaluation validées et standardisées plus complètes et/ou par un examen complémentaire et/ou un avis spécialisé. Voici un exemple : si le résultat du test CODEX correspond à une couleur orange, le médecin généraliste peut compléter son évaluation par une échelle IADL complète pour évaluer le retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne, un MMSE et une évaluation neuro-psycho-cognitive. Ce bilan plus approfondi peut se réaliser dans les centres gériatriques de jour si nécessaire et en fonction du temps dont dispose le médecin.
- Feu rouge : situation où une mise au point par un examen complémentaire et/ou un avis spécialisé est indispensable et doit être rapide. L'intervention du

généraliste est alors de type curative. Les centres hospitaliers gériatriques de jour sont des structures adaptées pour ce genre de situation. Voici un exemple : découverte fortuite d'un trouble de la marche (jusqu'alors inconnu) et demande de mise au point par CT-scan à blanc et test de TINETTI.

5. Echelle proprement dite

L'évaluation gériatrique globale (Annexe 1) doit être utilisée systématiquement chez tout patient de 75 ans et plus et pour les patients de moins de 75 ans dont le profil est gériatrique.

En pratique, il existe deux versions ; la version courte (de couleur bleue), fortement similaire à l' « Edmonton Frail Scale » et la version complète. La version courte est utilisée comme outil de dépistage. Un patient dépisté comme ayant un profil gériatrique est évalué ensuite à l'aide de la version complète de l'outil. Le médecin peut donc choisir d'évaluer son patient à son rythme et selon ses disponibilités.

J'identifie quatre situations particulières dans lesquelles son utilisation est plus intéressante ;

- Pour marquer un temps d'arrêt d'évaluation dans une relation de routine médecin-patient où l'on manque de recul.
- Lors de tout premier contact avec un patient de 75 ans et plus.
- Lorsqu'on est dans un contexte d'escalade ou de désescalade thérapeutique.
- Lors d'une réévaluation pour changement significatif de l'état de santé (dégradation ou amélioration).

I. Discussion

La revue systématique de la littérature, l'avis des confrères interrogés et une évaluation personnelle et pratique de l'outil sur un échantillon « test » de 20 patients, me permet de conclure que l'outil est pertinent.

La manière d'utiliser cet outil peut être adaptée selon le patient, les compétences du médecin généraliste et le temps dont il dispose. Il peut également servir de base théorique ou de « tableau de bord ».

1. Pertinence

Sources écrites ; la littérature

L'EGS décrite plus haut est une démarche diagnostique tentant d'évaluer les ressources médicales, psychologiques et fonctionnelles des personnes âgées fragilisées pour pouvoir proposer des actions préventives à long terme.

Les visites à domicile des personnes âgées fragilisées effectuées par des médecins ou infirmiers ont un impact sur des critères tels que l'autonomie, la morbidité et la mortalité. Une méta-analyse de bonne qualité a montré qu'une prise en charge multifonctionnelle ralentit la régression fonctionnelle. Cet effet est néanmoins observé dans le groupe présentant le risque le moins élevé de décès. Des visites à domicile retardent une institutionnalisation et diminuent la mortalité chez les plus jeunes. (11)

Des chercheurs catalans ont tenté de montrer qu'un suivi intensif des personnes âgées fragilisées pouvait réduire leur morbi-mortalité. Ils n'ont inclus que des patients pouvant se déplacer chez leur médecin généraliste et âgés de plus de 74 ans. Ils comparent des soins courants à des soins intensifs post mise au point systématique. Pour ce dernier traitement, les patients sont répartis soit dans un groupe de personnes non fragilisées recevant des recommandations d'hygiène de vie, soit dans un groupe de sujets vulnérables avec visite individuelle chez un gériatre avec ensuite un programme individualisé. L'intervention englobe tous les aspects des soins gériatriques : médicaments, perte de sensibilité, troubles de la marche et risque de chutes, incontinence, mesures diététiques, programme d'exercices et soutien psychosocial. Aucune différence n'est observée en termes de mortalité ou de délai d'institutionnalisation 18 mois après inclusion dans l'étude. L'intervention apporte cependant un passage significatif du status de fragilisation à celui de non fragilisation en fonction des variables suivantes : âge moins élevé, pas de risque de dépression, recours faible à des médicaments et intervention elle-même. (12)

Sources orales ; les experts

En interrogeant 10 confrères (6 généralistes, 3 gériatres et 1 « généraliste-gériatre »), j'ai ouvert les yeux sur « les points gris » de l'EGS. L'EGS est incapable de rendre compte de la diversité et de la complexité des situations et des histoires de vie. La mesure et l'évaluation donnent une illusion de maitrise sur des situations complexes dans un

environnement mobile, et ce sentiment de maitrise est renforcé par la capacité des évaluations à prédire l'évolution (évaluation des risques), et donc le sentiment d'une maitrise sur la situation non seulement actuelle, mais aussi la situation à venir.

C'est la raison pour laquelle cette évaluation globale contient des éléments qui ne sont pas retrouvés dans l'EGS. Je pense surtout aux volets « social » et « projet thérapeutique ». Seul le médecin traitant qui connait bien son patient et l'entourage de celui-ci peut évaluer ces domaines et les intégrer au sein du profil gériatrique global.

Les jeunes confrères disposent souvent de plus de temps lors de leurs consultations sur rendez-vous et visites à domicile et ont un niveau de connaissance moins développé en gériatrie que leurs confrères plus âgés et plus expérimentés. L'évaluation est alors réalisée lors d'un contact unique et devient surtout un outil rassurant, d'apprentissage et d'échange avec leur maitre de stage. Les confrères plus expérimentés dans le domaine gériatrique ne ressentent parfois pas le besoin de réaliser l'ensemble de l'évaluation mais uniquement les points qu'ils ont tendance à oublier d'investiguer ou selon le patient évalué. Les confrères ne disposant pas du temps nécessaire pour utiliser l'outil lors d'un contact et ayant une expérience moyenne dans le domaine gériatrique peuvent avoir une réaction de découragement face à un tel outil. Ils parlent alors d'une utilisation de l'outil comme « tableau de bord », c'est-à-dire un support théorique qu'il est possible de remplir petit à petit, volet par volet, tout en dégageant des priorités en fonction des besoins du patient en un an.

L'avis des différents confrères interrogés m'a permis d'arriver à la conclusion suivante : chaque généraliste peut utiliser l'outil proposé dans ce travail en fonction de ses connaissances et du temps dont il dispose.

Confrontation de la théorie avec la pratique : évaluation de l'outil sur 20 patients

J'ai eu l'occasion de tester mon outil (version complète) sur un échantillon « test » de 20 patients. L'évaluation n'a été réalisée qu'une fois par patient, faute de temps. Le but de le tester sur le terrain était d'en tirer des leçons au niveau de la forme, du contenu, du temps de réalisation, de l'acceptation du patient, et des actions et/ou observations menées.

Sur 20 patients, il est ressorti en moyenne 4 actions préventives (couleur globale orange) et 2 actions curatives (couleur globale rouge).

D'après mon expérience pratique de jeune médecin en formation professionnelle disposant du temps nécessaire à la réalisation de la version complète de l'outil lors d'un contact-patient, l'outil me semble donc pertinent, surtout en visite à domicile. Les actions se sont situées aux quatre niveaux de prévention. La stratégie préventive visait surtout à augmenter les réserves physiologiques par l'activité physique et l'équilibre nutritionnel, lutter contre l'isolement, limiter la polymédication, corriger les déficiences sensorielles et prévenir certaines infections par vaccinations. Chez des personnes saines actives, les actions menées ont visé le maintien de la santé et de l'implication sociale. Chez des personnes âgées fragilisées, un bien-être et un confort ont été ciblés. Dans tous les cas, on a tenté de préserver la qualité de vie du patient.

L'outil a été utilisé lors d'un envoi pour une urgence hospitalière. Il a servi de base à l'urgentiste et au gériatre et a facilité le travail multidisciplinaire et la prise en charge lors du retour à domicile.

Pour que l'outil soit pertinent dans la pratique du généraliste, celui-ci doit s'imposer une discipline d'utilisation en ciblant systématiquement tous les patients de 75 ans et plus et en privilégier l'utilisation à domicile.

2. Faisabilité

Trois facteurs de faisabilité de l'outil ont été évalués : le temps, le lieu et l'acceptation du patient.

Le temps

En moyenne sur 20 patients, le temps de réalisation de l'évaluation était de 20 minutes en compagnie du patient. Dix minutes supplémentaires en moyenne étaient nécessaires pour en faire la synthèse et remplir le profil gériatrique global en première page. Pour le réaliser en 20 minutes, une bonne connaissance préalable de l'outil est indispensable. Le fait de bien connaitre le patient et travailler à partir d'un dossier complet fait gagner du temps. La récolte d'informations via une tierce personne (personnel soignant ou hétéro-anamnèse de l'aidant) est d'une grande aide. Notons que pour 2 patients, la présence de l'aidant m'a fait perdre du temps plutôt que d'en gagner.

L'outil est donc réalisable selon l'agenda du praticien, le patient et la présence éventuelle d'un aidant.

Le lieu

Le lieu de l'évaluation a un impact sur sa réalisation et son interprétation. A domicile, tous les items peuvent être évalués. En ambulatoire ou en maison de repos, certains items ne sont pas évaluables ou inutiles à évaluer (par exemple le volet « évaluation du bien être social »). Pour 18 patients sur 20, je n'ai pas rencontré de difficulté par rapport au lieu d'évaluation. Pour 2 d'entre eux, l'espace était trop confiné ou l'accompagnant trop perturbateur pour réaliser certains tests. Le personnel infirmier, les kinésithérapeutes et psychologues rencontrés en MRS sont d'une aide précieuse.

L'acceptation du patient ou l'impact relationnel médecin-patient de l'outil

La démarche est bien acceptée la plupart du temps. Les patients sont enthousiastes et rassurés de « faire le point » sur leur santé. Les couleurs sont claires, leur parlent et les encouragent. Le médecin peut être rassuré ; il a à sa disposition un outil lui donnant l'impression de ne rien oublier, de structurer son raisonnement. Pour deux patients, la démarche d'évaluation globale a été mal acceptée ou interprétée. Ces problèmes ont surtout été soulevés pour les items GDS et projet thérapeutique. Il s'agissait de patients chroniques et connus de longue date chez qui cela a soulevé certaines questions et/ou craintes ; « pourquoi toutes ces questions seulement maintenant ? Ne suis-je pas en bonne santé docteur ? Avez-vous remarqué quelque chose d'anormal ? » Un malaise relationnel a été perçu lors de ces 2 évaluations. Un patient sur les 20 a refusé de faire l'entièreté de l'évaluation ; « A quoi bon docteur, je vais de toute façon mourir un jour…»

3. Limites

Contenu

Certains items ne sont pas évaluables en ambulatoire ou en maison de repos. Par exemple, le volet « social ». L'évolution du poids ou de la taille du patient ne sont pas toujours notés dans le dossier et nous ne disposons pas toujours de bons instruments de mesure sur le lieu de l'évaluation.

Certains items ne sont pas évaluables chez les patients déments. Par exemple, l'échelle visuelle analogique de la douleur ne peut être utilisée que chez le sujet modérément dément et n'est utilisé que pour l'instant présent puisqu'ils ne mémorisent pas la douleur de la nuit ou de la veille. On doit parfois alors recourir à d'autres échelles d'hétéro-évaluation comme

l'échelle DOLOPLUS. Autre exemple ; le test codex nécessite une compréhension et des capacités motrices et sensorielles. Le Mini-GDS est une échelle validée mais ne laisse pas le choix à l'interrogateur et peut créer des difficultés relationnelles médecin-patient. L'outil n'est pas adapté aux patients analphabètes ou ne parlant pas français.

Le travail en gériatrie ne peut pas se limiter à l'utilisation d'un outil d'évaluation même si celui-ci peut nous aider à acquérir des compétences médicales complexes, hiérarchiser les problèmes médicaux et cibler ceux dont les diagnostics apporteront des traitements ayant un impact fonctionnel et sur la qualité de vie de nos patients. Une partie du travail gériatrique n'est pas « codifiable ».

Aucun outil d'évaluation ne peut prétendre prendre un jour la place de l'approche individualisée et privilégiée du médecin avec son patient dont il connait mieux que personne l'histoire et le contexte de vie.

Forme

Le format papier et/ou la prise de connaissance au préalable de l'outil peut sembler peu pratique ou décourageant pour celui qui l'utilise.

4. Futur

La création d'un outil validé tenant compte de tous les aspects de la personne âgée reste un défi pour les recherches. L'efficacité d'interventions préventives reste connue de manière fragmentaire, hétérogène et inconnue dans différents domaines.

Un des objectifs pour le futur serait d'en faire un outil informatisé, validé et utilisé comme moyen de communication pour les infirmiers, les médecins généralistes et les gériatres. Pour arriver à un tel objectif, des années de recherche et la réalisation d'une étude sur un grand échantillon est nécessaire.

On pourrait également, à partir d'un outil informatisé et validé, introduire auprès de l'Inami une demande de codification tarifaire spécifique à l'évaluation gériatrique globale correspondant à une consultation en ambulatoire d'environ 45 minutes (en analogie aux consultations de tabaccologie) ou une visite à domicile ou en MRS.

Après la sortie début avril du DMG+ pour les patients entre 45 et 75 ans, ne pourrait-on pas imaginer parler un jour du DMG+ senior pour les plus de 75 ans ?

J. 10. Conclusions pour la pratique

L'évaluation gérontologique standardisée (EGS) est difficilement réalisable en pratique pour le généraliste. C'est pourquoi ce travail, se basant principalement sur une simplification des échelles validées a abouti à proposer une méthode globale de dépistage et de suivi facilement utilisable par le médecin généraliste.

Ce questionnaire permet de dépister rapidement des troubles fonctionnels chez la personne âgée de 75 ans et plus (ou moins de 75 ans ayant un profil gériatrique) et sert de base d'aide à la décision de solutions adaptées au patient : consultation spécialisée (ophtalmologue, oto-rhino-laryngologiste, psychiatre), bilan mémoire ou uro-dynamique, rééducation, exercice physique, compléments nutritifs, traitement antidépresseur, aides à domicile, aménagement de l'habitat, obtention d'aides sociales…

L'élaboration d'un plan d'intervention, dernière étape de l'évaluation, doit être faite en considérant que toutes les recommandations proposées ne seront pas forcément suivies. Un suivi à long terme établi sur base d'un code de couleur est donc nécessaire pour contrôler la mise en place et l'efficacité des mesures proposées et évaluer la nécessité de nouvelles interventions.

Cet outil peut créer un langage commun dans le réseau de soins, permettre d'objectiver les problèmes et de prendre du recul pour les décisions cliniques. Il explore de manière large le fonctionnement du patient et ses interactions avec l'environnement, ce qui donne une vision globale de sa santé et des potentialités, même pour des personnes âgées atteintes de lourdes comorbidités.

Le but principal est de planifier une prise en charge aidant les personnes âgées à « bien vieillir ». Bien vieillir ne signifie pas uniquement prévenir ou reporter des maladies ou un décès. Il s'agit également de prévenir les limitations dans les capacités fonctionnelles, les capacités d'autonomie et le bien être.

L'outil s'est montré pertinent et opérationnel sur un échantillon « test » de 20 patients. Son mode d'utilisation peut être adapté selon les connaissances du médecin, ses besoins et le temps dont il dispose. Il peut servir de base à un travail inter et/ou multidisciplinaire.

Cependant, aucun instrument d'évaluation gériatrique n'a la prétention de remplacer l'approche individualisée du médecin avec son patient dont il connait l'histoire et le contexte de vie.

On pourrait imaginer dans le futur en faire un outil validé et informatisé.

K. 11. Remerciements

Au Docteur Dulière Pascale pour sa supervision, ses judicieux conseils et le partage de son expérience.

Au Professeur Swine Christian, aux Docteurs Orban Thomas et Bleeckx Alain-François pour leur aide dans la bonne orientation de mon travail et leurs encouragements.

Aux Professeurs Boland Benoit et Schoevaerdts Didier, aux Docteurs Vercruysse Bernard, Vandenbussche Maye et Bedoret Virginie, pour leurs conseils avisés dans l'élaboration de mon évaluation.

A mes parents et mon mari qui m'ont aidée et soutenue tout au long de la réalisation de mon travail.

L. 12. Bibliographie

1) N.M. de Vries et al. Outcome instruments to measure frailty: A systematic review. Ageing Research Reviews 10 (2011) 104-114.

2) Ch. Trivalle. Le syndrome de fragilité en gériatrie. Médecine et Hygiène 2323, 22 novembre 2000.

3) S. Mazowiecki et autres. Intérêt du score ISAR dans l'évaluation et l'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans. Journal Européen des urgences, vol 20, n°15-mai 2007 p 114.

4) Ch. Swine et AE. L'évaluation de la personne âgée et le système RAI-MDS. Louvain Médical, 2006 ; 12s, 9 : S337-343.

5) Daryl B. Rolfson and al. validity and reliability of the Edmonton frail Scale. Doi:10.1093/ageing/afl041, published electronically 6 june 2006.

6) Site internet www.geriatrie.be

7) C. Trivalle. Gérontologie préventive : éléments de prévention du vieillissement pathologique. Editions Masson, 2002.

8) Stuck AE et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community.The New England Journal of Medecine. Nov.2, 1995, vol 333 n°18, p 1184-1189.

9) Pierre-olivier Lang et autres. STOPP-START : Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. Canadian Journal of Public Health 1-10, 2009.

10) J. Belmin. Gériatrie, 2ème édition, collection pour le praticien. Editions Masson 2009.

11) Stuck AE et al. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-analysis. JAMA 2002; 287:1022-8.

12) Monteserin R., Brotons C., Moral I. et al. Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomised clinical trial. Fam Pract 2010; 27:239-45.

13) Marie-Christine Closon et autres. Financement du programme de soins pour le patient gériatrique dans l'hôpital classique. Définition et évaluation du patient gériatrique, fonction de liaison et évaluation d'un instrument pour un financement approprié. KCE reports 73B, janvier 2008.

14) M. Lemiengre, Evaluation gériatrique globale : disposons-nous d'instruments de mesure et de méthodes d'investigation adéquats ?, Minerva 2010 ; 9(10) : 113-113.

15) Stuck AE et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. Arch intern med/vol 160, apr 10, 2000.

16) Didier Schoevaerdts et autres. Identification précoce du profil gériatrique en salles d'urgences : présentation de la grille SEGA. La revue de gériatrie, Tome 29, n°3, mars 2004.

17) Dr Luc Pineux. Nouvelles des Congrès : 18ème colloque des Ardennes : la gériatrie. Revue de la médecine générale n°229 janvier 2006.

18) Isabelle Dagneaux et Marie-Pierre Vercruysse. Des échelles pour prendre soin ; cailloux pour sentiers fragiles. UCL Presses universitaires de Louvain, chaire de médecine générale, 2009.

I. Table des matières

Abstract 1

Mots-clés 1

Motivation du choix du TFE 1

Objectifs du TFE 2

Introduction 2

Méthodologie 3

1. Identification d'un besoin du généraliste 3
2. Documentation des sources existantes 4
3. Construction de l'échelle 4
4. Identification des personnes de référence 5
5. Confrontation de l'échelle avec les personnes de référence dans le domaine et mon expérience personnelle 5

La théorie 5

1. Définitions 5
2. Etat de la question : les échelles utilisées en gériatrie 9

Proposition d'une évaluation globale à visée préventive 14

1. Introduction 14
2. Objectif 15
3. Description 16
4. Interprétation 32
5. Echelle proprement dite 33

Discussion 33

1. Pertinence 34
2. Faisabilité 36
3. Limites 37

4. Futur 38
10. Conclusions pour la pratique 39
11. Remerciements 40
12. Bibliographie 41
13. Annexes 45
1. Annexe 1 Evaluation Gériatrique Globale 46
2. Annexe 2 Listes “STOPP and START” 47
3. Annexe 3 Score de NORTON 48
4. Annexe 4 Echelle Visuelle Analogique (EVA) 49
5. Annexe 5 Grille d’Amsler 50
6. Annexe 6 Clock Test 51
7. Annexe 7 Le score ISAR - Identification of Senior At Risk 52
8. Annexe 8 Le score SHERPA 53
9. Annexe 9 Edmonton Frail Scale 54
10. Annexe 10 BGMST 55

M. 13. Annexes

1. Annexe 1 Evaluation Gériatrique Globale

Profil Gériatrique Global

Nom, Prénom ……..

Date de naissance ……/……../…… Age ……..

Date ……/……../……

MR - MRS - Domicile - Ambulant

	Vert	Orange	Rouge
Santé générale (comorbidités et perception de santé)	O	O	O
Médicaments	O	O	O
Nutrition	O	O	O
Indépendance fonctionnelle	O	O	O
Psycho-cognitif	O	O	O
Support social	O	O	O

Observations / Plan d'action

Evaluation de la santé

Comorbidités

Maladies associées ?

- O Pas en dehors de l'Age Avancé
- O De 1 à 3
- O Plus de 3, ou AVC ou BPCO ou cancer ou insuffisance cardiaque chronique

Perception de santé

Etat de santé en général par rapport aux autres personnes de votre âge ?

- O Meilleure
- O Bonne
- O Moins bonne

Prévention primaire

Vaccination ? Grippe, te-di-pe, pneumocoque

- O Oui
- O Non

Habitudes de vie? (alcool, tabac, exercice physique)

- O Bonne hygiène de vie
- O Hygiène de vie à améliorer avec accord du patient
- O Mauvaise hygiène de vie, refus d'amélioration du patient

Dépistage ostéoporose?

- O Oui
- O Non

Si oui, R/ préventif adéquat?

- O Oui
- O Non

Prévention primaire et/ou secondaire cardio-vasculaire

TA

Mesure TA?

- O Oui, pas d'HTA ni d'hypotension orthostatique
- O TA mesurée "border line", hypotension orthostatique réversible
- O TA non mesurée ou hyperTA non R/ ou Hypotension orthostatique irréversible

Trouble du rythme?(via prise du pouls régulièrement)

- O Non
- O Oui, mais R/
- O Oui et non traité ou non évalué

Insuffisance cardiaque?(IC)

- O Pas d'IC ou IC stable et R/
- O IC et R/ instauré à équilibrer
- O IC non R/

Médicaments

Combien ?

Considérer chaque substance prise au moins une fois par semaine à l'exclusion des complexes vitaminiques

O 3 ou moins O 4 à 5 O 6 ou plus

Gestion

Aide nécessaire pour l'achat, la préparation ou la prise des médicaments ?

O Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)
O Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance
O Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance en doses séparées

Oublis?

O Non O Oui

Dangerosité en cas d'erreur ? (Ex:anticoagulants, hypoglycémiant, insuline etc.)

O Faible O Moyen O Elevé

Y at'il un médicament appartenant à la liste de "stopp and start?"(annexe 2)

O Non O Oui mais absence d'alternative O Oui et alternative possible

Sommeil

Présence d'une pathologie du sommeil?

difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil ou sensation de sommeil non réparateur, réveil matinal trop précoce

O Non O Insomnie transitoire ou à court terme (de quelques nuits à 3 semaines) O Insomnie chronique (>3 semaines)

Si pathologie du sommeil:

Perturbations sociales diurnes associées? (baisse vigilance, diminution des performances, fatigue ou irritabilité)

O Pas ou légères O Moyennes O Sévères

Cause extrinsèque (mauvaise hygiène, stress affectif, deuil, changement du mode de vie, médicaments ou alcool)

O Non O Oui

Cause intrinsèque ou maladie associée?

maladies cardiaques, respiratoires, rhumatismales, psychiatriques
syndrome des jambes sans repos, syndrome des apnées du sommeil, polyurie, douleurs

O Non O Oui, R/ instauré et optimal O Oui et pas de R/ ou R/ non optimal

Nutrition

Poids et appétit

Peser et mesurer le patient

Poids : ..... *Taille : .....*

Perte de poids récente au point d'avoir des vêtements trop larges?

- O Poids stable, apparence normale
- O Perte de poids involontaire de > ou = 10% en 6 mois ou IMC<21 (dénutrition)
- O Perte de poids involontaire de > ou = 15% en 6 mois ou IMC <18 (dénutrition sévère)

Appétit?

- O Normal
- O Diminué
- O Très diminué

Peau et pieds

Présence de plaies?

- O Non
- O Oui, bonne évolution sous R/
- O Oui, pas de R/ ou mauvaise évolution sous R/

Risque de survenue d'escarre(score de Norton annexe 3)

Tenir compte de la condition physique et mentale, le degré d'activité, la mobilité et la continence

- O Faible
- O Moyen
- O Elevé

Problèmes de pieds?(cor,orteil en marteau,chevauchement des orteils,infection,plaie)

- O Non
- O Oui, pas de limitation de la marche
- O Oui, limitation de la marche

Continence

Perte d'urines involontaire?

- O Non
- O Incontinence passagère et réversible
- O Incontinence chronique et irréversible

constipation?

- O Non
- O Constipation passagère et réversible
- O Constipation chronique et irréversible

Dentition Déglutition

Problèmes pour mâcher ?

- O Jamais
- O Parfois
- O Souvent

Difficultés pour avaler ? (toux ou voix humide après avoir mangé?)

- O Jamais
- O Parfois
- O Souvent

Problèmes de goût ou d'odorat ?

- O Jamais
- O Parfois
- O Souvent

Visite annuelle chez le dentiste?

- O Oui
- O Non

Evaluation Fonctionnelle

Indépendance fonctionnelle

Aide nécessaire pour combien des 8 activités suivantes?

déplacements, courses, préparation des repas,faire le ménage,téléphoner,gérer vos médicaments,gérer vos finances,la lessive

O 0-1 O 2-4 O 5-8

Marche et équilibre

Chute durant ces 6 derniers mois?

O Non O Une et sans gravité O Plus d'une et/ou compliquée et/ou comme motif d'hospitalisation

Timed up and go test

Le sujet est assis sur une chaise d'une hauteur d'assise de 46 cm environ, avec des accoudoirs.
Une ligne de 3 mètres est tracée au sol. Le sujet porte des chaussures de marche habituelles et utilise une aide à la marche s'il en utilise d'ordinaire (canne ou déambulateur). Le sujet débute la tâche avec le dos contre le dossier de la chaise, les bras sur les accoudoirs, et son aide à la marche à la main. Le sujet a droit à un essai pour se familiariser avec le test. Au mot « go », il se lève, marche à un rythme confortable et sur le long d'une ligne au sol sur une distance de 3 mètres, se retourne, revient vers la chaise et se rassoit. La cotation consiste à chronométrer le temps total mis par le sujet pour réaliser cette séquence.

O 0-10s O 11-20s O >20s ou assistance ou refus

Douleur

Présence d'une douleur?

O Non O Oui mais R/ antalgique O Oui sans R/ antalgique

Si oui: ***Echelle visuelle analogique /10 (annexe 4)***

O <3 O 3-6 O >6

Vision et audition

Vision

Difficultés pour conduire, regarder la télévision, lire ou toute autre activité quotidienne à cause de la vue ?

O normale O diminuée mais appareillée O très diminuée, non appareillée

Test de la grille d'Amsler (annexe 5)

O normal O pathologique

Visite tous les deux ans chez ophtalmologue?

O oui O non

Audition

Chuchoter à chaque oreille et de façon à ce que la personne ne nous voit pas une question (ou ordre) simple et court€

Quel est votre nom ? Prénom ? Fermez les yeux.

O normale O diminuée mais appareillée O très diminuée, non appareillée

Dépistage systématique tous les 5 ans? (interrogatoire, voix chuchotée, diapason, épreuve du frottement de doigts, audioscope)

O oui O non

Evaluation psycho-cognitive

Statut cognitif

le test codex

Première étape:

1. Test des 3 mots /1

Je vais vous dire 3 noms d'objets qu'il faudra répéter et retenir car je vous demanderai de les redire un peu plus tard : cigare, fleur, porte

2. Test de l'horloge simplifié : /1 (annexe 6)

a. Donner au patient une feuille de papier sur laquelle est imprimé un cercle de grande taille, de 10 cm de diamètre.

b. Lui demander dans un premier temps de figurer les chiffres des heures de façon à représenter un cadran de montre

c. Lui demander ensuite de dessiner les aiguilles de façon à représenter 11h10

3. Demander au patient de rappeler les 3 mots mémorisés

Seconde étape (pour les patients ayant un des 2 premiers test anormaux) : poser 5 questions d'orientation spatiale : /5

1. Quel est le nom de l'établissement où nous nous trouvons ? (ou dans quelle rue se situe le cabinet médical où nous nous trouvons ?

2. Dans quelle ville se trouve t-il ?

3. Dans quel Province ?

4. Dans quelle Région ?

5. A quel étage sommes-nous ?

Interprétation

A. Si 0/2 à la première étape: démence dans 90% des cas

B. Si 1/2 à la première étape, <4/5: démence dans 71% des cas

C. Si 1/2 à la première étape, 4-5/5: démence probable (22% des cas)

D. Si 2/2 à la première étape: pas de démence (0%)

O Aucune démence (0%) O Démence probable (22%) O Démence très probable (71 et 90%)

Etat émotionnel

Mini GDS

Lorsque le patient a 4 feux verts, la probabilité d'une dépression est très faible.

La probabilité d'une dépression augmente avec le nombre de feux oranges. Il faut dans ce cas approfondir l'examen pour rechercher une dépression.

Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ?

O Non O Oui

Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?

O Non O Oui

Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ?

O Oui O Non

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

O Non O Oui

Evaluation du bien être Social

Soutiens sociaux

Besoins

Ressources financières

Difficultés financières ? Aide ?

O Non O Oui mais aide O Oui sans aide

Impact sur (la prise en charge de) la santé du patient ?

O Non O Léger O Important

Prise en charge médicale et sociale

Autonomie du patient face à un problème de santé important ou une urgence médicale?

O Oui O Oui avec aide (aide présente) O Non ou absence d'aide

Présence et disponibilité d'un aidant si nécessaire?

O Toujours O La plupart du temps O Non ou notion d'épuisement de l'entourage

Professionnels de soins ?

O Bon réseau et bonne collaboration O Réseau et collaboration à améliorer O Pas de réseau ni de collaboration

Adéquation aides-besoin ?

O Oui O Partiellement O Pas du tout

Utilisation du téléphone ?

O Se sert normalement du téléphone O Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément O N'utilise pas du tout le téléphone spontanément

O Compose quelques numéros très connus O Incapable d'utiliser le téléphone

Cadre de vie

Logement : adapté ou non adapté

Difficultés avec les escaliers chez vous ou à l'extérieur ?

O Non O Oui

Problèmes avec la baignoire ?

O Non O Oui

Tapis ?

O Non O Oui

Conditions d'éclairage ?

O Non O Oui

Domicile adapté pour tenir compte d'une éventuelle déficience fonctionnelle ?

O Oui O Non

Accès aux soins (transports) ?
Degré d'isolement ?

Déplacements?

- O Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture
- O Organise ses déplacements en taxi, mais autrement n'utilise aucun transport public
- O Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné
- O Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un

Projet thérapeutique

Projet thérapeutique

Un projet thérapeutique a-t-il été établi?

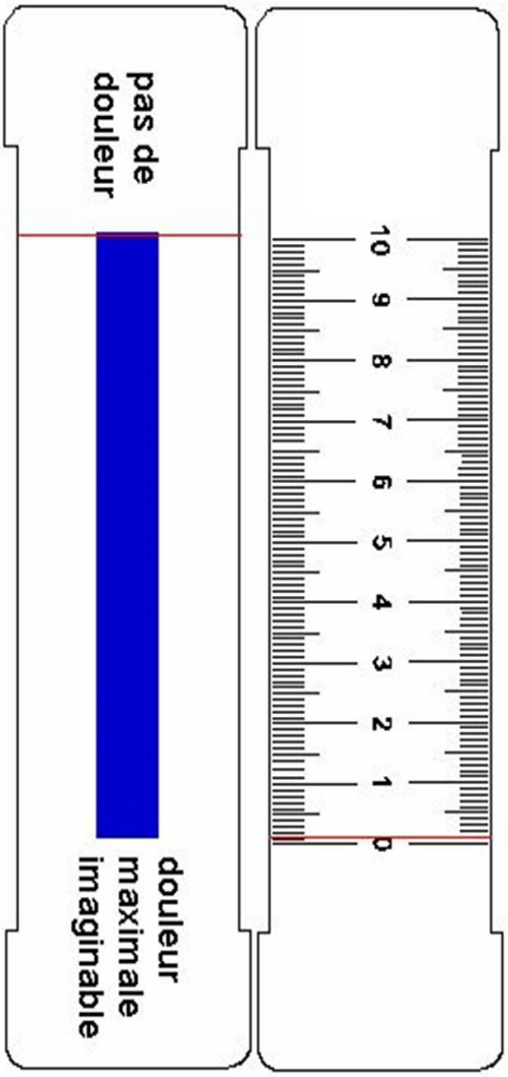
- O Oui
- O Oui, manque de clarté
- O Non

2. Annexe 2 Listes “STOPP and START”

3. Annexe 3 Score de NORTON

ETAT GENERAL	ETAT MENTAL	ACTIVITE AUTONOME	MOBILITE	INCONTINENCE
Bon 4	Bon 4	Sans Aide 4	Totale 4	Aucune 4
Moyen 3	Apathique 3	Marche avec Aide 3	Diminuée 3	Occasionnelle 3
Mauvais 2	Confus 2	Assis au Fauteuil 2	Très Limité 2	Urinaire ou Fécale 2
Très Mauvais 1	Inconscient 1	Totalement Alité 1	Immobile 1	Urinaire et Fécale 1
SCORE SUP. A 14 : SANS RISQUE			**SCORE INF. A 14 : RISQUE**	

4. Annexe 4 Echelle Visuelle Analogique (EVA)



5. Annexe 5 Grille d'Amsler

6. Annexe 6 Clock Test

7. Annexe 7 Le score ISAR - Identification of Senior At Risk

Questionnaire de dépistage des patients âgés à risque d'évènements indésirables

1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ? Oui /Non

2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ? Oui/Non

3- Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ? Oui /Non

4- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ? Oui/Non

5- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoires ? Oui/Non

6- Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ? Oui/Non

Un patient est considéré à risque d'événement indésirable (déclin fonctionnel réadmission) avec plus de 2 réponses positives

8. Annexe 8 Le score SHERPA

		Points
Chute au cours de l'année écoulée	Non	0
	Oui	2
MMSE < 15/21	Non	0
	Oui	2
Mauvaise santé perçue	Non	0
	Oui	1,5
Age (années)	< 75	0
	de 75 à 84	1,5
	> 84	3
Nombre d' AVJi réalisées de manière autonome avant l'admission	6-7	0
	5	1
	3-4	2
	0-1-2	3
		Score: /11.5
MMSE : Mini-Mental-Status-Exam AVJi : Activités de la vie journalière instrumentale		

Score sherpa	Risque de DF	Risque de DF par rapport à risque faible (OR [5])
0-3	faible	
3.5-4.5	Léger	1.97
5-6	Modéré	4.17
>6	elevé	10.42

The Edmonton Frail Scale:				Score: ___/17
Frailty domain	Item	0 point	1 point	2 points
Cognition	Please imagine that this pre-drawn circle is a clock. I would like you to place the numbers in the correct positions then place the hands to indicate a time of 'ten after eleven'	No errors	Minor spacing errors	Other errors
General health status	In the past year, how many times have you been admitted to a hospital?	0	1–2	≥2
	In general, how would you describe your health?	'Excellent', 'Very good', 'Good'	'Fair'	'Poor'
Functional independence	With how many of the following activities do you require help? (meal preparation, shopping, transportation, telephone, housekeeping, laundry, managing money, taking medications)	0–1	2–4	5–8
Social support	When you need help, can you count on someone who is willing and able to meet your needs?	Always	Sometimes	Never
Medication use	Do you use five or more different prescription medications on a regular basis?	No	Yes	
	At times, do you forget to take your prescription medications?	No	Yes	
Nutrition	Have you recently lost weight such that your clothing has become looser?	No	Yes	
Mood	Do you often feel sad or depressed?	No	Yes	
Continence	Do you have a problem with losing control of urine when you don't want to?	No	Yes	
Functional performance	I would like you to sit in this chair with your back and arms resting. Then, when I say 'GO', please stand up and walk at a safe and comfortable pace to the mark on the floor (approximately 3 m away), return to the chair and sit down'	0–10 s	11–20 s	One of >20 s patient unwilling, or requires assistance
Totals	Final score is the sum of column totals			

10. Annexe 10 BGMST