



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

UNIVERSITE DE LORRAINE
2013

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du

Troisième Cycle de Médecine Générale

Par

Virginie MARQUES

Le 26 novembre 2013

EVALUATION DES PRATIQUES

PROFESSIONNELLES DES MEDECINS GENERALISTES POUR LA

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES A HAUT RISQUE DE PERTE

D'AUTONOMIE ET DE DEPENDANCE, EN MEURTHE-ET-MOSELLE.

Examineurs de la thèse :

M. A.BENETOS
Professeur S.BRIANÇON
Mme C.PERRET-GUILLAUME
Mme T.JONVEAUX

Professeur
Professeur
Professeur
Docteur en médecine

Président du jury
Juge
Juge
Juge

**Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre
MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE**

Vice-Doyen « Pédagogie » : Mme la Professeure Karine ANGIOI
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : Mme la Professeure Annick BARBAUD
Vice-Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Assesseurs

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur
Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -

François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de

LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone

GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques

LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre

LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU -

Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT -

Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-

Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT -

Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle

SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ -

Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick

BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone

GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre

NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur

Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT -

Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur
Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLÉ

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent
GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophtalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)
Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeure Maria DELIVORIA- PAPADOPOULOS (1996) Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>	Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume-Uni)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>	Professeur Yunfeng ZHOU (2009) <i>Université de Wuhan (CHINE)</i>
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)</i>	Professeur David ALPERS (2011) <i>Université de Washington (U.S.A)</i>
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i>	Professeur Martin EXNER (2012) <i>Université de Bonn (ALLEMAGNE)</i>
<i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>	
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>		

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Athanase BENETOS

Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous vous en remercions.

Vos connaissances et votre expérience sont pour nous source d'estime et d'enseignement.

Par ailleurs, nous avons pris grand plaisir à lire votre ouvrage « *L'ABCdaire du futur centenaire* ».

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre respect et de notre profonde admiration.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Nous vous sommes reconnaissants de l'intérêt que vous avez bien voulu témoigner à ce travail par votre présence dans ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre plus grand respect.

A notre Maître et Juge

Madame le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du Vieillissement

Pour nous avoir fait l'honneur d'être membre de notre jury, veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère admiration.

A notre Juge et directrice de Thèse

Madame le Docteur Thérèse JONVEAUX

Neurologue et chef de service du service de Soins de Suite et de Réadaptation et Soins Palliatifs de Spillmann

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse.

Nous vous remercions de vos précieux conseils et de votre soutien dans la réalisation de ce travail.

Par ailleurs, nous avons pris grand plaisir à apprendre et exercer la médecine à vos côtés ; votre enseignement fut pour nous des plus enrichissants.

Que celui-ci soit l'occasion de vous témoigner notre respect et notre gratitude.

Aux équipes médicales et para-médicales qui m'ont entourée durant mon internat.

La qualité de notre formation n'est que le reflet de la vôtre.

J'ai été chaleureusement accueillie au sein des services de Soins de Suite et de Réadaptation du Docteur JONVEAUX à Nancy, de pédiatrie du Docteur POPELARD à Epinal, du Service d'Accueil des Urgences du Docteur DE TALANCE à Epinal, de médecine B du Docteur ALEXANDRE à Epinal et de Cardiologie du Docteur VOLMER à Remiremont.

Un merci tout particulier au Docteur MOUGENOT pédiatre à Epinal pour ses précieux conseils et sa disponibilité et au Docteur LAFARGUE de Rombas qui m'a fait découvrir et partager sa passion pour la médecine générale.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à notre enquête

Sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour...

Nous savons à quel point le temps libre est denrée rare et précieuse pour vous, nous vous sommes d'autant plus reconnaissants d'avoir pris le temps de nous répondre.

A ma famille

A mes parents, merci pour votre soutien, pour les valeurs de vie que vous m'avez transmises et l'amour que vous m'avez toujours porté. Trouvez en ce travail le témoignage de ma reconnaissance et de tout mon amour.

A ma sœur, Mélanie, merci d'être toujours là pour moi.

A ma grand-mère, Moumouche, pour ton soutien et ta présence.

A Lucinda et Ernest, pour tous les bons moments passés chez vous.

A toute ma famille.

A ma belle famille, pour votre gentillesse et votre soutien.

A mes amis

A Christelle.

A Anna, pour notre belle et vieille amitié, et ton soutien.

A Arnaud, sans qui ces années de médecine n'auraient pas été aussi joyeuses, et à tous les bons moments et voyages qui nous attendent.

A Elsa, pour notre amitié et ta présence précieuse à mes côtés pendant nos longues études et pour tous les bons moments à venir.

A Christophe, mon architecte préféré, à nos futures vacances chez vous au Touquet !

A Kénora, toujours présente, merci. A nos après-midi piscine, course, ou vélo...

A Sandra, Héloïse et Maud pour tous les bons moments passés et à venir...

A Julia et Sylvain, Sébastien et Stéphanie, Sophie, Vincent et Damien, en souvenir d'Epinal et à toutes les bonnes soirées passées autour d'un bon repas, aux prochaines à venir, et aux futurs mariages...

A Agnès, Coco, Dom, Emeline, Marie-Anne, Nicole, et toute l'équipe formidable de médecine B, parce que ce n'est pas tous les jours qu'on a la chance d'être sur la grande muraille de Chine, pour nos soirées « tarot » et nos futurs voyages.

A Fanny, Patrice et Soane, de véritables amis.

A Delphine, Gérald et Lucas, Pierre-Jean et Charline, Minou et Ballou, merci pour votre amitié.

A Stéphane, sans qui la vie ne serait pas aussi belle, pour m'avoir soutenue dans les moments difficiles au cours de ce travail, merci d'être là, à tous les bons moments qui nous attendent.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLES DES MATIERES

TABLES DES MATIERES.....	21
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	24
I. INTRODUCTION.....	25
II. GENERALITES.....	26
1. La personne âgée.....	26
2. Le vieillissement de la population.....	26
III. DEFINITIONS.....	28
1. La dépendance.....	28
2. De la fragilité à la dépendance.....	29
- Les troubles cognitifs.....	30
III. QUELQUES TESTS ET ECHELLES A VISEE GERIATRIQUE.....	31
1. La perte d'autonomie.....	31
1.1. La grille AGGIR.....	31
1.2. Les échelles ADL et IADL.....	32
2. Les troubles cognitifs.....	33
2.1. MMS.....	33
2.2. Le test des 5 mots de Dubois.....	33
2.3. Le test de l'horloge.....	34
3. Les facteurs médicaux de fragilité.....	35
3.1. La dénutrition : le MNA.....	35
3.2. Les troubles de la marche et de l'équilibre : Le timed up and go test.....	35
4. Les facteurs psychologiques de fragilité : La GDS ou mini-GDS.....	36
5. Evaluation globale : L'EGS (Evaluation Gériatrique Standardisée).....	37
6. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant ces tests.....	38
IV. AIDES FINANCIERES.....	40
1. L'APA.....	40
2. Autres aides financières.....	40
V. ENQUETE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES DE MEURTHE-ET-MOSELLE.....	42
1. Objectifs de l'étude.....	42
2. Matériel et méthode.....	42

2.1. L'échantillon	42
2.2. Le questionnaire	43
2.3. Recueil des données.....	43
2.4. Méthodes statistiques.....	44
3. Résultats de l'enquête.....	45
3.1. Analyse de l'échantillon	45
a) Concernant l'âge et le sexe des médecins interrogés	45
b) Concernant l'activité des médecins interrogés	46
3.2. La prise en charge médicale des situations à haut risque de perte d'autonomie et de dépendance.....	52
a) Concernant les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité.....	53
b) Concernant les facteurs cognitifs	62
c) Concernant les facteurs d'autonomie	70
3.3. Rôle de coordinateur.....	77
a) Mise en place d'aides financières : l'APA.....	77
b) Recours et accessibilité des autres intervenants.....	82
b) Concernant les obstacles au rôle de coordinateur	84
3.4. Principaux obstacles rencontrés dans la prise en charge des personnes âgées à haut risque de perte d'autonomie et de dépendance.	85
VI. DISCUSSION.....	87
1. Les limites de l'étude	87
1.1. La subjectivité des réponses.....	87
1.2. Le choix des items étudiés	87
1.3. L'échantillon	88
2. L'intérêt de l'étude	88
a) Intérêt des médecins pour la dépendance	88
b) Le sujet	88
3. Résultats de l'enquête.....	89
3.1. Caractéristiques de l'échantillon	89
a) Le sexe.....	89
b) L'âge.....	89
c) L'activité des médecins	89
d) Milieu d'exercice	90
3.2. Typologie de la patientèle.....	90
a) Activité des médecins généralistes.....	90

b) Importance des 75 ans et plus dans la patientèle	91
c) Contraintes des visites à domicile	91
d) Motifs de consultation les plus fréquents chez les 75 ans et plus.....	92
3.3. Prise en charge médicale.....	93
a) Facteurs médicaux et psychologiques de fragilité.....	94
b) Les facteurs cognitifs.....	96
c) Les facteurs d'autonomie.....	99
3.4. Rôle de coordinateur.....	101
a) Mise en place d'aides financières : l'APA.....	101
b) Recours et accessibilité des autres intervenants.....	104
b) Obstacles au rôle de coordinateur : le temps et l'indisponibilité des autres intervenants	105
3.5. Principaux obstacles rencontrés dans la prise en charge des personnes âgées à haut risque de dépendance et de perte d'autonomie	106
a) Le patient	106
b) L'isolement	106
c) La famille	107
d) La lourdeur administrative.....	107
e) Le manque de temps	107
CONCLUSION.....	111
BIBLIOGRAPHIE	113
ANNEXES.....	123

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADL	Activities of Daily Living Scale
AEG	Altération de l'Etat Général
AGGIR	Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
Anah	Agence nationale de l'habitat
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de la Santé
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
Cnav	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM-IV	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux de 1994
EGS	Evaluation Gériatrique Standardisée
GDS	Geriatric Depression Scale
GRECO	Groupe de Recherche et d'Evaluations Cognitives
HAS	Haute Autorité de Santé
HID	Handicaps, Incapacité, Dépendance
IADL	Instrumental Activities of Daily Living Scale
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MMS	Mini-Mental Status
MMSE	Mini-Mental Status Examination
MNA	Mini-Nutritional Assessment
MNA-sf	Mini-Nutritional Assessment short form (simplifié)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SFGG	Société Française de Gériatrie et Gérontologie
SFMG	Société Française de Médecine Générale
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

I. INTRODUCTION

Avec le vieillissement de la population, la prise en charge de la personne âgée dépendante ou en situation de dépendance, représente un véritable enjeu de santé publique pour les années à venir, mais il s'agit surtout d'un problème à prendre en compte dès aujourd'hui.

Si le vieillissement de la population est une certitude, la dépendance, elle, n'est qu'un risque.

Que ce soit d'un point de vue économique, politique ou éthique, nous devons permettre à nos aînés de vieillir le plus longtemps possible à leur domicile et en bonne santé.

Pour cela, il est important de dépister et de prendre en charge le plus rapidement possible les signes de fragilité, de démence ou de perte d'autonomie. Ceci dans le but d'apporter aux personnes âgées les aides nécessaires, qu'elles soient humaines, techniques ou financières, et les traitements médicaux adaptés au plus tôt, afin d'éviter une évolution péjorative vers la dépendance.

Le médecin généraliste tient un rôle majeur dans cette prise en charge. De par sa proximité, ses interventions à domicile, ses contacts répétés, il devrait être en mesure d'assurer ce rôle de prévention et de dépistage de situation à risque, tout en coordonnant la prise en charge de nos patients âgés en situation de dépendance.

Notre étude vise à évaluer les pratiques des médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle, par rapport à la prise en charge des personnes âgées à haut risque de perte d'autonomie et de dépendance. Les médecins généralistes détectent-ils les signes de fragilité chez leurs patients âgés de plus de 75 ans ? Jouent-ils un rôle de coordinateur dans cette prise en charge préventive de la perte d'autonomie ?

II. GENERALITES

1. La personne âgée

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit une personne âgée à partir du critère d'âge de 65 ans et plus (1), seuil le plus souvent retrouvé dans la littérature médicale.

Mais la population âgée est une population hétérogène et complexe. Les problèmes du vieillissement (les polyopathologies, les troubles cognitifs, la perte d'autonomie, la fragilité...) concernent relativement peu d'individus âgés de 65 à 74 ans.

Cela explique pourquoi le langage désignant cette population s'est enrichi au cours des dernières décennies.

En 1985, aux Etats-Unis, Le National Institute of Aging crée la distinction conceptuelle des personnes âgées en trois âges démographiques, tout d'abord, les « jeunes vieux » de 65 à 74 ans, puis les « vieux vieux » de 75 à 84 ans, et enfin les « très très vieux » de 85 ans et plus (2).

L'âge de 75 ans constitue la limite pertinente pour différencier les personnes « âgées », des personnes « très âgées ». Au voisinage de cet âge, pour la plupart des individus, l'activité physique faiblit, les facultés intellectuelles déclinent, et les accidents de santé deviennent plus alarmants (3), la personne âgée atteint alors l'âge potentiel d'entrée dans la dépendance.

2. Le vieillissement de la population

En 2060, en France, une personne sur trois aura plus de 60 ans (4).

Au 1^{er} janvier 2013, on compte 65,8 millions d'habitants en France. 17,5% de français ont plus de 65 ans (soit 11,5 millions de personnes) et un habitant sur 10 a plus de 75 ans (soit 6,6 millions personnes) (5).

En Lorraine, le vieillissement de la population suit la même courbe constante et inéluctable. En 2040, un Lorrain sur trois aura plus de 60 ans, contre un sur cinq en 2007 (6). Ce vieillissement important dans le département est expliqué à la fois par l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du papy boom (personnes nées entre 45 et 65), mais également à la diminution des naissances et le départ des jeunes de la région.

La proportion des plus de 80 ans doublera pour atteindre 10% de la population en 2040, soit 237 000 personnes.

Plus précisément, en Meurthe-et-Moselle, entre 2005 et 2020, la population continuera de vieillir, mais plus particulièrement dans les territoires les plus jeunes (le Lunévillois, le Val de Lorraine, les Terres de Lorraine). Dans le département, une personne sur quatre aura plus de 60 ans en 2020.

Les plus de 60 ans passeront de 19,8% de la population en 2005 à 25,5% en 2020 (7).

On observera une croissance forte des 60-74 ans et des plus de 85 ans. De 60 à 74 ans, cela correspond à la génération du papy-boom. Celle de 75 ans à 84 ans régressera légèrement à l'horizon 2020, cela représente les naissances pendant la seconde guerre mondiale.

A l'extrémité les personnes de plus de 85 ans s'élèveront le plus rapidement, jusqu'à près de 24 000 en 2020, avec 2/3 de femme malgré le rattrapage des hommes.

Globalement en Meurthe-et-Moselle le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera de 29,6% entre 2005 et 2020, passant de 149 000 à 193 000 personnes. Tandis que le nombre de personnes potentiellement dépendantes augmentera de seulement 11,8%, (les 60-74 ans sont peu affectés par la dépendance, et on constatera une diminution du nombre des 75-84 ans).

On aura donc une croissance plus modérée de la dépendance en Meurthe-et-Moselle, qu'en Lorraine et en France, où la croissance de la dépendance sera respectivement de 13% et 12,5% à l'horizon 2020.

III. DEFINITIONS

1. La dépendance

Le terme dépendance est apparu en France dans les années 1970, pour caractériser la situation d'une fraction de personnes âgées, celle dont les difficultés de la vie quotidienne rendent nécessaire le recours à une aide humaine (8). La dépendance est distincte du handicap qui concerne les enfants ou les adultes de moins de 60 ans.

L'usage du terme de dépendance, au départ utilisé dans le milieu médical, a rapidement été repris dans les années 1980 par les politiciens, et il oriente encore aujourd'hui le débat sur la prise en charge des personnes âgées « dépendantes ».

L'article L. 232 de la loi du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (loi APA) (9) définit une personne âgée dépendante comme « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental ».

Ce terme est donc intimement lié et difficilement dissociable de la perte d'autonomie des personnes âgées d'un point de vue médical. Pourtant, la dépendance est un concept qui recouvre plusieurs dimensions, mentale, physique, économique, sociale, cognitive et émotionnelle (10).

En 2010, on comptait 1,2 million de personnes âgées dépendantes (11), dont 741 000 chez les plus de 75 ans, en estimant que ce chiffre devrait croître de 1 à 2% par an.

2. De la fragilité à la dépendance

Le patient âgé fragile représente 15 à 25% des personnes âgées (12).

La fragilité est un syndrome clinique, elle se définit par une diminution des capacités physiologiques de réserve, qui altère les mécanismes d'adaptation au stress (13). Son expression clinique est modulée par les co-morbidités et facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Ainsi, en cas de situation aiguë intercurrente, l'individu peut basculer dans un état déficitaire.

Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité, et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacité, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institutionnalisation.

Les facteurs cliniques qui composent le syndrome de fragilité sont composés de facteurs médicaux, psychologiques, cognitifs, sociaux et d'autonomie (14).

Au niveau des facteurs médicaux on retrouve la poly-médication, la dénutrition, les troubles de la marche et de l'équilibre, les troubles de la continence, les troubles sensoriels.

Les facteurs psychologiques regroupent la dépression, la mauvaise perception de la qualité de vie, les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie.

Les facteurs cognitifs comprennent le syndrome confusionnel, les troubles psychologiques et comportementaux (démences).

Les facteurs sociaux soulignent l'isolement, la maltraitance, le faible niveau scolaire, les bas revenus, l'épuisement de l'aidant principal.

Enfin, les facteurs d'autonomie sont constitués par les difficultés à gérer son budget, à se déplacer, à téléphoner, à se vêtir seul et à s'alimenter.

En 1994, dans son ouvrage, Linda P Fried (15) propose une approche plus médicale de la fragilité. Elle définit cinq critères de fragilité qui reposent essentiellement sur la composante physique de la fragilité. La perte de poids, une faible vitesse de marche, la baisse de la force musculaire, l'épuisement général et une diminution de l'activité physique et de la dépense énergétique sont analysés. Si le patient présente 3 ou plus de ces 5 critères, il est considéré comme fragile.

Le dépistage de ces critères de fragilité a pour but d'identifier les personnes dites « fragiles ». Une personne âgée fragile peut vite basculer vers la dépendance.

Il est donc important de mettre en œuvre des actions de prévention afin de prendre en charge l'état de fragilité et d'anticiper ou d'atténuer la perte d'autonomie. Ce travail préventif repose sur l'identification des signes de fragilité.

- Les troubles cognitifs

Le syndrome démentiel correspond à la détérioration progressive et prolongée (supérieur à 6 mois) des fonctions supérieures avec un retentissement significatif sur les activités de la vie quotidienne de l'individu, entraînant une perte d'autonomie et des troubles comportementaux. L'atteinte concerne la mémoire, les fonctions exécutives, les praxies, les gnosies, la conscience de soi et de son environnement.

Le diagnostic de syndrome démentiel s'appuie sur les critères de la DSM-IV (les critères pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer). (annexe 1) (16).

Le diagnostic précoce de démence peut être difficile à poser. Le patient signale rarement de façon spontanément ses troubles, la plainte vient surtout d'un éventuel accompagnateur ou proche de celui-ci. C'est pour cette raison que le dépistage d'un syndrome démentiel doit absolument être réalisé de manière systématique.

La population vieillit, de plus en plus en meilleure santé. Par contre le déclin cognitif et les démences augmentent avec l'âge ; prévalence des démences 6,4% après 65 ans, 13% après 75 ans et 40% après 90 ans. Il y a 900 000 personnes atteintes d'une démence en France, dont 700 000 Alzheimer. Au niveau statistique, un médecin généraliste a en moyenne 15 patients déments dans sa patientèle, avec une incidence de 4 nouveaux cas par an (17).

Mais la prévalence de la démence est difficile à estimer, selon l'étude PAQUID (18), seule une pathologie démentielle sur deux serait diagnostiquée, tous stades confondus.

III. QUELQUES TESTS ET ECHELLES A VISEE GERIATRIQUE

1. La perte d'autonomie

1.1. La grille AGGIR

La grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources) a été mise en place, en 1994, par Vetal (19) (annexe 2).

Elle s'intéresse à 17 actes de la vie courante, cotés A (fait seul spontanément), B (acte partiellement effectué), C (acte non réalisé), permettant d'évaluer le degré d'autonomie pour les actes de la vie courante, de quantifier les besoins de l'aide d'un tiers et évaluer le plan d'aide, au niveau humain et financier (APA) (20).

.GIR 1 : personne âgée grabataire, totalement dépendante, nécessitant une assistance continue.

.GIR 2 : personne âgée démente déambulant, ou personne âgée aux fonctions supérieures conservées, mais confinée au lit ou au fauteuil et nécessitant une aide pour la plupart des actes de la vie courante.

.GIR 3 : personne âgée ayant des fonctions supérieures conservées mais une perte partielle de l'autonomie locomotrice justifiant une aide pluriquotidienne.

.GIR 4 : personne âgée nécessitant une aide pour les transferts, et/ou une aide pour la toilette, l'habillage, les repas.

.GIR 5 : personne âgée nécessitant une aide ponctuelle pour la toilette, le ménage ou les repas.

.GIR 6 : personne âgée ayant conservé une autonomie pour les principaux actes de la vie courante.

1.2. Les échelles ADL et IADL

L'échelle ADL (Activities of Daily Living Scale) (annexe 3) de Katz et al. a été élaborée en 1963. Elle évalue la capacité de l'individu à s'occuper de sa personne au quotidien. Le questionnaire comprend 6 items qui évaluent la capacité à faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter, se mouvoir, se déplacer et se rendre aux toilettes (21).

Chaque item est coté de 0 à 1, en passant par 0,5, de cette manière, le score global varie de 0 (dépendance complète) à 6 (autonomie).

L'échelle IADL (Instrumental Activities of Daily Living Scale) (annexe 4) a été créée en 1969, par Lawton et Brody, elle complète l'évaluation de l'échelle ADL en s'intéressant aux activités instrumentales de la vie courante. Ces activités regroupent 8 items qui sont : se servir d'un téléphone, faire les courses, la préparation des aliments, l'entretien ménager, utiliser les moyens de transport, la blanchisserie, gérer son traitement, gérer son budget.

Ces échelles permettent d'évaluer le retentissement fonctionnel du vieillissement physiologique ou pathologique sur les activités de la vie courante et surtout de quantifier le niveau approximatif de dépendance de la personne et par conséquent d'estimer les besoins et planifier les aides adéquates afin de pallier à cette dépendance.

La durée de réalisation de ces échelles est courte, environ 5 minutes (22).

De plus, ce test est fiable, il a une sensibilité de 94% et une spécificité de 71% (23).

2. Les troubles cognitifs

2.1. MMS

Le MMS (Mini-Mental Status) est un test validé et reconnu pour l'évaluation des troubles cognitifs des patients (24). Il a été conçu par Folstein et al. en 1975 (25).

En France, c'est le MMSE (Mini-Mental Status Examination) (annexe 5) qui est recommandé comme test par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), il s'agit de la version consensuelle établie par le GRECO (Groupe de Recherche et d'Evaluations Cognitives) disponible depuis 1998.

Ce test consiste en une série de 30 questions qui portent sur plusieurs domaines. On évalue l'orientation dans le temps et l'espace, la mémoire immédiate, l'attention et le calcul, la mémoire récente, le langage et les fonctions visuo-constructives.

A chaque réponse correcte, le score de 1 est attribué. Avec un score de 24 ou inférieur à 24 le test est considéré comme anormal.

A noter qu'il faut moduler le test en fonction de l'origine socio-culturelle de la personne et de son niveau d'étude.

Il s'agit d'un test fiable, avec un score seuil de 23, le MMS a une sensibilité de 93% et une spécificité de 100%, (26) par rapport aux diagnostics de démence.

Sa durée moyenne de réalisation est de quinze minutes.

2.2. Le test des 5 mots de Dubois

L'épreuve consiste à faire apprendre au patient une liste de 5 mots et à en étudier la restitution. (annexe 6).

Elle se déroule en deux temps. Le premier temps consiste à étudier l'apprentissage de la liste. Il s'agit de s'assurer que l'information (la liste des 5 mots) a bien été mémorisée par le patient, cela explore l'encodage. Après une épreuve interférente, permettant de détourner

l'attention du patient pendant un temps suffisant, l'étape de rappel différé consiste en l'étude de la mémorisation proprement dite.

La valeur seuil du score total (score d'apprentissage sur 5 + score du rappel différé sur 5) est normalement égale à 10. (notons qu'un indiçage est possible).

Le test des 5 mots de Dubois est un test rapide, d'une durée d'environ deux à trois minutes. Il est également fiable pour le dépistage de la maladie d'Alzheimer, avec une sensibilité de 63% et une spécificité de 91% (27). Cependant ce test est beaucoup moins performant pour les autres démences.

2.3. Le test de l'horloge

Le test de l'horloge est une épreuve visuo-graphique. (annexe 7). La tâche consiste tout d'abord à placer sur une horloge où a été préalablement placé le chiffre 12, les autres chiffres en commençant par le chiffre 1. Ensuite on demande au sujet de placer les aiguilles pour indiquer cinq heures moins le quart.

A noter que différentes procédures sont possibles pour la réalisation de ce test, certaines équipes médicales n'indiquent pas le chiffre 12 ou demande au patient de dessiner le cadran.

Ce test est très précis, il a montré au cours d'études une sensibilité de 88,5% et une spécificité de 94.9%. De plus c'est un test très rapide qui demande en général moins de cinq minutes pour sa réalisation (28).

3. Les facteurs médicaux de fragilité

3.1. La dénutrition : le MNA

Le MNA (Mini-Nutritional Assessment), dans sa forme abrégée, MNA-sf (Mini-Nutritional Assessment short form, simplifié) (annexe 8), permet de dépister la dénutrition-protéino-énergétique, qui peut ensuite être confirmée par le MNA complet. Il a été conçu en 1991 par Guigoz et Vellas. Il comporte 6 items, notés chacun de 0 à 2 ou 3. Un score inférieur à 12/14 indique une possibilité de malnutrition. C'est un test court, réalisable en seulement quatre minutes et d'une grande fiabilité avec une sensibilité de 85,2% et une valeur prédictive négative de 79.1% (29).

Pour le MNA complet (annexe 9), le score maximum est de 30 (18 items). Si le score est supérieur ou égal à 24, le test est considéré comme normal, si le score est compris entre 17 et 23,5, il existe un risque de dénutrition, si le score est inférieur ou égal à 17, la dénutrition est à explorer.

Cette méthode est simple et relativement rapide (10 à 15 minutes), elle est validée au niveau international depuis 1994 et devrait être utilisée dans tout suivi gériatrique de façon systématique.

Il s'agit d'un test très fiable avec une sensibilité de 96% et une spécificité de 98% (30).

3.2. Les troubles de la marche et de l'équilibre : Le timed up and go test

Le timed up and go test (annexe10) est l'épreuve chronométrée du get up and go test (lève toi et marche). Ce test étudie les transferts assis-debout, la marche, les changements de position.

Le sujet doit être confortablement assis dans un fauteuil avec accoudoirs, situé à 3 mètres du mur. On lui demande ensuite de se lever, se diriger vers le mur, faire un demi-tour sans toucher le mur, revenir au fauteuil et s'asseoir (31).

Le test est considéré comme normal si le temps est inférieur à 20 secondes.

Le timed up and go test est d'une grande fiabilité avec une sensibilité de 87% et une spécificité de 87% (32).

4. Les facteurs psychologiques de fragilité : La GDS ou mini-GDS

L'échelle de dépression gériatrique, GDS (Geriatric Depression Scale) (annexe 11), est un questionnaire qui se rapporte à la symptomatologie dépressive chez la personne âgée.

Le questionnaire comprend 30 items, il doit être rempli par le patient lui-même. Les questions peuvent éventuellement être lues, elles portent sur ce que ressent le patient au moment du questionnaire ou dans la semaine passée.

Chaque question appelle à une réponse par oui ou non, si la question est en faveur d'une dépression, l'item est coché 1.

Un score global supérieur à 10, traduit qu'il s'agit probablement d'un état dépressif (33).

Les études montrent que la GDS a une sensibilité variant de 85,1% pour une dépression mineure à 96,3% pour une dépression majeure. La spécificité varie de 62% à 69,1% (34).

Par contre il faut compter environ dix minutes pour réaliser le questionnaire. Cela peut s'avérer un peu long, c'est pour cette raison qu'a été mise en place la mini-GDS.

La mini-GDS (annexe 12) est donc une version écourtée de la GDS, avec une réalisation très rapide de l'ordre de la minute. Ce test court a pour but d'inciter les médecins à réaliser un dépistage systématique de la dépression chez les sujets âgés (35).

La mini-GDS a une grande fiabilité, avec une sensibilité de 63% et une spécificité de 88% (36).

5. Evaluation globale : L'EGS (Evaluation Gériatrique Standardisée)

L'évaluation gériatrique standardisée est née aux Etats-Unis en 1980.

Au départ, elle a été conçue pour les personnes âgées sortant d'hospitalisation. Une méta-analyse a permis de mettre en évidence les bienfaits de l'EGS en cours d'hospitalisation avec une réduction de 14% de la mortalité, une réduction de 12% de la fréquence des nouvelles hospitalisations, une augmentation de 26% de la survie des patients à domicile, une amélioration de 41% des fonctions cognitives et une amélioration de 72% du statut fonctionnel (37).

Il s'agit d'une méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire, dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile. Tout ceci, afin de pouvoir développer un plan de soins coordonné et intégré dans un suivi à long terme (38).

Cette évaluation repose sur quelques-uns des tests cités ci-dessus.

Au niveau de l'évaluation des troubles cognitifs on utilise, le MMS, le test des 5 mots et le test de l'horloge.

Au niveau de la thymie, est préconisée la GDS ou mini-GDS.

Au niveau nutritionnel on recherche, le poids, l'IMC (Indice de Masse Corporelle), l'albuminémie, l'estimation de l'apport calorique, et le MNA.

Dans l'évaluation des troubles de la posture et du risque de chute, on retrouve le test d'appui unipodal, le get up and go test, et la recherche d'hypotension artérielle orthostatique.

L'évaluation de l'autonomie utilise les échelles ADL et IADL.

Il est également nécessaire de rechercher des troubles des fonctions sphinctériennes, et des fonctions sensorielles.

Enfin l'évaluation sociale repose sur 3 critères, les conditions de vie (aménagement nécessaire du domicile), le contexte socio-affectif (isolement, voisinage, aides humaines ou familiales), et le contexte économique (mise en place de tutelle, informer le patient de la possibilité d'obtenir des aides financières comme l'APA).

De nombreuses études, surtout aux Etats-Unis, ont montré que l'EGS permettait une diminution de la morbi-mortalité. Par contre cette évaluation est longue à réaliser, environ 90 minutes, il est donc compliqué de réaliser cette évaluation en médecine libérale.

6. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant ces tests

Dans le domaine de la gériatrie, les experts ont élaboré un certain nombre de recommandations.

Au niveau du syndrome démentiel, selon les dernières recommandations de la HAS en décembre 2011, le dépistage des démences type Alzheimer ou apparentées, n'est pas recommandé pour la population générale.

Par contre, le diagnostic précoce est indispensable (39). Elle recommande le dépistage ciblé chez les personnes âgées dont l'entourage ou elles-mêmes se plaignent d'un déclin cognitif, en cas de changement psycho-comportemental non expliqué, ou de maladie intercurrente pouvant révéler un déclin cognitif.

La HAS recommande l'utilisation du MMSE dans le dépistage de la maladie d'Alzheimer, le test des cinq mots de Dubois et le test de l'horloge sont également mentionnés comme outils potentiels pour l'évaluation cognitive globale (39).

Au niveau du retentissement fonctionnel des troubles cognitifs (ou autre) ce sont les échelles ADL et IADL qui sont mises en avant.

La grille AGGIR sera bien sûr indispensable pour l'attribution de l'APA.

Au niveau des chutes, d'après les dernières recommandations de la HAS, en collaboration avec la SFGG (Société Française de Gériatrie et Gériatologie), en avril 2009, il est recommandé d'évaluer et de prendre en charge les personnes âgées faisant des chutes à répétition (supérieures à 2 par an). Il faut également essayer de prévenir des chutes accidentelles chez les personnes âgées de plus de 65 ans, en insistant chez les personnes de plus de 75 ans dites « fragiles » (40).

Le Timed up and go test est recommandé dans le cadre de la recherche de facteurs prédisposant au risque de chute, pour le dépistage du risque de récurrence de chute, et pour l'évaluation des conséquences d'une chute (41).

De même, dans le cadre du dépistage des facteurs favorisant une chute, il est préconisé une évaluation de l'état nutritionnel, de l'état thymique par la mini-GDS, et des fonctions supérieures par le MMSE ou le test des cinq mots et le test de l'horloge.

Enfin, au niveau de la dénutrition, avec ses recommandations d'avril 2007, la HAS recommande le dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.

Il est recommandé de réaliser au minimum une fois par an ce dépistage en ville et en institutionnalisation, et lors de chaque hospitalisation (à réaliser plus souvent si la personne âgée est dans une situation à risque de dénutrition).

Pour cela la HAS recommande l'utilisation du mini-MNA (42).

Il est donc important de dépister les signes de fragilité d'une personne âgée : cibler une population à risque de chute, de dénutrition, de dépression, d'isolement ; faire le diagnostic le plus précocement possible de troubles cognitifs ; rechercher une éventuelle perte d'autonomie.

Tout cela afin de mettre en place une prise en charge médico-sociale adaptée, le plus tôt possible, et ainsi essayer de ralentir l'évolution des troubles retrouvés et limiter leur évolution vers une dépendance.

D'autre part, la compensation d'une perte d'autonomie est souvent synonyme d'une mise en place d'aides financières. Quelles sont ces aides ?

IV. AIDES FINANCIERES

1. L'APA

Le maintien à domicile d'une personne âgée fait intervenir un certain nombre d'acteurs, qu'ils soient professionnels ou aidants naturels, et cela nécessite une prise en charge financière. La principale aide financière est l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

L'APA est entrée en vigueur le 1er janvier 2002, elle a remplacé la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) (43).

Il s'agit d'une allocation permettant aux personnes de plus de 60 ans et résidants en France, de bénéficier d'une aide pour accomplir des actes essentiels à leur vie. Elle repose sur l'élaboration d'un plan d'aide, qui prend en compte tous les aspects de la situation de la personne âgée, aussi bien au niveau mobilité, vie sociale, toilette, élimination...

L'APA à domicile permet d'aider la personne à prendre en charge des dépenses qui concourent à son autonomie et sont nécessaires à son maintien à domicile : aide humaine, portage de repas, téléalarme, adaptation du logement, frais de séjour en accueil temporaire ou accueil de jour...

Le calcul de cette allocation prend en compte le degré d'autonomie des personnes, leurs revenus et lieu de vie. Le montant maximum du plan d'aide varie selon le degré de perte d'autonomie. Cette perte d'autonomie est calculée à l'aide de la grille AGGIR (de GIR 1 à 4) (44) (annexe 13). Selon son niveau de revenu, une partie des dépenses nécessaires peut rester à la charge du patient.

Cet effort de solidarité est assumé par le conseil général (70%) et par l'Etat (30%). En 2010 on comptait 1,2 million de personnes bénéficiant de l'APA, et l'on estime que ce chiffre passerait à 1,7 million de personnes en 2040.

2. Autres aides financières

L'Etat prend donc à sa charge une partie de l'APA mais aussi le financement des soins infirmiers à domicile (1 milliard d'euros) (45).

D'autre part, il finance la dépendance à travers l'Agence nationale de l'habitat (Anah) (32 millions d'euros) ainsi qu'à travers l'exonération des charges patronales et réduction fiscale liés aux emplois pour les personnes à domicile.

Le rôle des caisses de retraite est limité, il concerne surtout les personnes en GIR 5 et 6.

La Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) pour les GIR 1 à 4, les versements se limitent à quelques aides pour l'amélioration de l'habitat et dans de nouvelles expérimentations : le retour d'hospitalisation et d'hébergement temporaires (25 millions d'euros) (45).

Pour finir la participation financière de la personne âgée et de sa famille reste importante environ 0,5 milliard d'euros, afin de compléter les aides financées par l'APA (45).

V. ENQUETE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES DE MEURTHE-ET-MOSELLE

1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les pratiques des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle, pour la prise en charge des personnes âgées à haut risque de perte d'autonomie ou de dépendance. Plus précisément, les médecins généralistes détectent-ils les signes de fragilité chez leurs patients âgés de plus de 75 ans ?

Les objectifs secondaires de notre étude sont de savoir si les médecins généralistes jouent un rôle de coordinateur dans cette prise en charge préventive de la perte d'autonomie; connaître les obstacles qu'ils peuvent rencontrer lors de la prise en charge de leurs patients âgés.

2. Matériel et méthode

Notre travail correspond à une étude transversale descriptive, réalisée à partir d'un questionnaire.

2.1. L'échantillon

Dans la population de médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle, nous avons sélectionné un échantillon de 100 médecins généralistes. Pour cela, nous avons réalisé un tirage au sort aléatoire, parmi la liste exhaustive des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle, fournie par le Conseil de l'Ordre des Médecins du département, hors gériatres, urgentistes et médecins coordinateurs.

2.2. Le questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire (annexe 14) visant à évaluer les pratiques des médecins généralistes en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées à haut risque de perte d'autonomie et de dépendance.

Le questionnaire comprend 42 questions. Il regroupe à la fois des questions quantitatives déclaratives, avec réponses à choix simples ou multiples, et des questions qualitatives à réponses ouvertes.

La première partie du questionnaire vise à caractériser l'échantillon des médecins généralistes interrogés (4 questions), et à déterminer la typologie de leur patientèle (6 questions).

La deuxième partie du questionnaire évalue la prise en charge médicale, au niveau du dépistage des situations à risque de dépendance, des patients âgés, par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle (19 questions).

Les situations à risque de dépendance impliquent de dépister des signes de fragilité. On retrouve plusieurs facteurs importants : les facteurs médicaux et psychologiques, les facteurs cognitifs et les facteurs d'autonomie. Les médecins généralistes sont-ils sensibles à ces dépistages précoces ? Utilisent-ils les moyens diagnostiques mis à leur disposition ? Si non, pour quelles raisons ?

Les objectifs secondaires de cette étude sont d'évaluer, le rôle de coordinateur des médecins généralistes (mise en place de l'APA, collaborations avec les autres acteurs) et les obstacles qu'ils peuvent rencontrer, au cours de la prise en charge de leurs patients âgés en situation de dépendance (13 questions).

2.3. Recueil des données

Les médecins ont été interrogés par téléphone. Le questionnaire était anonyme. Les appels téléphoniques ont été dispensés sur deux semaines consécutives. Les 50 premiers médecins ont été appelés pendant la semaine du 2 au 6 avril 2013, et les 50 autres la semaine du 8 au 13 avril 2013.

Nous savions à quel point il était difficile de déranger les médecins généralistes. Par conséquent nous avons décidé d'appeler les médecins en leur présentant rapidement le but de notre étude, et nous leur demandions directement de fixer un rendez-vous téléphonique à leur convenance.

De cette manière, nous avons obtenu une assez bonne participation puisque 51 médecins généralistes ont accepté de répondre à notre enquête, soit un taux de réponse de 51%.

- 11 médecins ont refusé directement de nous répondre, par manque de temps, soulignant une charge de travail trop importante.
- 6 médecins ont répondu au questionnaire directement lors du premier appel.
- 10 nous ont demandé de leur envoyer le questionnaire par mail, mais seulement 5 nous ont répondu. Nous avons réalisé 2 relances par mail pour les autres, un seul a alors répondu.
- 11 médecins nous ont demandé de rappeler plus tard sans vouloir fixer un rendez-vous, sur ces médecins seulement 2 ont finalement répondu à notre questionnaire.
- 1 médecin nous a demandé de lui envoyer le questionnaire par courrier, et nous la bien retourné.
- 5 médecins nous ont dit qu'eux-mêmes nous rappelleraient dès que possible, un seul l'a fait.
- 2 médecins n'ont jamais répondu (vacances ? cessation d'activité ?).
- 54 ont accepté de fixer un rendez-vous téléphonique, mais seulement 35 médecins ont finalement répondu au questionnaire.

2.4. Méthodes statistiques

Les données recueillies lors de cette étude ont ensuite été saisies dans un tableau Excel.

Pour les variables quantitatives, nous avons réalisé l'analyse statistique selon l'effectif, la moyenne et l'écart type.

Pour les variables qualitatives catégorielles, nous avons réalisé l'analyse statistique selon l'effectif et le pourcentage.

3. Résultats de l'enquête

Nous précisons avant d'analyser nos résultats, que nos effectifs sont trop faibles pour réaliser des tests statistiques. Ils seraient probablement tous négatifs ou presque, mais cela ne voudrait pas forcément dire qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative, mais seulement que l'on manque de puissance pour mettre en évidence cette différence.

3.1. Analyse de l'échantillon

a) Concernant l'âge et le sexe des médecins interrogés

51 médecins ont répondu à notre enquête, dont 34 hommes (soit 66.7%) et 17 femmes (soit 33,3%) (figure n°1).

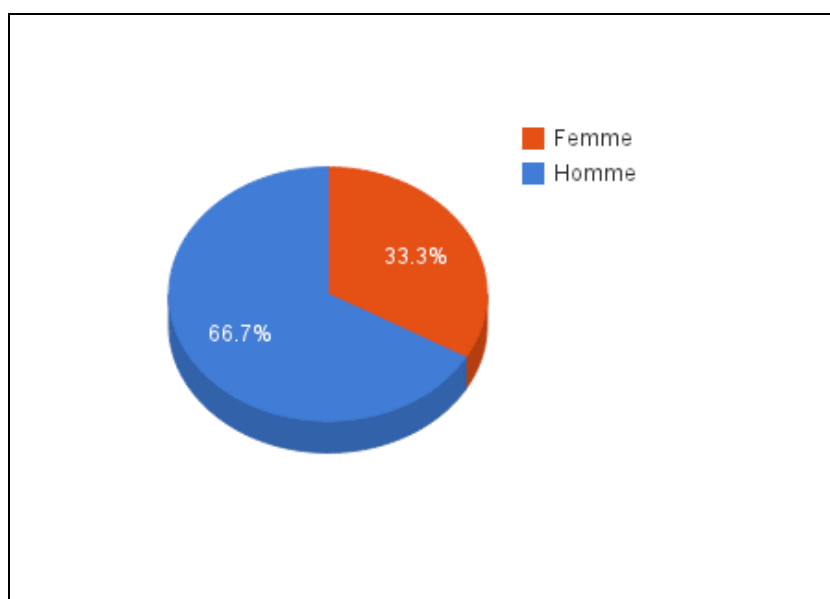


Figure n°1 : sexe des médecins interrogés

1 seul des médecins interrogés, à moins de 35 ans, il s'agit d'une femme (soit 2%).
 12 des médecins interrogés ont entre 35 et 44 ans (soit 24%), dont 7 hommes et 5 femmes.
 21 des médecins interrogés ont entre 45 et 54 ans (soit 41%), dont 16 hommes et 5 femmes.
 17 des médecins interrogés ont 55 ans ou plus (soit 33%), dont 11 hommes et 6 femmes.
 (figure n°2)

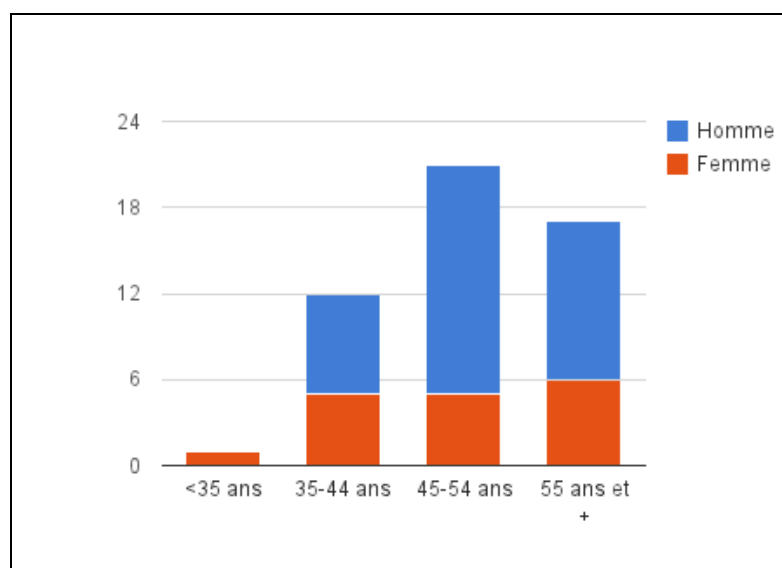


Figure n°2 : âge des médecins interrogés

b) Concernant l'activité des médecins interrogés

* Concernant le milieu d'activité (figure n°3) :

- 21.5% (N=11) des médecins interrogés travaillent en milieu rural.
- 47% (N=24) sont installés en milieu semi-rural.
- 31.5% (N=16) exercent en milieu urbain.

* Concernant le mode d'exercice (figure n°3):

- 55% (N=28) des médecins ayant répondu à notre questionnaire travaillent en groupe.
- 45% (N=23) exercent seuls.

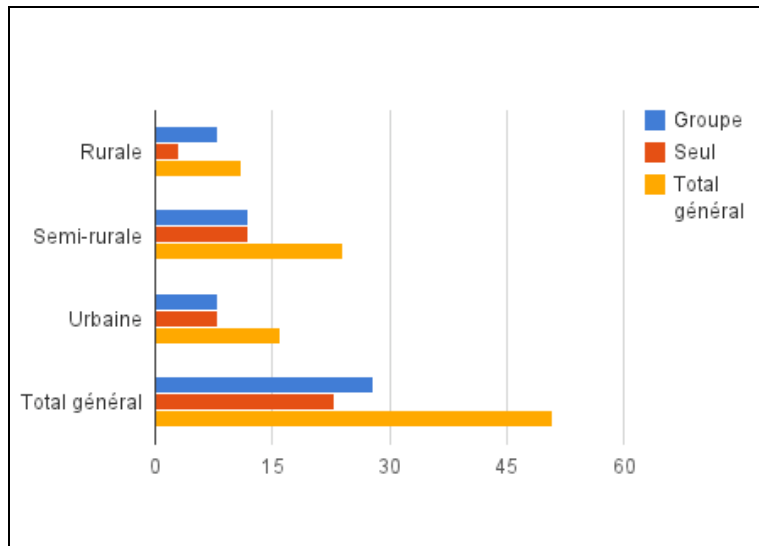


Figure n°3 : milieu d'activité et mode d'exercice

* Concernant l'activité quotidienne (figure n°4) :

- 18% (N=9) des médecins interrogés ne voient pas plus de 14 patients par jour.
- 35% (N=18) consultent de 15 à 24 fois.
- 25,5% (N=13) ont 25 à 34 patients par jour.
- 21,5% (N=11) voient de 35 à 44 patients par jour.
- Aucun des médecins interrogés ne voit plus de 44 patients à la journée.

- 63% (N=32) des médecins interrogés déclarent que leurs patients de 75 ans et plus représentent moins de 25% de leurs consultations quotidiennes.
- 29% (N=15) ont leurs patients de 75 ans et plus qui représentent de 25 à 49% de leurs consultations quotidiennes.
- 6% (N=3) estiment que leurs patients âgés de 75 ans et plus représentent entre 50 et 74% de leur consultation.
- 2% (N=1) que leurs patients de 75 ans et plus représentent plus de 75% de leur patientèle quotidienne.

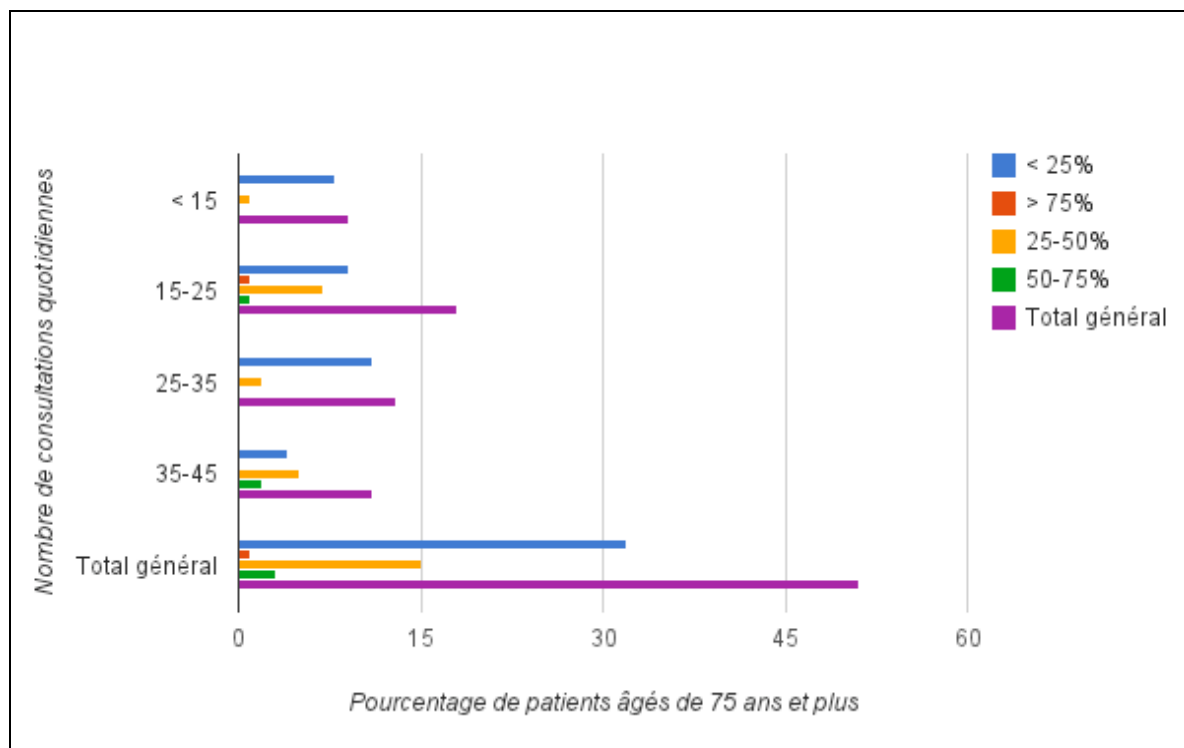


Figure n°4 : Nombre de consultations quotidiennes et part des 75 ans et plus

* Concernant les visites à domicile (figure n°5) :

- 5,9% (N=3) des médecins interrogés n'effectuent pas de visites à domicile.
- 45,1% (N=23) réalisent 1 à 2 visites à domicile par jour.
- 27,5% (N=14) comptent 3 à 4 visites quotidiennes.
- 13,7% (N=7) ont 5 à 6 patients par jour qu'ils voient à domicile.
- 7,8% (N=4) voient 7 à 8 patients quotidiennement à domicile.

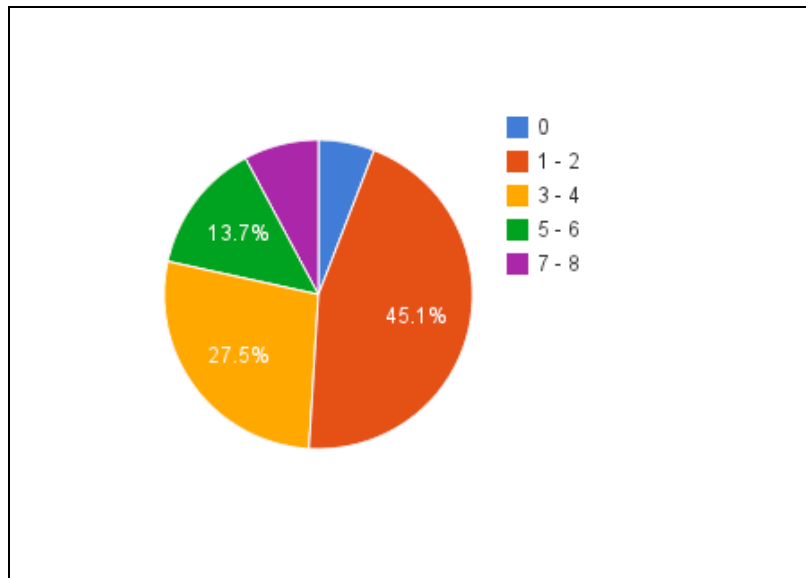


Figure n°5 : nombre de visites à domicile

Pour les médecins généralistes interrogés lors de notre enquête, la majorité des visites à domicile est consacrée à leurs patients de 75 ans et plus (figure n°6).

- 11,8% (N=6) déclarent que la moitié de leurs visites à domicile sont destinées à leurs patients de 75 ans et plus.
- 35,3% (N=18) estiment à 75% la part des 75 ans et plus dans leurs visites.
- 11,8% (N=6) voient 90% de patients de 75 ans ou plus, lors des visites à domicile.
- 41,2% (N=21) consacrent 100% de leurs visites à leurs patients de 75 ans et plus

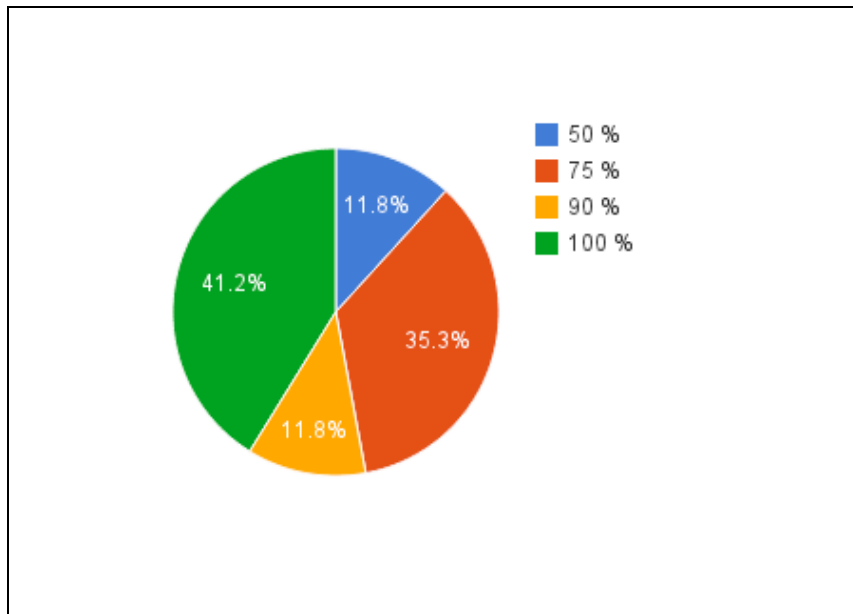


Figure n°6 : Part des 75 ans et plus dans les visites à domicile

Pour la plupart des médecins qui ont répondu à notre questionnaire, les visites à domicile représentent une contrainte.

- Le nombre de visites trop important a été cité par 6% (N=3/51) des médecins comme motif de contrainte.
- Les mauvaises conditions d'examen ont été évoquées par 47% (N=24/51).
- Les difficultés d'accès représentent une difficulté pour 8% des médecins interrogés (N=4/51)
- Le caractère chronophage des visites est le plus souvent reproché, il a été cité par 67,5% (N=34/51) des médecins généralistes.
- 14% des médecins interrogés (N=7/51) estiment que la rémunération est insuffisante.
- 8% pensent que les visites sont injustifiées (N=4/51).
- 12% des médecins généralistes (N=6/51) ne ressentent pas les visites à domicile comme une contrainte.

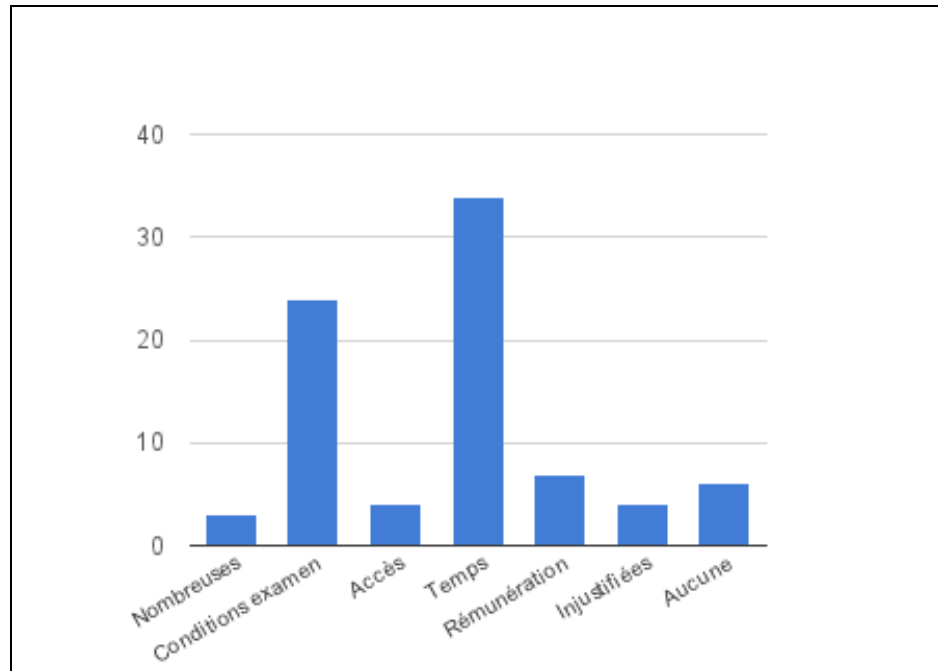


Figure n°7 : Contraintes des visites à domicile

* Concernant les motifs de consultation des 75 ans et plus (figure n°8) :

- Pour 84% des médecins interrogés (N=43), le premier motif de consultation (cs) des 75 ans et plus est le renouvellement d'ordonnance, puis viennent les pathologies cardio-vasculaires pour 14% d'entre eux (N=7), et enfin les problèmes d'altération de l'état général (AEG) et de dépendance pour 2% des médecins (N=1).
- 33% (N=17) des médecins ayant répondu à notre étude estiment que le deuxième motif de consultation le plus fréquent chez les 75 ans et plus correspond aux pathologies infectieuses.
- 21% d'entre eux citent les problèmes douloureux.
- 15,5% des médecins parlent des pathologies cardio-vasculaires.
- 14% relatent les problèmes d'altération de l'état général et de dépendance.
- En ce qui concerne le troisième motif de consultation, 33% (N=17) des médecins interrogés citent les pathologies infectieuses.

- 11,5% (N=6) relatent les pathologies cardio-vasculaires.
- 10% (N=5) disent qu'il s'agit des problèmes d'altération de l'état général et de dépendance.
- 10% (N=5) également signalent les chutes.
- Les malaises, les problèmes douloureux et les démences sont cités chacun par 8% (N=4) des médecins généralistes.
- Enfin 6 % (N= 3) d'entre eux signalent les pathologies rhumatologiques.
- Et 6% (N=3) n'ont pas donné de réponses.

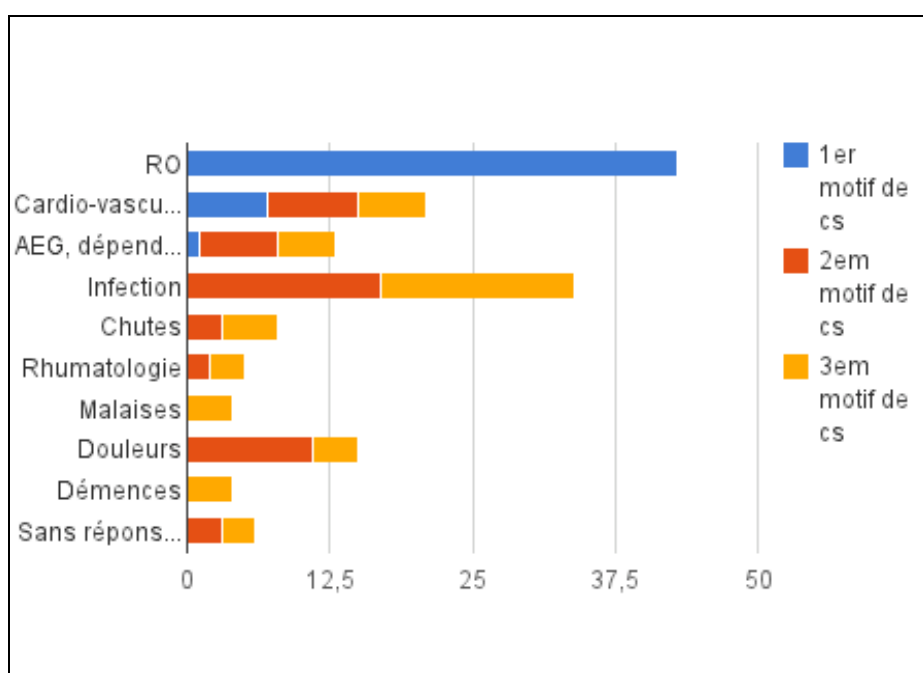


Figure n°8 : Motifs de consultation par ordre de fréquence

3.2. La prise en charge médicale des situations à haut risque de perte d'autonomie et de dépendance

* Concernant les 3 principaux signes de fragilité, cités par les médecins interrogés (figure n°10) :

- L'isolement est de loin le critère de fragilité le plus souvent cité par les médecins

généralistes interrogés. Il a été évoqué 44 fois (soit 30% des critères cités) parmi les 3 principaux critères de fragilité.

- 29 médecins ont cité les troubles cognitifs et de la mémoire (20%).
- Les chutes ont été décrites 17 fois (11,5%).
- On retrouve la dénutrition 13 fois (9%).
- 12 des médecins interrogés (8%) citent les troubles de la marche et de l'équilibre.
- 11 médecins (7,5%) considèrent la polymédication comme l'un des principaux signes de fragilité.
- 10 (7%) dénoncent la perte d'autonomie et les problèmes de dépendance.
- La dépression est nommée 8 fois (5,5%).
- Et enfin on retrouve les hospitalisations répétées citées par 2 des 51 médecins (1,5%).

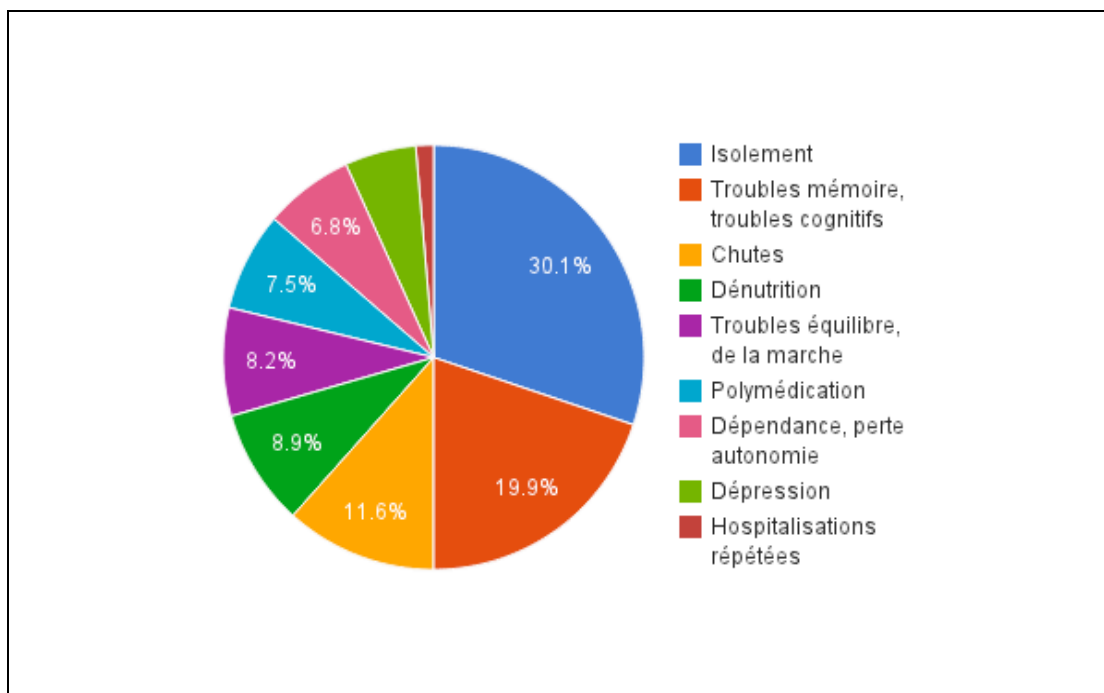


Figure n°9 : Principaux signes de fragilité

a) Concernant les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité

* Concernant le dépistage des facteurs médicaux et psychologiques de fragilité :

- Dépistage des facteurs médicaux et psychologiques :

. 76,5% (N=39/51) des médecins interrogés déclarent dépister les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité chez leurs patients âgés de 75 ans et plus, dont 70,5% des femmes de l'échantillon (N=12/17), et 79,5% (N=27/34) des hommes ayant répondu à l'enquête (figure n°11).

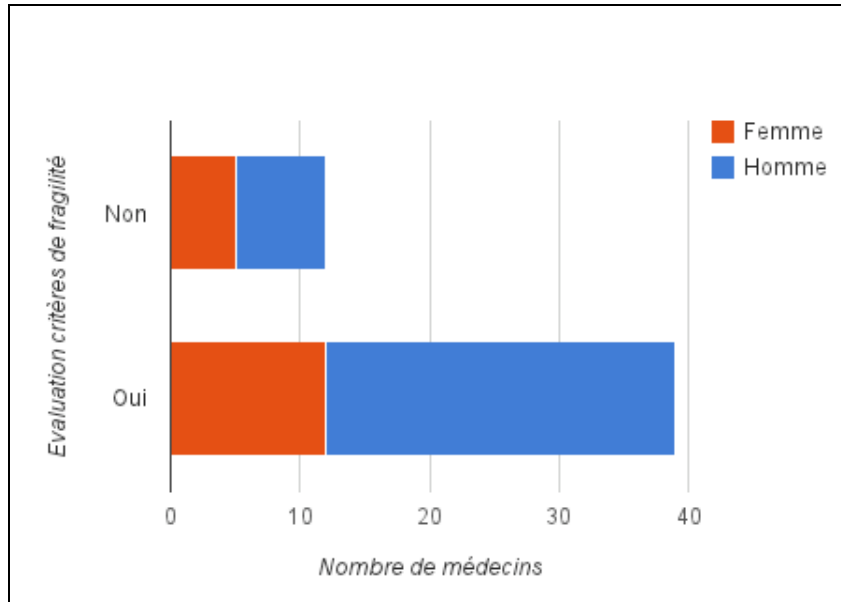


Figure n°10 : Dépistage des facteurs médicaux et psychologiques

- Evaluation de ces facteurs de fragilité en fonction du milieu d'activité (figure n°12) :

- . 63,5% (N=7/11) des médecins exerçant en milieu rural dépistent ces facteurs de fragilité.
- . 75% (N=18/24) des médecins travaillant en zone semi-rurale recherchent ces facteurs.
- . 87,5% (N=14/16) des médecins ayant une patientèle urbaine procède au dépistage de ces signes de fragilité.

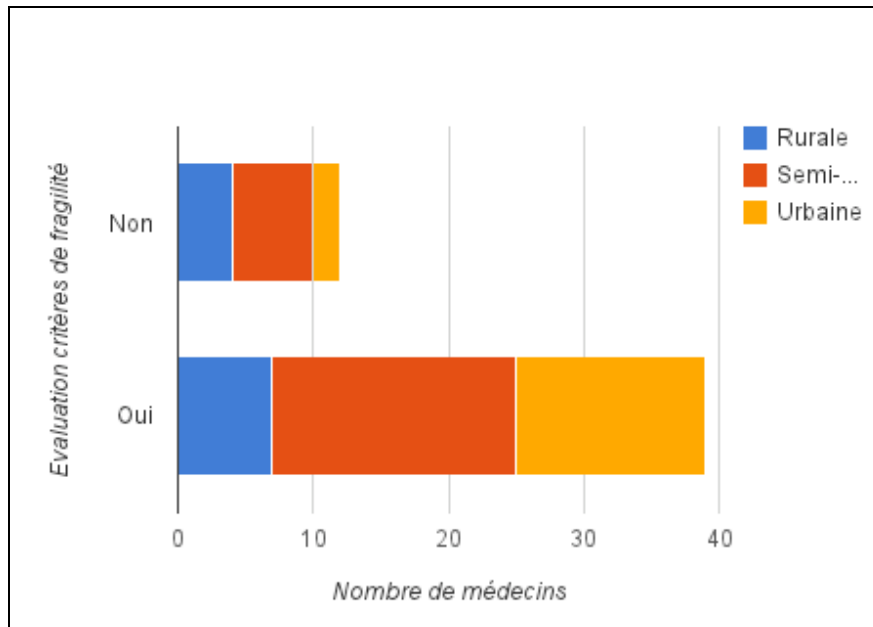


Figure n°11 : Dépistage des facteurs médicaux et psychologiques de fragilité en fonction du milieu d'activité

- Dépistage de ces facteurs de fragilité en fonction du mode d'exercice (figure n°13) :

- . 82% (N =23/28) des médecins exerçant en groupe déclarent dépister ces signes de fragilité.
- . 69,5% (N=16/23) des médecins travaillant seul recherchent ces facteurs de fragilité.

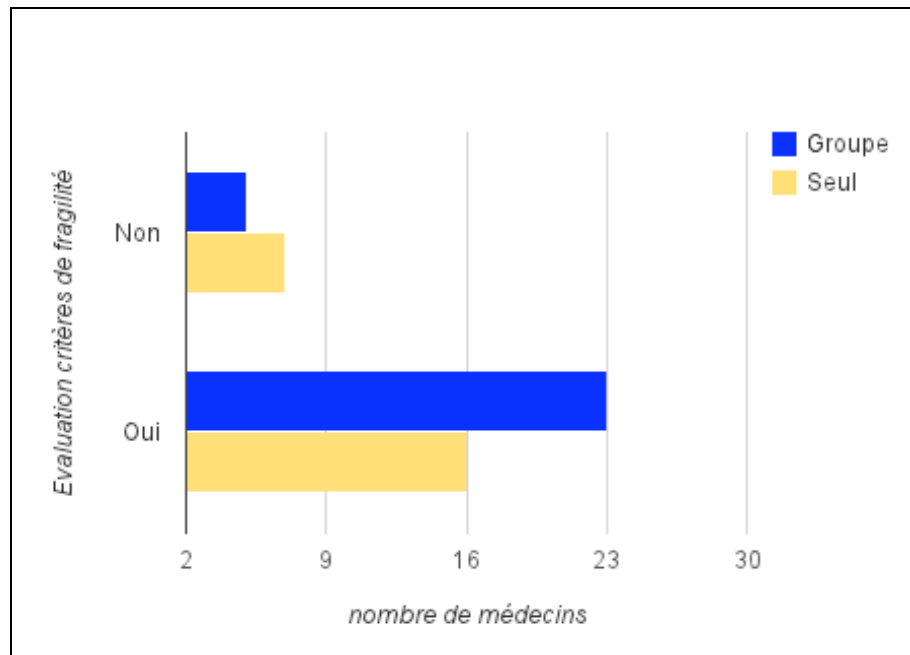


Figure n°12 : Dépistage des facteurs médicaux et psychologiques de fragilité en fonction du mode d'exercice

- Evaluation de ces facteurs de fragilité en fonction de l'âge des médecins (figure n°14) :

- . L'unique médecin de moins de 35 ans de notre enquête ne dépiste pas les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité.
- . 75% (N=9/12) des médecins de 35 à 44 ans déclarent dépister ces signes de fragilité.
- . 71,5% (N=15/21) des médecins de 45 à 54 ans procèdent à ce dépistage.
- . Enfin 88% (N=15/17) des médecins de 55 ans et plus ayant répondu à notre enquête réalisent le dépistage de ces facteurs de fragilité.

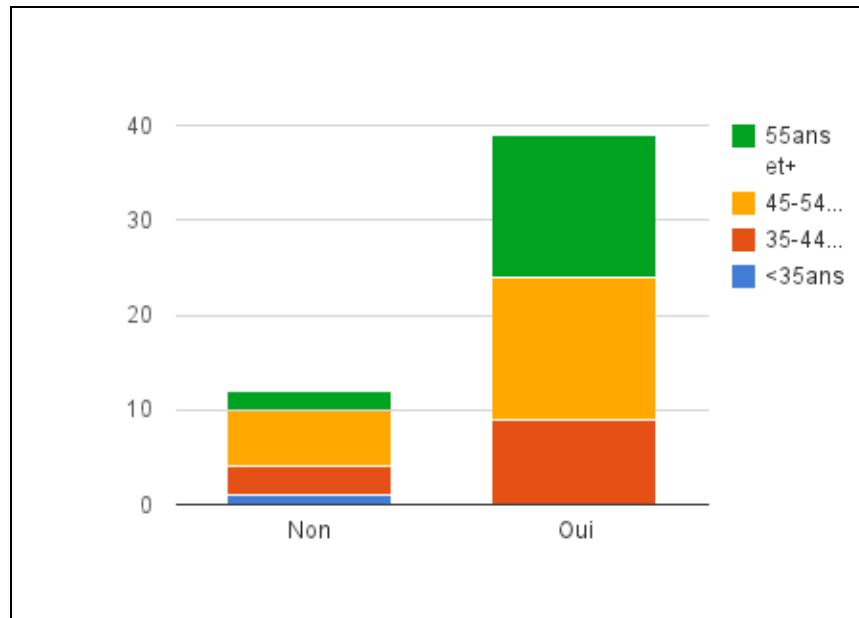


Figure n°14 : Dépistage des facteurs médicaux et psychologiques de fragilité en fonction de l'âge des médecins

* Concernant les moyens utilisés pour dépister les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité (figure n°15) :

- Parmi les médecins dépistant les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité, 90% (N=35/39) le font grâce à leur appréciation clinique.
- Le Mini Nutritional Assessment est utilisé par 10% médecins (N=4/39).
- Le timed up and go test et l'échelle gériatrique de dépression font chacun partie des moyens de dépistage pour 5% des médecins généralistes (N=2/39).
- 1 seul des médecins interrogés déclare utiliser d'autres moyens (2,5% des médecins (N=1/39).

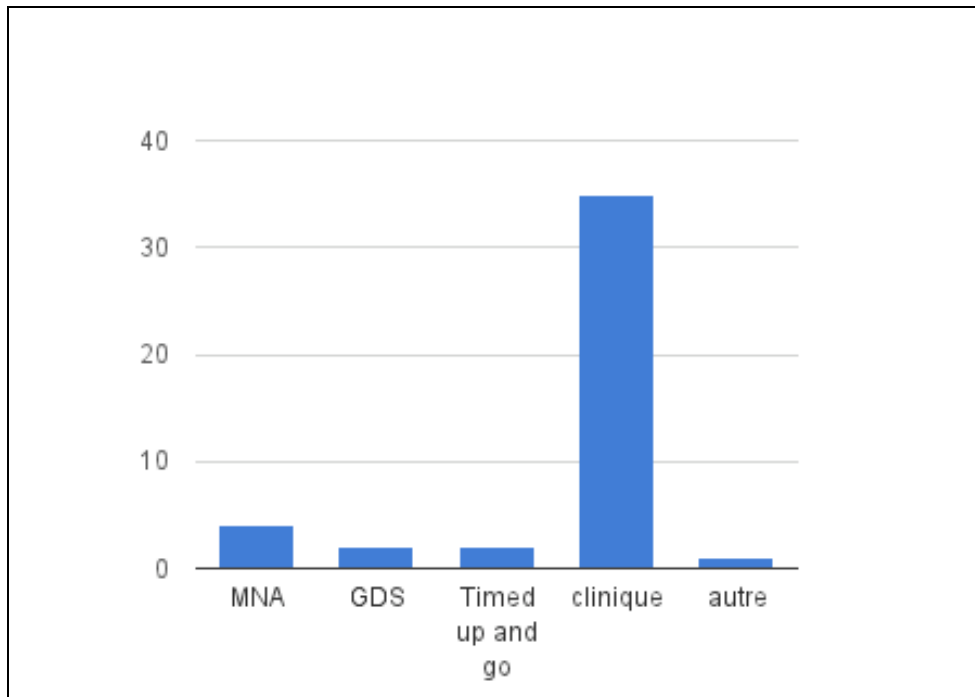


Figure n°15 : Moyens utilisés pour dépister les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité

* Concernant la fréquence de dépistage de ces facteurs de fragilité (figure n°16) :

- 33% (N=13/39) des médecins déclarant dépister ces facteurs de fragilité le font une fois par mois.
- 30,5% (N=12/39) réalisent ce dépistage seulement lors d'un événement déclencheur.
- 20,5% (N=8/39) le font une fois tous les six mois.
- 13% (N=5/39) déclarent le faire 1 fois par an.
- Et 3% (N=1/39) des médecins le font moins d'une fois par an.

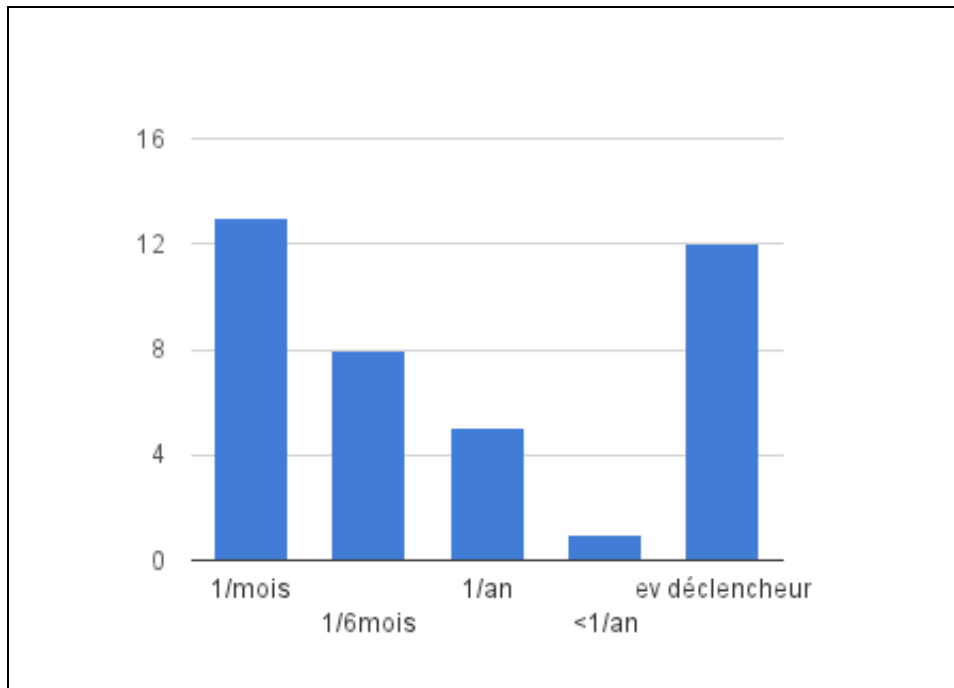


Figure n°16 : Fréquence de dépistage des facteurs médicaux et psychologiques de fragilité

* Concernant les raisons pour ne pas dépister ces facteurs de fragilité (figure n°17) :

- Dans le groupe des médecins ne dépistant pas ces signes de fragilité, chez leurs patients de 75 ans et plus, 58,5% (N=7/12) dénoncent le manque de temps comme motif (43,8% des raisons citées).
- Le manque de connaissances ou de formation des méthodes d'évaluation type tests et grilles sont des raisons citées pour chacune d'elles par 25% (N=3/12) des médecins généralistes.
- La mauvaise acceptabilité du patient a été relatée une seule fois (N=1/12) (6%).
- 16,6% (N=2/12) des médecins évoquent d'autres motifs (ils jugent cela inutile).

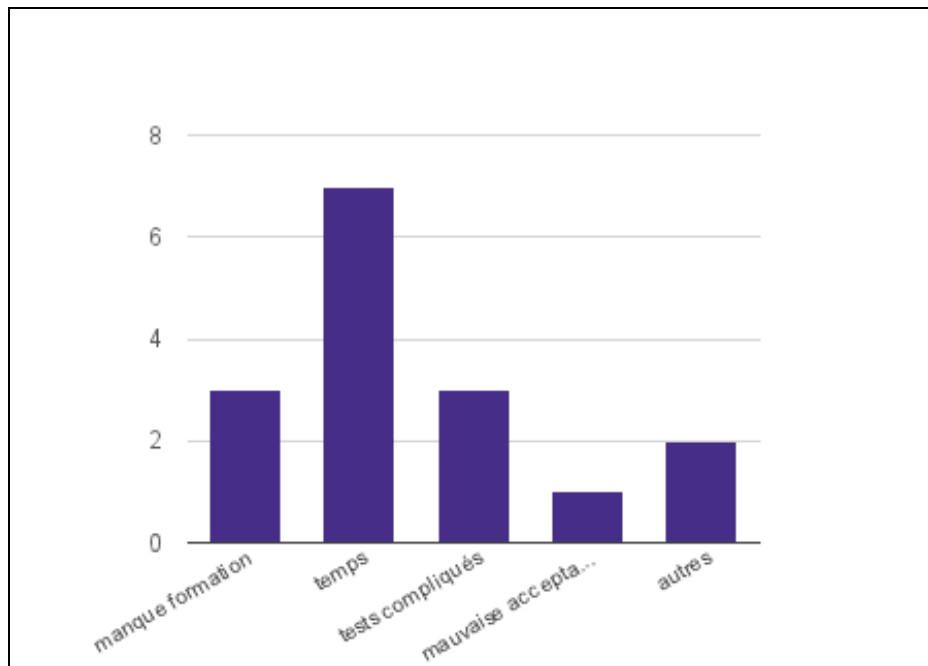


Figure n°17 : Ne pas dépister les facteurs de fragilité : raisons

* Concernant l'utilisation des méthodes d'évaluation (figure n°18) :

- 47 des médecins ayant répondu à notre enquête (92,2%) n'utilisent pas les méthodes d'évaluation, type grilles ou tests, pour évaluer ou dépister les facteurs médicaux ou psychologiques de fragilité, seulement 7,8% (N=4) en ont l'utilité.

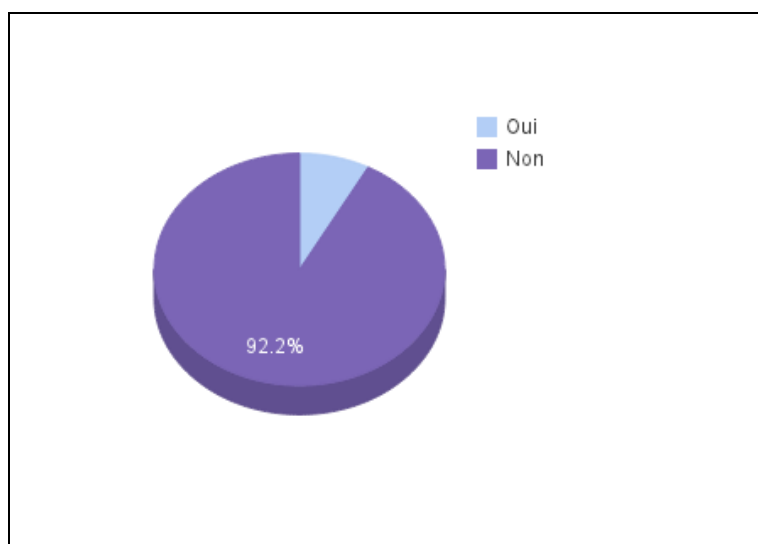


Figure n°18 : Utilisation des méthodes d'évaluation

* Concernant l'utilisation des méthodes d'évaluation si formation :

- Parmi les médecins n'utilisant pas les méthodes d'évaluation, seulement 40,4% (N=19/47) affirment qu'ils utiliseraient celles-ci s'ils y étaient formés, 28 (59,6%)(figure n°19).

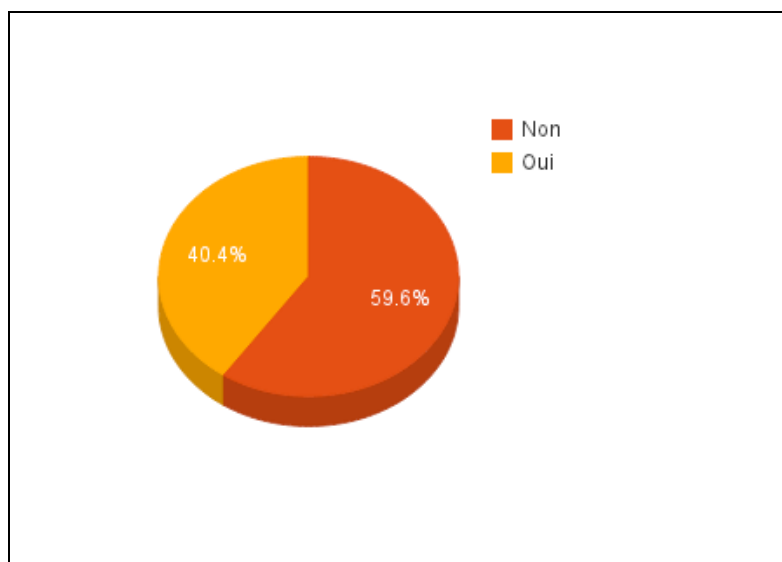


Figure n°19 : Utilisation des méthodes d'évaluation, si formation

- Parmi les 28 médecins qui n'utiliseraient pas les méthodes d'évaluation malgré toute formation (figure n°20), 7% (N=2) l'expliquent en donnant pour argument la mauvaise acceptabilité du patient, 11% (N=3) trouvent ces outils inutiles, 39,5% (N=11) pensent que ces tests ou grilles sont trop compliqués à réaliser et enfin 78,5% (N=22) d'entre eux estiment que ces méthodes sont trop longues.

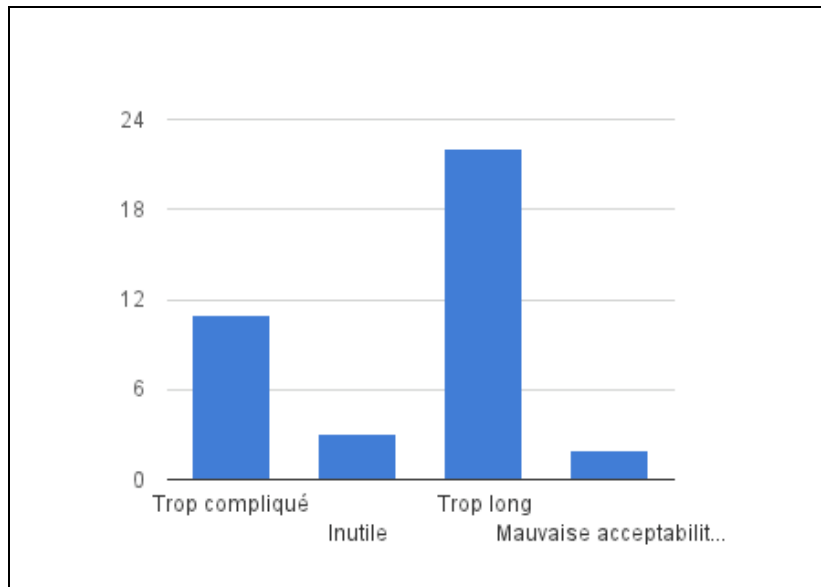


Figure n°20 : Raisons de non utilisation des méthodes d'évaluation malgré formation

b) Concernant les facteurs cognitifs

* Concernant le dépistage des troubles cognitifs (figure n°21) :

- 84% (N=43/51) des médecins ayant répondu à notre enquête déclarent dépister les troubles cognitifs, dont 82% (N=14/17) des femmes et 85% (N=29/34) des hommes de l'échantillon.

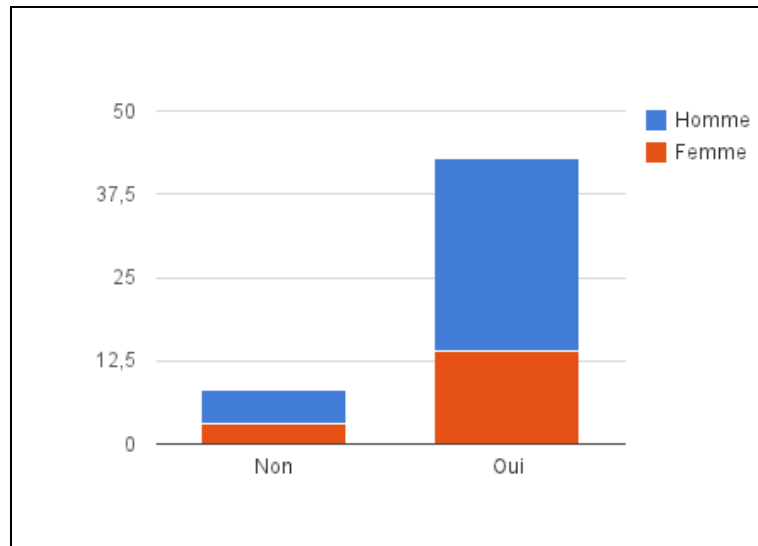


Figure n°21 : Dépistage des troubles cognitifs

- Dépistage des troubles cognitifs en fonction de l'âge des médecins (figure n°22) :

- . Le seul médecin de moins de 35 ans de notre enquête recherche les troubles cognitifs chez ses patients de 75 ans et plus (100%) (N=1).
- . La totalité des médecins de 35 à 44 ans (100%) (N=12) dépistent les troubles cognitifs.
- . 71,5% (N=15/21) des médecins de 45 à 54 ans déclarent rechercher ces troubles.
- . Parmi les médecins de 55 ans et plus, 88% (N=15/17) recherchent les troubles cognitifs.

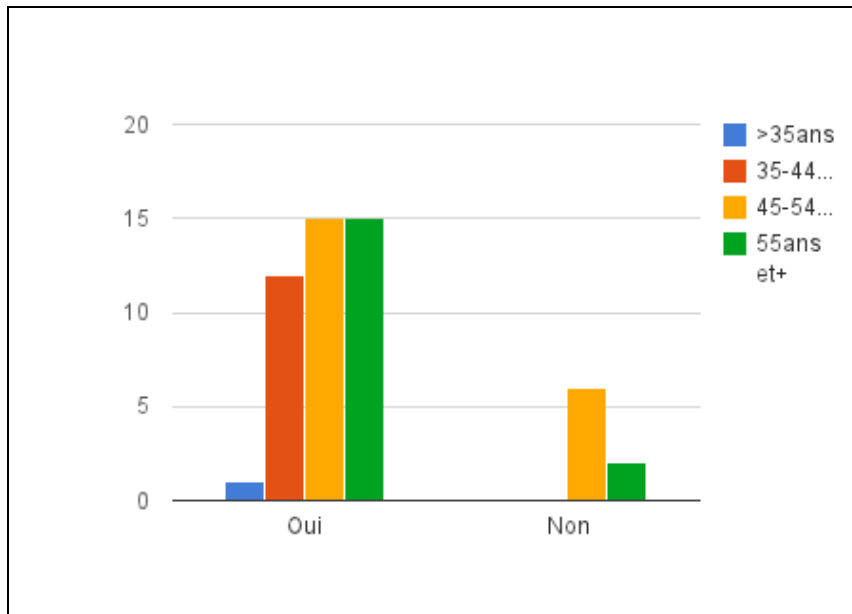


Figure n°22 : Dépistage des troubles cognitifs en fonction de l'âge des médecins

- Dépistage des troubles cognitifs en fonction du mode d'exercice (figure n°23) :

- . Parmi les médecins travaillant en cabinet de groupe, 86% (N=24/28) dépistent les troubles cognitifs.
- . Parmi ceux exerçant seuls, 83% (N=19/23) recherchent les troubles cognitifs.

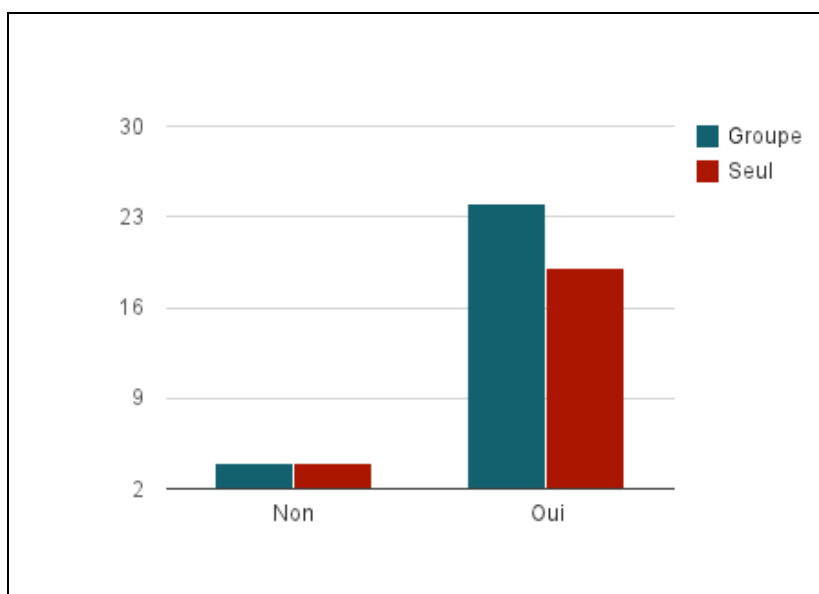


Figure n°23 : Dépistage des troubles cognitifs selon le mode d'exercice

- Dépistage des troubles cognitifs selon le milieu d'activité (tableau 1):

- . 54,5% (N=6/11) des médecins exerçant en milieu rural dépistent les troubles cognitifs.
- . 91,5% (N=22/24) de ceux travaillant en milieu semi-rural les recherchent.
- . 94% (N=15/16) des médecins installés en milieu urbain recherche les troubles cognitifs.

	Rural	Semi-rural	Urbain	Total
Oui	N=6 54,5%	N=22 91,5%	N=15 94%	N=43 84%
Non	N=5 45,5%	N=2 8,5%	N=1 6%	N=8 16%
Total	N=11	N=24	N=16	N=51

Tableau 1 : Dépistage des troubles cognitifs selon le milieu d'activité

* Concernant les moyens utilisés pour dépister les troubles cognitifs (figure n°24) :

Parmi les médecins qui dépistent les troubles cognitifs, 65% (N=28/43) utilisent le MMSE, le même pourcentage déclare se servir de l'interrogatoire du patient et de celui de l'entourage, (55% des médecins ayant répondu à l'enquête utilisent le MMSE).

Le test des 5 mots de Dubois et le test de l'horloge, sont tous deux utilisés par 28% des médecins (N=12/43).

Enfin 9,5% des médecins interrogés s'aident de leur appréciation clinique (N=4/43).

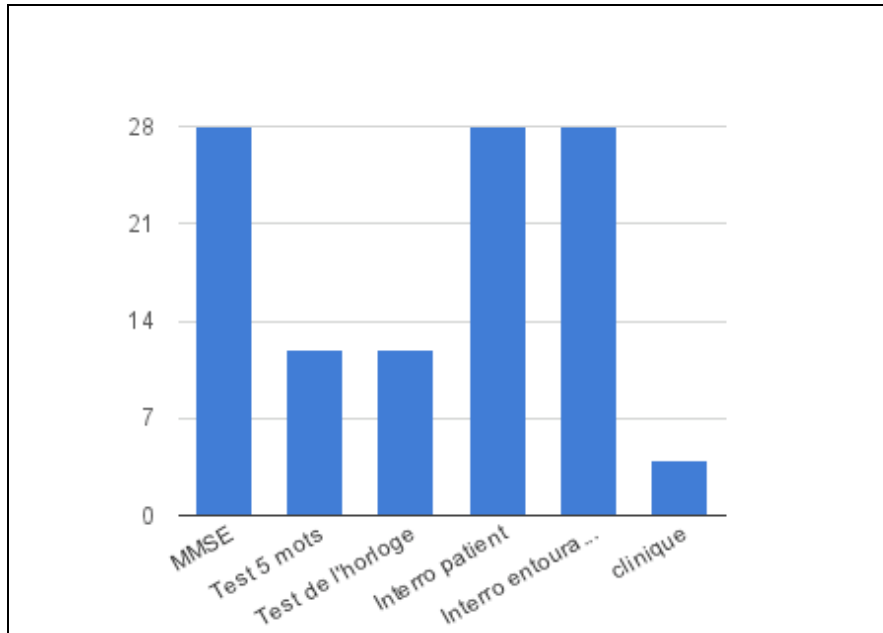


Figure n°24 : Moyens utilisés pour dépister les troubles cognitifs

* Concernant la fréquence de dépistage des troubles cognitifs (figure n°25) :

Parmi les médecins ayant déclaré dépister les troubles cognitifs, 48,8% (N=21/43) le font lors d'un événement déclencheur, 23,3% (N=10/43) une fois tous les six mois, 11,6% (N=5/43) une fois par mois ou une fois par an, et enfin 4,6% (N=2/43) de ces médecins recherchent ces troubles moins d'une fois par an.

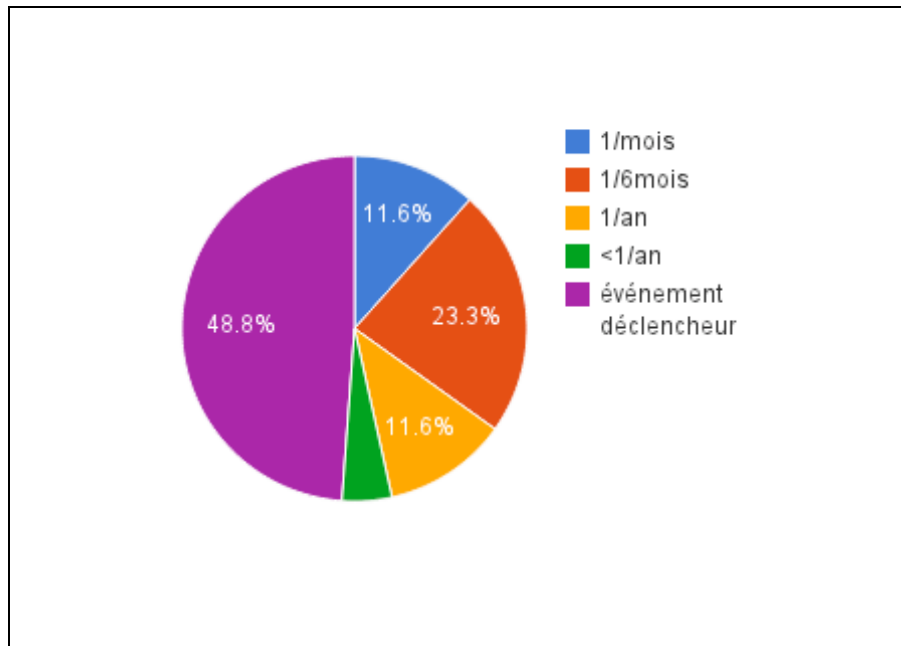


Figure n°25 : Fréquence de dépistage des troubles cognitifs

* Concernant les raisons pour ne pas dépister les troubles cognitifs (figure n°26) :

- 75% (N=6/8) des médecins qui ne dépistent pas les troubles cognitifs de leurs patients de 75 ans et plus déclarent manquer de temps.
- 25% (N=2/8) trouvent que les méthodes d'évaluation sont trop compliquées à réaliser.
- 12,5% (N=1/8) des médecins ne le fait pas par faute d'acceptabilité du patient.
- 25%(N=2/8) des médecins ont cité d'autres motifs (18,2%) (ces médecins jugent cela inutile).

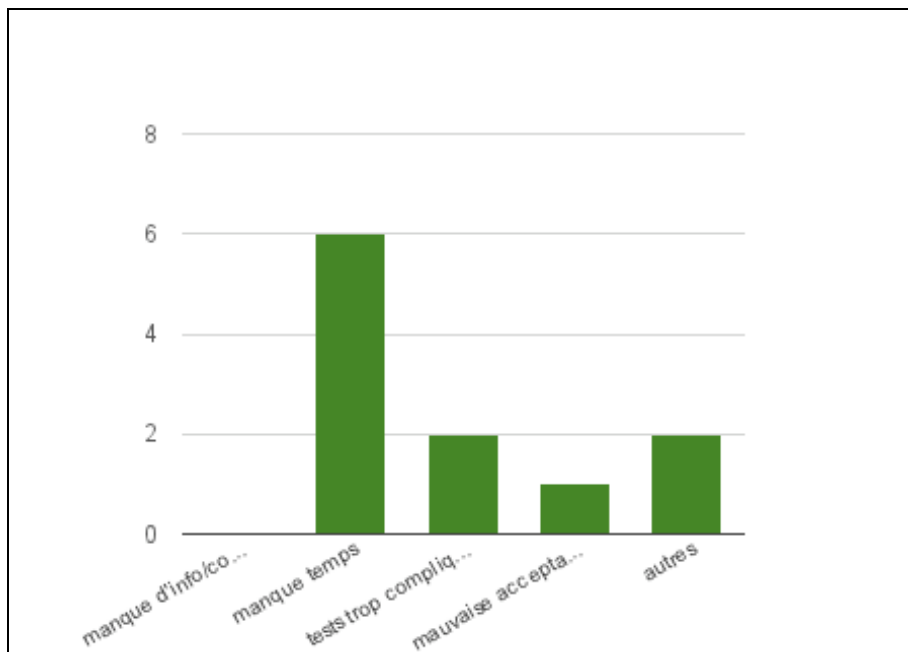


Figure n°26 : Pourquoi ne pas dépister les troubles cognitifs

* Concernant l'utilisation des méthodes d'évaluation, (figure n°27) :

54.9% (N=28) des médecins ayant répondu à notre enquête utilisent au moins une des méthodes d'évaluation type test ou échelle à visée gériatrique pour dépister les troubles cognitifs.

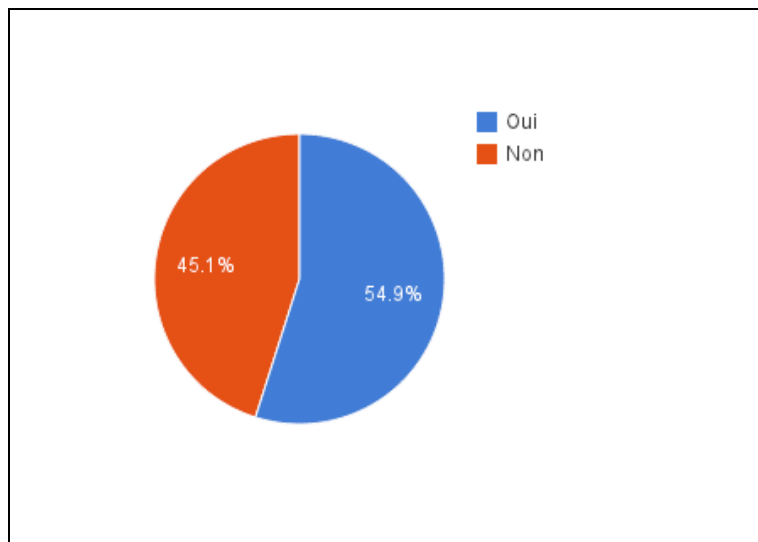


Figure n°27 : Utilisation des méthodes d'évaluation

* Concernant l'utilisation des méthodes d'évaluation, si formation (figure n°28) :

- Parmi les médecins n'utilisant pas les méthodes d'évaluation 70,8% (N=17/23) déclarent qu'ils n'utiliseraient pas les méthodes d'évaluation malgré une formation préalable.

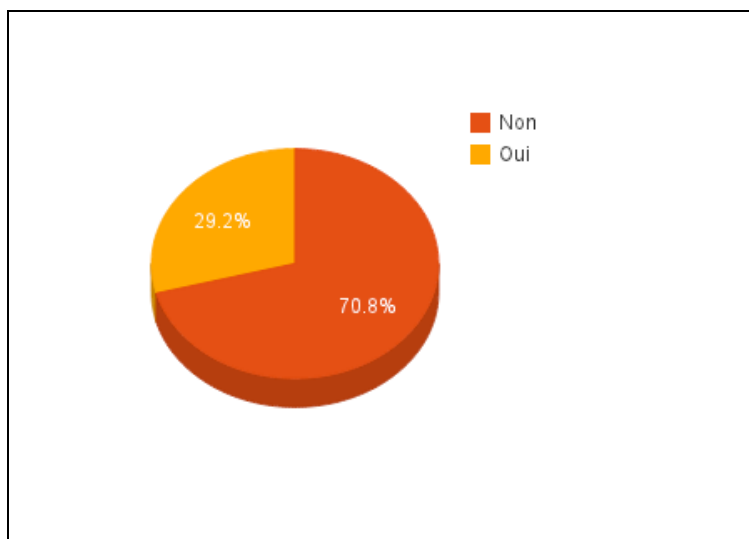


Figure n°28 : Utilisation des méthodes d'évaluation si formation

- Dans le groupe des médecins qui n'utiliseraient pas les méthodes d'évaluation, malgré une éventuelle formation, 70,5% (N=12/17) trouvent que ces tests sont trop chronophages. 17,5% (N= 3/17) pensent qu'ils sont inutiles et 12% (N=2/17) les considèrent comme trop compliqués à réaliser (figure n°29).

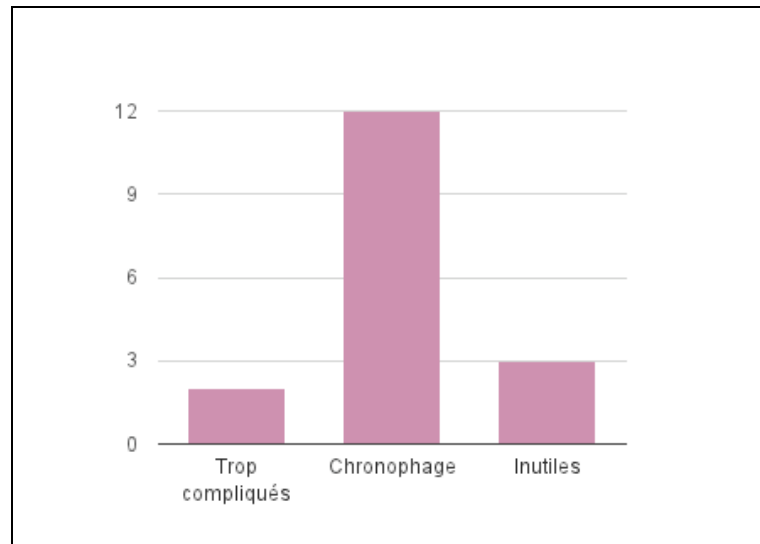


Figure n°29 : Pourquoi ne pas utiliser les méthodes d'évaluation

c) Concernant les facteurs d'autonomie

* Concernant l'évaluation ou le dépistage d'une perte d'autonomie (figure n°30) :

70,5% (N=36/51) des médecins ayant répondu à notre questionnaire évaluent et dépistent une éventuelle perte d'autonomie chez leurs patients de 75 ans et plus, dont 65% (N=11/17) des femmes et 73,5% (N=25/34) des hommes notre échantillon.

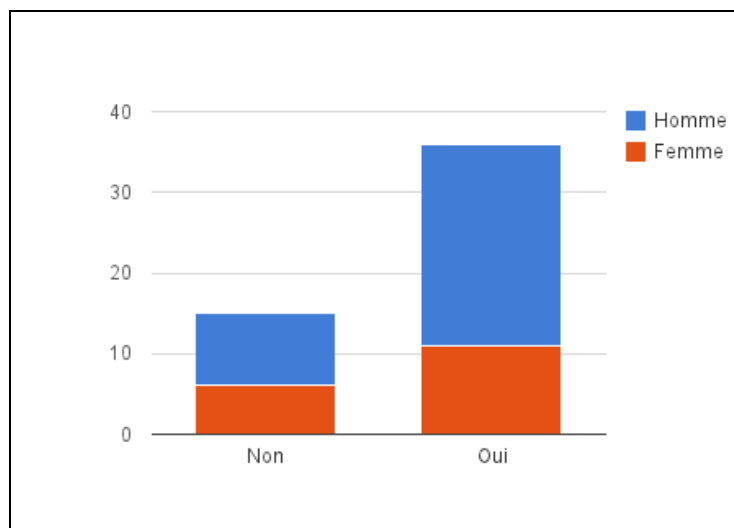


Figure n°30 : Evaluation de l'autonomie

* Concernant l'évaluation de l'autonomie en fonction de l'âge des médecins (tableau n°2):

- Le médecin de moins de 35 ans qui a répondu à notre enquête dépiste une éventuelle perte d'autonomie (100%).
- 50% (N=6/12) des médecins de 35 à 44 évaluent l'autonomie de leurs patients âgés, 76% (N=16/21) des 45 à 54 ans et 76,5% (N=13/17) des 55 ans et plus.

	<35 ans	35-44 ans	45-54 ans	55 et +	Total
Oui	1 (100%)	6 (50%)	16 (76%)	13 (76,5%)	36 (70,5%)
Non	0 (0%)	6 (50%)	5 (24%)	4 (23,5%)	15 (29,5%)
Total	1	12	21	17	51

Tableau 2 : Evaluation de l'autonomie en fonction de l'âge des médecins

* Concernant l'évaluation de l'autonomie en fonction du mode d'exercice
(figure n°31) :

- 75% (N=21/28) des médecins exerçant en cabinet de groupe et 65% (N=15/23) des médecins travaillant seuls dépistent une éventuelle perte d'autonomie chez leurs patients de 75 ans et plus.

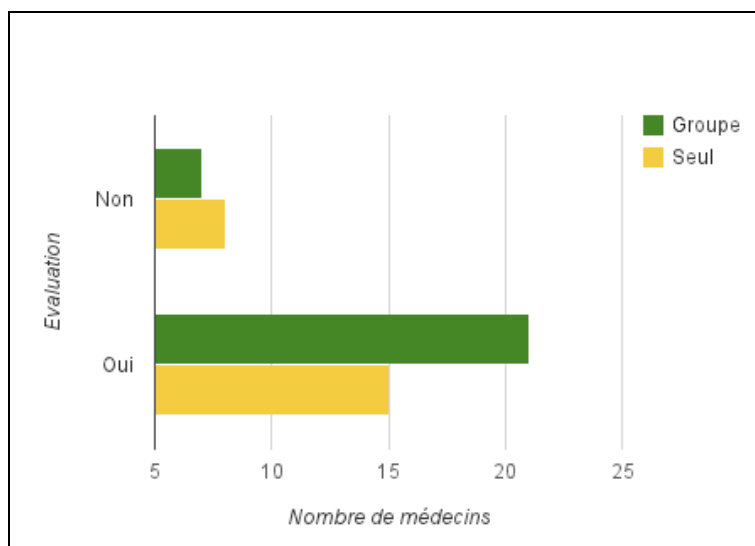


Figure n°31 : Evaluation de l'autonomie selon le mode d'exercice

* Concernant l'évaluation de l'autonomie en fonction du milieu d'activité
(figure n°32) :

- 45,5% (N=5/11) des médecins exerçant en milieu rural dépistent les signes de perte d'autonomie.
- 79% (N=19/24) des médecins travaillant en milieu semi-urbain recherchent une éventuelle perte d'autonomie.
- 75% (N=12/16) des médecins installés en zone urbaine évaluent l'autonomie de leurs patients.

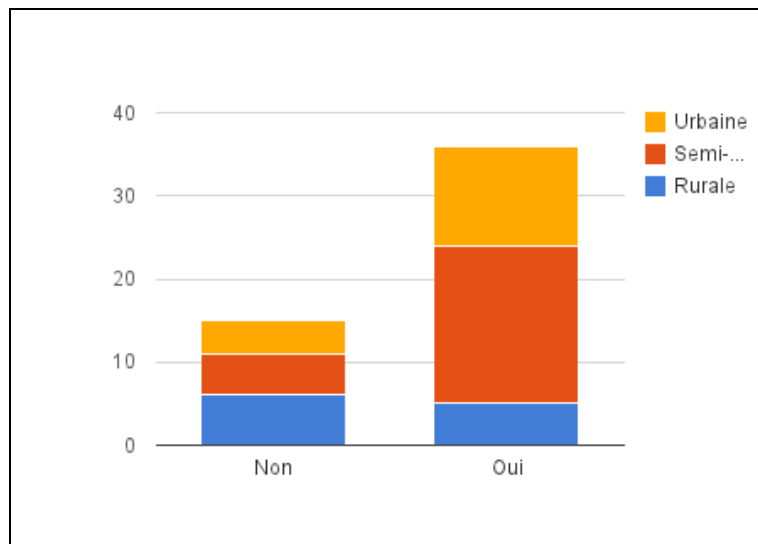


Figure n°32 : Evaluation de l'autonomie selon milieu d'activité

* Concernant les moyens utilisés pour évaluer l'autonomie (figure n°33) :

- Parmi les médecins recherchant une éventuelle perte d'autonomie chez leurs patients de 75 ans et plus, 36% (N=13/36) utilisent la grille AGGIR, 61% (N=22/36) l'interrogatoire du patient, 72% (N=26/36) l'interrogatoire de l'entourage et 11% (N=4/36) leur appréciation clinique. Aucun ne remplit d'échelles ADL ou IADL, aucune autre méthode n'a été citée.

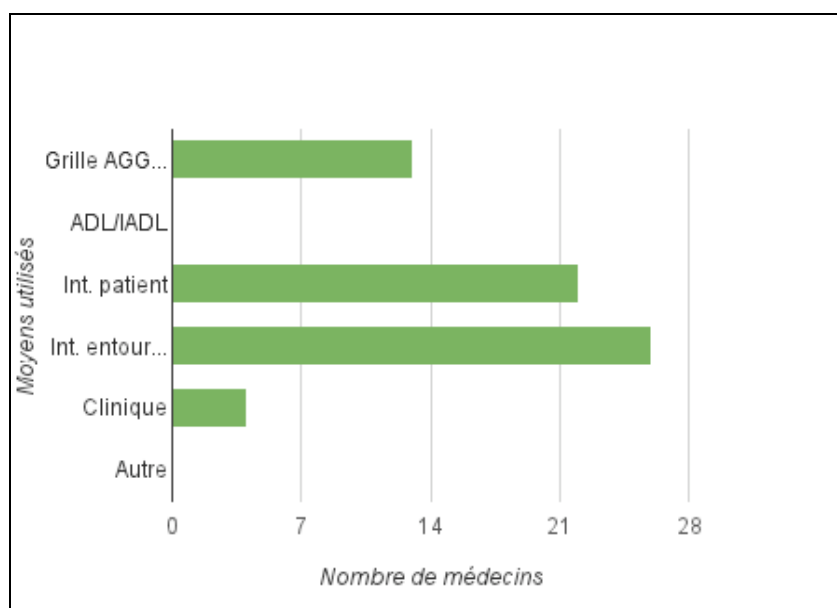


Figure n°33 : Moyens utilisés pour évaluer l'autonomie

* Concernant la fréquence d'évaluation de l'autonomie (figure n°34) :

- 6% (N=2/36) des médecins réalisant le dépistage d'une éventuelle perte d'autonomie, chez leurs patients très âgés, le font une fois par mois, 28% (N=10/36) une fois tous les six mois, 19% (N=7/36) ne le font qu'une fois par an et 47% (N=17/36) recherchent les signes de perte d'autonomie uniquement en cas d'événement déclencheur.

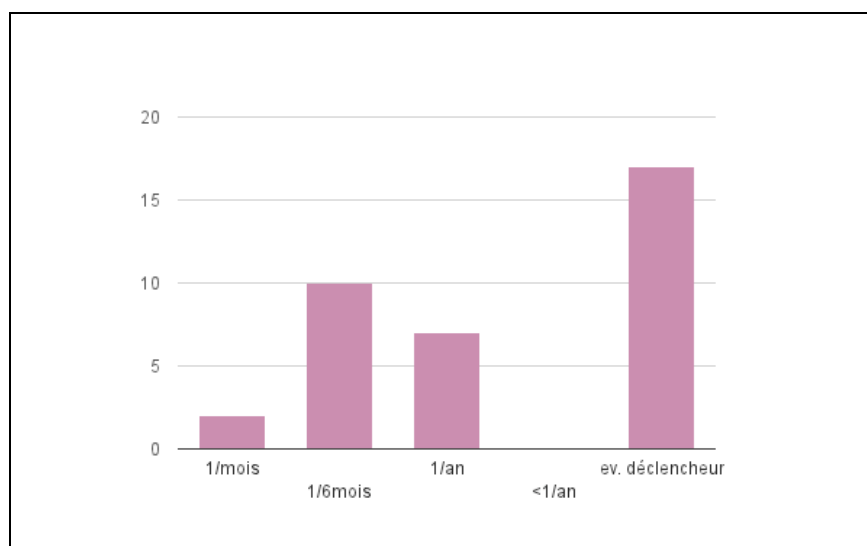


Figure n°34 : Fréquence d'évaluation de la perte d'autonomie

* Concernant les motifs pour ne pas évaluer l'autonomie (figure n°35) :

- Parmi les médecins ne dépistant pas la perte d'autonomie chez leurs patients de 75 ans et plus, 80% (N=12/15) déclarent ne pas disposer d'assez de temps pour cela.
- 13,5% (N=2/15) disent ne pas avoir assez de connaissances ou d'informations sur les méthodes d'évaluation.
- 20% (N=3/15) estiment que les tests et grilles d'évaluation sont trop compliqués à réaliser.
- 26,5% (N=4/15) citent la mauvaise acceptabilité du patient ou d'autres raisons.

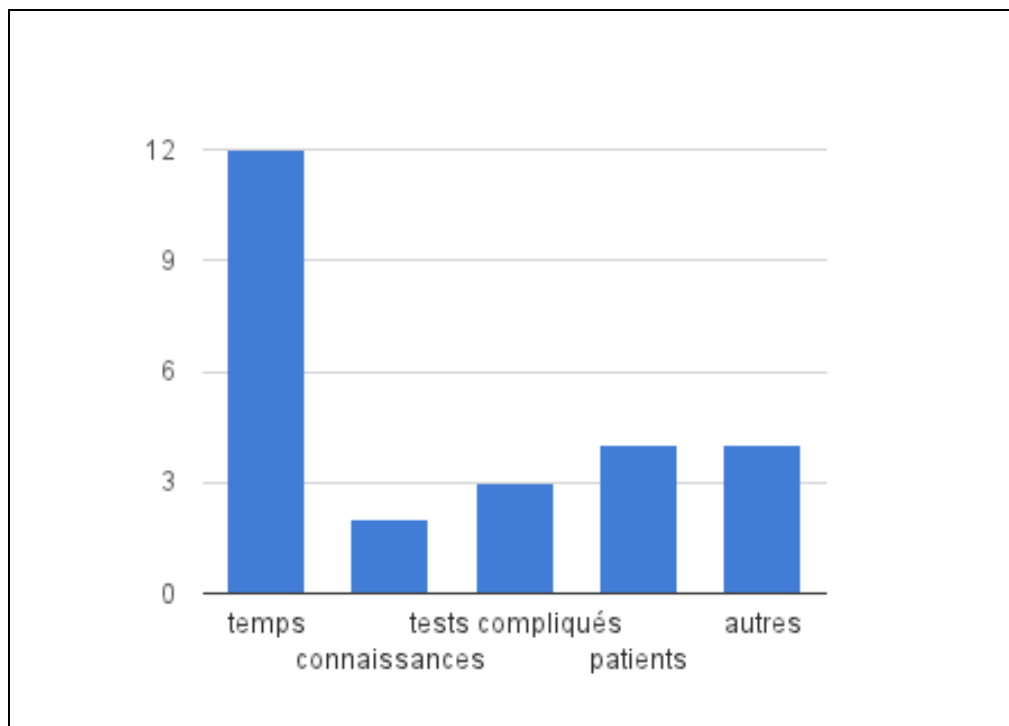


Figure n°35 : Ne pas évaluer la perte d'autonomie : motifs

*Concernant l'utilisation des méthodes d'évaluation si formation (figure n°36) :

Nous avons interrogé l'ensemble des médecins ayant répondu à notre enquête sur cette question, car aucun d'entre eux ne déclarait utiliser les échelles ADL ou IADL.

- 41,2% (N=21/51) des médecins déclarent qu'ils utiliseraient les méthodes d'évaluation s'ils y étaient formés auparavant.

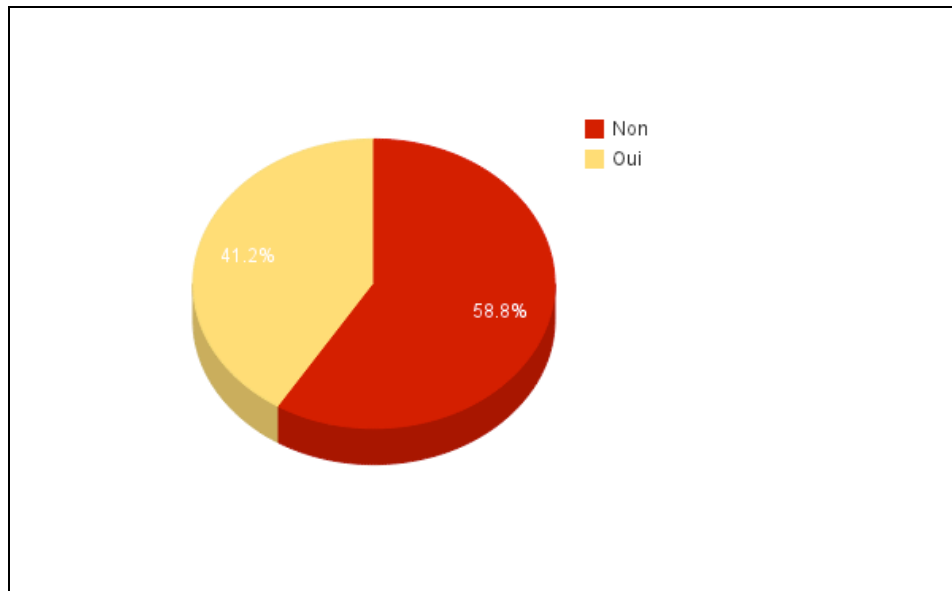


Figure n° 36 : Utilisation des méthodes d'évaluation si formation

- Parmi ceux qui n'utiliseraient pas les méthodes d'évaluation malgré toute formation, (figure n°37) 36,5% (N=11/30) estiment que celles-ci sont trop compliquées à réaliser, 73,5% (N=22/30) les trouvent trop chronophages, 10% (N=3/30) pensent qu'elles sont inutiles et 6,5% (N=2/30) redoutent la mauvaise acceptabilité du patient par rapport à ces tests ou échelles.

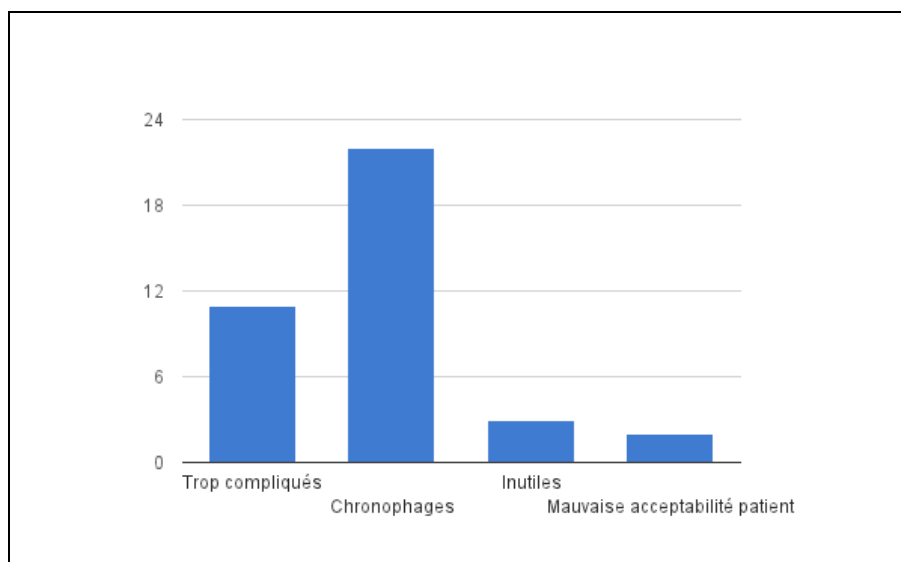


Figure n°37 : Pourquoi ne pas utiliser les méthodes d'évaluation

3.3. Rôle de coordinateur

a) Mise en place d'aides financières : l'APA

* Concernant la mise en place de l'APA (figure n°39) :

- 49% (N=25/51) des médecins généralistes déclarent être, en général, à l'initiative de la mise en place de l'APA.
- 8% (N=4/51) estiment qu'il s'agit plutôt du patient lui-même.
- Pour 67% (N=34/51), la famille ou l'aidant principal est souvent à l'origine de cette initiative.
- 12% (N=6/51) des médecins pensent que l'assistante sociale ou les infirmières libérales proposent en premier lieu cette allocation
- Enfin 15,5% (N=8/51) d'entre eux expliquent qu'il peut s'agir d'une mise en place par les services hospitaliers ou les gériatres.

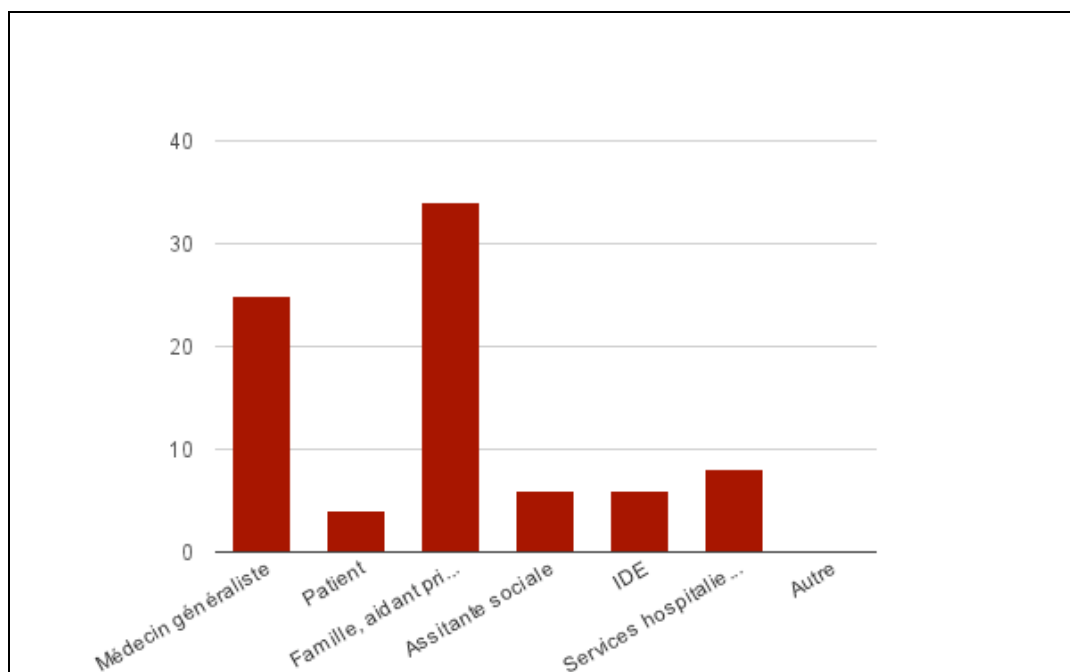


Figure n°39 : Initiative de la mise en place de l'APA

* Concernant les difficultés rencontrées dans la mise en place de l'APA :

- 29,4% (N=15/51) des médecins généralistes déclarent rencontrer des difficultés lors de la mise en place de l'APA (figure n°40).

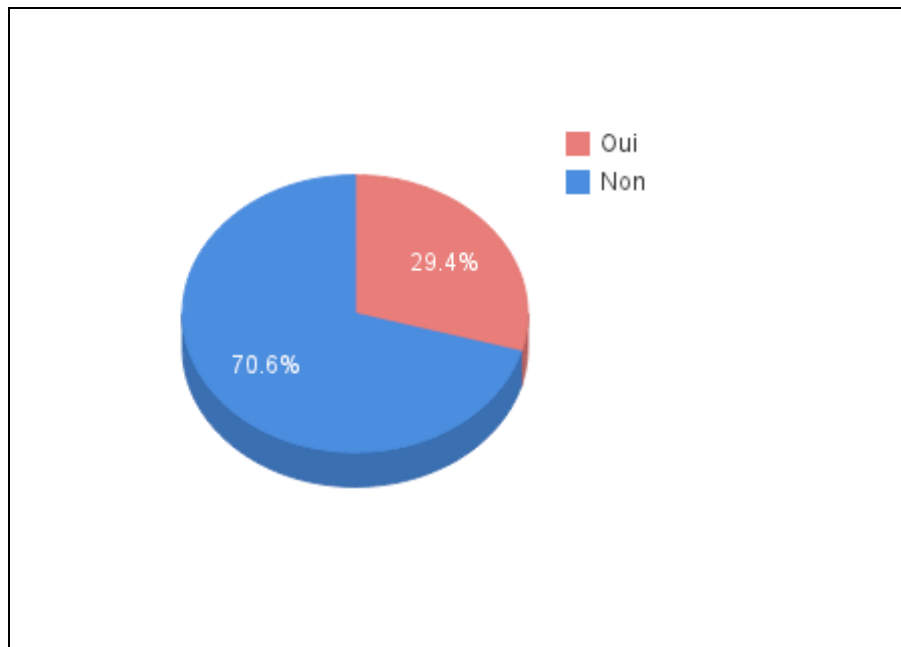


Figure n°40 : Difficultés lors de la mise en place de l'APA

- Parmi ces médecins, 40% (N=6/15) déclarent rencontrer des difficultés face au refus ou à la mauvaise acceptabilité des patients.
- 26,5% (N=4/15) expliquent qu'ils ne bénéficient pas d'assez d'information concernant l'APA.
- 46,5% (N=7/15) reprochent aux demandes de mise en place de l'allocation d'être trop compliquées à remplir.
- 33,5% (N=5/15) estiment que les différents intervenants à domicile ne sont pas assez accessibles.
- 40% (N=6/15) ont cité comme autre difficulté, le délai de mise en place de l'APA, qu'ils trouvent trop long, surtout dans les situations d'urgence (figure n°41).

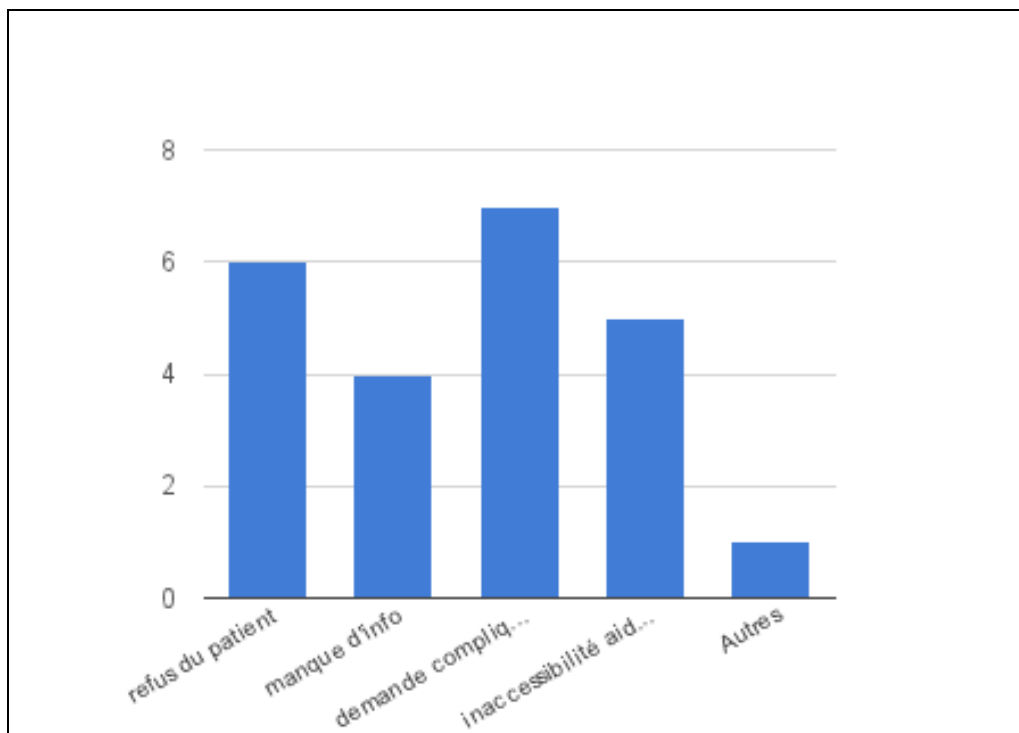


Figure n°41 : Difficultés lors de la mise en place de l'APA

* Concernant la fréquence de réévaluation de l'APA (figure n°42) :

- 55% (N=28/51) des médecins généralistes ayant répondu à notre enquête déclarent ne jamais réévaluer les besoins de l'allocation personnalisée d'autonomie chez leurs patients.
- 14% (N=7/51) réévaluent l'APA une fois par an.
- 6% (N=3/51) le font une fois tous les 2 ans.
- 23,5% (N=12/51) lors d'un événement déclencheur.

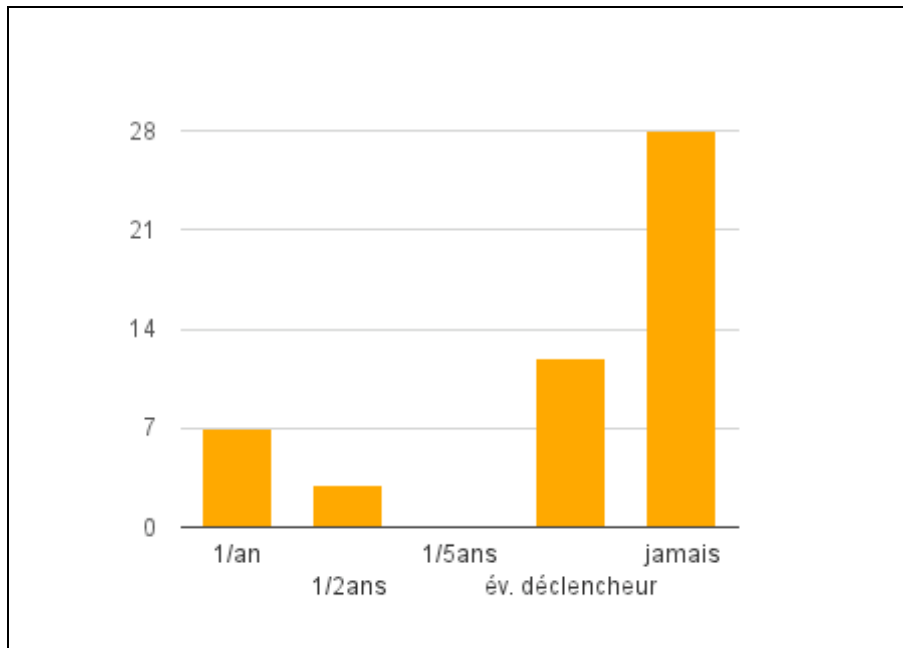


Figure n°42 : Fréquence de réévaluation de l'APA

- 37% (N=19/51) des médecins affirment être le plus souvent à l'origine de cette réévaluation.
- 45% (N=23/51) déclarent qu'il s'agit plutôt de la famille ou de l'aidant principal.
- 14% (N=7/51) soulignent le rôle des infirmières libérales et aides à domicile.
- 2% (N=1/51) estiment que les gériatres ou services hospitaliers sont généralement à l'initiative de cette réévaluation.
- 31,5% (N=16/51) pensent qu'il s'agit d'un autre service, et tous ont cité le Conseil Général (figure n°43).

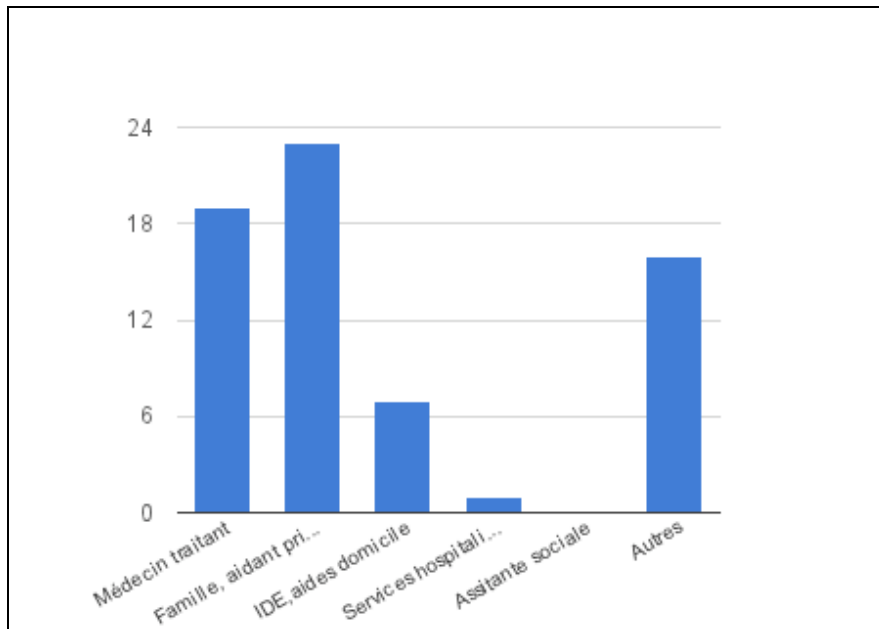


Figure n°43 : Initiative de la réévaluation de l'APA

* Concernant le recours du médecin en cas de difficultés à l'élaboration du dossier de l'APA (figure n°44) :

En cas de difficultés à l'élaboration du dossier de la demande d'APA, 12% (N=6/51) des médecins généralistes faisant partie de notre étude s'orientent vers le Conseil Général, 55% (N=28/51) se tournent vers une assistante sociale, 2% (N=1/51) vers le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), 59% (N=30/51) se réfèrent aux réseaux gériatriques, 4% (N=2/51) estiment n'avoir besoin de personne, et 2% (N=1/51) citent d'autres recours.

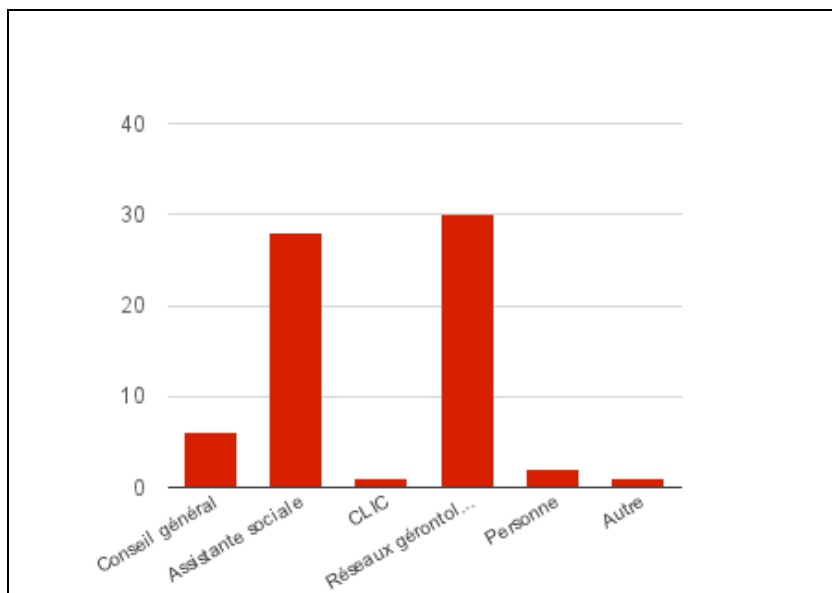


Figure n°44 : Recours si difficultés à l'élaboration de la demande d'APA

b) Recours et accessibilité des autres intervenants

* Concernant le recours et l'accessibilité des autres intervenants (figure n°52) :

- 82,5% (N=41/51) des médecins de notre étude ont donc recours à une prise en charge complémentaire par un gériatre, mais seulement 49% (N=25/51) estiment que ceux-ci sont assez accessibles.
- 96% (N=49/51) des généralistes travaillent avec les infirmières libérales et les kinésithérapeutes, 92% (N=47/51) trouvent ces paramédicaux accessibles.
- Seulement 23,5% (N=12/51) d'entre eux font appel aux services d'ergothérapeutes, il n'y a que 17,5% (N=9/51) des médecins qui les décrivent comme accessibles.
- 74,5% (N=38/51) travaillent en collaboration avec des assistantes sociales et 69% (N=35/51) avec les réseaux gérontologiques, 51% (N=26/51) des médecins de notre enquête pensent que les assistantes sociales sont accessibles contre 55% (N=28/51) pour les réseaux.

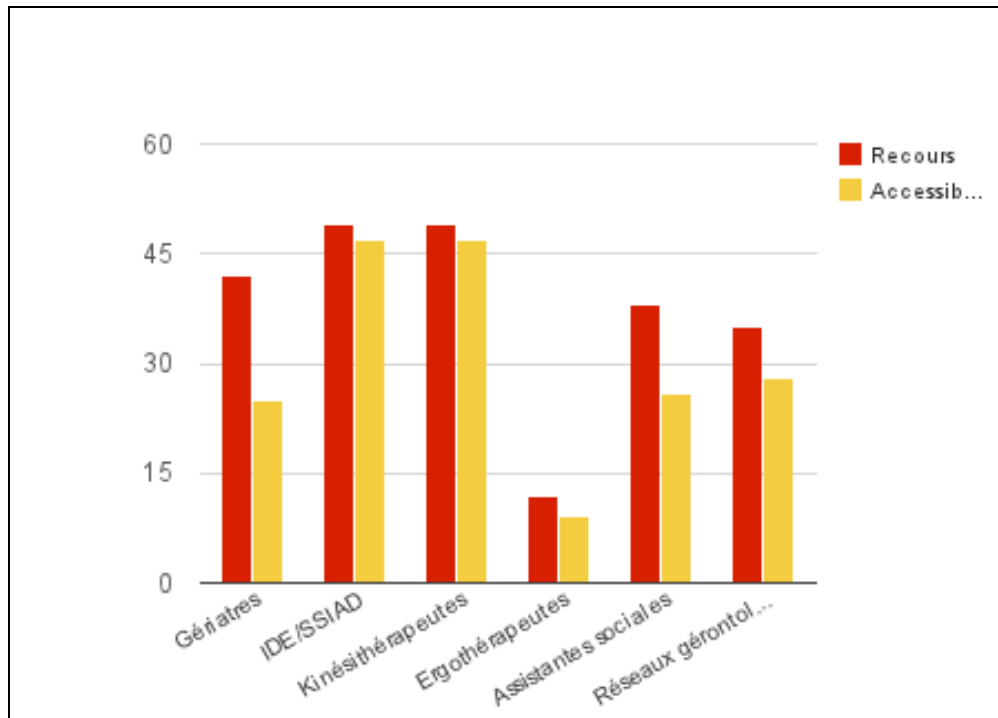


Figure n°52 : Recours et accessibilité des autres intervenants

* Concernant les motifs de recours aux gériatres (figure n°51) :

63% (N=32/51) des médecins généralistes ayant répondu à notre étude déclarent adresser leurs patients de 75 ans et plus, à leurs confrères gériatres, pour une prise en charge de troubles cognitifs. 17,5% (N=9/51) leurs confient pour bilan d'altération de l'état général (AEG), ou perte d'autonomie. 7,8% (N=4/51) ont besoin d'une prise en charge spécialisée pour des problèmes de maintien à domicile difficile, et 3,9% (N=2/51) pour des troubles du comportement ou syndrome dépressif.

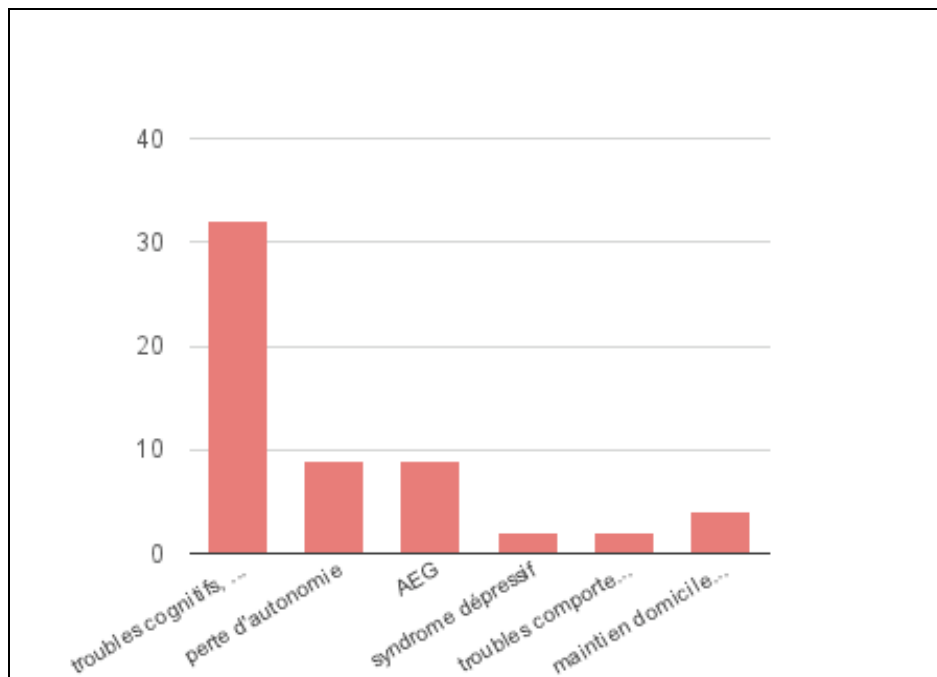


Figure n°51 : Motifs de recours aux gériatres

b) Concernant les obstacles au rôle de coordinateur

58,8% (N=30/51) des médecins interrogés estiment être en mesure d'assurer leur rôle de coordinateur.

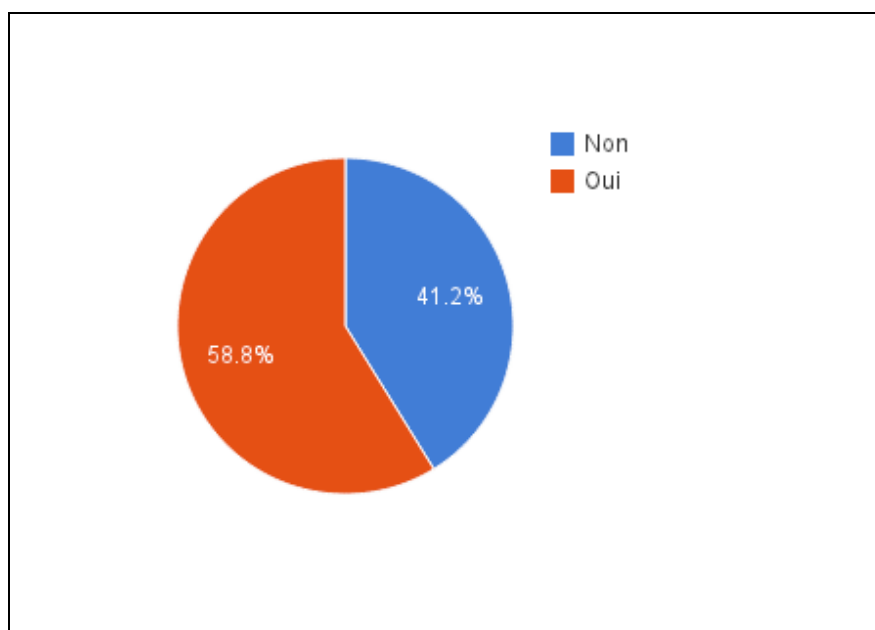


Figure n°53 : Rôle de coordinateur

- Parmi les médecins estimant ne pas être en mesure d'assurer leur rôle de coordinateur,

- 66,6% (N=14/21) déclarent ne pas avoir assez de temps pour cela.
- 33,3% (N=7/21) dénoncent le manque de disponibilité des autres acteurs.
- 9,5% (N=2/21) affirment que la mauvaise acceptabilité des patients les empêche de jouer ce rôle.
- 4,7% (N=1/21) estiment que la rémunération est insuffisante.
- 38% (N=8/21) citent d'autres raisons.

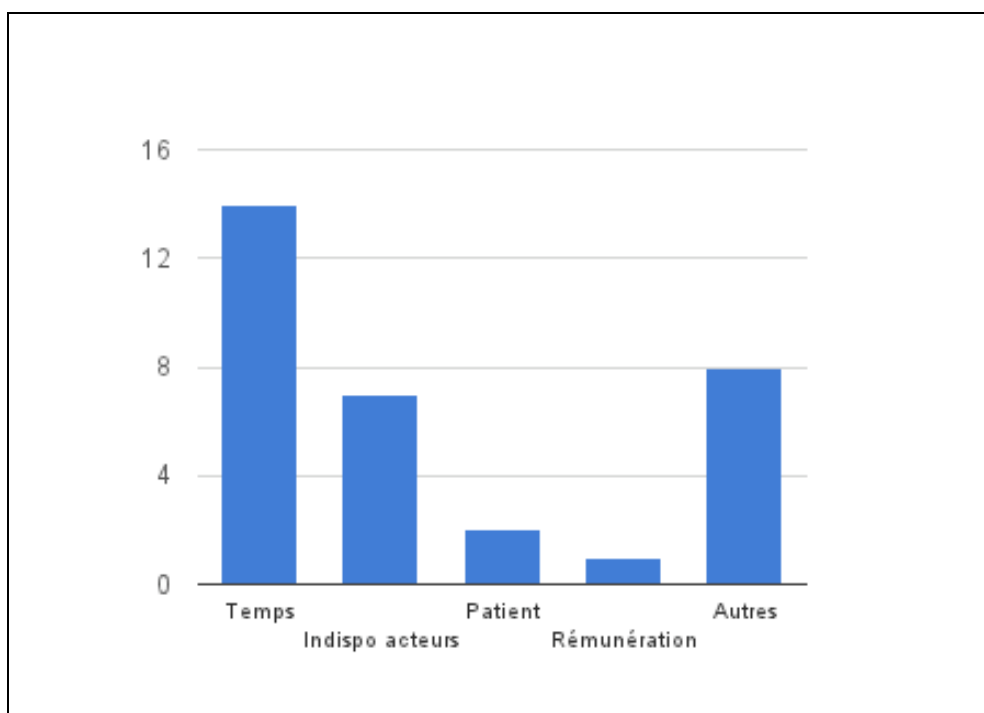


Figure n°54 : Obstacles au rôle de coordinateur

3.4. Principaux obstacles rencontrés dans la prise en charge des personnes âgées à haut risque de perte d'autonomie et de dépendance.

- 31,4% (N=31/51) des médecins interrogés déclarent que le patient constitue l'un des principaux obstacles dans la prise en charge des personnes à risque de dépendance.
- 21,5% (N=11/51) dénoncent l'isolement de la personne âgée, ainsi que les problèmes avec les familles.
- 17,6% (N=9/51) se plaignent de la lourdeur administrative.

- Le manque de temps, l'indisponibilité des autres acteurs, et les difficultés financières du patient (limitant son accès aux soins) sont chacun cités par 15,7% (N=8/51) des médecins ayant répondu à l'enquête.
- Les problèmes des démences sont soulevés par 3,9% (N=2/51) des médecins.
- 1,9% (N=1/51) mentionne le manque de formation professionnelle dans ce domaine.

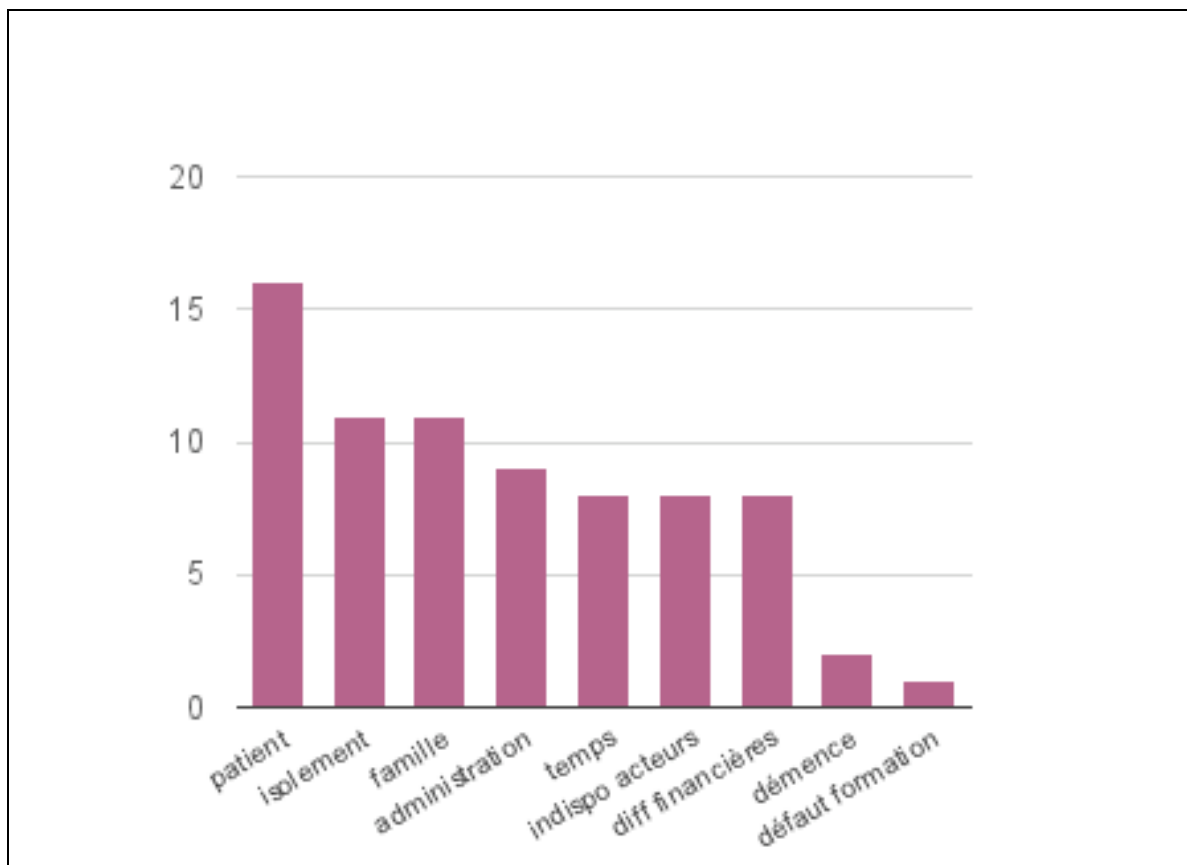


Figure n°54 : Principaux obstacles rencontrés

VI. DISCUSSION

1. Les limites de l'étude

1.1. La subjectivité des réponses

Notre travail correspond à une étude quantitative déclarative et qualitative, ce qui implique une subjectivité des réponses. Un questionnaire déclaratif anonyme n'est probablement pas le meilleur moyen d'évaluer la véritable prise en charge des patients âgés à haut risque de perte d'autonomie et de dépendance par leur médecin généraliste. Pour une étude plus objective, il aurait fallu également interroger les patients et faire une enquête sur les dossiers médicaux.

1.2. Le choix des items étudiés

La prise en charge des patients âgés dépendants est une prise en charge multiple et complexe, de ce fait, nous avons voulu aborder la question de façon assez globale. Cela rend notre questionnaire assez long, et par conséquent moins précis qu'un questionnaire qui aurait été ciblé sur une problématique plus précise.

Il aurait été intéressant de savoir si certains médecins avaient déjà bénéficié de formations médicales sur l'utilisation des tests ou échelles à visée gériatriques ou sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, afin d'analyser si cela influençait leurs pratiques.

En ce qui concerne le recours aux spécialistes, nous n'avons pas inclus les neurologues ou les psychiatres qui peuvent être sollicités dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Malheureusement, comme nous le signalions précédemment, la prise en charge de la personne âgée est tellement complexe, que nous ne pouvions pas aborder toutes les questions au cours d'un simple questionnaire. Le choix de nos items n'est donc pas exhaustif.

1.3. L'échantillon

Notre échantillon est petit. De plus, dans certaines catégories comme pour l'âge des médecins, nous n'avons qu'un seul médecin de moins de 35 ans, cela rend les effectifs trop faibles pour effectuer des tests statistiques. Nous obtiendrions certainement des tests négatifs, mais cela ne voudrait pas forcément dire qu'il n'existe pas de différence significative mais seulement que nous manquons de puissance pour mettre en évidence cette différence.

Il faut donc rester prudent sur les résultats retrouvés.

2. L'intérêt de l'étude

a) Intérêt des médecins pour la dépendance

Nous avons obtenu un taux de réponse très satisfaisant puisque 51% des médecins ont accepté de répondre à notre enquête, cela montre l'intérêt que portent les médecins généralistes à la prise en charge de la dépendance chez leurs patients âgés.

b) Le sujet

A noter que nous ne retrouvons quasiment pas d'étude réalisée, sur la prise en charge des personnes âgées à haut risque de perte d'autonomie et de dépendance par leur médecin généraliste.

3. Résultats de l'enquête

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

a) Le sexe

Notre échantillon est majoritairement masculin, avec seulement 33,3% de femmes. Le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) déclare qu'en 2012, en Meurthe-et-Moselle, 31% des médecins généralistes étaient des femmes, contre 26% en Lorraine et 29% en France métropolitaine (46). Notre échantillon semble donc représentatif de la population de Meurthe-et-Moselle.

b) L'âge

74% des médecins interrogés lors de notre enquête sont âgés de 45 et plus. 33% ont 55 ans et plus, dont 35% de femmes.

D'après les données du CNOM, en 2012, en Meurthe-et-Moselle, 33% des médecins généralistes avaient plus de 55 ans (44) (38% en Lorraine, 42% en France métropolitaine). L'échantillon paraît donc représentatif de la population de Meurthe-et-Moselle.

Notre questionnaire ne nous a pas permis de calculer l'âge moyen des médecins ayant participé à notre étude car les questions portaient sur des tranches d'âge.

D'après les données du CNOM, l'âge moyen des médecins généralistes est de 51 ans (51 ans en Lorraine, 52 ans en France métropolitaine).

c) L'activité des médecins

Dans notre échantillon, un peu plus de la moitié des médecins interrogés (55%) déclarent exercer en cabinet de groupe.

Selon le Baromètre Santé, 54,3% des médecins généralistes libéraux exerçaient en groupe en 2009 (47), contre 43% en 1998 (48), nous retrouvons donc les mêmes proportions que dans notre étude.

d) Milieu d'exercice

D'après l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), une zone rurale est définie par la présence de moins de 2000 habitants (49).

La définition d'une zone urbaine est plus floue ; d'une part, elle comprend la notion d'un nombre minimum d'habitants regroupés dans un pôle, et d'autre part, la proximité avec un centre hospitalier. Dans notre enquête, nous n'avons donné aucune définition, laissant les médecins définir leur milieu d'activité en toute subjectivité.

En 2012, d'après l'ARS (l'Agence Régionale de la Santé) de Lorraine, 82,5% des médecins généralistes exercent en milieu urbain, en France métropolitaine, contre 17,5% en milieu rural (50). Dans notre étude, 21,5% déclarent exercer en milieu rural. Mais notre questionnaire divisait les milieux d'exercice en trois groupes, le semi-rural s'ajoutait au rural et urbain. Il est donc difficile d'interpréter ces résultats.

Il semble tout de même que notre échantillon sélectionné par tirage au sort soit assez représentatif de la population générale.

3.2. Typologie de la patientèle

a) Activité des médecins généralistes

Concernant l'activité quotidienne des médecins généralistes, 53% des médecins de notre échantillon réalisent en moyenne, moins de 25 actes par jour, et 21,5% d'entre eux en accomplissent au minimum 35.

Au cours d'une étude réalisée par la SFMG (Société Française de Médecine Générale), auprès de 23 médecins généralistes en 2003, le nombre moyen d'actes par jour était de 19, variant

selon l'implantation géographique de 22 à la campagne, à 17 en ville. N'oublions pas qu'il existe également une grande variabilité saisonnière (51).

Une autre étude menée par l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) sur les tâches de 153 médecins généralistes franciliens, a montré que le nombre moyen d'actes pratiqués chaque semaine (du lundi au samedi) s'élève à 112 (52), avec une moyenne de 22 actes journaliers pour les médecins d'île de France.

Les résultats de notre étude se rapprochent donc de ces enquêtes.

b) Importance des 75 ans et plus dans la patientèle

Dans notre étude, la part des 75 ans et plus dans la patientèle des médecins interrogés est relativement importante, car 63% déclarent que cela représente moins d'un quart de leur patientèle, et pour 29% cela représente tout de même entre 25 et 50%.

Une patientèle de plus de 75 ans est souvent synonyme de patients non autonomes, dépendants et donc de visites à domicile. La majorité des médecins n'effectuent pas plus de 2 visites à domicile par jour. Seulement 21,5% en effectuent plus de 5. Pour 88,2% d'entre eux les trois quarts de leurs visites à domicile sont exclusivement consacrés à des personnes de plus de 75 ans.

Ces données sont similaires à celles retrouvées par une étude menée en 2005 auprès de 1578 médecins franciliens, ceux-ci déclaraient effectuer 16 visites à domicile par semaine avec une moyenne de 3 par jour (53). Ils déclaraient également qu'au moins une personne sur trois avait plus de 70 ans dans leur patientèle. La part des 75 ans et plus devient de plus en plus importante dans la patientèle des médecins généralistes.

c) Contraintes des visites à domicile

Les visites à domicile sont le plus souvent perçues comme une contrainte par le médecin traitant. Parmi les raisons les plus souvent citées par les médecins ayant répondu à notre questionnaire, nous retrouvons le caractère chronophage des visites ainsi que les mauvaises

conditions d'examen. Ensuite sont dénoncées les visites injustifiées, la rémunération insuffisante et les difficultés d'accès.

Si nous reprenons l'étude d'île de France citée ci-dessus, les médecins généralistes déclaraient également ressentir les visites comme une contrainte. 86,4% d'entre eux essaient de limiter le nombre de visites à domicile. Ils dénonçaient de la même façon le caractère chronophage des visites, une rémunération qu'ils jugent insuffisante, ainsi que de mauvaises conditions d'examens (53).

Notre étude retrouve donc des résultats comparables à ceux de l'étude menée en région parisienne.

Cependant, la visite à domicile, malgré son caractère chronophage et ses mauvaises conditions d'examens, reste justifiée dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Cela fait partie des devoirs des médecins généralistes de pouvoir dispenser des soins à des personnes non autonomes. Il s'agit en outre, d'un véritable moment privilégié, où le médecin peut évaluer le patient lui-même et surtout le voir évoluer dans son propre environnement.

C'est pourquoi, il est indispensable de recentrer la visite vers son objectif et de la revaloriser à sa juste valeur. Afin de faire évoluer positivement la visite à domicile, il faudrait tout d'abord limiter l'accès à la visite : redéfinir la visite justifiée, comprenant l'urgence, le manque de mobilité ou la perte d'autonomie. Il serait bon de mettre en place une dissuasion financière pour les visites injustifiées, et a contrario revaloriser les actes vraiment justifiés. Pour cela il serait essentiel de mettre en place une campagne nationale d'information, orientée vers le grand public. (Le médecin est déjà censé pouvoir faire payer des dépassements pour des visites à domicile injustifiées, mais cela n'est pour le moment, quasiment jamais fait).

d) Motifs de consultation les plus fréquents chez les 75 ans et plus

En ce qui concerne les trois motifs de consultation les plus fréquents, les plus cités par les médecins qui ont répondu à notre enquête sont, le renouvellement d'ordonnance (cité au moins une fois par 84% des médecins), les pathologies infectieuses aiguës (66%) et les pathologies cardiovasculaires (41%). Arrivent ensuite les problèmes de douleurs (29%), d'altération de l'état général et les problèmes de dépendance (26%).

Selon une étude menée par la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), entre juin 2002 et janvier 2003, sur 922 médecins généralistes libéraux, les principaux motifs de consultations pour les personnes de plus de 70 ans sont les pathologies cardiovasculaires (33,6%), la prévention type renouvellements d'ordonnance (13,9%) et les problèmes rhumatologiques (10,4%) (54). Nous retrouvons dans notre enquête deux des trois principaux motifs de consultation cités lors de cette étude. Par contre, les renouvellements d'ordonnance sont beaucoup plus souvent cités par notre échantillon, de même que celui-ci a très souvent cité les pathologies infectieuses aiguës ; cela peut peut-être s'expliquer par le moment saisonnier où nous les avons interrogés : période épidémique ? De plus les problèmes rhumatologiques nommés par l'étude de la Drees peuvent s'apparenter aux plaintes liées à la douleur, que les médecins ont cités dans les réponses de notre questionnaire.

Le renouvellement d'ordonnance fait donc partie des principaux motifs de consultation des personnes âgées dépendantes, cela doit ou devrait être l'occasion pour le médecin de faire de la prévention et du dépistage.

3.3. Prise en charge médicale

- Principaux critères de fragilité selon le point de vue du médecin généraliste

Nous avons trouvé intéressant de connaître quels étaient les principaux critères de fragilité pour une personne âgée, du point de vue du médecin généraliste. Le critère de fragilité le plus souvent cité, est de loin, l'isolement, pour 86,2% des médecins interrogés. Ensuite sont décrits les troubles cognitifs pour 56,9% des médecins, et enfin les chutes pour 33,3% des généralistes.

Il est donc important de dépister ces critères afin de limiter leur évolution vers la dépendance.

Il est vrai que les personnes âgées souffrent souvent d'isolement, le veuvage, l'éloignement familial, leurs procurent un sentiment d'isolement qui peut déboucher sur une dépression, une dénutrition...

Pour pallier à cet isolement, il faudrait favoriser le développement d'associations de bénévoles qui soutiennent les aidants, les proches, comme par exemple le programme "Orchidée" du Conseil Général de Meurthe-et-Moselle, qui est un réseau de groupes de parole à l'intention de toute personne s'occupant d'une personne âgée dépendante proche, à domicile ou en institution. D'autre part, il faudrait peut-être donner des allocations spécifiques pour les aidants et les proches, en mettant en place des régimes fiscaux spéciaux, en instaurant des initiatives d'aides aux aidants, ...).

a) Facteurs médicaux et psychologiques de fragilité

- L'évaluation des facteurs médicaux et psychologiques

Les médecins généralistes ayant répondu à notre étude sont sensibles à l'évaluation des facteurs médicaux et psychologiques de fragilité. Un peu plus de trois quarts d'entre eux déclarent dépister ces facteurs chez leurs patients âgés dépendants.

Les hommes de notre enquête semblent dépister un peu plus souvent ces signes, 79,5% des hommes contre 70,5% des femmes.

Nous remarquons que les médecins exerçant en zone urbaine semblent dépister plus souvent ces facteurs de fragilité chez leurs patients (87,5% des médecins de zones urbaines contre seulement 63,5% des médecins de zones rurales).

De la même façon, les médecins de notre étude exerçant en cabinet de groupe, dépisteraient plus souvent les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité (82% d'entre eux, contre 69,5% des médecins exerçant seuls).

Cela peut s'expliquer par le fait que les médecins des zones urbaines ou exerçant en groupe, ont souvent un accès aux informations et aux formations médicales, plus aisé. Ils ont peut-être des conditions de travail qui leurs permettent de consacrer plus de temps à ces dépistages, grâce à une meilleure organisation, moins de visites à domicile, un partage des tâches, la disposition d'un secrétariat ?

Parmi les médecins qui recherchent les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité, 66,5% le font au moins une fois par an, mais 30,5% ne le font que lors d'un événement déclencheur, quand il est peut-être déjà un peu tard...

Parmi les médecins qui ne recherchent pas ces signes de fragilité chez leurs patients, 58.5% dénoncent le manque de temps, et un quart des médecins indique un manque de connaissance ou d'information sur les méthodes d'évaluation.

- Obstacles à l'utilisation des méthodes d'évaluation standardisées pour rechercher les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité ?

9 médecins sur 10, dépistant les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité chez leurs patients âgés, le font grâce à leur appréciation clinique. Très peu d'entre eux utilisent les grilles et tests à visée gériatrique : 10% utilisent le MNA, 5% le timed up and go test ou la GDS.

Cette tendance à ne pas utiliser les outils de dépistage, a été retrouvée dans une thèse réalisée en Indre, en 2012, sur 38 médecins généralistes. Ce travail a démontré qu'aucun médecin n'utilisait d'outils, notamment le MNA pour dépister la dénutrition (55). Ils utilisent, tout comme dans notre enquête, des critères personnels, façonnés par leur pratique, mais ces critères ne sont ni validés, ni reproductibles.

Parmi les médecins n'utilisant pas les méthodes d'évaluation pour rechercher les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité, seulement 40,4% déclarent qu'ils les utiliseraient s'ils y étaient formés. La plupart d'entre eux dénoncent le manque de temps et la réalisation trop longue des tests (78,5%). Les médecins reprochent également à ces méthodes d'être trop compliquées (39,5%), et enfin 11% les jugent inutiles.

Une étude intitulée « personnes âgées et dépendance » a été menée en Ile de France par la commission Urgences et besoins individuels en 2000. Son but était d'évaluer les pratiques et les besoins des médecins libéraux pour la prévention et le dépistage de l'entrée dans la dépendance. Cette étude a montré qu'en Ile de France, le médecin généraliste était très sensible aux signes de dépendance de ses patients âgés. Il devait cependant avoir bénéficié d'une formation médicale continue auparavant. 45% des médecins interrogés déclaraient évaluer le degré de dépendance de leurs patients âgés, taux moins élevé que dans notre étude, mais 57% déclaraient utiliser des tests pour cela, 16% seulement des méthodes empiriques. 72,7% des médecins ayant participé à cette enquête déclaraient qu'ils utiliseraient les méthodes d'évaluation s'ils disposaient de plus d'information (56).

Cette étude démontre l'importance de la formation médicale. Ces médecins d'Ile de France sont sensibles au dépistage et utilisent les méthodes d'évaluation car ils y ont été formés.

De la même façon, une petite étude rétrospective réalisée sur 30 médecins qui avaient tout d'abord participé à une étude sur la sensibilisation de l'utilisation du mini GDS dans le dépistage de la dépression, à montrer que sur 16 médecins ayant répondu à cette enquête, 13 ont affirmé que cette formation leur a permis de mieux reconnaître la dépression et 9 ont déclaré que cela avait modifié leur attitude thérapeutique (57). Cela vient conforter l'importance de la formation.

Les signes de fragilité sont divers et variés. Leur dépistage nécessite l'utilisation de plusieurs tests. Un outil de dépistage plus simple nécessiterait d'être mis au point et étudié dans une population de médecine générale. Un test qui regrouperait avec quelques questions les principaux facteurs médicaux et psychologiques de fragilité d'une personne âgée, et permettrait d'orienter par la suite vers des tests plus poussés, vers les problèmes qui auraient été soulevés.

Une thèse menée à Grenoble, en 2008, sur l'évaluation des critères de fragilité en milieu hospitalier a également démontré qu'il était nécessaire d'apporter des idées pour construire un test qui serait applicable en médecine générale (58). Un test plus court et plus adapté à la médecine de ville, afin de cibler les patients « pré-fragiles » et permettre une prise en charge plus précoce de ces personnes et éventuellement limiter l'évolution des signes de fragilité vers la dépendance. Ce travail proposait par exemple d'étudier l'analyse de l'appui unipodal couplé à la mesure de la force de préhension (grip test) dans une population de médecine générale.

b) Les facteurs cognitifs

- L'évaluation des troubles cognitifs

Les médecins généralistes de notre échantillon déclarent dépister en masse les signes de démence, 84% d'entre eux affirment rechercher ces signes.

Ce pourcentage est quasiment identique pour les hommes et les femmes de notre échantillon, respectivement 85 et 82%, et pour les médecins travaillant seul ou en groupe 86 et 83%.

On retrouve une petite différence chez les médecins ayant entre 45 et 54 ans qui dépisteraient un peu moins les signes de démence (71,5%), mais ces médecins représentaient la part la plus importante de l'échantillon, contre par exemple un seul médecin de moins de 35 ans, qui lui dépiste les signes de démence. Cela ne nous permet pas de conclure à une différence de dépistage selon la tranche d'âge des médecins.

Par contre en milieu rural, seulement un peu plus de la moitié des médecins généralistes dépistent les troubles cognitifs (54,5%). Tout comme pour les facteurs médicaux et psychologiques, cela s'explique certainement par une charge de travail plus importante en milieu rural et un accès aux formations médicales, moins aisé.

Pour dépister les signes de démence, plus de la moitié des généralistes (63%) utilisent le MMSE, ainsi que l'interrogatoire du patient et de son entourage. Le test des 5 mots et le test de l'horloge sont aussi utilisés par 28% des médecins et enfin seulement 9,5% utilisent leur appréciation clinique.

D'après une étude réalisée au Luxembourg en 2011, 87% des médecins généralistes réalisent au moins un test de mémoire dans le dépistage des troubles mnésiques.

La même étude a montré qu'après le MMSE, le test de l'horloge était le plus utilisé pour la recherche des troubles mnésiques par environ 55% des médecins généralistes (59).

Contrairement au dépistage des facteurs médicaux et psychologiques, pour les troubles cognitifs, les médecins généralistes semblent utiliser les méthodes d'évaluation gériatriques standardisées. Cela s'explique peut-être par le fait que le MMSE, le test des 5 mots et le test de l'horloge sont plus simples et plus courts à réaliser. De plus, depuis plusieurs années on tente de former les médecins à leur utilisation, que ce soit à travers les formations médicales continues, ou les revues médicales, ces outils deviennent plus familiers pour les médecins traitants.

Dans ce sens, une étude menée aux Pays-Bas, réalisée auprès de 195 médecins généralistes, a montré que les outils et recommandations qui font gagner du temps, sont plus utilisés que ceux qui demandent un investissement temporel plus important (60).

Par contre, les problèmes de démence ne semblent pas être dépistés assez précocement. Une petite moitié des médecins généralistes (46,5%) dépiste régulièrement, au moins une fois par an, les troubles cognitifs chez leurs patients âgés. L'autre moitié (48,8%) ne recherche ces

troubles que lors d'un événement déclencheur. Or, l'on peut penser que lors d'un événement déclencheur, il peut déjà être trop tard, qu'il aurait peut-être fallu dépister les signes avant que les conséquences n'apparaissent, dépister au plus tôt pour limiter l'évolution des troubles et prévenir les complications.

A noter que seulement 4,6% des médecins recherchent les signes de troubles cognitifs moins d'une fois par an.

D'après une étude française réalisée auprès de 505 médecins généralistes sentinelles concernant la maladie d'Alzheimer, ceux-ci déclaraient avoir diagnostiqué 1.5 nouveaux cas de démence et avoir suivi 4 patients au cours de l'année 2002. Or, l'on s'attendait, selon la prévalence et l'incidence de la pathologie, à la découverte d'au moins 2 nouveaux cas et le suivi d'au moins 9 patients par an et par médecin (61). Ces résultats vont dans le sens d'une carence diagnostique de la pathologie démentielle, d'autant que les médecins interrogés étaient affiliés au réseau Sentinelle, donc potentiellement plus sensibilisés.

Le dépistage se doit d'être plus systématique, ne pas se faire par exemple comme cité dans notre étude lors de l'apparition d'un événement déclencheur, mais plus tôt pour prévenir les complications et limiter l'évolution des troubles.

- Obstacles à l'utilisation des méthodes d'évaluation standardisées pour dépister les troubles cognitifs ?

Les trois quarts des médecins interrogés ne dépistant pas les troubles cognitifs, déplorent un manque de temps, un quart des généralistes dénonce également la réalisation des tests ou échelles qu'il juge trop compliqués, et enfin un médecin sur huit rencontre une mauvaise acceptabilité de la part de ses patients.

Au total, un peu plus de la moitié des médecins de notre échantillon (54,9%) utilisent des tests ou grilles d'évaluation dans la recherche des troubles cognitifs de leurs patients âgés. Mais parmi l'autre petite moitié, 70,8% affirment qu'ils n'utiliseraient pas les méthodes d'évaluation standardisées malgré une formation préalable.

Les tests sont jugés trop longs pour 70,5% de ces médecins, inutiles pour 17,5% et enfin trop compliqués pour 12% d'entre eux.

Nous retrouvons les mêmes obstacles qu'à l'utilisation des méthodes d'évaluation standardisées pour les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité.

c) Les facteurs d'autonomie

- L'évaluation de l'autonomie

Un grand nombre des médecins ayant répondu à notre enquête (70,5%), affirment rechercher les signes d'une éventuelle perte d'autonomie chez leurs patients âgés.

Les femmes de notre échantillon les recherchent un peu moins, elles sont 65% à déclarer le faire contre 73,5% d'hommes. Les trois quarts des médecins de plus de 45 ans dépistent ces signes et seulement 50% des moins de 45 ans les recherchent, à noter que l'unique médecin de moins de 35 ans déclare dépister la perte d'autonomie chez ses patients, mais étant le seul nous ne pouvons pas analyser ces résultats.

Les médecins travaillant en cabinet de groupe semblent évaluer un peu plus cette perte d'autonomie (75%, contre 65% des médecins travaillant seuls).

Comme pour les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité ou les facteurs cognitifs, les médecins travaillant en milieu rural paraissent moins dépister les signes de perte d'autonomie, 45,5% seulement des médecins exerçant à la campagne recherchent ces signes, contre plus de 75% de ceux travaillant en milieu urbain ou en semi-rural.

Le dépistage des signes de perte d'autonomie paraît souvent être fait trop tardivement. Parmi les médecins déclarant dépister ces signes, la moitié (53%) dit le faire au moins une fois par an de manière systématique, mais l'autre petite moitié (47%) ne le ferait que lors d'un événement déclencheur.

Seulement, lors d'un événement déclencheur, il est déjà souvent trop tard pour commencer à mettre en place des aides, afin de limiter au mieux l'évolution et les conséquences de cette perte d'autonomie. De plus, lors de ces situations, nous pouvons nous retrouver dans une situation à caractère urgent, et souvent le délai de mise en place des aides peut devenir trop long.

Le médecin devrait repérer les signes de perte d'autonomie le plus tôt possible pour mettre en place les aides aussitôt, afin de limiter l'évolution vers la dépendance.

Les médecins généralistes de notre étude dépistant les signes de perte d'autonomie le font principalement à l'aide de l'interrogatoire de l'entourage (72%) et du patient lui-même (63%). Seulement un peu plus d'un tiers (36%) le font à l'aide de la grille AGGIR. Mais ces médecins remplissent-ils cette grille AGGIR en prévention, pour dépister la perte d'autonomie? Ou le font-ils lors d'une demande de la famille pour la mise en place d'aides, après l'installation déjà d'un certain degré de dépendance ? Aucun des médecins de l'étude ne remplit de grilles ADL ou IADL, pourtant conseillées par la HAS.

- Obstacles à l'utilisation des méthodes d'évaluation standardisées pour dépister la perte d'autonomie?

Les médecins qui ne dépistent pas les signes de perte d'autonomie chez leurs patients âgés expliquent qu'ils manquent surtout de temps pour 80% d'entre eux. 13,5% avouent un manque de connaissances des tests ou grilles à visée gériatrique, 20% les jugent trop compliquées. C'est pour ces raisons qu'il peut être utile de leur proposer une formation.

Seulement 41,2% affirment qu'ils utiliseraient ces tests et échelles s'ils y étaient formés. De la même façon que les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité ou les troubles cognitifs, ces médecins jugent les tests et échelles à visée gériatrique trop chronophages à 73,5%, trop compliqués à réaliser pour 36,5%, inutiles pour 10% et 6,5% signalent la mauvaise acceptabilité des patients, la peur de heurter la sensibilité de leurs patients.

Il est vrai que la grille AGGIR est longue et assez difficile à remplir. Le Conseil Général déclare devoir régulièrement refaire ces grilles car elles sont souvent mal remplies par les médecins généralistes. Ne faudrait-il pas former nos médecins aux échelles ADL et surtout IADL afin de dépister les signes de perte d'autonomie. Ces échelles sont plus courtes et plus simples à remplir. Elles sont d'ailleurs recommandées par la HAS pour évaluer l'autonomie des personnes âgées.

Le médecin traitant pourrait se servir de cette échelle pour dépister et quantifier une éventuelle perte d'autonomie chez ses patients. En cas de perte d'autonomie retrouvée, le médecin pourrait par exemple lancer une demande d'aides au Conseil Général pour essayer de pallier à cette dépendance. Ce test pourrait devenir plus systématique, être inclus dans le

dossier du patient. La grille AGGIR pourrait être réservée aux médecins ou aux équipes du Conseil Général et ainsi permettre de mettre en place les aides nécessaires plus tôt.

En accord avec le Conseil Général de Meurthe-et-Moselle et le Conseil de l'Ordre des médecins, nous pourrions essayer d'organiser une formation médicale, par exemple lors de la semaine médicale de Lorraine, pour former les médecins aux échelles ADL et IADL, essayer de voir si cette formation aurait un impact sur la prise en charge de la perte d'autonomie. Il faudrait inciter les médecins à utiliser les échelles ADL et IADL pour ensuite lancer les demandes d'APA si nécessaire. Les aides pourraient certainement être mises en place plus tôt. Quand est-il de la mise en place de l'APA ?

3.4. Rôle de coordinateur

a) Mise en place d'aides financières : l'APA

- Initiative de la mise en place et réévaluation de l'APA

La grande majorité des médecins ayant répondu à notre étude (67%) affirment que l'entourage de la personne âgée est le plus souvent à l'initiative de la mise en place de l'APA. Seulement la moitié des généralistes déclare participer à cette initiative. Par contre, le patient semble n'être que très rarement à l'initiative de cette mise en place (pour seulement 8% des médecins). Les infirmières, les services hospitaliers ou les gériatres sont également cités à respectivement 12 et 15,5%.

Plus de la moitié des médecins généralistes de notre étude déclare ne jamais réévaluer les besoins au niveau de l'APA. Un quart les réévalue seulement en cas d'événement déclencheur entraînant une situation d'urgence.

Ces déclarations proviennent du point de vue du médecin traitant, il aurait été intéressant d'avoir le point de vue des personnes âgées.

Une étude menée en Haute-Garonne, sur la qualité de mise en œuvre de l'APA à domicile a été réalisée en 2011, sur 1500 bénéficiaires de l'APA. D'après cette étude, les personnes à

l'origine de la demande d'APA sont le plus fréquemment les proches du patient, pour 43,9% des personnes âgées interrogées. Le médecin traitant n'est à l'initiative de cette démarche qu'une fois sur cinq et le patient lui-même dans seulement 10,6% des cas.

Dans les réponses à notre questionnaire, le médecin généraliste surestime peut-être ses initiatives ? Par contre, de la même façon que dans notre enquête, cette étude montre que les proches sont le plus souvent à l'initiative de la mise en place de l'APA et que les interventions du patient lui-même sont rares.

Un autre versant de cette étude précisait, selon le patient, dans quelle situation la première demande d'APA avait été réalisée. Dans plus de la moitié des cas (55%), la demande avait été faite lors d'une situation de crise : lors d'un problème grave de santé ou d'une perte brutale d'autonomie, avec une absence d'aidant ou une incapacité des aidants à y faire face. Dans 31% des cas, cette mise en place d'aides avait été faite lors d'une perte progressive d'autonomie, ou lors d'une régularisation d'une situation déjà existante de perte d'autonomie dans 5,8% des cas (62).

Cela vient conforter notre idée que l'APA est probablement souvent demandée un peu trop tard. Elle devrait, dans la grande majorité des cas, être demandée devant une perte d'autonomie débutante ou s'aggravant, afin de limiter la survenue de situations de crise.

- Difficultés lors de la mise en place de l'APA

Près d'un tiers (30%) des médecins de notre enquête rencontre des difficultés lors de la mise en place de l'APA. Certains jugent les demandes trop compliquées à réaliser. Ils déclarent également rencontrer des problèmes liés aux refus des patients. D'autres trouvent les délais de mise en place des aides trop longs. Et enfin, une partie d'entre eux pensent que les intervenants à domicile ne sont pas assez accessibles ou déplorent un manque d'information.

En cas de difficultés à l'élaboration d'un plan d'aide, les médecins généralistes déclarent se tourner en majorité vers les réseaux gériatriques pour 59% d'entre eux. 55% d'entre eux font parfois appel aux assistantes sociales et seulement 14% ont recours à l'aide du Conseil Général.

Notre étude montre que le médecin généraliste n'est que trop peu à l'initiative de la mise en place de l'APA. Celle-ci est le plus souvent faite à la demande de l'entourage du patient, lors d'une situation de crise. Les délais de mise en place du plan d'aide paraissent alors trop longs.

Les médecins traitants de notre enquête déclarent en majorité ne jamais réévaluer les besoins d'aides au niveau de l'APA chez leurs patients, or le Conseil Général ne réévalue cette allocation que tous les 2 ans.

Le médecin généraliste doit davantage s'impliquer dans la mise en place et le suivi de l'APA. Il doit rester le chef d'orchestre lors de cette prise en charge, étant le mieux placé pour cela, tout en essayant de travailler en collaboration avec les réseaux gériatriques et les Conseils Généraux.

Les demandes d'APA devraient être simplifiées. Comme nous l'avons suggéré précédemment, le médecin généraliste pourrait dépister la perte d'autonomie grâce aux échelles IADL, et si besoin, lancer directement la demande d'aide au Conseil Général avec l'aide des réseaux pour établir un plan d'aides dès que possible.

La présence ou non d'allocations personnalisées, devrait apparaître dans le dossier médical du patient. On pourrait par exemple, inclure dans les logiciels informatiques une case où est précisé si le patient bénéficie ou non de l'APA. Cela permettrait au médecin dès l'ouverture du dossier du patient de savoir si celui-ci bénéficie ou non de l'APA. Si oui, depuis quelle date ? Et à quand remonte la dernière réévaluation des besoins d'aides ? Tout cela afin de recouper ces données avec l'évaluation des différents critères de perte d'autonomie et réfléchir si les aides sont adaptées ou non.

Enfin, pour améliorer la mise en place de l'APA, il est indispensable d'inclure le patient lui-même dans cette démarche. Trop de patients ne connaissent même pas l'existence de l'APA. Le médecin doit agir en prévention, il doit informer le patient de l'existence d'aides financières bien avant leur entrée dans la dépendance. Expliquer le but de ces aides, les services que cela peut apporter le jour où le patient en aura besoin. Une campagne d'information pourrait être mise en place au niveau national, pour informer le patient et sa famille. Cela pourrait peut-être éviter des refus lors de la proposition de cette allocation.

b) Recours et accessibilité des autres intervenants

- Bonne collaboration avec les infirmières et les kinésithérapeutes

C'est aux infirmières diplômées d'Etat (IDE) et aux kinésithérapeutes que les médecins généralistes font le plus souvent appel. La quasi-totalité des médecins généralistes de notre enquête (96%) déclarent avoir recours à ces paramédicaux. De plus, 92% des médecins traitants les jugent accessibles. Il s'agit donc là d'une bonne collaboration, indispensable aux bons soins des personnes âgées.

- Recours aux gériatres, jugés trop inaccessibles

Une grande partie des médecins généralistes de notre enquête (82,5%) déclarent travailler avec des gériatres, le plus souvent pour bilan de troubles de la mémoire (63% des médecins interrogés). Les médecins ont aussi recours à ces spécialistes pour prise en charge d'une altération de l'état général ou d'une perte d'autonomie pour 17,5% d'entre eux. Les troubles du comportement, les syndromes dépressifs et les situations de maintien à domicile difficiles sont plus rarement cités. Par contre, plus de la moitié des médecins (51%) les jugent inaccessibles. Ils estiment que les délais de rendez-vous sont trop longs.

- Recours aux réseaux gérontologiques à promouvoir

Les trois quarts des médecins généralistes (74,5%) ont recours aux assistantes sociales, et 69% font appel aux réseaux gérontologiques. Ces intervenants sont jugés moyennement accessibles respectivement à 51% et 56% par les médecins de famille. Les médecins y font souvent appel en cas de maintien à domicile difficile, afin de mettre en place les aides nécessaires. En Meurthe et Moselle la mise en place de l'APA passe souvent par les réseaux comme le réseau Gérard Cuny. Cela soulage souvent le médecin généraliste au niveau de la lourdeur administrative, et lui fait gagner du temps, tout en permettant un suivi et une prise en charge globale du patient dépendant. Ce type de réseaux semble bien fonctionner, il faudrait les généraliser notamment dans les zones plus désertées au niveau médical, comme en Meuse ou dans les Vosges.

- Point faible avec les ergothérapeutes

L'aménagement du domicile de la personne âgée est indispensable, pour éviter les chutes et maintenir une certaine autonomie. Pourtant, contrairement aux médecins hospitaliers, les médecins généralistes ne travaillent que très rarement avec les ergothérapeutes. Seulement un quart d'entre eux déclarent travailler avec ces paramédicaux et de plus, 82,5% les jugent inaccessibles.

L'Etat doit promouvoir le rôle des ergothérapeutes à domicile, lancer des campagnes d'information, sensibiliser les médecins généralistes et les patients, si besoin augmenter le nombre d'ergothérapeutes formés, favoriser leur installation en libéral.

b) Obstacles au rôle de coordinateur : le temps et l'indisponibilité des autres intervenants

Pour deux tiers (66%) des médecins ayant répondu à l'enquête, l'un des principaux obstacles à leur rôle de coordinateur, est le manque de temps. Un tiers des médecins (33%) cite l'indisponibilité des autres acteurs de santé.

Pour permettre au médecin généraliste de jouer son rôle de coordinateur, de chef d'orchestre, dans la prise en charge des personnes âgées à haut risque de perte d'autonomie et de dépendance, il est important de donner plus de temps aux médecins traitants. Nous devons améliorer la coordination et la collaboration entre les différents intervenants, lors de la prise en charge du patient âgé dépendant.

Pour pallier à l'indisponibilité des médecins gériatres, l'on devrait peut-être donner plus de responsabilités au médecin généraliste. Pourquoi ne pas permettre aux médecins traitants d'introduire les traitements type anticholinestérasiques ou antiglutamates (dont l'introduction est pour le moment réservée aux gériatres, neurologues ou psychiatres) lors de diagnostic de

démence? Le généraliste jouerait un rôle plus important, les gériatres seraient alors peut-être plus disponibles pour les situations compliquées. Il faut favoriser le travail en collaboration. Au Luxembourg, près de deux tiers des médecins généralistes instaurent systématiquement un traitement spécifique de la maladie d'Alzheimer dès que le MMSE le permet en cas de maladie d'Alzheimer avérée (59).

3.5. Principaux obstacles rencontrés dans la prise en charge des personnes âgées à haut risque de dépendance et de perte d'autonomie

a) Le patient

Quand on interroge le médecin généraliste sur le principal obstacle qu'il rencontre lors de la prise en charge de ses patients âgés dépendants, près d'un tiers d'entre eux cite le patient lui-même.

En effet, le patient s'oppose souvent aux soins et aux aides que le médecin lui propose.

Pour remédier à cela il faut absolument éduquer le patient. Le médecin généraliste doit faire de la prévention auprès de ces patients dès le plus jeune âge, et le plus tôt possible. Il est également primordial d'inclure le patient dans les décisions prises ou dans la mise en place de plan d'aide.

b) L'isolement

Ensuite l'isolement du patient est considéré comme l'un des obstacles majeurs dans la prise en charge des patients de plus de 75 ans. Cela implique un accès aux soins, plus limité, surtout quand des problèmes financiers s'ajoutent à cela. L'isolement devrait être prise en compte dans certaines grilles d'évaluation. Le médecin doit rester sensible à l'isolement de ces patients âgés, il peut travailler en collaboration avec l'assistante sociale afin d'obtenir pour son patient, une allocation ou une aide pour se rendre en commissions, permettre de prendre en charge ses transports pour se rendre chez les spécialistes. L'Etat doit promouvoir

ces aides, pour lutter contre cet isolement, par exemple rembourser les transports en cas d'isolement du patient âgé.

c) La famille

Au même niveau que l'isolement, la famille du patient est considérée comme un obstacle pour un quart des médecins ayant répondu à notre étude. De la même façon que le patient, la famille doit être éduquée, informée, elle doit être intégrée dans la démarche de prise en charge tout en étant soutenue. Faudrait-il donner une allocation, une aide financière, des avantages aux aidants familiaux, afin de promouvoir le soutien familial ?

Au Royaume-Uni, les aidants familiaux peuvent déjà bénéficier de ce type d'allocation « Carer's Allocations », cela permet d'aider et d'impliquer la famille dans la prise en charge de leurs aînés (63).

d) La lourdeur administrative

La lourdeur administrative est souvent décriée par les médecins généralistes, 17,6% estiment qu'il s'agit du principal obstacle à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il faut absolument faire diminuer la tâche administrative des médecins pour leur laisser plus de temps pour pratiquer la médecine.

e) Le manque de temps

Les médecins se plaignent globalement du manque de temps. La prise en charge de la personne âgée est une prise en charge complexe qui demande beaucoup de temps.

Une minorité cite les démences et le manque de formation personnelle.

Un des points noirs, dans la prise en charge des personnes âgées à haut risque de perte d'autonomie et de dépendance, est la sous-utilisation des méthodes d'évaluation standardisées, conseillées par la HAS. Dans notre étude, les médecins expliquent qu'ils trouvent, pour la plupart, ces tests ou échelles trop longs à réaliser. Ils les jugent inadaptés à leur pratique. Et enfin, ils les trouvent trop compliqués. Les médecins généralistes ont une pléthore de tests à leur disposition, ce qui peut rendre leur utilisation un peu rébarbative...

Pour remédier à cela, il faudrait tout d'abord essayer de former les médecins généralistes à ces tests, en sélectionnant les tests les plus courts et les plus simples à réaliser, tout en leur démontrant les avantages de ces méthodes. Les preuves d'efficacité ont été démontrées pour leur utilisation en milieu hospitalier, il faudrait peut-être réaliser des études pour prouver leur efficacité dans le cadre de la médecine de ville.

Le médecin généraliste est très sensible à la prise en charge de ses patients âgés à haut risque de perte d'autonomie et au dépistage de la fragilité.

La réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée, comme il peut être fait en milieu hospitalier, n'est pas adaptée à la pratique de la médecine générale. Comme l'ont déjà signalé les médecins de notre enquête, cela demande trop de temps. Pour un médecin entraîné, il faut compter au minimum 90 minutes.

La réalisation d'un test unique qui regrouperait tous les critères de fragilité d'une personne âgée paraît totalement utopique.

Nous avons observé lors de notre étude, que le principal motif de consultation des personnes âgées était le renouvellement d'ordonnance, comme nous l'avions suggéré, ce moment devrait devenir l'occasion pour le médecin généraliste de réaliser, au cours de ces consultations, réparties par exemple au cours d'une année, les dépistages de ces signes de fragilité.

Il faudrait essayer de former les médecins généralistes aux principaux tests de dépistage, en essayant de sélectionner des tests, pertinents, courts et applicables en médecine générale. Un logiciel informatique pourrait être mis au point pour répertorier sur une page, les tests ou échelles déjà remplis au cours de l'année, et à quelle date ? Ensuite, renvoyer le médecin vers les actions faites ou non en conséquences. Cela pourrait diriger le médecin vers les tests à remplir informatiquement en cas de besoin, et pourrait permettre au médecin d'avoir une vue d'ensemble de la prise en charge de son patient âgé.

Exemple de répartition des principaux tests à réaliser au cours d'une année

1) FACTEURS COGNITIFS

- MMSE (15 min)

- Test des 5 mots / Test de l'horloge (5min)

=> +/- consultation gériatrique et/ou APA.

2) FACTEURS D'AUTONOMIE

ADL/IADL (5min)

Evaluer domicile, troubles sphinctériens, isolement (15min)

=> +/- demande APA et plan d'aide.

3) FACTEURS MEDICAUX ET PSYCHOLOGIQUES

a) la dénutrition : MNA (15min), poids/IMC, albuminémie

=> +/- prise en charge de la dénutrition.

b) troubles sensoriels : Troubles visuels ou auditif (10min)

=> +/- consultation ophtalmologique ou ORL.

c) troubles de l'équilibre ou de la marche : vitesse de la marche, force poignée de main, timed up and go test (5min)

=> +/- aménagement du domicile (ergothérapeute) et/ou APA.

d) dépression : GDS ou miniGDS (1min)

=> +/- consultation psychiatrique ou introduction d'un traitement

APA : Oui/ Non, depuis quelle date ? Dernière réévaluation ? Préciser à côté de chaque item, le résultat et la date de réalisation.

Une des autres possibilités à envisager pour permettre aux personnes âgées d'avoir une évaluation gériatrique complète au moins une fois par an, serait de proposer une consultation préventive gériatrique « dépendance ».

Cette consultation pourrait être effectuée par le médecin généraliste lui-même s'il le souhaite, en collaboration avec des assistantes sociales, des IDE et ergothérapeutes... Au cours de cette évaluation, tous les signes importants de fragilité pourraient être recherchés. Après un travail d'équipe, le plan d'aide nécessaire pourrait être lancé, afin de permettre une prise en charge globale : demande d'aides financières, aménagement du domicile, prise en charge IDE, dossier APA, prise en charge médicale d'une éventuelle démence ou dénutrition, etc.

Pour une telle évaluation, il faut compter au minimum 90 minutes. Un dispositif pourrait être mis en place dans le cadre de la convention avec l'assurance maladie pour inciter les médecins généralistes à assurer ce dépistage systématique, avec un acte rémunéré à hauteur de l'importance des soins, et du temps consacré ?

Si le médecin généraliste préfère déléguer cette évaluation, pourquoi ne pas envisager une possibilité de prise en charge par la médecine préventive ?

CONCLUSION

L'activité gériatrique prend une place de plus en plus importante en médecine générale. Comme nous l'avons constaté, la prise en charge de la personne âgée est une prise en charge globale et complexe. C'est un domaine qui préoccupe les médecins généralistes, comme le souligne le fort taux de réponse à notre enquête.

Notre étude a montré que les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle étaient très sensibles au dépistage des situations à haut risque de perte d'autonomie et de la fragilité chez leurs patients âgées de plus de 75 ans. Que ce soit au niveau des facteurs médicaux et psychologique, des facteurs cognitifs ou des facteurs d'autonomie de fragilité, plus de 70% d'entre eux recherchent ces facteurs. Par contre, les médecins utilisent peu les méthodes d'évaluation gériatriques mises à leur disposition et conseillées par la HAS.

Ils jugent ces tests et échelles trop longs, trop compliqués, parfois inutiles. Ils avouent également un certain manque de formation. Le MNA est utilisé par 10% seulement des médecins recherchant les signes de dénutrition, la grille AGGIR par 36% des médecins qui recherchent les signes de perte d'autonomie, le MMSE est une exception, plus de la moitié des médecins de notre échantillon déclare utiliser ce test dans la recherche des troubles cognitifs. Cela s'explique certainement par le fait qu'il s'agit d'un test, simple, assez court, et que depuis quelques années on essaie de former les médecins généralistes à son utilisation, que ce soit dans les formations médicales, les revues médicales...

Il faut simplifier les tests à visée gériatrique, y former les médecins généralistes, et étudier leur faisabilité en médecine générale.

D'autres parts, notre travail a permis de montrer que les médecins généralistes ne s'impliquaient pas suffisamment dans la mise en place et le suivi de l'APA, seulement la moitié d'entre eux déclare participer à sa mise en place ou à sa réévaluation.

La demande d'APA et la grille AGGIR peuvent sembler rébarbatives, s'ajoute à cela les réticences fréquentes des patients. Pour améliorer cette mise en place, il est indispensable de simplifier les demandes d'APA, pourquoi ne pas former les médecins généralistes aux grilles ADL et IADL recommandées par la HAS, et leur permettre, en fonction des résultats, d'adresser directement au Conseil Général la demande d'APA, afin d'établir le plan d'aides

au plus tôt. Cela permettrait également de limiter l'évolution de la dépendance et limiter la survenue de situations de crise.

Cette proposition pourrait faire l'objet d'une étude, menée sur un certain nombre de médecins généralistes, afin d'évaluer l'impact de la formation médicale et la simplification des demandes d'APA, sur le dépistage et la prise en charge de la perte d'autonomie et de la dépendance.

La prise en charge de la personne âgée doit être une prise en charge globale, où le médecin généraliste joue un rôle de coordinateur. Notre étude a montré que le médecin accordait une grande importance à ce rôle. Il doit travailler en collaboration avec les gériatres, non pas en compétition, pourquoi ne pas donner plus de responsabilités aux médecins généralistes, notamment au niveau de la prescription de traitements dans les démences. Le médecin pourrait ainsi ressentir son travail comme valorisé, et cela pourrait améliorer son implication dans la prise en charge des troubles cognitifs ?

Finalement, les médecins généralistes sont très sensibilisés à la prise en charge des personnes âgées à haut risque de dépendance et de perte d'autonomie. La piste d'une évaluation gériatrique standardisée qui pourrait être reproductible dans le temps, semble pertinente, mais elle doit être adaptée à la pratique de la médecine générale, car le temps consacré à cette prise en charge représente un frein majeur à sa réalisation.

Doit-on fractionner le dépistage de la fragilité de la personne âgée, au cours d'une année ? En sélectionnant quelques tests pour leur pertinence et leur faisabilité en médecine générale ?

Doit-on instaurer une consultation de médecine préventive gériatrique de dépendance ?

Il serait intéressant de tester ces hypothèses en médecine générale, pour savoir quelle démarche optimise significativement la prise en charge des personnes âgées à haut risque de perte d'autonomie et de dépendance.

BIBLIOGRAPHIE

(1) BRYCKAERT B

Théories du vieillissement

Cours du DU de Gériatrie : Lille : 1999

Disponible à partir de : URL : <<http://bryckaert.bernard.free.fr/Theorivi.htm>>

(2) HERVY M

Les données de l'accompagnement des personnes âgées

Disponibles à partir de : URL :

<<http://www.apsp-paca.net/pdf-cr-mai-05/compte-rendu-hervy.pdf>>

(3) NOIN D

The very elderly in France

London : Elderly people and ageing, 1986, pp 29-40.

(4) BLAMPAIN N, CHARDON O

Projection de la population à l'horizon 2060

INSEE Première, 2010, n°1320, p 1

(5) BELLAMY V, BEAUMEL C

Bilan démographique 2012

INSEE Première, 2013, n°1429, p 3

(6) LEMMEL F, MOREAU G

Vivre et vieillir en Meurthe-et-Moselle : projection à l'horizon 2020

Economie Lorraine INSEE, février 2009, n°155, pp 1-2

(7) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

La Lorraine en 2040 : stagnation démographique

Economie Lorraine. INSEE, décembre 2010, n°234, p 3

(8) ROTH N

La prise en charge de la dépendance : où en sommes nous ?

Revue d'économie financière, 2004, n°76, pp 187-208

(9) Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

Journal Officiel, 21 juillet 2001

(10) ENNUYER B, GUILLEMARD AM

L'institutionnalisation de la dépendance

Mémoire d'habilitation à diriger des recherches, Université Paris V, 2001, p87

(11) LECLAIR A

Personnes âgées : le plan français contre la dépendance

Le Figaro [en ligne] 2010

Disponible à partir de : URL :

<<http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2010/02/17/01016-20100217ARTFIG00880-personnes-ageesle-plan-francais-contre-la-dependance-.php>>

(12) ARVEUX I, FAIVRE G, LENFANT L

Le sujet âgé et fragile

Revue gériatrique, septembre 2002, tome 27, n°7, pp 569-581

(13) TRIVAILLE C

Le syndrome de fragilité en gériatrie.

Médecine et hygiène, 2000, pp 2312-2317

(14) Institut National de la Santé et de la recherche médicale

L'épidémiologie des démences

La presse médicale, 2007, tome 36, n°10, pp 1431-1441

(15) FRIED L

Principles of geriatric medicine and gerontology (4th)

New York : MacGraw, 1994, pp1149-1156

(16) American Psychiatric

Association DSM-IV-TR

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé, Masson, Paris, 2004

(17) Formathon, Congrès de Médecine Générale, les cahiers de Formathon, 2008, Lille.

Les démences (types, dépistages)

Site formathon disponible à partir de URL :

<[http://formathon.fr/fr/spip.php?article 142](http://formathon.fr/fr/spip.php?article%20142), webmaster, 2008, p2>.

(18) BENETOS A, PERRET-GUILLAUME C, ROLLAND Y, GENTRIC A, ANKRI J, BLANCHARD F, BONNEFOY M, DE DECKER L, FERRY M, GONTHIER R, HANNON O, JEANDEL C, NOURHASHEMI F, RETORNAZ F, BOUVIER H, RUAULT H, BERRUT G

La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la société française Gériatrie et gérontologie.

Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrique du Vieillissement, décembre 2011, volume 9, n°4, p 90-387.

(19) COUTON V

Evaluer la dépendance à l'aide de groupe iso-resources GIR : une tentative en France.

Gérontologie et société, 2001, n°99, pp 111-129

(20) Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité

Décret n°2008-821, relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR, août 2008 Disponible à partir de : URL

<[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=2C9E584C810E8562AEFC612C3BC30B8A.tpdjo12v_1&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT00001935 4619&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=2C9E584C810E8562AEFC612C3BC30B8A.tpdjo12v_1&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000019354619&categorieLien=cid)>

(21) HAS

Affections psychiatriques de longue durée

Guide des affections longue durée, février 2009 (www.has-sante.fr).

(22) ISRAEL L

Evaluation de l'autonomie, Les activités instrumentales de la vie quotidienne,
IADL.

L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, Pierre Fabre, 1996, tome 2, pp 477-480.

(23) TAILLIA H

Explorer les démences par les tests neuropsychologiques.

Société médicale des Hôpitaux de Paris - 66^{ème} journée Française de
Médecine.

Paris, Ecole du Val-de-Grâce, 2010, pp 7-8.

Disponible à partir de : URL

<<http://www.smhp.fr/wp-content/uploads/2010/07/TAILLIA.pdf>>

(24) FOLSTEIN M-F, FOLSTEIN S-E, MC HUGH P-R

« Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for
the clinician.

Journal of Psychiatric Research, 1975, volume 12, pp 189-198

(25) KALAFAT M, HUGONOT-DIENER L, POITRENAUD J

Etalonnage français du MMS version GRECO

Revue de neuropsychologie, 2003, tome 13, n°2, pp 209-236

(26) SCHENK, LEUBA, BULA

Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer- 1^{ère} édition

Bruxelles : De Boeck, 2004, p 236

(27) COWPLI-BONY P, FABRIGOULE C, LETENNEUR L, RITCHIE K, ALPEROVITCH
A, DARTIGUES J-F, DUBOIS B

Le test des 5 mots : validité dans la détection de la maladie d'Alzheimer dans la
population générale.

Revue de neurologie, Paris, 2005, 161, n°12, pp 1205-1212

- (28) Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post Universitaire
Le test de l'horloge Disponible à partir de : URL
http://www.ammppu.org/abstract/geriatrie/test_horloge.htm
- (29) SCHNEIDER S, ALBRECHT C, ARAB S, RESTRAN S, VECCHIO V,
QUARANTA J, NEGREL M, GUERIN O, BROCKER P, HEBUTERNE X.
GNRI : le marqueur le plus sensible de dénutrition en gériatrie, 2007
Disponible à partir de : URL :
<<http://www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/0A-Resumes-JFHOD/2007/2052.htm>>
- (30) HOUGONOT-DIENER L
Présentation du MNA ou Mini-Nutritional Assessment, un outil de dépistage et de suivi.
Gérontologie et société, 2010, n°134, pp 133-141
- (31) PODSIADLO D, RICHARDSON S
The timed up and go test : a test of basic functional mobility for frail elderly persons
Journal of the American Geriatrics Society, tome 39, pp 142-148
- (32) HERNDON R-M
Handbook of Neurologic Rating Scales – Second edition
New-York : Demos Medical Publishing, 2006, 1 volume, p12.
- (33) GUELFY J-D
L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie
Pierre Fabre, 1996, tome II, pp 433-438
- (34) JONGENELIS K, POT A-M, EISSES A-M, GERRISTSEN D-L, DERKSEN M,
BEEKMAN A-T, KLUITER H, RIBBE M-W
Diagnostic accuracy of the original 30 item and shortened versions of the Geriatric
Depression Scale in nursing home patients.
Int Journal Geriatric of Psychiatry, 2005, tome 20, n°11, pp 1067-1074

(35) Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

Mini échelle de dépression gériatrique

Disponible à partir de : URL

<<http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFMiroir/campus-numériques/e-senior/cours/CoursMFP/Depression/D3%20Mini-GDS.pdf>>

(36) Hôpitaux Universitaires de Genève

Evaluation gériatrique standardisée

Disponible à partir de : URL

<http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/evaluation_geriatrique_standardisee12010df.pdf>

(37) STUCK A.E, SIU A.L, WIELAND G.D, ADAMS J, RUBENSTEIN L

Comprehensive geriatric assessment : a meta-analysis of controlled trials.

Lancet, 1993, pp1032-1036

(38) LE DEUN P, GENTRIC A

L'évaluation gériatrique standardisée : intérêt et modalités.

Médecine thérapeutique, 2004, tome 10, n°4, pp 229-236.

(39) Haute Autorité de Santé

Maladies d'Alzheimer et apparentées : diagnostic et prise en charge

Recommandations, décembre 2011, p2

<www.has-sante.fr>

(40) Services d'évaluation économique et santé publique

Réponse à la saisine du 3 juillet 2012 en application de l'article L,161-39 du code de la sécurité sociale

Argumentaire, septembre 2012, pp 7-8 (www.has-sante.fr)

- (41) Société française de gériatrie et de gérontologie
Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes à répétition.
Synthèse des recommandations professionnelles, avril 2009, pp 2-3
<www.has-sante.fr>
- (42) Haute Autorité de Santé
La dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée
Recommandations, avril 2007
<www.has-sante.fr>
- (43) Conseil Général de Meurthe-et-Moselle
L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
Disponible à partir de : URL
<<http://www.cg54.fr/fr/personnes-agees/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa.html>>
- (44) Ministère des Affaires sociales et de la santé
L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile
Disponible à partir de : URL
<<http://www.social-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/l-allocation-personnalisee-d,1900/l-allocation-personnalisee-d,12399.html>>
- (45) LOONE A
Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile
Evaluation des politiques sociales, décembre 2005, n° 221, pp 8-9
- (46) ARS Lorraine
Pacte Territoire Santé. Un plan global de lutte contre les déserts médicaux.
Disponible à partir de : URL
<http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/.../diaporama_PTS_88.pt>
- (47) BAUDIER F, BOURGUEIL Y, EVRARD I, GAUTIER A, LE FUR P, MOUSQUES J.
La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009
Questions d'économie de la santé, 2010, n°157, pp 1-6

(48) GAUTIER A.

Baromètre santé médecins généralistes 2009.

Saint-Denis : INPES : 2011, 266p.

(49) Observatoire régional de la santé Nord – Pas-de-Calais

Observations inattendues... et capricieuses de la santé – Ruralité et santé

Disponible à partir de : URL :

<http://www.orsnpdc.org/observation/238421_1ruralite.pdf>

(50) Pacte Territoire Santé

Un plan global de lutte contre les déserts médicaux

<www.ars.lorraine.sante.fr>

(51) KANDEL O, DUHOT D, VERY G, LEMASSON J-F, BOISNAULT P, SFMG

Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ?

Revue du Praticien de Médecine Générale, 2004, n°18, pp781-784

(52) Les généralistes franciliens effectuent en moyenne 112 actes par semaine

APM international

Disponible à partir de : URL :

<<http://www.hopital.fr/Hopitaux/Espace-medecin-liberal/Actualites/Les-generalistes-franciliens-effectuent-en-moyenne-112-actes-par-semaine>>

(53) URLM

Enquête visite à domicile, La visite à domicile chez les médecins franciliens

Disponible à partir de : URL :

<http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf>

(54) Drees

Les consultations et visites de médecins généralistes. Un essai de typologie.

Etudes et résultats, juin 2004, 11p.

(55) MATHIEU M.

Etat des pratiques des médecins généralistes de l'Indre en 2011 pour le dépistage de personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition.

Thèse faculté de Médecine : Tours : 2012, 81p.

(56) Union Régionale des Médecins Libéraux

Enquête : personnes âgées et dépendance, 2001

Disponible à partir de : URL :

<<http://www.urlm-idf.org/attachment/www/etudes1980.htm>>

(57) CLEMENT J-P, PREUX P-M, FONTANIER D, LEGER J-M

Mini GDS chez les patients âgés suivis en médecine générale

L'encéphale, 2001, tome 27, n°4, pp 329-337

(58) BOUCHET G

Fragilité : prévalence selon les critères de Fried chez des patients âgés de plus de 75 ans au centre d'évaluation gériatrique hospitalier. Intérêts en pratique clinique.

Thèse de Médecine, Grenoble, 2008, 72p.

(59) GONDOIN C

Le médecin généraliste face aux troubles mnésiques du sujet âgé au Luxembourg : étude sur la prise en charge réalisée, le vécu des médecins et la perception du traitement spécifique.

Thèse de Médecine, Paris, 2011, 152p.

(60) VAN DER BERG MJ, DE BAKER DH, SPREE UWENBERG P, WESTERT GP,

BRASPENNING JCC, VAN DER ZEE J, GROENEWEGEN J.

Labour intensity of guidelines may have a greater effect on adherence than GP's workload.

BMC family practice, 2009, n°10, p74.

(61) CANTEGREIL-KALLEN I, LIEBERHERR D, GARCIA A, CADILHAC M, RIGAUD A-S, FLAHAULT A.

La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste : résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles

La revue de médecine interne, 2004, n°25, pp 548-555.

(62) Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

Qualité de mise en œuvre de l'APA à domicile : Positionnement de gestionnaires, professionnels et bénéficiaires pour une approche croisée de qualité.

Rapport final, 2011, pp 43-45.

Disponible à partir de : URL :

<<http://www.orsmip.org/tlc/documents/rapportfinalapa.pdf>>

(63) COLOMBO F, et al.

Besoin d'aide ? La prestation des services et financement de la dépendance.

Etudes de l'OCDE sur les politiques de santé, Editions OCDE, 2011, 388p.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, DSM-IV

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

1. une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;

2. une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :

a. aphasie (perturbation du langage) b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes) c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes) d. perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

1. à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple : maladie cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ; 2. à des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple : hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH) ; 3. à des affections induites par une substance.

E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : trouble dépressif majeur, schizophrénie).

Codification fondée sur la présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement :

Sans perturbation du comportement : si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune perturbation cliniquement significative du comportement.

Avec perturbation du comportement : si les troubles cognitifs s'accompagnent d'une perturbation cliniquement significative (par exemple : errance, agitation) du comportement.

Préciser le sous-type : **À début précoce** : si le début se situe à 65 ans ou avant. **À début tardif** : si le début se situe après 65 ans.

ANNEXE 2 : Grille AGGIR

EVALUATION DEPENDANCE/AUTONOMIE A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN

PATIENT(E) EXAMINE(E) ☐ Monsieur ☐ Madame

NOM : _____ PRENOM : _____

Situation : ☐ Chronique ☐ Temporaire

REEMPLIR SUIVANT LES CRITERES CI-DESSOUS		S	T	H	C	A ou E ou C
S = spontanément T = totalement H = habituellement C = correctement Résultat = A si oui pour 4 adverbess B si oui pour 1 à 3 adverbess C si non pour tous les adverbess						
1	Cohérence : consenser et/ou se comporter de façon sensée					
2	Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux					
3	Toilette : concerne l'hygiène coporelle					
	HAUT					
	BAS					
4	Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter					
	HAUT					
	BOUTONNAGE					
	BAS					
5	Alimentation : manger les aliments préparés					
	SE SERVIR					
	MANGER					
6	Elimination : assurer l'hygiène de l'élimination					
	URINAIRE					
	FECALE					
7	Transferts : se lever, s'asseoir, se coucher					
8	Déplacements à l'intérieur du logement					
	Avec ou sans canne, déambulateur ...					
9	Déplacements à l'extérieur du logement					
	A partir de la porte d'entrée sans aide					
10	Communication à distance : utiliser les moyens de communication (téléphone, téléalarme ...)					

Docteur, merci de vérifier que :

- la situation chronique ou temporaire est bien renseignée,
- toutes les cases sont cochées sans ratures ni surcharges.

Veuillez, dater, signer et mettre votre tampon professionnel.

A LE SIGNATURE ET CACHET

ANNEXE 3 : Echelle ADL de KATZ (Activity of daily living)

Échelle de soins personnels IADL 1 ^o partie		
Nom	Prénom	
Sexe	Âge	
Date	Examineur	
		Code
A - Continence		
1. Va aux toilettes tout seul et n'est pas incontinent. 2. A besoin d'être aidé pour demeurer propre, d'être souvent sollicité à veiller à son hygiène, ou a de rares accidents (une fois par semaine maximum). 3. Se souille pendant son sommeil, plus d'une fois par semaine. 4. Se souille alors qu'il est éveillé et plus d'une fois par semaine. 5. Aucun contrôle sphinctérien, anal ou vésical.		
B - Alimentation		
1. Mange sans assistance. 2. Mange avec une légère assistance pendant les repas et avec une préparation particulière de la nourriture et/ou a besoin d'aide pour s'essuyer après les repas. 3. Est souvent négligé et a souvent besoin d'assistance pour se nourrir. 4. A besoin d'une assistance importante à tous les repas. 5. Ne parvient pas du tout à se nourrir et s'oppose aux tentatives des autres pour le nourrir.		
C - Habillement		
1. S'habille, se déshabille, choisir ses vêtements dans sa garde-robe. 2. S'habille et se déshabille avec une assistance légère. 3. A besoin d'une assistance modérée pour s'habiller ou choisir ses vêtements. 4. A besoin d'une assistance importante pour s'habiller, mais coopère aux efforts des autres pour 5. Est complètement incapable de s'habiller et s'oppose aux efforts des autres pour l'aider.		
D - Soins personnels (apparence nette et soignée, mains, visage, vêtements, etc.)		
1. Toujours habillé proprement et bien soigné sans assistance. 2. Se soigne convenablement avec une assistance légère et occasionnelle, par exemple pour se raser. 3. A besoin d'une assistance modérée et régulière ou d'une surveillance pour ses soins personnels. 4. A besoin qu'on s'occupe totalement de ses soins personnels mais peut se maintenir propre après cela. 5. Réduit à néant tous les efforts des autres pour lui conserver une bonne hygiène personnelle.		
E - Mobilité		
1. Va se promener dans des parcs ou en ville. 2. Se déplace à l'intérieur de sa résidence ou autour du pâti de maison. 3. Se déplace avec l'aide : a) d'une canne, b) d'une béquille, c) d'une chaise roulante : y sort et y rentre sans aide, a besoin d'aide pour y rentrer et en sortir. 4. S'assoied sans assistance sur une chaise ou une chaise roulante, mais ne peut se lever et en sortir sans aide. 5. Grabataire plus de la moitié du temps.		
F - Toilette		
1. Se lave tout seul sans aide (bain, douche, gant de toilette). 2. Se lave tout seul si on l'aide à entrer ou à sortir de la baignoire. 3. Ne se lave que le visage et les mains, mais ne peut se baigner. 4. Ne se lave pas seul, mais coopère quand on le lave. 5. Ne se lave pas tout seul et résiste aux efforts déployés pour le maintenir propre.		

ANNEXE 4 : Echelle IADL de LAWTON (Instrumental Activities of Daily Living)

Merci d'entourer le chiffre correspondant à la situation actuelle de votre état de santé.

• **Capacités à utiliser le téléphone :**

- 1. j'utilise le téléphone et compose les numéros seul ;
- 0. je ne me sers pas du téléphone ;

• **Faire les courses :**

- 1. je fais les courses seul ;
- 0. je suis toujours accompagné ou ne fais pas mes courses ;

• **Préparation des repas :**

- 1. je prévois, prépare et sers les repas ;
- 0. j'ai besoin qu'on me prépare et me serve mes repas ;

• **Entretien de la maison :**

- 1. j'entretiens seul la maison ou avec une aide occasionnelle (gros travaux) ;
- 0. je ne participe pas à l'entretien de la maison ;

• **Lessive :**

- 1. je fais toute ma lessive personnelle ;
- 0. toute la lessive doit être faite par d'autres ;

• **Moyens de transport :**

- 1. je voyage de façon indépendante par transport public, véhicule particulier ou organise mes déplacements en taxi ;
- 0. je ne me déplace pas du tout ;

• **Responsabilité pour la prise des médicaments :**

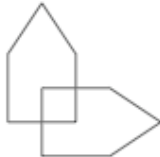
- 1. je prépare et prends mes médicaments seul au dosage et à l'heure correcte ;
- 0. je ne prends pas mes médicaments seul ;

• **Capacités à gérer son budget :**

- 1. je gère mes finances (budget, chèques, factures, loyer, opération de banque) ;
 - 0. je suis incapable de manipuler l'argent.
- TOTAL :**

ANNEXE 5 :MMSE

MINI-MENTAL TEST DE FOLSTEIN

Score maximal	Score	
5		ORIENTATION (1 point par réponse juste) - En quelle année sommes-nous ? - Quelle saison ? - Quel mois ? - Quelle est la date ? - Quel est le jour ?
5		- Dans quelle pays sommes-nous ? - Quelle ville ? - Quel département ? - Quel est le nom de l'hôpital ? (ou adresse du médecin) - Quelle salle ? (ou endroit, cabinet, etc,...)
3		APPRENTISSAGE Donner 3 noms d'objets au rythme de un par seconde (ex : cigare, fleur, porte) ; à la répétition immédiate compter 1 par réponses correctes. Répéter jusqu'à ce que les 3 mots soient appris. Compter le nombre d'essais (ne pas coter).
5		ATTENTION ET CALCUL Compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois. Arrêter après 5 soustractions. Noter le nombre de réponses correctes.
3		RAPPEL Demander les 3 noms d'objets présentés auparavant (1 point par mot correct)
9		LANGAGE - Dénommer un stylo, une montre (2 points) - Répéter : "Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et" (1 point) - Exécuter un ordre triple : "Prenez un papier dans la main droite, pliez le en deux et jetez le sur le plancher" (1 point par item correct) - Copier le dessin suivant (1 point) : Tous les angles doivent être présents  - Ecrire une phrase spontanée (au moins 1 sujet et 1 verbe, sémantiquement correcte, mais la grammaire et l'orthographe son indifférentes (1 point)
TOTAL (30)		
Apprécier le niveau de vigilance sur un continuum : Vigile Obnubilé Stupeur Coma		

Détérioration intellectuelle légère entre 21 et 15 points ; modérée entre 5 et 15 ; sévère au-dessous de 5

ANEXE 6 : Le test de Cinq mots

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

---- Fleur : **Rose**

---- Animal : **éléphant**

---- Vêtement : **chemise**

---- Fruit : **abricot**

---- Instrument de musique : **violon**

RAPPEL IMMEDIAT DE COMPREHENSION

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

RAPPEL IMMEDIAT DE L'ENCODAGE

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

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

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

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

EPREUVE ATTENTIONNELLE INTERCURENTE

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

RAPPEL DIFFERE

On lui demande ensuite de donner les 5 mots : rappel libre, **et éventuellement** en cas de difficulté par catégorie : rappel indicé : « il y avait une fleur; un vêtement; un instrument, etc,». Le score obtenu est le « **Total 2** » (1 point par bonne réponse soit un maximum de 10)

RESULTATS

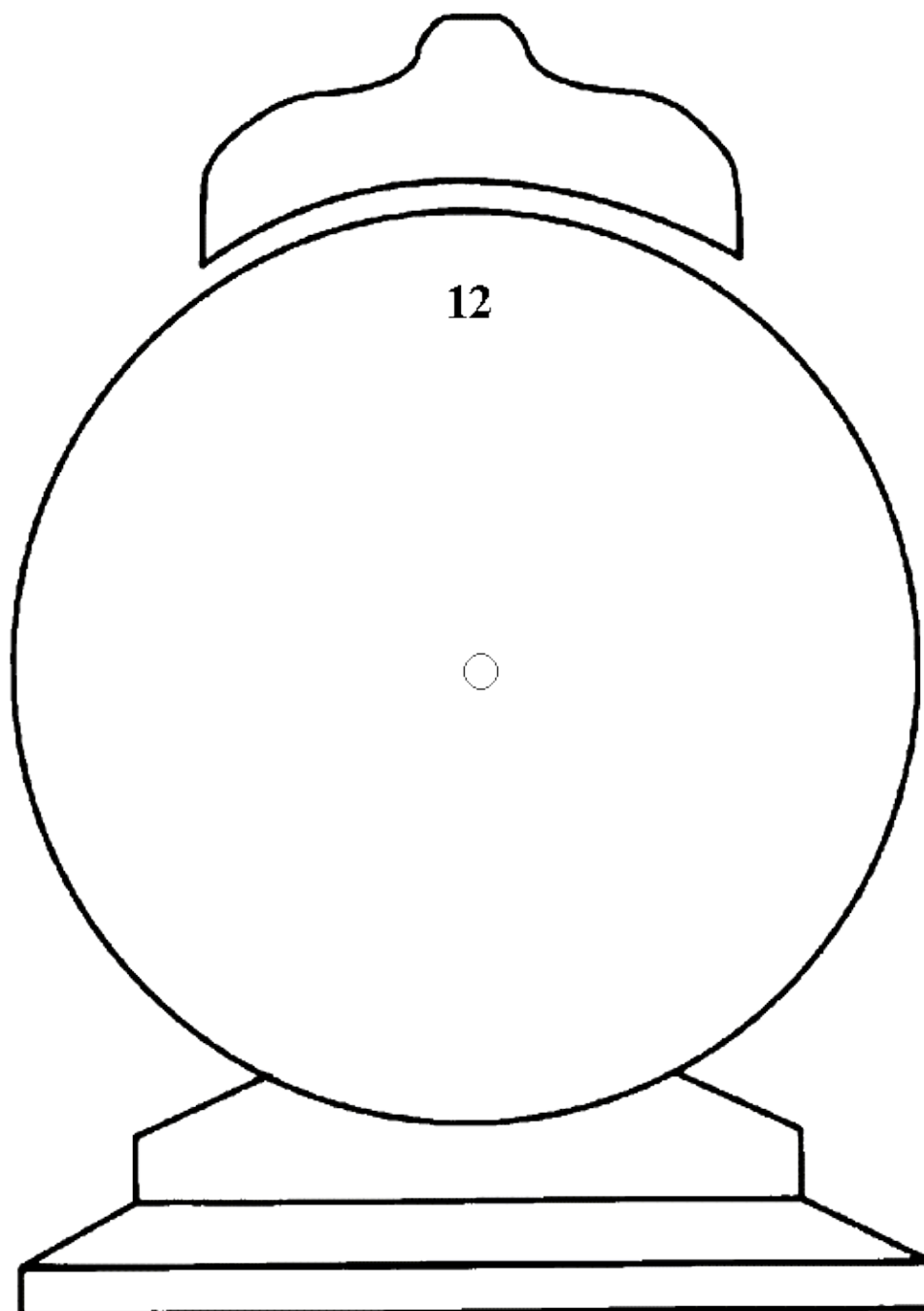
Il existe un trouble de la mémoire dès qu'un mot a été oublié.

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

Cette somme doit être normalement au-dessus de 16.

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

ANNEXE 7 : Test de l'horloge



Placer les nombres autour du cadran en commençant par le 1, puis positionnez les aiguilles indiquant cinq heure moins le quart.

ANNEXE 8 : MNA-sf

Le Mini Nutritional Assessment Short-Form

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Date : _____
Âge : /__ /__ /__ Poids : /__ /__ /__ kg Taille : /__ /__ /__ /__ cm Hauteur du genou : /__ /__ /__ cm

Dépistage (MNA- SF®)

A. Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?

- 0 : anorexie sévère ;
- 1 : anorexie modérée ;
- 2 : pas d'anorexie

B. Perte récente de poids (< 3 mois)

- 0 : perte > 3 kg ;
- 1 : ne sait pas ;
- 2 : perte de poids entre 1 et 3 kg ;
- 3 : pas de perte de poids

C. Motricité

- 0 : du lit au fauteuil ;
- 1 : autonome à l'intérieur ;
- 2 : sort du domicile

D. Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?

- 0 : oui ;
- 2 : non

E. Problèmes neuropsychologiques

- 0 : démence ou dépression sévère ;
- 1 : démence ou dépression modérée ;
- 2 : pas de problème psychologique

F. Index de masse corporelle (IMC) = poids/(taille)² en kg/m²

- 0 : IMC < 19 ;
- 1 : 19 < IMC < 21 ;
- 2 : 21 < IMC < 23 ;
- 3 : IMC > 23

Score de dépistage (sous-total maximum = 14 points)

12 points ou plus : normal

11 points ou moins : possibilité de malnutrition

ANNEXE 9 : MNA complet

Évaluation rapide de l'état nutritionnel

(Mini Nutritional Assessment - MNA - 1998)

Nom :	Prénom :	Sexe :	Date :
Âge :	Poids, kg	Taille en cm :	Hauteur du genou, cm :
MNA (Mini Nutritional Assessment)			
DÉPISTAGE		K - Consomme-t-il ?	
A - Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie		• Une fois par jour au moins des produits laitiers ? oui ☐ non ☐ • Une ou deux fois par semaine des oeufs ou des légumineuses ? oui ☐ non ☐ • Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ? 0,0 = si 0 ou un oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui	
B - Perte récente de poids (< 3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids		L - Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui	
C - Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile		M - Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres	
D - Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ? 0 = oui 2 = non		N - Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté	
E - Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique		O - Le patient se considère-t-il comme bien nourri ? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition	
F - Indice de masse corporelle (IMC = poids/taille ² , en kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23		P - Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure	
Score de dépistage (sous-total max. 14 points) 12 points ou + = normal pas besoin de continuer l'évaluation 11 points ou moins = possibilité de malnutrition. Continuez l'évaluation pour obtenir une appréciation précise		Q - Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≥ 21 CB < 22 1,0 = CB ≥ 22	
ÉVALUATION GLOBALE		R - Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31	
G - Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 0 = non 1 = oui		Évaluation globale (max 16 points):	
H - Prend plus de 3 médicaments 0 = oui 1 = non		Score de dépistage :	
I - Escarres ou plaies cutanées ? 0 = oui 1 = non		Score total (max 30 points):	
J - Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas		Appréciation de l'état nutritionnel de 17 à 23,5 points risque de malnutrition moins de 17 points mauvais état nutritionnel	

Source: Lettre gériatrique n° 91 - Eisenstein L (Los Angeles), Velhas B (Toulouse) congrès American Geriatrics Society, Seattle, 1998.

ANNEXE 10 : Timed up and go test

Le patient est assis dans un siège bas (pas de fauteuil trop profond) qui comporte des accoudoirs. Une marque est placée sur le sol à 3 mètres.

Observer : a-t-il besoin de pousser sur les accoudoirs, on non ?

TEST « GET UP AND GO »

Observer : se penche-t-il en avant normalement au moment de se lever, ou se rejette-t-il en arrière ?

Chronométrer : le tout exécuté en 20 sec ou non ?

Se lever du siège : le patient se rejette-t-il en arrière ? -4

Se penche-t-il en avant de manière anormale ? 0

Est-il obligé de s'aider des accoudoirs ? -2

Se lève-t-il d'un seul élan ? 0

A-t-il besoin de deux ou trois essais ? -1

Marcher devant soi 3m : marche rectiligne, sans détours ? 0

Méandres prononcés -1

Faire demi-tour rapidement : est-il capable de pivoter sur place ? 0

Est-il obligé d'exécuter plusieurs pas successifs ? -3

Retourner s'asseoir : Descend-il avec contrôle de la flexion des genoux ? 0

Se laisse-t-il tomber dès que la flexion atteint 30° ? -4

Observer la stratégie utilisée pour se lever. Trois stratégies possibles :

1.Stratégie de dominance verticale. La flexion du tronc s'arrête dès que commence la poussée verticale des genoux. **Normal**

2.Exagération de la flexion du tronc ; il s'agit d'une stratégie de stabilisation par augmentation marquée de la flexion du tronc juste avant de se lever, ce qui place le centre de gravité au-dessus des pieds et résulte en un redressement tardif du tronc. **Perturbé**

3.Stratégie de Transfert de moment : la partie haute du corps est lancée en avant, déterminant un transfert de moment de l'horizontal vers le moment vertical. **Très perturbé**

Se lever demande une accélération verticale du tronc, pour cette raison la stabilité dynamique est étroitement corrélée avec la force du Quadriceps, et les personnes affaiblies éprouvent une difficulté à se lever et de l'instabilité. Une force accrue dans le quadriceps permet de bénéficier d'une meilleure stabilité dynamique.

ANNEXE 11 : GDS (GERIATRIC DEPRESSION SCALE)

DATE :

1. Etes-vous fondamentalement satisfait de votre vie ? OUI/NON
2. Avez-vous renoncé à beaucoup de vos activités, de vos centres d'intérêts ? OUI/NON
3. Considérez-vous que votre vie est vide ? OUI/NON
4. Vous ennuyez-vous souvent ? OUI/NON
5. Attendez-vous quelque chose de l'avenir ? OUI/NON
6. Etes-vous perturbé par des pensées que vous ne pouvez pas chasser de votre esprit ? OUI/NON
7. Etes-vous la plupart du temps de bonne humeur ? OUI/NON
8. Redoutez-vous que quelque chose vous arrive ? OUI/NON
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ? OUI/NON
10. Avez-vous un sentiment d'impuissance ? OUI/NON
11. Etes-vous souvent agité, impatient ? OUI/NON
12. Préférez-vous rester chez vous plutôt que de sortir et de faire des choses nouvelles ? OUI/NON
13. Vous inquiétez-vous souvent de l'avenir ? OUI/NON
14. Considérez-vous que vous avez plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens ? OUI/NON
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux d'être en vie maintenant ? OUI/NON
16. Vous sentez-vous souvent triste, abattu ? OUI/NON
17. Considérez-vous dans l'état où vous êtes, vous n'avez plus aucune utilité ? OUI/NON
18. Vous inquiétez-vous beaucoup à propos du passé ? OUI/NON
19. Estimez-vous que la vie est très passionnante ? OUI/NON
20. Avez-vous des difficultés à commencer de nouveaux projets ? OUI/NON
21. Vous sentez-vous plein d'énergie ? OUI/NON
22. Avez-vous le sentiment que votre situation est désespérée ? OUI/NON
23. Pensez-vous que la majorité des gens s'en tirent mieux que vous ? OUI/NON
24. Etes-vous souvent contrarié par de petites choses ? OUI/NON
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ? OUI/NON
26. Avez-vous des difficultés à vous concentrer ? OUI/NON
27. Aimez-vous vous lever le matin ? OUI/NON
28. Préférez-vous éviter les occasions sociales ? OUI/NON
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ? OUI/NON
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ? OUI/NON
30. Votre esprit est-il aussi clair qu'autrefois ? OUI/NON

SCORE Hamilton D = ...

Interprétation :

0-10 : Normal

11-20 : Dépression légère

21-30 : Dépression modérée à sévère

ANNEXE 12 : Mini-GDS

Poser les questions au patient en lui précisant que pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.

- | | |
|--|------------------|
| 1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ? | oui = 1, non = 0 |
| 2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | oui = 1, non = 0 |
| 3. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ? | oui = 0, non = 1 |
| 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? | oui = 1, non = 0 |

Cotation

Si score total égal ou supérieur à 1, forte probabilité de dépression

Si score total = 0, forte probabilité d'absence de dépression

ANNEXE 13 : QUESTIONNAIRE MEDECINS GENERALISTES

CARACTERISTIQUES DES MEDECINS

1. Sexe

Une seule réponse possible.

- ☐ Homme
- ☐ Femme

2. Age

Une seule réponse possible.

- ☐ < 35 ans
- ☐ 35-45 ans
- ☐ 45-55 ans
- ☐ > 55 ans

3. Type d'activité

Une seule réponse possible.

- ☐ Seul
- ☐ Groupe

4. Type patientèle

Une seule réponse possible.

- ☐ Rurale
- ☐ Semi-rurale
- ☐ Urbaine

TPOLOGIE DE LA PATIENTELE

5. En moyenne, combien de consultation réalisez-vous quotidiennement?

Une seule réponse possible.

- ☐ < 15
- ☐ 15-25
- ☐ 25-35
- ☐ 35-45
- ☐ > 45

6. Quelle est la part de patients âgés de 75 ans et plus dans ces consultations?

Une seule réponse possible.

- ☐ < 25%
- ☐ 25-50%
- ☐ 50-75%
- ☐ > 75%

7. En moyenne combien de visites à domicile réalisez-vous par jour?

.....

8. Sur ces visites à domicile, combien sont consacrées à vos patients de 75 ans et plus?

.....

9. Pour quelles raisons les visites à domicile peuvent-elles être ressenties comme une contrainte ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ nombre de visites trop important
- ☐ mauvaise conditions d'examen
- ☐ difficultés d'accès
- ☐ chronophage
- ☐ rémunération insuffisante
- ☐ aucune
- ☐ Autre :

10. Pour quels motifs de consultation voyez-vous le plus souvent vos patients de 75 ans et plus? Citez-en 3 par ordre de fréquence.

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

PRISE EN CHARGE MEDICALE

DEPISTER LES FACTEURS MEDICAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE FRAGILITE

11. Quels sont pour vous les 3 principaux signes de fragilité pour une personnes de 75 ans et plus?

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

12. Evaluez-vous les facteurs médicaux et psychologiques de fragilité?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

13. Si oui, comment?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Timed up and go test
- ☐ Mini Nutritional Assessment
- ☐ Echelle Gériatrique de Dépression

☐ votre appréciation clinique

☐ Autre :

14. Si oui, à quelle fréquence?

Une seule réponse possible.

☐ 1 fois par mois

☐ 1 fois tous les 6 mois

☐ 1 fois par an

☐ < 1 fois par an

☐ lors d'un événement déclencheur

15. Si non, pourquoi?

Plusieurs réponses possibles.

☐ manque d'information et/ou de connaissances sur les méthodes d'évaluation

☐ manque de temps

☐ réalisation test trop compliquée

☐ mauvaise acceptabilité du patient

☐ Autre :

16. Si vous disposiez de plus d'informations sur les méthodes d'évaluation, les utiliseriez-vous?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

17. Si non, pourquoi?

.....

DEPISTER LES FACTEURS COGNITIFS

18. Recherchez-vous les signes de démences chez vos patients âgés de 75 ans et plus?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

19. Si oui, à l'aide de quels moyens?

Plusieurs réponses possibles.

☐ MMSE

☐ test des 5 mots de Dubois

☐ test de l'horloge

☐ interrogatoire du patient

☐ interrogatoire entourage

☐ appréciation clinique

20. Si oui, à quelle fréquence?

Une seule réponse possible.

- ☐ 1 fois par mois
- ☐ 1 fois tous les 6 mois
- ☐ 1 fois par an
- ☐ < 1 fois par an
- ☐ lors d'un événement déclencheur

21. Si non, pourquoi?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ manque d'information et/ou de connaissances sur les méthodes d'évaluation
- ☐ manque de temps
- ☐ réalisation tests trop compliquée
- ☐ mauvaise acceptabilité du patient
- ☐ Autre :

22. Si vous disposiez de plus d'informations sur les méthodes d'évaluation des démences les utiliseriez-vous?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

23. Si non, pourquoi?

.....

DEPISTER, EVALUER LES FACTEURS D'AUTONOMIE

24. Evaluez-vous le degré de perte d'autonomie de vos patients de 75 ans et plus?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

25. Si oui, comment?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ grille AGGIR
- ☐ échelle ADL/IADL
- ☐ interrogatoire du patient
- ☐ interrogatoire de l'entourage
- ☐ appréciation clinique
- ☐ Autre :

26. Si oui, à quelle fréquence?

Une seule réponse possible.

- ☐ 1 fois par mois
- ☐ 1 fois tous les 6 mois
- ☐ 1 fois par an
- ☐ < 1 fois par an
- ☐ lors d'un événement déclencheur

27. Si non, pourquoi?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ manque d'information et/ou de connaissances sur les méthodes d'évaluation
- ☐ manque de temps
- ☐ réalisation tests et grilles trop compliquée
- ☐ mauvaise acceptabilité du patient
- ☐ Autre :

28. Si vous disposiez de plus d'informations sur les méthodes d'évaluation, les utiliseriez-vous?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

29. Si non, pourquoi?

.....

ROLE DE COORDINATEUR

30. En général, qui est à l'initiative de la mise en place de l'APA?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ vous même
- ☐ le patient
- ☐ la famille ou l'aidant principal
- ☐ l'assistante sociale
- ☐ IDE
- ☐ services hospitaliers, gériatres
- ☐ Autre :

31. Rencontrez-vous des difficultés lors de la mise en place de l'APA?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

32. Si oui, lesquelles?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ mauvaise acceptabilité du patient
- ☐ manque d'information
- ☐ demande trop compliquée à réaliser
- ☐ non accessibilité des intervenants à domicile
- ☐ Autre :

33. A quelle fréquence réévaluez-vous cette allocation?

Une seule réponse possible.

- ☐ 1 fois par an
- ☐ 1 fois tous les 2 ans
- ☐ 1 fois tous les 5 ans
- ☐ lors d'un événement déclencheur
- ☐ jamais

34. Le plus souvent qui est à l'initiative de cette réévaluation?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ vous même
- ☐ la famille, l'aidant principal
- ☐ IDE, aides à domicile
- ☐ gériatres, services hospitaliers
- ☐ assistante sociale
- ☐ Autre :

35. En cas de difficultés à l'élaboration du dossier de la demande d'APA, vers qui vous orientez-vous?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Conseil Général
- ☐ assistante sociale
- ☐ CLIC
- ☐ Réseau gérontologique
- ☐ personne
- ☐ Autre :

36. Vous arrive-t-il d'avoir recours à une prise en charge complémentaire par un gériatre, pour vos patients âgés de 75 ans et plus?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

37. Si oui, dans quelles situations?

.....
.....

38. A quelle prise en charge complémentaire avez-vous recours pour vos patients âgés de 75 ans et plus?

Une seule réponse possible par ligne.

Recours
Géiatres
IDE/SSIAD
Kinésithérapeutes
Ergothérapeutes
Assistants sociales
Réseaux gérontologiques

39. Sont-ils accessibles?

Une seule réponse possible par ligne.

Accessibilité
Géiatres
IDE/SSIAD
Kinésithérapeutes
Ergothérapeutes
Assistants sociales
Réseaux gérontologiques

40. Estimez-vous être en mesure d'assurer votre rôle de coordinateur?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

41. Si non, pourquoi?

Plusieurs réponses possibles.

☐ manque de temps

☐ rémunération insuffisante

☐ manque de disponibilités des autres acteurs

☐ mauvaise acceptabilité des patients

☐ Autre :

42. Quels principaux obstacles rencontrez-vous dans la prise en charge de vos patients âgés de 75 ans et plus?

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

VU

NANCY, le **24 octobre 2013**

Le Président de Thèse

NANCY, le **25 octobre 2013**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur A. BENETOS

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6680

NANCY, le 31/10/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE :

Objectif : Evaluer les pratiques des médecins généralistes pour la prise en charge des personnes âgées à haut risque de perte d'autonomie et de dépendance.

Méthode : Enquête téléphonique, auprès de 51 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle, s'intéressant au dépistage des facteurs de fragilité (facteurs médicaux, psychologiques, cognitifs et d'autonomie), au rôle de coordinateur des médecins et aux obstacles qu'ils rencontrent.

Résultats : Le taux de participation a été de 51%. Plus de 70% des médecins dépistent la fragilité. Ils utilisent peu les tests et échelles à visée gériatriques. Le MNA est utilisé par 10%, la grille AGGIR 36%, aucun médecin n'utilise les échelles ADL/IADL, le MMSE est une exception 50% l'utilisent. Les médecins trouvent ces tests trop longs et trop compliqués à réaliser. Ils ne s'impliquent pas assez dans la mise en place et le suivi de l'APA. Les principaux obstacles rencontrés sont : le manque de temps, la lourdeur administrative, les refus du patient et de sa famille.

Conclusion : Les médecins généralistes sont sensibles au dépistage des signes de fragilité de leurs patients, mais utilisent peu les outils recommandés. Le manque de temps et la lourdeur administrative sont un frein à leur rôle de coordinateur. Il faut simplifier ces tests, former les médecins à leur usage et organiser le dépistage : consultation de médecine préventive gériatrique ? Dépistage par le médecin généraliste, à l'aide d'une sélection de tests (à déterminer), répartis au cours d'une année ?

TITRE EN ANGLAIS : Professional practices of the general practitioners evaluations regarding the covering of the elderly people with high risk of loss of independence, in Meurthe-et-Moselle.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2013

MOTS-CLES : médecine générale, gériatrie, dépistage, évaluation, dépendance, fragilité, APA, coordination.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
