

LISTE DES ABREVIATIONS

INSEE : institut national des sondages et des études économiques
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EGS : évaluation gériatrique standardisée
IADL : instrumental activity day living (échelle d'évaluation des activités instrumentale de la vie courante)
AGGIR : autonomie gérontologique groupe iso-ressource
GRECO : groupe de réflexion sur les évaluations cognitives
MNA : Mini nutritional assesment
GDS : geriatric depression scale
MG : médecin généraliste
HAS : haute autorité de santé
MMSE : mini mental state evaluation
CRP : protéine C-reactive
TSH : thyroid stimulating hormon
VIH : virus de immunodéficience humaine
IRM : imagerie par résonance magnétique
CLIC : centre local d'information et de coordination
CCAS : centre communal d'action sociale
ORL : oto-rhino-laryngologiste
PRISMA : programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie
GFI : Groningen frailty indicator
EMG : équipe mobile de gériatrie
SMMSE : short mini mental state evaluation

PLAN

INTRODUCTION.....	page 12
MATERIEL ET METHODE.....	page 17
RESULTATS.....	page 23
DISCUSSION.....	page 43
CONCLUSION.....	page 64
BIBLIOGRAPHIE.....	page 65
TABLE DES MATIERES.....	page 69
ANNEXES.....	page 72

I. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population française s'accroît progressivement. Selon les projections de l'INSEE, en 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans, soit une hausse de 80 % en près de 50 ans. L'augmentation devrait être la plus forte pour les personnes âgées de 75 ans ou plus, passant de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060; ainsi que pour les 85 ans et plus passant de 1,3 à 5,4 millions.(1) L'espérance de vie progresse mais n'est pas accompagnée d'un progrès analogue en termes d'années d'espérance de vie sans incapacité.(2) Ainsi, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter de 50 % entre 2000 et 2040, pour atteindre alors 1 230 000 personnes. La dépendance de ces personnes âgées sera liée à l'accumulation de diverses pathologies chroniques qui induiront des difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne nécessitant ainsi l'assistance d'une tierce personne.(3)

Alors qu'une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de 2005 a montré que 8 français sur 10 souhaiteraient pouvoir rester au domicile, les pathologies chroniques associées à l'avancée en âge altèrent l'autonomie et l'indépendance s'opposant ainsi au maintien au domicile.

La prévention et la prise en charge de la dépendance sont donc des enjeux majeurs tant médicaux que sociaux et financiers. (4)

L'une des pistes envisagées est d'intervenir avant l'état de dépendance, c'est-à-dire chez les patients fragiles. Ce concept récent de fragilité a été défini par l'Organisation Mondiale de la Santé comme un état résultant de « la réduction multi-systémique des aptitudes physiologiques limitant ainsi les capacités d'adaptation au stress ou au changement d'environnement ou une vulnérabilité liée à une diminution des réserves physiologiques propres de l'individu. » Ainsi la fragilité décrit un « état d'équilibre précaire à risque de déstabilisation, constituant un état intermédiaire entre un état vigoureux et la dépendance. » (5) (6)

Plusieurs échelles multi-dimensionnelles ont été élaborées pour évaluer la fragilité. Le *gold standard* actuel est le modèle de L. Fried. (9)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - 5 critères de fragilité : <ul style="list-style-type: none"> - perte de poids involontaire au cours de la dernière année - vitesse de marche lente - faible endurance - faiblesse / fatigue - activité physique réduite - 3 états facilement repérables : <ul style="list-style-type: none"> - non fragile (pas de critères) - pré-fragile ou intermédiaire (1 ou 2 critères) - fragile (3 critères ou plus) |
|---|

Tableau I : critères de fragilités de L. Fried

Devant ce nombre croissant de personnes âgées à risque, intervenir lorsque la personne âgée est fragile semble par conséquent nécessaire afin d'éviter l'entrée dans la dépendance.

Dans ce contexte, les médecins généralistes ont un rôle majeur à jouer, celui du dépistage de la fragilité afin de mettre en place des mesures préventives et curatives adaptées :

Il s'agissait d'ailleurs d'un des objectifs du plan solidarité-grand-âge 2007-2012 (7) qui promouvait une politique de prévention des maladies liées au vieillissement. Il impliquait notamment les médecins généralistes dans ce dépistage en prévoyant une consultation systématique de prévention à 70 ans. Au terme de cette expérimentation, les médecins ont confirmé que cette intervention basée sur un auto-questionnaire et une consultation, permettait de détecter des troubles qui n'avaient pas été repérés en dehors de ce temps privilégié. Malgré des résultats encourageants, cette expérimentation n'a pas été reconduite. (8)

L'évaluation gériatrique standardisée pour le repérage de la personne âgée fragile :

Le docteur Marjory Warren a développé dès 1930 la discipline gériatrique. Ses différents travaux ont permis de démontrer que pour améliorer la prise en charge des patients âgés, une approche multidimensionnelle et multidisciplinaire était nécessaire.

C'est dans ce sens que l'évaluation gériatrique standardisée a été développée. Elle s'attache à évaluer différents domaines qui, s'ils sont altérés, entraînent un état de fragilité qui peut nuire au maintien de l'autonomie.

L'EGS est une évaluation multi-dimensionnelle qui évalue donc différents domaines pour détecter au plus tôt l'entrée dans la fragilité et ensuite suivre l'évolution de ces personnes une fois les actions nécessaires mises en place. Les pratiques des différents réseaux gérontologiques en matière d'EGS ne sont pas encore uniformisées.

On retrouve le plus souvent l'évaluation des domaines suivants :

<i>Domaines évalués par l'EGS</i>	<i>Tests pouvant être utilisés</i>
Autonomie	- 4- IADL - grille AGGIR
Fonctions cognitives	- MMS version du GRECO - test des 5 mots de Dubois - test de l'horloge
État nutritionnel	- MNA +/- grille spécifique pour le repérage de la consommation d'alcool
Humeur	- mini-GDS
Douleur	- grille spécifique d'évaluation de la douleur
Marche et équilibre	- station unipodale - get up and go test
Contexte de vie du patient	- fiche administrative et sociale - fiche mode de vie, - mini-Zarit

Tableau II : domaines évalués par l'EGS et tests correspondants

Les résultats de ces différents tests permettent d'identifier un problème médical et de déterminer sa prise en charge.

L'intérêt de l'EGS a été démontré en milieu hospitalier, mais aussi en soins primaires.

Dès 1984, Rubenstein et al. montraient qu'une évaluation globale multidisciplinaire du sujet âgé hospitalisé réduisait la morbi-mortalité, le nombre d'hospitalisations et de ce fait les dépenses de santé. (10) Une méta-analyse de Stück et al. (11) a confirmé cette étude en démontrant que l'EGS effectuée au cours d'une hospitalisation mais également en soins primaires permettait une réduction de la

mortalité, une réduction de la fréquence des nouvelles hospitalisations, une augmentation de la survie des patients à domicile et un effet bénéfique sur les capacités cognitives et fonctionnelles ainsi qu'un accroissement du maintien à domicile. L'évaluation gériatrique standardisée telle qu'elle est pratiquée dans les services de gériatrie n'a donc plus à faire preuve de son efficacité.

Ce résultat peut-il être étendu à la pratique de médecine de ville ? Une étude menée par M.S. Pathy et al (12), en 1992 comparait deux groupes de patients vivants à domicile. Le premier groupe bénéficiait d'un dépistage et d'une surveillance accrue tandis que le groupe témoin n'en bénéficiait pas. Après 3 ans, l'étude montrait dans le groupe test une diminution de la durée d'hospitalisation mais sans diminution du nombre d'hospitalisations, ainsi qu'une réduction du nombre de demandes de visites à domicile par un généraliste et une auto-évaluation de l'état de santé bien meilleure que dans le groupe témoin.

Il a aussi été démontré que l'implication des médecins généralistes dans l'évaluation gériatrique favorisait l'adhésion des patients aux recommandations faites suite à la consultation gériatrique ainsi que leur application. (13) (14)

En pratique, les généralistes utilisent peu l'EGS mais ils ont développé d'autres stratégies de repérage et de prise en charge du sujet âgé à risque :

Fort de ce constat l'EGS devrait donc avoir une place primordiale dans la prise en charge des patients âgés en médecine générale. Or, il a été montré que d'une manière générale les médecins généralistes utilisent peu les divers tests et échelles d'évaluation. Les causes invoquées par les généralistes dans l'étude de Cario et al étaient notamment un manque de connaissance des tests et des différentes échelles d'évaluation mais aussi un manque de temps pour les réaliser ainsi que des doutes sur leur utilité clinique. En pratique, l'EGS est donc peu pratiquée en soins primaires de façon formelle.

Pourtant, comme le soulignent De Lepeleire et al (16), « la médecine doit changer pour servir une société vieillissante ». Il constate également que les généralistes ont besoin d'outils simples pour dépister précocement les déficits. (17) L'évaluation globale du patient constitue un pilier de la pratique de la médecine générale. Il semble intéressant de s'interroger sur les stratégies d'évaluation mises en place par les médecins généralistes de manière formelle et/ou informelle dans la prise en charge de leurs patients âgés.

Ce travail comportait deux objectifs principaux:

- Déterminer les pratiques objectives des généralistes en matière d'évaluation gériatrique ainsi que les domaines évalués et les outils d'évaluation utilisés.
- Déterminer les critères subjectifs d'évaluation des personnes âgées utilisés par les médecins généralistes.

II. MATERIEL ET METHODE

1 Choix de la méthode

1.1 Type d'étude : une étude qualitative

Notre question de recherche portait sur les pratiques des généralistes en matière d'évaluation du sujet âgé. Beaucoup d'articles traitent de l'évaluation gériatrique en milieu hospitalier et de son intérêt. Par contre, quelques articles pointent du doigt les spécificités de la médecine générale, qui ne permettent pas aux généralistes de mettre en œuvre l'EGS de façon formelle (15) (17).

C'est pourquoi il nous a semblé plus approprié de mener une étude de type qualitatif sur le sujet car *« par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure »* (18). Nous avons souhaité connaître les pratiques des médecins généralistes dans l'approche gériatrique mais aussi avoir une approche plus subjective, à savoir leur ressenti quant à ces pratiques et *« la recherche qualitative semble particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à quantifier. »* (18)

1.2 Méthode de recueil de données : entretiens individuels semi-dirigés

Le recueil de données a été effectué par entretiens individuels semi-dirigés. *« L'entretien individuel est une technique exploratoire permettant d'obtenir des informations pertinentes sur les raisonnements, les conceptions et représentations que se font les personnes interrogées sur un projet, un programme. Au-delà des représentations subjectives, il sert aussi à recueillir des informations sur des pratiques individuelles. »* (19)

2 Constitution de l'échantillon

2.1 Choix des médecins interrogés

Les médecins interviewés ont d'abord été sélectionnés parmi nos anciens maîtres de stage. Puis, le panel a été élargi par inter-connaissances professionnelles.

2.2 Caractéristiques de l'échantillon

Les médecins interrogés devaient être médecins généralistes, exerçant en cabinet. Afin d'obtenir un échantillon représentatif des différentes pratiques des généralistes nous avons veillé à diversifier l'échantillon de médecins interrogés quant aux critères suivants : sexe, âge, formation gériatrique, orientation particulière de la pratique, exercice en milieu urbain ou rural. Les médecins ont été sélectionnés en Maine-et-Loire, dans le Calvados et dans le Nord.

3 Recueil de données : la réalisation des entretiens individuels semi-dirigés.

3.1 Cadre des entretiens

Prise de contact

Pour constituer cet échantillon, nous avons contacté les différents médecins par téléphone afin de prendre rendez-vous pour un entretien. Au cours de ce contact téléphonique, le thème n'était pas communiqué afin de ne pas orienter les réponses ultérieures.

Lieu des entretiens

Afin de faciliter le rendez-vous, nous proposons aux médecins de nous déplacer dans le lieu de leur choix. Tous les médecins ont été rencontrés à leurs cabinets respectifs.

Durée des entretiens

La plupart des entretiens ont eu lieu au cours des journées de consultation des médecins interrogés. Il nous semblait donc important de pouvoir réaliser l'entretien sur la durée d'une consultation habituelle soit maximum 20 minutes. Les entretiens ont duré de 12 à 32 minutes.

Les acteurs

Les médecins ont tous été interrogés par nos soins. Les entretiens ont été retranscrits sous couvert d'anonymat par une secrétaire.

3.2 Guide d'entretien

Principes

Le guide d'entretien permet d'offrir un cadre souple à l'entretien. Il le structure afin d'aborder les différents thèmes souhaités mais en laissant libre cours à la parole de l'interviewé sans le diriger totalement. Ce guide a servi de trame pour chaque entretien.

Grille de questionnements

La réalisation d'une grille d'entretien est dépendante de l'hypothèse formulée et de la grille de questionnement qui en découle. Cela va définir les thèmes principaux à aborder pendant l'entretien.

Dans notre étude, l'hypothèse principale était la suivante :

Pour repérer les patients âgés vulnérables, les MG s'appuient sur des recommandations validées mais également sur leur ressenti et leur observation globale du patient, se créant ainsi des critères de repérage adaptés aux soins primaires.

La grille de questionnement qui en découle a été la suivante :

- Quels critères les médecins généralistes associent-ils avec une perte d'indépendance chez leurs patients âgés de plus de 75 ans ?
- Quels outils utilisent-ils pour repérer le risque de perte d'autonomie de leurs patients âgés et les différents syndromes gériatriques ?
- Comment voient-ils le rôle du médecin généraliste dans l'évaluation gériatrique ?

Réalisation du guide d'entretien

Une ébauche du guide d'entretien a été réalisée à partir de ces questionnements principaux. Elle a ensuite été testée lors d'un entretien test auprès d'un de nos maîtres de stage. Cet entretien a permis d'affiner la grille d'entretien et de s'exercer à la pratique des interviews, notamment, à poser des questions ouvertes, permettant des réponses plus fouillées.

Notre grille d'entretien finale

- Profil du médecin
 - âge :
 - sexe :
 - installée depuis :
 - lieu d'exercice : rural - semi-rural - urbain
 - proportion de patients de plus de 75 ans dans la patientèle :
 - type d'exercice / orientation / exercice en EHPAD :
 - formation / diplôme en gériatrie :
- Quels critères vous alertent sur les difficultés de maintien d'une autonomie chez vos patients de plus de 75 ans ?
- Quelles façons de faire utilisez-vous pour évaluer le risque de perte d'autonomie de vos patients âgés ?
 - temps de consultation dédié / au cours des consultations habituelles
 - sur votre initiative / celle du patient / celle de la famille
 - cible ? (tous les patients âgés ou sélection selon âge, points d'appel...?)
 - objectifs ? (suivi de l'évolution, évaluation des possibilités de maintien à domicile...?)
 - temps fort de l'interrogatoire
 - temps fort de l'examen clinique
 - utilisation d'outils d'évaluation ?
 - Oui / non ? Pourquoi ?
 - systématique (si oui lesquels, avez-vous des surprises ?)
 - sur points d'appel ? Lesquels ?

- Évaluez-vous et si oui comment...
 - les capacités fonctionnelles / la dépendance ?
 - Les fonctions cognitives ?
 - La motricité / la marche et l'équilibre / le risque de chute ?
 - L'état nutritionnel ?
 - La thymie ?
 - Le fardeau des comorbidités ?
 - Les conditions socio-familiales ? / la vulnérabilité sociale ?
- Comment voyez-vous le rôle du médecin généraliste dans l'évaluation gériatrique ?
 - difficultés et facteurs limitant la pratique de l'évaluation gériatrique au cabinet
 - atouts du médecin généraliste pour l'évaluation gériatrique

3.3 Aspect déontologiques des entretiens

Les entretiens étaient enregistrés grâce à un dictaphone numérique. Nous demandions l'accord du médecin interrogé avant d'enregistrer.

Les entretiens étaient retranscrits de façon anonyme, tant sur l'identité des médecins interrogés que sur les éventuels noms de patients ayant pu être cités au cours des entretiens.

4 Méthode d'analyse des données

4.1 Analyse thématique entretien par entretien

Nous avons d'abord fait ressortir les différents thèmes abordés dans chaque entretien. Il était aussi important pour nous de noter dans quel ordre les médecins abordaient ces thèmes. On peut penser que les thèmes qu'ils abordaient en premier étaient ceux qui avaient le plus d'importance aux yeux de l'interviewé.

4.2 Tableau comparatifs des entretiens

Nous avons ensuite réalisé des grilles comparatives d'analyse pour chaque thème (cf annexes). Cela nous a permis de mettre en exergue les récurrences dans les réponses mais aussi les singularités.

III. RESULTATS

1 Les entretiens et le corpus de médecins interrogés

Nombre d'entretiens:

Nous avons réalisé 9 entretiens. Dix MG avaient été sollicités, seul l'un d'entre eux a refusé de nous rencontrer. La saturation des réponses a été obtenue rapidement, après 8 entretiens. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour s'en assurer.

Durée des entretiens :

Les entretiens ont duré entre 12 et 32 minutes.

Profils des médecins interrogés : (annexe 1/ tableau 1)

Les médecins interrogés avaient entre 37 et 63 ans. Il y avait 4 femmes et 5 hommes. Le plus jeune installé l'était depuis 7 ans, le plus ancien depuis 35 ans. La plupart des médecins exerçaient en milieu urbain. Seul le Dr 1 exerçait en milieu semi rural et le Dr 8 en milieu semi-urbain.

La proportion de patients âgés de plus de 75 ans dans la patientèle des médecins interrogés variait selon les médecins. Estimée de 5 à 10 % , pour le Dr 4 et le Dr 6, qui avaient une activité plutôt orientée vers la gynécologie et la pédiatrie préventive à plus de 40 % pour les médecins les plus âgés (Dr 1 et Dr 3). Les autres médecins estimaient que la proportion des patients de plus de 75 ans représentait entre 20 et 30 % de leur activité.

Trois médecins (Dr 1, Dr 5 et Dr 9) avaient une formation en gériatrie à type de diplôme inter-universitaire. L'un d'entre eux, le Dr 9, exerçait aussi en EHPAD et comme médecin coordonnateur en HAD.

2 Les modalités pratiques mises en œuvre de façon générale par les généralistes pour le repérage du vieillissement pathologique – annexe 1 :tableau 2

2.1 Qui a l'initiative de cette évaluation ?

Tous les médecins signalaient qu'il est fréquent que l'entourage du patient alerte le MG sur des troubles qu'ils ont remarqués.

Dr 7 : « Parfois il y a une demande, rarement de la personne mais plutôt de l'entourage proche, soit de la femme, soit du mari, des coups de fils des enfants aussi. »

Les MG appréciaient d'ailleurs d'être informés par les familles ou les soignants.

Dr 8 : « quand finalement, on peut avoir un peu de délation gentille de la part de la famille, c'est quand même intéressant pour nous parce que ça nous permet d'agir tout simplement. ».

Dr 6 « Elles voient le patient tous les jours donc s'il y a un truc qui les embête, elles vont m'appeler, en disant : "attention, il y a ça". C'est génial ! ».

Le Dr 8 faisait remarquer, à propos des patients, que *« parfois c'est eux qui vont venir en disant : "je perds la mémoire, ça ne va pas du tout, etc ..." »*. Mais cela restait plus rare selon le Dr 7, peut-être à cause des conséquences que cette démarche pourrait avoir : *« Rarement de la personne elle-même, soit parce qu'elle ne s'en aperçoit pas, soit parce qu'elle a peur d'en parler, car effectivement, il y a le départ de chez elle qui se profile, toute la suite... »*. Le Dr 1 s'accordait avec cette idée en trouvant que *« en général c'est le médecin qui dépiste quelque chose, ou la famille, plus que le patient lui-même ... qui a plutôt tendance à minimiser »*

Les MG précisait prendre aussi l'initiative de pousser les investigations plus en avant lorsqu'ils avaient un doute lié à un événement particulier. Certains recherchaient activement ces événements, comme des chutes par exemple alors que d'autres se fiaient plus au patient pour qu'il le leur signale.

Dr 5 : « souvent ils me le disent spontanément quand ils ont chuté, mais sinon, je leur pose la question si j'ai un doute et si je veux préciser les choses »

Dr 6 : « c'est en fonction de la demande ou du pourquoi ils viennent

effectivement, s'il s'est passé quelque chose de particulier ou pas, un événement mais autrement, non. »

Le Dr 9 précisait que pour lui, ce dépistage est un devoir du médecin généraliste *« on se doit d'avertir »*.

Ainsi, le MG pouvait avoir l'initiative du dépistage mais souvent aussi la famille et plus rarement le patient lui-même.

2.2 Les critères des MG pour cibler les patients à évaluer

En dehors de signes d'alerte particuliers repérés par la famille ou le patient ou de signes évidents à l'examen, les MG ciblaient les patients pour lesquels ils étaient plus attentifs au risque de dépendance.

Les critères retenus par les MG pour cibler ces patients à surveiller étaient :

- les patients vivant seuls à domicile

Dr 4 : « Ceux que je sais être seuls chez eux, par exemple. De temps en temps, on fait un peu le point »

- l'âge élevé des patients

Dr 4 : « Quand ils ont moins de 75 ans, je ne leur pose pas ce genre de questions, tu vois, c'est clair. C'est plutôt 15-20 ans après »

- le mode de consultation

Les MG étaient attentifs au lieu de consultation (domicile/cabinet) et surtout au changement de mode de consultation.

Dr 8 : « Des gens qui viennent au cabinet, [...] ils sont organisés, ils sont en capacité, voilà. A domicile, effectivement, là, on va être beaucoup plus regardant »

Dr 6 : « quand ils viennent en consultation, et qu'après, ils me demandent de venir en visite régulièrement. Effectivement, quand c'est une fois mais qu'après ça devient régulier ... je suis plus attentive »

Ils notaient aussi la fréquence des demandes de consultation, dont une augmentation constituait un signe d'alerte.

Dr 7 : « la fréquence de la demande médicale, le passage de la consultation au cabinet à la visite à domicile m'alertent »

2.3 L'importance du lieu de consultation

Tous les médecins interrogés s'accordaient pour dire que le mode de consultation en visite à domicile était un atout pour le dépistage des troubles liés à un vieillissement pathologique.

Nous avons vu précédemment que le seul fait qu'un patient demande une visite à domicile plutôt que de se déplacer au cabinet était déjà pour les MG un signe d'alerte.

Voir le patient dans son environnement habituel permettait aussi d'analyser son environnement en termes de risque de chute, d'isolement social, de conditions d'hygiène, d'alimentation.

Dr 8 : « A domicile, effectivement, là, on va être beaucoup plus regardant sur l'équipement, la rampe dans les escaliers, sur est-ce que c'est un capharnaüm ? Est-ce que c'est un espace libre ? Est-ce qu'il y a des tapis qui cornent, toutes ces petites choses-là, bon »

Dr 9 : « quand vous les voyez à domicile, je remarque quand il y a déjà une modification vestimentaire ou bien que c'est toujours les mêmes vêtements et qu'ils ne sont pas très propres : c'est déjà un avertissement. Sachant que la fragilité à mon avis elle commence au sein du domicile et que l'individu qui se présente à vous au cabinet n'est pas du tout le même individu que celui que vous allez pouvoir rencontrer à domicile. »

Dr 9 : « Quand on va à domicile, c'est de voir si le frigo est plein ou pas, si il y a des choses qui traînent, qui sont périmées, l'hygiène de la maison. »

Le Dr 2 émettait une réserve à ce principe quant aux visites en maison de retraite. Il se trouvait plus à l'aise au cabinet car en maison de retraite, les patients sont souvent vu plus rapidement, déjà tout prêts à être examinés dans leur lit. Il trouvait donc plus difficile d'évaluer par exemple la marche et le risque de chute dans ces conditions.

2.4 La façon de procéder : un repérage d'abord au cours de la consultation générale puis d'une consultation dédiée

La plupart des médecins interrogés disaient faire une première évaluation dans la globalité de la consultation générale.

Dr 5 « je suis vigilant au cours de la consultation ».

Dr 2 : « ce qui nous alerte, c'est un tout. »

Ils profitaient de la discussion au cours des consultations habituelles pour interroger le patient sur son degré d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne.

Dr1 : « on peut déjà en parler avec le patient en lui demandant ce qu'il arrive à faire, ce qu'il n'arrive plus à faire et s'il en a conscience... ».

Si cette première évaluation un peu générale les avait alertés, 6 des 9 médecins proposaient à leur patient une consultation spécifique pour réaliser des tests, sur un temps dédié.

Dr 5 : « Souvent quand je décide de le faire [le MMS], je leur dis de revenir pour prendre le temps de le faire. Que ce soit un temps un peu consacré à ça. ».

Pour cette consultation, ils prévoyaient plus de temps qu'une consultation classique.

Dr 2 « ça prend du temps ».

Dr 9 « La secrétaire elle sait, quand je lui dis « consultation mémoire », elle prévoit une plage plus longue, d'une demi-heure au moins »

Mais, certains médecins ont souligné la crainte d'effrayer le patient en lui proposant cette consultation dédiée, préférant s'en tenir à une évaluation globale.

Dr 7 « Alors, d'abord je ne convoque jamais ! Ça va les stresser et je ne vais rien obtenir. » « au cours de la consultation, ça coule mieux. »

2.5 La question du recours à la consultation spécialisée de gériatrie et/ou de neurologie a fait débat parmi les médecins interrogés.

La consultation de gériatrie ou de neurologie permettait d'obtenir un bilan sur l'état général de leur patient qui n'était pas teinté de la subjectivité qui peut planer sur la relation d'un médecin généraliste avec son patient.

Dr 3 : « on les connaît bien mais un œil neuf, c'est pas mal non plus. On est habitué, on les voit vieillir et comme on vieillit aussi, peut-être qu'on est moins pressant. »

C'était aussi pour eux un moyen de documenter l'état du patient :

Dr 5 : « Quand on sent qu'il y a un Alzheimer qui débute, là oui, je me documente quand même par un neuro. Ne serait-ce que pour après étiqueter la maladie

un peu officiellement et faire éventuellement une demande de prise en charge à 100 %, enfin etc ... »

Dr 4 : « je pense que ce n'était pas idiot de le faire une fois, d'avoir un truc de base. »

L'un des MG interrogés était particulièrement satisfait de ces consultations :

Dr 3 : « Je trouve que les évaluations qu'ils font au CHU sont de vachement bonne qualité. [...] Je suis très satisfait, je les trouve très compétents, et puis c'est vraiment un état des lieux de la vieillesse, sociale, familiale, mentale et physique. »

Mais la plupart se posaient la question de l'intérêt d'adresser leurs patients à ces consultations, aux consultations mémoires en particulier. Ces évaluations selon eux ne débouchaient pas sur des possibilités thérapeutiques ou des propositions qui les aideraient concrètement pour la prise en charge de leur patient au quotidien.

Dr 2 : « Ça sert à quoi de faire plein d'exams puisqu'il n'y a pas de traitement ? »

Dr 4 : « Ça n'a pas abouti sur grand-chose »

Dr 8 : « on peut discuter avec les gériatres et tout ça, il n'y a pas de problème mais on n'a pas beaucoup ... pas plus que ça, de conseils finalement pour bien faire cet encadrement-là qui est quand même un encadrement très spécifique. »

Un des médecins interrogés nous a aussi dit qu'il était réticent pour adresser ses patients en consultation spécialisée car il craignait que cela déstabilise encore plus des patients qu'il jugeait déjà fragiles.

Dr 9 : « dans l'ensemble, j'organise plutôt ça moi-même. Parce que l'expérience du terrain est là et parfois c'est déstabiliser la personne, la mettre dans une situation d'échec que de les envoyer voir quelqu'un qu'ils ne connaissent pas, qui va leur poser des questions. »

Le fait de réaliser ou non un premier bilan soi-même (tests et exams complémentaires) avant d'adresser au spécialiste n'était pas non plus consensuel parmi les MG interrogés.

La plupart des médecins interrogés programmaient un minimum d'exams complémentaires avant la consultation spécialisée. Les exams et tests cités étaient le scanner cérébral, le MMS, le bilan biologique, la recherche d'un syndrome dépressif. Mais le Dr 5 préférait laisser le spécialiste juger de l'utilité des exams

complémentaires et n'en prescrivait pas. Le Dr 8 aussi préférait adresser directement au spécialiste s'il recueillait de très mauvais résultats au MMS. Par contre si l'état du patient ne lui semblait pas trop dégradé il commençait un bilan par lui-même. Enfin, un des MG, le Dr 1, préférait faire le bilan complet par lui-même et n'adresser au spécialiste qu'en dernier recours, en hospitalisation plutôt qu'en consultation. Il faut noter que ce médecin exerçait dans un milieu semi-rural, avec un accès peut être un peu plus compliqué aux spécialistes.

Dr 2 : « Je fais les tests de mémoire, MMS, horloge [...] Après, s'il y a besoin, je les envoie en gériatrie. Moi, je fais le scanner souvent quand même parce qu'ils demandent souvent le scanner et après je les envoie en gériatrie. »

Dr 6 : « je commence le bilan. Enfin, un scanner cérébral, le bilan thyroïdien, vitamines B9, B12... »

Dr 8 : « Les gens que je ne sens pas dès le début, je vais les orienter vers un spécialiste, vers un gériatre, d'emblée. Sinon, les gens qui restent eux-mêmes dans la plainte, dans ces cas-là, on programme ça une demi-heure et ensemble, on fait les tests. »

Dr 1 : « j'essaie de débrouiller le problème avant, c'est-à-dire : un, éliminer un état dépressif qui peut avoir un retentissement sur l'état cognitif, deux, s'il y a des troubles cognitifs, je fais l'évaluation. Ensuite, je mets en route un traitement si ça me paraît adéquat. Voilà. Et puis après, le gériatre, en fait, les voit quand ils sont hospitalisés parce qu'il y a eu un problème et que la perte d'autonomie est telle qu'il a fallu les hospitaliser. »

2.6 L'utilisation de tests et d'échelles d'évaluation par les médecins généralistes

D'une façon générale, les MG interrogés utilisaient peu de tests gériatriques. L'évaluation des troubles cognitifs constituait le domaine principal d'exploration. Seuls les médecins ayant une formation gériatrique complémentaire utilisaient des outils spécifiques pour l'évaluation d'autres domaines.

Nous détaillerons ultérieurement les tests cités, pour chaque domaine d'évaluation.

Ces tests étaient principalement utilisés pour évaluer l'intensité des troubles. L'obtention de données chiffrées leur permettait de suivre l'évolution des troubles mais aussi d'avoir

des arguments objectifs pour adresser le patient à un spécialiste.

Dr 8 « C'est vraiment le premier test qui me permet d'obtenir un MMS chiffré et de là, s'il y a un gros problème effectivement, on embraye de toute façon vers un institut. »

Dr 9 « Faire un test, ça permet d'avoir un élément chiffré qui permet le suivi, de voir l'évolution et de se dire, là on en arrive à ce stade-là, qui m'alerte d'autant plus. »

Les MG ont développé de nombreux arguments pour expliquer qu'ils utilisaient peu de tests :

- Une autre façon de faire, avec des questions parsemées au cours de l'entretien

Dr2 : « Tu peux arriver à évaluer ton patient sans en passer par des grilles strictes parce que tu le connais, tu parles avec lui »

Dr 9 : « il faut voir sans avoir l'air de regarder et entendre sans écouter. »

- Ils privilégiaient le suivi et la bonne connaissance du patient

Dr 3 : « Ça se fait un peu au fil des consultations. C'est pas forcément un bilan bien précis à chaque fois. »

Dr 7 : « C'est très personnalisé, je pense qu'il faut vraiment connaître son patient, surtout que nous on a la chance de le faire, on n'est pas quelqu'un qui vient ponctuellement pour poser des questions. »

- Certains n'y pensaient pas

Dr 4 : « Spontanément, ça ne me viendrait pas à l'idée de leur faire faire, de leur dire : « où est-ce que vous en êtes ? »

- Le manque de temps

Dr 5 : « Des fois, je remets du jour au lendemain parce que je suis à la bourre, j'ai une demi-heure de retard, j'ai pas le temps de faire un MMS. »

- La connaissance des tests

Dr 2 : « je fais pas de tests [d'évaluation de la motricité]. D'abord parce que je connais pas assez bien les tests. »

Dr 6 : « J'avoue, je ne sais pas les normes, en plus. J'ai pas quelque chose de bien précis dans la tête à savoir comment on évalue un état nutritionnel chez une personne âgée. Je ne sais absolument pas. »

3 Les modalités d'évaluation domaine par domaine

3.1 Les différents critères d'alerte et domaines d'évaluation de la fragilité explorés par les MG interrogés – annexe 1 : tableau 11

- Les domaines évalués par la plupart des médecins interrogés étaient les suivants :
 - état nutritionnel (9 MG / 9 MG interrogés)
 - fonctions cognitives (9/9)
 - conditions socio-familiales (8/9)
 - motricité, risque de chute, troubles de l'équilibre (8/9)
- Les domaines évalués de façon moins systématique étaient :
 - l'hygiène et la présentation générale du patient (6/9)
 - l'observance médicamenteuse (5/9)
 - l'alerte par l'entourage (5/9)
 - l'état sensoriel (4/9)
 - la polymédication (4/9)
 - les capacités fonctionnelles, la dépendance (4/9)
- Les domaines les moins fréquemment évalués par les MG interrogés étaient :
 - la fréquence de la demande médicale et le mode de consultation (visite / cabinet) (3/9)
 - la thymie (2/9)
 - le fardeau des co-morbidités (2/9)

3.2 Évaluation de l'état nutritionnel – annexe 1 : tableau 5

Pour évaluer le risque de dénutrition chez leurs patients âgés, les MG précisait les interroger sur leur apports mais aussi sur la façon dont ils font les courses et les repas. Ils détectaient ainsi des difficultés à réaliser ces gestes du quotidien qui peuvent conduire à une mauvaise alimentation et à la dénutrition.

Souvent ils le faisaient de façon un peu systématique au cours de la discussion.

Dr 4 « comment ils se dépatouillent pour les repas ? S'ils ont besoin, je leur dis qu'ils peuvent faire venir les repas, déjà une fois par jour, le midi, des choses comme ça. Ceux que je sais être seuls chez eux, par exemple. De temps en temps, on fait un peu le point là-dessus. »

Mais aussi quand ils étaient alertés par un amaigrissement.

Dr 2 : « si il y a une perte de poids ou quelque chose qui se passe qui m'alerte, [...] si à la biologie, il y a des choses qui vont pas, là, je vais leur demander comment ils se débrouillent pour cuisiner, sinon non. »

Dans ce cas, l'observation du patient était primordiale pour repérer rapidement un changement de physionomie.

Dr 3 : « on voit s'il se dégrade un petit peu, s'il a maigri. C'est important, l'amaigrissement, je crois. »

Ils surveillaient aussi le poids et surtout ses variations. Certains pesaient leurs patients à chaque consultation d'autres moins régulièrement. Tous s'accordaient à dire qu'il est important de le surveiller, au moins de façon semestrielle. Quelques médecins relevaient le fait qu'à domicile il est beaucoup moins aisé de peser les patients régulièrement faute de balance en état de fonctionnement chez tous les patients.

La recherche de co-morbidités et de facteurs de risque de dénutrition faisait aussi partie des critères auxquels les MG étaient attentifs. Ils recherchaient notamment un isolement social, des troubles cognitifs et des troubles dentaires, qui majorent les problèmes d'alimentation.

Dr 5 : « ça fait partie des choses relativement importantes qui peuvent être liées d'ailleurs à l'alimentation. Quelqu'un d'isolé à plus de risques de moins bien s'alimenter que quelqu'un qui a une bonne situation sociale et familiale. »

Dr 7 : « le côté cognitif retentit sur beaucoup de choses, sur l'appétit, sur la perte des repères complète »

Dr 8 : « Je vais effectivement plus insister sur les douleurs, sur les dents. On sait que s'ils ont mal aux dents, ils vont moins bien manger, ils vont s'altérer »

Concernant la surveillance des critères biologiques de dénutrition notamment les dosages d'albumine et pré-albumine, les avis et les pratiques divergeaient parmi les MG interrogés.

Certains les prescrivait facilement et régulièrement, en général une fois par ans.

Dr 9 : « C'est rien une albumine, ça coûte rien et ça donne beaucoup de renseignements, ainsi que de les peser à chaque consultation. ».

Paradoxalement, l'un des médecins ne le prescrivait pas car il trouvait cela trop cher pour le peu d'intérêt qu'il en tirait.

Dr 2 : « je dose pas l'albumine, la pré-albumine, pas en systématique, d'autant plus que ça coûte un peu d'argent quand même »

D'autre ne le prescrivait jamais car ils ne savaient pas en interpréter les résultats.

Dr 6 : « L'albumine et tout ça, non je ne fais pas ... J'avoue, je ne sais pas les normes, en plus. J'ai pas quelque chose de bien précis dans la tête à savoir comment on évalue un état nutritionnel chez une personne âgée. Je ne sais absolument pas. »

3.3 Évaluation des troubles cognitifs – annexe 1 : tableau 4

L'apparition de troubles cognitifs était l'un des domaines les plus surveillés par les MG car ils retentissent sur l'ensemble des activités du patient. D'ailleurs, avant de les évaluer de façon formelle, ils les repéraient grâce à différents indicateurs au cours de la consultation. Par exemple, le suivi de l'observance médicamenteuse était cité comme un très bon indicateur de troubles cognitifs par les MG, notamment en surveillant si le rythme des renouvellements d'ordonnance était cohérent.

Dr 1 : « Le suivi du traitement déjà. On peut se rendre compte si les gens prennent bien ou pas leur traitement. Si on fait un renouvellement de trois mois et qu'ils viennent au bout de cinq mois en disant : "je l'ai tout le temps pris" mais qu'il y a eu cinq mois au lieu de trois, on est quasiment sûr que l'observance n'est pas adéquate. Je regarde ça systématiquement »

Les erreurs dans les dates ou horaires de rendez-vous étaient aussi notés.

Dr 4 : « il a appelé la veille pour venir le lendemain matin, il est pas venu, il est venu à 16 heures au lieu de 9 heures le matin, enfin. Je me dis : « bon, comment ça se passe à la maison » »

Ils notaient aussi si les réponses aux questions générales semblaient moins claires qu'auparavant.

Dr 8 : « des questions sur l'actualité. Sur finalement le suivi de par exemple, tout simplement, qui est le Président de la République ... des questions sur les petits-

enfants ... « comment ils s'appellent vos petits-enfants ? » Etc ... Tout ce qui est un petit peu à proximité ou un peu plus éloigné, pour voir si la personne est au courant ou pas au courant, voire un peu déstabilisée. Et dans ce cas ça va entraîner des tests justement de la mémoire qu'on peut faire éventuellement en cabinet ou alors après en institut spécialisé. »

Seul un des médecins interrogés ne réalisait jamais de test pour évaluer la mémoire de ses patients.

Dr 4 : « Spontanément, ça ne me viendrait pas à l'idée de leur faire faire, de leur dire : « où est-ce que vous en êtes » »

Les autres médecins interrogés proposaient des tests d'évaluation de la mémoire à leur patient quand ils avaient des doutes sur un possible déclin cognitif ou bien à la demande de la famille ou du patient lui-même. Ils citaient tous le MMSE comme le test qu'ils réalisaient en première intention. Ils le considéraient comme un test facile à réaliser et qui permet d'avoir un premier aperçu global de la situation. Certains (4MG/9) en restaient là et ne réalisaient pas d'autre test. Quatre médecins sur les 9 interrogés (Dr 1,2,5,9) réalisaient aussi un test des 5 mots de Dubois. Trois médecins sur 9 réalisaient aussi un test de l'horloge (Dr 1,2,9). Seul le Dr 1 proposait un test de dépistage de l'état dépressif, sans citer lequel.

Un des médecins interrogés recherchait aussi des diagnostics différentiels et des comorbidités en prescrivant un bilan.

Dr 6 : « s'il y a des troubles de la mémoire importants associés, je commence le bilan. Enfin, un scanner cérébral, le bilan thyroïdien, vitamines B9, B12... »

Si ces tests objectivaient des troubles cognitifs, les MG adressaient leur patient en consultation spécialisée. Le Docteur 5 adressait plutôt ses patients à un neurologue alors que les autres médecins se tournaient plutôt vers les consultations spécialisées de gériatrie.

3.4 Évaluation de la vulnérabilité sociale - annexe 1 : tableau 6

L'isolement social et familial était un facteur fragilisant bien repéré par les MG interrogés. Ils admettaient remarquer au quotidien dans leur pratique qu'un patient isolé

est un patient plus fragile et dont la prise en charge va devenir plus compliquée rapidement en cas de dégradation de l'état de santé.

Dr 6 : « La solitude. L'isolement, plutôt. Ça, effectivement, c'est important à évaluer parce que dès qu'il y a un petit truc qui ne va pas, si la personne est isolée, tout s'effondre ... ».

C'est ce que le Dr 9 appelait la « vision des limites dans leur globalité ». C'est à dire se pencher « non pas seulement sur le symptôme mais sur le symptôme et tout ce qui gravite autour dont l'environnement socio-familial ».

Les MG interrogés se sentaient bien placés pour l'évaluer grâce à leur connaissance du patient et de son réseau. Ils se servaient des discussions avec le patient pour noter la présence ou l'absence d'entourage.

Dr 6 : « Je leur demande, si tu veux, c'est même eux qui en parlent, enfin, qui fait quoi ? "c'est mon petit-fils qui vient me faire les courses deux fois par semaine, le ménage, j'ai quelqu'un, j'ai personne, j'ai essayé mais j'ai pas réussi" »

Certains facteurs étaient remarqués comme pouvant majorer le risque d'isolement. Comme par exemple le type de logement qui selon le Dr 6 :

« s'ils sont au troisième étage sans ascenseur... Là, tout de suite, on se retrouve coincé parce que c'est quelqu'un qui ne peut plus sortir de chez lui rapidement donc... voilà. C'est un petit peu compliqué surtout quand il n'y a pas d'entourage ».

Le Dr 9 trouvait aussi que certaines situations sociales précaires compliquent les prises en charges :

Dr 9 « Parfois, on se heurte à des situations financières ou socio-économiques. », notamment pour adapter les logements ou faire appel à des aides pour rompre la solitude et accroître la surveillance.

3.5 Évaluation du risque de chute et de la motricité – annexe 1 : tableau 3

Le risque de chute était considéré par les MG comme à forte valeur prédictive de l'évolution de l'état de santé du patient et notamment de son autonomie.

Dr 3 : « C'est important. Les troubles de l'équilibre, la manière dont il marche. C'est vrai que les chutes à domicile, c'est souvent le début de la fin. »

Les MG faisaient une première évaluation subjective du risque de chute en observant le patient dans sa façon de se déplacer ou de monter sur la table d'examen.

Dr 4 : « le fait de voir qu'ils ont un peu plus de mal à se déplacer, qu'ils ont un peu plus de mal à se déshabiller, qu'ils prennent plus de temps pour se déshabiller. »

Dr 2 : « l'escabeau pour monter sur ma table, tu vois. Ça te permet d'évaluer un peu les choses quoi. C'est un peu périlleux quoi. Même si c'est pas très pratique en définitive, ça permet aussi de voir... »

Ensuite, ils recherchaient des signes de chute récente.

- Soit à l'interrogatoire :

Dr 5 : « souvent ils me le disent spontanément quand ils ont chuté, mais sinon, je leur pose la question si j'ai un doute et si je veux préciser les choses, je leur demande... Mais ça, c'est quelque chose qu'ils disent. »

- Soit à l'examen :

Dr 7 : « Les ecchymoses qui n'ont pas lieu d'être à certains endroits. Parce que spontanément, ils ne cherchent pas forcément à le dire. on n'a pas forcément l'occasion de les déshabiller entièrement à chaque fois, donc quand on a la possibilité, je pense qu'on fait tous attention à ça »

Ils étaient attentifs aux facteurs extrinsèques de risque de chute. Parmi eux ils citaient le chaussage inadéquat, l'organisation du domicile.

Dr 4 : « Je fais attention quand je vais chez eux par exemple et que je vois un tapis ou qu'ils sont dans des espèces de chaussons, pattes nues, ou en petites savates. Je leur dis : non, ce n'est pas très adapté. »

L'un des médecins interrogés émettait d'ailleurs le regret de ne pas pouvoir avoir accès aux ergothérapeutes en libéral, notamment pour avoir des conseils sur l'adaptation du domicile.

La iatrogénie était un autre facteur de risque que le Dr 6 a relevé.

Dr 6 « Les médicaments, effectivement : au niveau tensionnel, voir les possibles retentissements »

À l'examen, ils évaluaient les facteurs intrinsèques de risque de chute. Pour cela, certains faisaient un examen neurologique (Dr 1 et Dr 5) à la recherche de troubles de

l'équilibre, de polyneuropathie. D'autres évaluaient la masse musculaire, à la recherche d'une éventuelle sarcopénie. Soit seulement en observant le patient (Dr 4) ou bien en faisant des tests plus précis (Dr 9).

Dr 9 « La motricité ça peut aussi se définir par la masse musculaire. Il faut regarder s'il y a une sarcopénie, avec le poids, le diamètre du biceps et un dosage de l'albumine. ».

Seul le Dr 9 faisait des tests spécifiques d'évaluation de la marche et de l'équilibre. Il a cité *« le get up and go test, la vitesse de la marche ».*

Mais, beaucoup ne faisaient pas de test d'évaluation particulier concernant les troubles de l'équilibre, souvent parce qu'ils ne les connaissaient pas.

Dr 6 : « pour les troubles de l'équilibre, je regarde, rapidement c'est vrai, ce que ça donne au niveau de l'équilibre quoi, mais je ne fais pas un examen poussé... Les tests qu'ils font en gériatrie, j'avoue que je ne les fais pas. Je ne sais pas les faire. »

3.6 Évaluation des capacités fonctionnelles - annexe 1 : tableau 7

Pour évaluer les capacités fonctionnelles et la dépendance de leurs patients, les MG interrogés se servaient des critères suivants :

- Un repérage d'indicateurs d'une altération des capacités fonctionnelles tels qu'une dégradation de la présentation et de l'hygiène personnelle ou bien une dégradation de l'entretien de la maison. (Dr 1,2,3,6,8,9)
- Une alerte de la part de l'entourage sur les difficultés à réaliser les actes de la vie courante (Dr 1, 3)
- Discuter avec le patient *« en lui demandant ce qu'il arrive à faire, ce qu'il n'arrive plus à faire et s'il en a conscience... » (Dr 1)*
- Seul le Dr 1 citait la réalisation d'une grille AGGIR

3.7 Évaluation des comorbidités – annexe 1 : tableau 9

3.7.1 La polymédication

La polymédication était l'un des premiers éléments cités concernant l'analyse du fardeau des comorbidités chez un patient âgé de plus de 75 ans.

Dr 2 : « Au-dessus de trois médicaments je crois, on ne sait plus trop ce qu'on

fait. Donc, alors à partir de cinq, c'est n'importe quoi ».

Les MG interrogés avaient bien conscience de l'intérêt de simplifier les ordonnances au maximum afin de limiter la iatrogénie.

Dr 3 : « A chaque fois que je vois une ordonnance longue comme ça, je me dis que je devrais le faire.(simplifier l'ordonnance) Je le fais de temps en temps ... pas assez souvent je crois ».

Mais ils notaient tous qu'il est souvent compliqué pour eux de simplifier les ordonnances et d'éviter la polymédication. Ils donnaient plusieurs explications à ces difficultés :

- Le terrain poly-pathologique :

Dr 2 : « si tu as un diabétique, déjà il aura ses anti-diabétiques oraux, il aura son aspirine, il aura son IEC, il aura sa statine. S'il a 95 ans, tu vas commencer à pouvoir faire un peu le ménage mais avant ... enfin, tu vois, on est déjà à cinq. S'il a une hypertension, s'il a un infarctus, tu vois ... ça va vite. »

- L'accumulation au gré des symptômes sans réévaluer la nécessité du traitement à chaque renouvellement :

Dr 3 : « souvent on rajoute un truc parce qu'ils ont une douleur un jour et puis on laisse, et puis ils ont une douleur à l'estomac alors on laisse l'omeprazole alors qu'on pourrait le retirer. On fait des renouvellements. ».

- La difficulté de « négocier » le traitement avec le patient, inquiet qu'on lui supprime un traitement :

Dr 6 : « avec des médicaments qui sont là depuis un certain temps, enfin, qu'on a bien du mal à changer, enfin c'est compliqué, je trouve. C'est pas si simple que ça alors qu'ils vont un coup à l'hôpital, "oh, ils m'ont enlevé ça, ça, ça". Ils n'en font pas un cas plus que ça alors que nous, on se bat ... »

3.7.2 Les déficits sensoriels

Les déficits sensoriels étaient aussi recherchés car ils fragilisent le patient, en risquant de le désocialiser pour ce qui concerne les troubles auditifs ou d'aggraver le risque de chute pour les troubles visuels.

Dr 5 : « ce que j'évalue aussi, c'est l'état sensoriel un peu. J'essaie toujours d'avoir cet aspect-là en tête. » « Je suis vigilant au cours de la consultation. J'essaie de voir s'il y a des troubles visuels ou auditifs. Auditifs on s'en rend compte assez vite et

puis, je fais faire un bilan ORL si je vois qu'il y a besoin d'appareillage. Pour la vision... souvent, les gens organisent leur suivi mais je peux un petit peu veiller à ce que ça soit fait correctement. »

3.7.3 L'altération de l'état dentaire

L'état dentaire était aussi surveillé :

Dr 8 : « je vais effectivement plus insister sur les douleurs, sur les dents. On sait que s'ils ont mal aux dents, ils vont moins bien manger, ils vont s'altérer. »

3.7.4 Le terrain poly-pathologique

Le terrain poly-pathologique était aussi repéré comme indicateur de fragilité avec un risque plus grand de dégradation rapide de l'état de santé de la personne au moindre problème.

Dr 9 : « La personne qui fait des pneumopathie inhabituelles, tout de suite on pense aux fausses routes. Il y a plein d'éléments, les personnes qui vont faire des problèmes cutanés ou bien digestifs... Ces personnes fragiles sont souvent pluri-pathologiques : la moyenne des pathologies après 75 ans c'est entre 5 et 6 pathologies par individus ! Ces pathologies et leur traitement s'additionnent avec des complications qui peuvent être létales. »

3.8 **Évaluation de la thymie – annexe 1 : tableau 8**

Les troubles de l'humeur faisaient partie des signes d'alertes repérés par les médecins généralistes. Deux médecins sur les 9 interrogés y accordaient plus d'attention (Dr 1 et Dr 6).

Le syndrome dépressif chez une personne âgée est-il la cause ou bien la conséquence d'une dégradation de l'état cognitif ou de la motricité ? C'est ce à quoi le Dr 6 nous a spécifié être particulièrement attentif :

Dr 6 : « on peut voir un syndrome dépressif dans beaucoup de chose y compris dans les problèmes cognitifs mais bon, il y a des patients où il n'y a pas du tout de problème cognitif. Il y a aussi le fait de mal supporter cet isolement, de moins pouvoir se déplacer en bus, voilà, de moins aller voir les autres. Du coup, ça peut être aussi une

perte d'autonomie qui fait qu'ils se retrouvent un peu isolés chez eux. »

Le Dr 1 éliminait d'ailleurs toujours un syndrome dépressif avant de réaliser une évaluation des troubles cognitifs. Pour cela, il utilisait soit un test de dépistage des troubles de l'humeur (pas de test spécifique cité), soit les éléments de l'interrogatoire et la connaissance du patient.

4 Ressenti des MG quant à leur atouts et leurs limites dans ce repérage du sujet âgé fragile

4.1 Atouts des MG pour le dépistage du vieillissement pathologique – annexe 1 : tableau 11

Le principal atout des MG résidait selon eux dans la relation qu'ils entretiennent avec leur patient qui permet une connaissance globale du patient et de son environnement.

Dr 2 : « Je vois le patient dans sa globalité et donc, du coup, on le connaît dans sa vie de tous les jours. » « Tu peux arriver à évaluer ton patient sans en passer par des grilles strictes parce que tu le connais, tu parles avec lui. Je veux dire, on n'est pas là pour faire que de la technique, quoi. On ne prend pas que la tension. »

Le suivi sur le long cours permettait de suivre l'évolution du patient, de noter d'éventuels changements dans le comportement ou la présentation et de repérer des signes d'alerte.

Dr 2 : « On connaissait le patient, il y a deux ans, on le connaît maintenant, et on le connaîtra dans un an. Donc tu vois l'évolutivité de ton patient » « L'avantage, c'est que tu ne le vois pas à un moment X et puis qu'après, tu ne le vois plus. C'est le suivi. »

Le fait de connaître ou d'avoir un accès facile à l'entourage du patient était aussi un atout noté par plusieurs MG :

Dr 1 : « On connaît aussi, au moins dans certains cas, la famille et l'entourage ce qui peut faciliter les choses pour avoir une évaluation du problème. »

La confiance qu'accordent les patients à leur généraliste était relevée comme atout de ce dépistage. Elle permet aux patients de confier leurs difficultés plus aisément mais aussi d'accepter les aides et les examens proposés par le médecin peut-être un peu plus facilement que si c'est un spécialiste qui le faisait.

Dr 1 : « D'avoir un relationnel au long cours, donc... un lien de confiance a priori un peu plus... sans doute un peu plus fort que lors d'une consultation chez un praticien qu'il ne connaîtrait pas »

Les médecins généralistes ayant une formation gériatrique ressentaient beaucoup moins de limites dans ce dépistage comparés à leurs collègues non formés et considéraient donc que c'est un atout pour eux. Ils nous disaient se sentir assez à l'aise dans ce domaine, ce qui n'était pas toujours le cas de leurs collègues.

4.2 Limites ressenties par les MG pour ce dépistage – annexe 1 : tableau 11

Les limites ressenties par les MG pour évaluer la fragilité de leurs patients âgés de plus de 75 ans étaient nombreuses.

Parmi elles on retrouvait quasiment chez tous les MG interrogés la sensation de manquer de connaissances théoriques sur le sujet. Beaucoup nous disaient qu'ils apprécieraient d'avoir des formations brèves sur le sujet permettant de mettre en œuvre des choses simples au cabinet. Et notamment d'avoir accès à des grilles d'évaluation simplifiées, à visée des généralistes, réalisables sur le temps d'une consultation de médecine générale.

Dr 8 : « même ordinairement voilà, on mange de la pédiatrie, on mange de la gynéco, on devrait manger de la gériatrie parce que ça sera notre quotidien bientôt.

Dr 4 : « le manque de formation... Ça m'aiderait peut être si on avait une grille toute simple de surveillance ou quelque chose comme cela. »

Cette sensation de manque de connaissances théoriques s'accompagnait aussi régulièrement d'un regret de ne pas mieux connaître les réseaux médico-sociaux gériatologiques.

Dr 8 : « Ce qui est compliqué ... je pense qu'on ne connaît pas forcément, surtout quand on va s'installer, tout ça, tous les réseaux qui peuvent s'organiser autour des personnes âgées, toutes les possibilités. »

Parfois c'était le manque de temps qui était pointé du doigt par les MG. Ils se sentaient limités par la durée des consultations de MG pour bien faire cette évaluation.

Dr 8 : « Ça prend beaucoup de temps et c'est toujours un peu pareil, on est toujours un petit peu à la recherche du temps ».

Le manque d'intérêt pour la discipline gériatrique pouvait aussi être un frein. L'un des MG nous a clairement dit ne pas s'impliquer dans ce dépistage car il ne faisait pas parti de ses domaines de prédilection.

Dr 4 : « Je fais peu de prévention dans ce domaine car je ne m'y intéresse pas, sans dire que c'est inutile, au contraire. ».

Un médecin nous a aussi dit hors enregistrement avoir régulièrement le sentiment de non prise en compte des examens réalisés par le médecin généraliste en amont de la consultation gériatrique. Il ressentait un problème de considération des généralistes et un problème de communication généraliste – gériatre, ce qui le freinait pour adresser ses patients au spécialiste.

Beaucoup de MG se sentaient aussi limités par le fait qu'il est souvent difficile de mettre en place des choses adaptées quand un terrain fragile est détecté. Certains se demandaient même si de ce fait il y a vraiment un intérêt à le dépister.

Dr 6 : De voir les signes d'alerte, oui mais pour faire plus, non. C'est extrêmement compliqué. Ils vont me livrer les problèmes mais après, changer les choses, ça, c'est vraiment très compliqué. Je ne dis pas que les autres médecins y arrivent mieux que moi. J'ai vraiment l'impression de ne pas arriver à grand chose de ce côté-là. Je me sent démunie de ce côté-là ».

Parfois ils se retrouvaient confrontés aux familles ou bien à la personne elle-même qui n'accepte pas les aides ou changement proposés.

Dr 6 : « Mais après, quand effectivement, il y a des petites choses et qu'on essaie d'aller plus loin. De l'autre côté, ça répond pas. Et parfois, même au niveau familial, ça ne répond pas. Et de faire toute seule ... ».

C'était aussi le cas quand un patient devenait trop fragile pour rester seul à domicile et qu'il semblait souhaitable au généraliste qu'il aille en maison de retraite avant d'arriver à une situation d'urgence. Ils se heurtaient régulièrement ou bien à la famille ou bien aux patients eux-mêmes.

Dr 2 : « le plus dur, c'est d'anticiper pour le placement, c'est ça le problème. Que ça se fasse pas dans l'urgence malgré que dans la majorité des cas, ça se passe comme ça parce que les enfants, ils n'arrivent pas à assumer le fait que leur père ou leur mère, il faut les placer. »

IV. DISCUSSION

1 Mise en relation des résultats avec les recommandations actuelles

1.1 La démarche globale du médecin généraliste

Les MG nous ont tous dit accorder une importance au repérage et à l'évaluation des différents syndromes gériatriques pouvant être à l'origine d'un état fragile de leur patient. Dr 9 : « on se doit d'avertir ! ». Et cela même si le « concept de fragilité » reste souvent incertain pour eux. Cela tient probablement du fait que ce concept est récent et ne bénéficie pas encore d'une définition universelle. Ils étaient surtout attentifs aux facteurs de risque de perte d'autonomie et d'indépendance. Ils citaient parmi eux différents domaines précis auxquels ils étaient attentifs parmi lesquels l'état nutritionnel, l'état cognitif, la marche et l'équilibre.

Notre enquête a montré que les MG étaient en premier lieu alertés par une perspective globale concernant le patient, émanant à la fois de l'observation du patient, de la connaissance de ses pathologies ainsi que de son environnement, du suivi au long cours et d'alertes lancées par l'entourage ou même par le patient lui-même. Dr 2 « *ce qui nous alerte, c'est un tout.* » Leur repérage a donc lieu à chaque consultation, au cours de la discussion habituelle, avant même de faire des tests d'évaluation précis.

Dr 5 : « on peut s'en rendre compte dans l'entretien. » « J'essaie quand même un peu d'évaluer les choses, enfin, je suis vigilant au cours de la consultation. »

Dr 3 : « Ça se fait un peu au fil des consultations. C'est pas forcément un bilan bien précis à chaque fois. »

Dr 7 : « C'est très personnalisé, je pense qu'il faut vraiment connaître son patient, surtout que nous on a la chance de le faire, on n'est pas quelqu'un qui vient ponctuellement pour poser des questions. »

Les tests d'évaluation pouvaient être réalisés dans un deuxième temps, pour confirmer ou infirmer un doute.

Dr 1 : « si on veut évaluer plus précisément les troubles et dépister les troubles cognitifs, là, c'est une consultation dédiée. »

Parmi ces recommandations pour le repérage de la fragilité en ambulatoire (20), l'HAS insiste notamment sur la nécessité d'un « *repérage opportuniste chez les patients de plus de 70 ans, afin de cibler les indications de l'EGS* ». Mais elle pointe aussi du doigt la « *non faisabilité de l'EGS en ville ce qui soulève la question d'un outil de repérage simple à utiliser en soins primaires et qui, sans remplacer l'EGS, permette de cibler les personnes susceptibles d'en bénéficier.* » Elle propose comme référence le questionnaire élaboré par le gérontopôle de Toulouse (*annexe n° 2*). Il prend en comptes les critères de fragilité de Fried pour évaluer le coté physique de la fragilité associés à quelques questions sur les critères cognitifs et sociaux pour évaluer une fragilité plus « multi-domaine ».

Notre étude a permis de mettre en évidence que les MG utilisaient peu les tests et échelles d'évaluation en pratique courante. Les arguments évoqués étaient soit l'utilisation d'une méthode d'évaluation plus subjective, avec des questions parsemées au cours de l'entretien soit le manque de temps mais aussi la mauvaise connaissance des tests ou bien le fait de ne pas penser à les réaliser. Une étude portant sur les freins des généralistes à l'utilisation de tests et échelles (15) confirme d'ailleurs cette donnée de notre enquête en évoquant la même réticence des généralistes à leur utilisation et pour les mêmes raisons. Cependant, l'utilisation d'un outil et l'obtention de données chiffrées constituaient non seulement une base pour le suivi de l'évolution des troubles mais permettait aussi d'avoir des arguments objectifs pour adresser les patients à un spécialiste. L'HAS (21) valide cette idée en précisant que « *les tests permettent d'objectiver les résultats dans le cadre d'une démarche pluri-professionnelle, mais ne remplacent pas l'approche clinique.* » L'HAS (20) insiste sur le fait de « *cibler les indications de l'EGS lorsqu'un soignant soupçonne une fragilité* ». Cette notion de « soupçon du soignant » est reconnue ici comme motivation première du repérage par le généraliste. Ceci correspond bien à l'idée d'ensemble qui ressort de nos entretiens. Les MG interrogés nous ont dit faire un repérage d'abord général, basé sur leur ressenti et leurs observations au cours de la consultation habituel, avant de proposer des consultations et des examens plus dédiés.

La démarche générale des MG interrogés semble donc en adéquation avec les recommandations actuelles bien qu'elle pourrait être plus formalisée. Qu'en est-il de l'évaluation plus précise de chaque domaine ?

1.2 L'évaluation des domaines de fragilité

1.2.1 Une évaluation multi-modale

Parmi nos résultats, il ressort fortement que les médecins généralistes effectuaient, plutôt qu'une évaluation stricte de chaque domaine, une analyse de chaque élément de leur examen pour en tirer le maximum d'informations sur l'état de santé de leur patient (voir tableau 13). Ils étaient attentifs au fait que l'altération d'une capacité pouvait avoir pour origine l'altération d'une ou plusieurs autres fonctions mais aussi avoir des conséquences sur un ou plusieurs autres domaines. Ceci correspond à la définition des syndromes gériatriques (32).

En voici des exemples :

- Le fait de se tromper dans les dates de renouvellement d'ordonnance pouvait révéler aussi bien une altération des capacités fonctionnelles à gérer son traitement qu'une altération de l'état cognitif qu'ils recherchaient alors.
- L'évaluation de l'état nutritionnel permettait aussi d'évaluer les capacités fonctionnelles, l'isolement social et familial, la motricité, la cognition, la thymie...

Dr 5 : « ça fait partie des choses relativement importantes qui peuvent être liées d'ailleurs à l'alimentation. Quelqu'un d'isolé à plus de risques de moins bien s'alimenter que quelqu'un qui a une bonne situation sociale et familiale. »

Dr 7 : « le côté cognitif retentit sur beaucoup de choses, sur l'appétit, sur la perte des repères complète »

Dr 8 : « je vais effectivement plus insister sur les douleurs, sur les dents. On sait que s'ils ont mal aux dents, ils vont moins bien manger, ils vont s'altérer »

Moments clés de la consultation	Signes repérés	Domaines évalués
Organisation du RDV de consultation	- RDV pris par le patient lui-même ou par un tiers ?	- fonctions cognitives - conditions socio-familiales - capacités fonctionnelles
	- utilisation du téléphone pour prendre le RDV	- état sensoriel - capacités fonctionnelles
	- respect des horaires et dates de RDV	- fonctions cognitives - capacités fonctionnelles

	- RDV pris pour le renouvellement de traitement dans les délais appropriés	- fonctions cognitives
	- lieu du RDV (cabinet / domicile, changement de mode de consultation)	- capacités fonctionnelles - motricité, risque de chute
Observation générale du patient	- allure vestimentaire	- capacités fonctionnelles - fonctions cognitives - état nutritionnel
	- hygiène générale	- capacités fonctionnelles - fonctions cognitives
	- amaigrissement	- état nutritionnel - capacités fonctionnelles
	- façon de se déplacer	- motricité, risque de chute
Observation du domicile en cas de visite	- hygiène du domicile	- capacités fonctionnelles - conditions socio-familiales
	- état du frigo	- capacités fonctionnelles - conditions socio-familiales - fonctions cognitives - état nutritionnel
	- obstacles aux déplacements intérieurs (escaliers, tapis...)	- motricité, risque de chute
	- obstacles aux déplacements extérieurs (étages sans ascenseurs, lieu isolé...)	- motricité, risque de chute - conditions socio-familiales
Entretien	- clarté des discussions sur l'actualité, sur la vie quotidienne, sur la famille...	- fonctions cognitives - conditions socio-familiales
	- connaissance des traitements pris, des intervenants, des RDV de spécialistes prévus...	- fonctions cognitives
	- questions sur l'organisation des courses, du ménage, de la toilette, du repas	- capacités fonctionnelles - conditions socio-familiales - état nutritionnel
	- discussion sur le degré d'autonomie dans les actes de la vie courante	- capacité fonctionnelles
	- humeur	- thymie
	- altération de l'audition	- état sensoriel
	- isolement familial ou social	- conditions socio-familiales - état nutritionnel

		- thymie
Point spécifiques aux personnes âgées pour l'examen clinique	- poids	- état nutritionnel
	- examen neurologique	- fonctions cognitives - motricité, risque de chute
	- état dentaire	- état nutritionnel
	- recherche de signes de chute	- motricité, risque de chute
	- tension artérielles, auscultation cardiaque	- co-morbidités - motricité, risque de chute - iatrogénie
	- masse musculaire	- motricité, risque de chute - état nutritionnel
Examens complémentaires	- biologie	- état nutritionnel - fonctions cognitives - co-morbidités - iatrogénie
	- scanner cérébral	- fonctions cognitives
Tests d'évaluation	- MMSE, 5 mots de Dubois, test de l'horloge	- fonctions cognitives
Ordonnance	- difficultés de relecture de l'ordonnance par le patient	- état sensoriel
	- nombre de médicaments	- poly-médication
	- présence de psychotropes	- iatrogénie - motricité, risque de chute - troubles cognitifs

Tableau III : la consultation de médecine générale, support d'une évaluation multi-modale

1.2.2 Évaluation de l'état nutritionnel

Dans notre enquête, l'évaluation de l'état nutritionnel, passait beaucoup par l'interrogatoire tant sur le contenu des assiettes que sur l'existence de difficultés à réaliser ces gestes du quotidien qui peuvent conduire à une mauvaise alimentation.

*Dr 6 : « Je leur demande comment ils mangent, comment ils se font à manger »
« Comment est-ce qu'ils vont faire leurs courses ? »*

Cette évaluation se basait aussi sur l'observation du patient, primordiale pour repérer rapidement un changement de physionomie.

Dr 5 : « Il y a l'aspect extérieur comme ça, et puis, c'est sûr que quelqu'un qui va s'amaigrir, je vais m'intéresser de plus près à son alimentation. »

Tous les MG interrogés ont insisté sur l'importance de peser régulièrement les patients

et sur l'intérêt de leurs logiciels de consultation qui permettent pour la plupart de suivre facilement l'évolution du poids. Concernant le rythme de surveillance du poids, il était variable, de mensuel à semestriel au minimum alors que les recommandations le préconisent de façon annuelle en ville et mensuelle en institution. Ils cherchaient aussi des co-morbidités et des facteurs de risque de dénutrition comme l'isolement social et familial, les troubles cognitifs, un mauvais état dentaire.

Dr 5 : « ça fait partie des choses relativement importantes qui peuvent être liées d'ailleurs à l'alimentation. Quelqu'un d'isolé à plus de risques de moins bien s'alimenter que quelqu'un qui a une bonne situation sociale et familiale. »

L'HAS a émis en 2007 des recommandations concernant les modalités de dépistage de la dénutrition chez la personne âgée (22) dans lesquelles elle donne 4 critères de surveillance :

- Rechercher des situations à risque de dénutrition.
- Estimer l'appétit et/ou les apports alimentaires
- Mesurer de façon répétée le poids et évaluer la perte de poids par rapport au poids antérieur. Les MG semblent donc très bien respecter ce critère de surveillance.
- Calculer l'indice de masse corporelle : $IMC = \text{poids} / \text{taille}^2$ (poids en kg et taille en m)

Ces critères semblaient bien respectés et utilisés par les MG bien qu'ils n'aient pas évoqué les facteurs de risques suivants : troubles de la déglutition, régimes restrictifs, iatrogénie.

Ils n'ont pas évoqué le calcul de l'IMC. Mais, bien que cette donnée figure parmi les recommandations de surveillance de l'état nutritionnel, l'efficacité de l'IMC dans le repérage de la dénutrition fait l'objet de débats, autant chez le patient obèse que chez le patient présentant de base un IMC bas. Une limite peut aussi être apportée concernant la surveillance du poids lors des visites à domicile où elle est plus difficile et donc plus rare, alors que ces patients ne pouvant pas se déplacer au cabinet présentent souvent plus de facteurs de risque de dénutrition.

Les MG n'ont pas évoqué les critères diagnostiques précis de dénutrition (Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois, Indice de masse corporelle : $IMC < 21$, albuminémie < 35 g/l, MNA global < 17). Certains ont d'ailleurs avoué ne pas les connaître, notamment pour les valeurs seuils de l'albumine. Ce dosage n'était d'ailleurs

pas prescrit systématiquement par tous les MG interrogés. Le MNA n'était pas réalisé en pratique courante.

Le dépistage de la dénutrition par les MG de notre étude semble donc en adéquation avec les recommandations. Il semblerait tout de même que la surveillance du poids des patients vus à domicile ainsi que la connaissance des critères diagnostiques précis de dénutrition pourraient apporter une aide dans le repérage de la dénutrition en soins ambulatoires.

1.2.3 Évaluation des troubles cognitifs

Les MG de notre enquête ciblaient les patients chez qui ils allaient rechercher plus précisément des troubles cognitifs. Pour ce faire, ils se basaient sur des critères tels que la plainte du patient lui-même concernant sa mémoire, l'alerte de l'entourage ou bien les situations pouvant être évocatrices de troubles cognitifs (chute, entrée en institution...). Pour ce premier ciblage, les médecins généralistes interrogés utilisaient aussi des éléments plus subjectifs comme des incohérences lors de l'examen voire rapportées par les familles ou le fait de noter un changement de comportement du patient. Ils ont beaucoup insisté sur leur avantage à suivre le patient au long cours et pouvoir ainsi repérer les dégradations au fil du temps. De même, les médecins généralistes étaient attentifs à des éléments tels que les erreurs de date lors des renouvellements de traitements, pouvant être le témoin d'une mauvaise observance liée aux troubles cognitifs. On peut noter que cette donnée s'avère particulièrement intéressante et pertinente car ils utilisent de façon intuitive une donnée faisant partie de l'échelle IADL.

Une fois alertés par ces différents critères objectifs et subjectifs, la plupart des médecins interrogés réalisaient un premier bilan cognitif. Le MMS constituait le test de première intention évoqué par les MG interrogés. Le test de l'horloge, le test des 5 mots pouvaient être réalisés lors d'une évaluation cognitive mais plus volontiers en complément du MMS.

Au terme de ce premier bilan, une consultation mémoire était organisée par 3 des médecins interrogés.

La démarche rapportée par les généralistes est en continuité avec les recommandations HAS (23) qui proposent de cibler les patients chez qui il faut entamer une démarche diagnostique suite à des troubles cognitifs sur des critères équivalents à ceux utilisés par les MG de notre enquête. Chez les patients ciblés par les critères sus-cités, l'HAS propose, après avoir recherché des facteurs à l'origine ou aggravant des troubles cognitifs, de réaliser un test d'évaluation de la mémoire. A noter que, dans le contexte de démarche diagnostique d'un trouble cognitif l'HAS recommande la réalisation d'un MMSE et d'un mini-IADL (23) alors que pour la recherche d'arguments en faveur d'une fragilité de la personne âgée, elle recommande plutôt la réalisation d'un test des 5 mots (21). La démarche des généralistes était donc conforme aux recommandations concernant la proposition d'un test d'évaluation de la mémoire en cas de doute. Le test proposé d'emblée était bien le MMSE. A noter que le test des 5 mots était moins réalisé et s'il l'était, c'est en complément du MMSE, jamais seul comme le propose pourtant l'HAS dans le repérage de la personne âgée fragile. Le test de l'horloge était aussi pratiqué lorsque celui des 5 mots l'était alors qu'il ne fait pas partie du bilan initial proposé par l'HAS.

Selon l'HAS, l'évaluation initiale devrait comprendre aussi la réalisation d'examens complémentaires biologiques et d'imagerie cérébrale. Sur ce point, la démarche des MG était moins consensuelle et plus aléatoire. Enfin, si ce premier bilan (test mémoire, biologie, imagerie) est pathologique, l'HAS recommande alors le recours à un avis spécialisé.

Selon les recommandations de l'HAS les objectifs de prise en charge d'un trouble cognitif sont la « *mise en place précoce de thérapeutiques, d'une prise en charge médico-sociale et d'un accompagnement : pour garantir une meilleure qualité de vie aux patients et aux aidants, éviter les situations de crise et retarder l'entrée en institution.* »

Malgré le fait que les généralistes suivent plutôt correctement la démarche diagnostique proposée par l'HAS, nous avons noté au cours de l'enquête que les généralistes s'interrogent sur l'intérêt de ce dépistage. Beaucoup nous ont dit qu'une fois le diagnostic posé, ils ne savaient pas quoi proposer de plus à leurs patients et se sentaient parfois aussi démunis que les patients devant le diagnostic. Il nous a semblé que souvent pour eux, la pose d'un diagnostic était quelque chose de formel plutôt que le début d'une prise en charge. Ils se sentaient impuissants devant l'évolution inéluctable des troubles.

Dans sa thèse « *Pertinence d'une consultation d'évaluation gériatrique systématique dans la prise en charge de la personne âgée par le médecin traitant.* » Agnès Giraud-Chapard (24) a comparé les résultats obtenus par les médecins généralistes et par l'EGS pour l'évaluation de la mémoire. Elle retrouvait que les médecins généralistes n'avaient pas fait le diagnostic de trouble de la mémoire débutant dans 68,75 % des cas comparé à l'EGS. Mais par contre elle notait qu'ils avaient fait le diagnostic de troubles de la mémoire dans 64 % des cas au stade modéré et 100 % des cas au stade sévère. Le fait de cibler les patients à dépister plutôt que de faire un dépistage systématique peut être à l'origine de cette carence de dépistage pour les troubles de mémoire au stade léger. En effet, chez les patients atteints de troubles débutants le MG peut facilement ne pas se rendre compte des troubles au cours de la consultation habituelle. Les critères d'alerte cités par les MG que nous avons interrogés (mauvaise observance médicamenteuse, erreurs dans les horaires de rendez-vous, discussion générale moins claire) peuvent n'être notés qu'à un stade plus avancé.

Dans notre enquête auprès de MG, le dépistage des troubles cognitifs de leurs patients correspondait donc tout à fait aux recommandations actuelles tant dans la démarche générale que dans les tests proposés, même si le doute initial à l'origine de la démarche diagnostique pourrait s'appuyer sur des critères précis afin de ne pas passer à côté de troubles légers pouvant passer inaperçus si non recherchés.

1.2.4 Évaluation du risque de chute

Les MG interrogés recherchaient tous des facteurs prédisposant au risque de chute. Ils se référaient aussi à l'observation des patients dans leurs déplacements ainsi qu'à l'organisation du domicile.

Dr 4 : « Je fais attention quand je vais chez eux par exemple et que je vois un tapis ou qu'ils sont dans des espèces de chaussons, pattes nues, ou en petites savates. Je leur dis : non, ce n'est pas très adapté. ».

L'utilisation de tests standardisés d'évaluation de la marche et de l'équilibre recommandés par l'HAS comme la mesure de la vitesse de marche (pathologique si plus de 4 secondes pour parcourir plus de 4 mètres) et le « get up and go test » étaient peu réalisés. Seul le médecin généraliste le plus formé en gériatrie effectuait ces tests.

Les autres ne les proposaient pas à leurs patients et même pour la plupart ne les connaissaient pas.

L'évaluation du risque de chute reposait essentiellement sur la recherche de chutes récentes, l'examen clinique, l'observation de la marche et la recherche de facteurs de risque de chutes. Cette démarche se rapproche des recommandations HAS en recherchant des facteurs prédisposants et précipitants, mais sans utiliser les tests spécifiques que celle-ci recommande.

1.2.5 Évaluation de la vulnérabilité sociale

L'isolement social et familial était l'un des facteurs vulnérabilisants parmi les plus cités par les MG. C'est un élément qu'ils trouvaient prédominant dans le risque de fragilité.

Dr 6 : « La solitude. L'isolement, plutôt. Ça, effectivement, c'est important à évaluer parce que dès qu'il y a un petit truc qui ne va pas, si la personne est isolée, tout s'effondre ... »

Ils l'évaluaient principalement par l'interrogatoire et grâce à leur connaissance du patient et de son réseau d'aidants naturels. Des facteurs aggravants le risque d'isolement étaient cités comme le type de logement, les dysfonctions sensorielles ou bien les difficultés financières.

Nous n'avons pas trouvé de recommandations spécifiques à l'évaluation de ce domaine. Par contre, l'HAS (21) propose de s'appuyer sur une évaluation sociale en cas de doute, menée par le CLIC, le CCAS ou bien une assistante sociale. Le recours à ces structures n'était pas cité au cours de nos entretiens.

1.2.6 Évaluation des capacités fonctionnelles

Pour évaluer les capacités fonctionnelles et la dépendance de leurs patients, les MG interrogés se servaient de critères objectifs basés sur l'observation de la présentation générale du patient, de son hygiène et de celle de la maison. Ils évaluaient les capacités du patient dans les activités de la vie quotidienne par le discours. *« en lui demandant ce qu'il arrive à faire, ce qu'il n'arrive plus à faire et s'il en a conscience... » (Dr 1)*. Ils pouvaient aussi être alertés par l'entourage sur les difficultés à réaliser les actes de la vie courante. Ils évaluaient la capacité à prendre et à gérer les traitements grâce à la régularité des dates de renouvellement d'ordonnance. Les capacités

de déplacement étaient évalués, à l'intérieur en observant le patient et à l'extérieur en analysant la façon dont le patient arrive à s'organiser ou pas pour venir au cabinet. Un seul médecin réalisait une grille AGGIR. Il s'agit du Dr1, qui a une formation gériatrique.

L'HAS (21) recommande la réalisation d'un mini-IADL qui évalue les 4 items suivants : gestion du budget, gestion des médicaments, utilisation du téléphone, utilisation des moyens de transport. La grille AGGIR n'est recommandée que si une demande d'aide financière est nécessaire.

Les médecins généralistes évaluaient donc de façon implicite chacun des items du mini-IADL. Les médecins généralistes sont bien placés pour réaliser cette évaluation, notamment grâce au lien particulier entre patient et généraliste et aussi au fait qu'ils ont accès au domicile du patient.

1.2.7 Évaluation du fardeau des co-morbidités

Ce domaine a été peu cité tel quel. C'est tout au long des entretiens qu'on en percevait l'évaluation en filigrane de l'évaluation des autres domaines de fragilité. Les principaux facteurs de co-morbidité repérés par les MG étaient la polymédication, les déficits sensoriels, l'altération de l'état dentaire et le terrain poly-pathologique. Ces facteurs étaient identifiés comme pouvant majorer des altérations dans d'autres domaines comme l'exemple d'un déficit visuel qui va favoriser le risque de chute et aussi la désocialisation.

Concernant la polymédication, les médecins étaient attentifs au risque d'effets secondaires et particulièrement concernant les traitements psychotropes.

Dr 3 : « Il faut faire attention aux somnifères parce qu'ils sont très attachés à leur somnifère. Il faudrait les diminuer, ils sont pourvoyeurs de chutes et de fractures certainement et tous les tanakan et machins comme ça qu'on a donné à tour de bras. »

Ils étaient aussi conscients du risque iatrogène lié à l'accumulation des traitements.

Dr 2 : « Au-dessus de trois médicaments je crois, on ne sait plus trop ce qu'on fait. Donc, alors à partir de cinq, c'est n'importe quoi ».

L'observance aussi était évaluée, principalement en étant attentif à la cohérence des dates de renouvellement des ordonnances et aussi par l'interrogatoire.

Ces critères correspondent tout à fait aux critères cités par l'HAS dans sa fiche sur le repérage de la personne âgée fragile en ambulatoire (21).

Concernant les déficits sensoriels, les MG ont été peu précis sur leur façon de les évaluer. Ils précisaient y être attentifs et bien se rendre compte de l'impact que ceux-ci pouvaient avoir sur la qualité de vie du patient et les considéraient comme un facteur potentialisant de fragilité. Pour les déficits visuels, ils s'assuraient par des questions que le patient bénéficiait bien d'un suivi ophtalmologique régulier. Pour les troubles auditifs, ils étaient alertés par des difficultés au cours de l'entretien, des questions à répéter et en cas de doute, adressaient le patient à l'ORL. Cette démarche correspond à la démarche proposée par l'HAS, à ceci près que l'HAS propose de réaliser un test avec l'échelle de PARINAUD et la grille d'AMSLER pour tester la vision.

1.2.8 Évaluation de la thymie

C'est le domaine qui a été le moins cité par les généralistes. Seul deux médecins ont abordé ce sujet. Cela peut être interprété de 3 façons. Soit les troubles de l'humeur chez la personne âgée sont peu recherchés par les MG. Soit ils ne sont pas considérés comme un facteur de risque de fragilité. Enfin, ils ne sont pas évoqués car trop évidents et dont la recherche est faite de façon intuitive, sans en avoir conscience clairement. Les médecins qui évoquaient les troubles de l'humeur l'ont fait en disant se demander principalement à ce propos si, en cas de syndrome dépressif chez une personne âgée, il est la cause ou bien la conséquence d'une dégradation de l'état cognitif ou de la motricité. Concernant la recherche d'un syndrome dépressif, ils n'ont pas évoqué de tests précis et disaient se baser principalement sur l'interrogatoire et la connaissance du patient.

L'HAS (21) recommande d'effectuer au moins une mini-GDS voire une GDS et de rechercher des troubles du sommeil, une perte de l'appétit ou bien une position d'aidant d'un conjoint malade qui est un facteur de risque de dépression.

1.3 Conclusions sur la mise en relation des résultats de notre travail avec les recommandations actuelles sur le repérage de la personne âgée fragile

Au total, la démarche des généralistes pour le repérage et l'évaluation de la fragilité de leurs patients âgés par les MG correspond dans sa globalité à celle recommandée par l'HAS. C'est une démarche qui vise à cibler les patients à évaluer plus précisément, en s'appuyant sur une perspective globale basée sur des éléments objectifs mais aussi subjectifs. L'évaluation de chaque domaine de fragilité repose ainsi aussi bien sur des tests standardisés et recommandés type MMS que sur des informations subjectives recueillies tout au long des consultations. On note avec intérêt que les domaines de fragilité les plus cités par les MG interrogés étaient ceux pour lesquels il existe le plus de recommandations et pour lesquels la prise en charge est relativement bien balisée. Il s'agissait de l'évaluation de l'état nutritionnel, des fonctions cognitives, des conditions socio-familiales et de celle de la motricité et du risque de chute.

2 Discussion autour des atouts et limites exprimés par les généralistes pour le repérage de la fragilité.

2.1 Concernant les atouts ressentis par les MG.

Les MG s'appuyaient beaucoup, pour le repérage de la fragilité de leurs patients, sur le fait de les connaître de façon globale, dans le cadre d'un suivi au long cours. Ceci leur permettait par exemple de connaître le réseau socio-familial du patient de façon implicite sans avoir à le demander explicitement.

Ils avaient aussi facilement accès à l'environnement de vie des patients par les visites à domicile ce qui leur permettait d'évaluer de nombreux domaines d'un simple regard autour d'eux : les capacités fonctionnelles avec par exemple l'hygiène du domicile et le remplissage du frigo, la nutrition, la motricité avec les facteurs de risque de chute et l'incapacité à se déplacer au cabinet, la solitude...

Le fait de connaître le patient depuis longtemps leur permettait aussi de repérer rapidement le moindre changement qu'il soit physique ou bien de l'ordre du comportement.

Ce sont principalement ces atouts qui permettent aux généralistes de se baser aussi bien sur des faits objectifs, quantifiés et standardisés que sur des éléments subjectifs émanant

de cette relation toute particulière du MG à son patient, qu'on nomme régulièrement sous le terme de « colloque singulier ».

On peut pondérer ce propos en se rapportant aux déclarations d'un des MG qui nous signalait que de temps en temps cette relation globale et au long cours pouvait s'avérer devenir un obstacle au fait d'avoir un regard objectif sur le patient en risquant de regarder le patient toujours au travers du même « filtre » forgé au cours des années, sans se rendre compte des changements avant qu'ils ne soient très importants.

2.2 Propositions en rapport avec les limites ressenties par les MG

Une des principales limites exprimée par les généralistes au cours de notre enquête concernant le repérage du sujet âgé fragile a été la sensation de manquer de connaissances sur le sujet. Cela concernait l'évaluation en elle-même c'est-à-dire connaître les critères précis et les outils à utiliser. Mais cela pouvait également concerner la connaissance des réseaux de soins appropriés et de ne pas toujours s'y sentir intégré. Les MG qui avaient bénéficié d'une formation gériatrique se sentaient d'ailleurs beaucoup moins limités que leurs confrères pour effectuer ce repérage.

L'impression de manquer de connaissances sur le sujet peut relever du fait que les concepts de fragilité et d'évaluation gériatrique standardisée sont récents et de définition encore floue.

La plupart des MG interrogés nous ont confié être intéressés par l'idée de participer à des formations sur le sujet afin de remettre à niveau leurs connaissances et aussi de rencontrer les acteurs de ce domaine. Le but n'est pas d'en faire des professionnels de la gériatrie mais bien de faire des formations courtes, ponctuelles, délivrant quelques messages clés faciles à mettre en œuvre. Des formations plus complètes type DIU existant déjà pour ceux qui souhaitent vraiment approfondir le sujet.

La méconnaissance des réseaux de soins gériatrique, notamment des différents intervenants et de leurs liens réciproques a été avancé comme frein au dépistage.

Dr 6 : « moi, j'ai plus besoin de l'aide ... qu'il y ait un réseau vraiment d'aide pour le suivi des personnes âgées. »

Il existe pourtant des structures dont c'est la mission, notamment les CLIC, mais aussi

les consultations de gériatrie, les services d'aide à la personne. Il s'agit donc d'améliorer la communication de ses structures pour qu'elles soient plus connues des médecins généralistes et surtout facilement joignables. Pourquoi ne pas imaginer une « hotline » téléphonique où les médecins pourraient appeler facilement pour connaître le service le plus adapté à son patient et à son problème du moment (consultation spécialisée, service d'aide à la personne, assistante sociale, liste de kinésithérapeute se déplaçant au domicile...) ?

Par ailleurs, les médecins généralistes interrogés ont émis le souhait d'avoir des conseils plus pratiques, moins généraux, suite aux consultations gériatriques.

Dr 8 : « on peut discuter avec les gériatres et tout ça, il n'y a pas de problème, mais on n'a pas beaucoup ... pas plus que ça, de conseils finalement pour bien faire cet encadrement-là qui est quand même un encadrement très spécifique. »

Le repérage des personnes âgées fragiles demande du temps sur la consultation si le généraliste veut faire une évaluation précise de l'état de santé du patient. C'est souvent un frein pour les généralistes :

Dr 8 : « Ça prend beaucoup de temps et c'est toujours un peu pareil, on est toujours un petit peu à la recherche du temps ».

Une rémunération spécifique et appropriée pourrait peut-être inciter certains MG à prendre le temps nécessaire à cette évaluation. Même si à l'évidence, la rémunération majorée ne donnera pas plus de temps disponible aux MG...

Il existe bien une cotation pour les Test d'évaluation d'un déficit cognitif (ALQP006) mais elle est réservée aux consultations spécialisées.

Afin de gagner du temps, pallier au manque de connaissances sur le sujet et faciliter leur pratique, beaucoup des MG ont sollicité un outil simple et rapide qui les aiderait dans ce dépistage.

Dr 4 : « le manque de formation... Ça m'aiderait peut être si on avait une grille toute simple de surveillance ou quelque chose comme cela. »

3 Proposition d'outils de repérage rapide du sujet âgé fragile pour le généraliste

Nous avons vu que repérer qu'un sujet âgé devient vulnérable permet d'organiser les soins en fonction de ce paramètre afin de prévenir au maximum le vieillissement pathologique et l'entrée dans la dépendance. Au vu de notre enquête auprès de médecins généralistes, il semble que la plupart des généralistes sont sensibilisés à cette notion. Mais, ce repérage demande du temps et des connaissances qu'ils n'ont pas toujours. Afin de simplifier l'intervention des généralistes, on pourrait imaginer une approche en deux étapes. La première étape serait un dépistage rapide et simple réalisé par les MG de façon systématique chez tous leurs patients âgés de 75 ans et plus. La deuxième, un bilan plus complet à réaliser chez les patients repérés lors du premier bilan. Cette deuxième étape, l'EGS, peut être déléguée aux services spécialisés. (17) (20) (25)

Il s'agit donc de proposer aux généralistes un outil facile à utiliser au cours des consultations habituelles pour effectuer ce premier repérage.

En se basant sur les réponses des MG concernant ce qu'ils ressentent comme des atouts mais aussi des limites et des réticences à ce repérage, pour que cet outil soit utilisé régulièrement et par le plus grand nombre, il faudrait que cet outil comporte les qualités suivantes :

- outil simple à appréhender, sans nécessité de formation spécifique pour sa réalisation.
- outil simple à restituer au cours de la consultation habituelle, pour ne pas avoir à réaliser de tests supplémentaires mais seulement poser quelques questions complémentaires au cours de la consultation.
- outil réalisable dans le temps de la consultation habituelle, sans en prolonger la durée.
- outil s'appuyant sur la connaissance globale et au long cours qu'ont les généralistes de leurs patients.

Une étude s'est intéressée au sujet en comparant l'efficacité de 5 indicateurs simples utilisables en soins primaires, avec les résultats obtenus par l'échelle de Fried et ceux d'un panel d'expert. Il s'agissait des indicateurs suivants : le jugement clinique du

praticien, la polymédication, le test PRISMA-7, le GFI et l'auto-estimation de son état de santé par le patient. (26) Il en ressort que parmi ces 5 outils, c'est le test PRISMA-7 (annexe n°4) qui évalue au mieux l'état de fragilité des patients en soin primaire. Notons tout de même que, réalisé tel qu'il est proposé, c'est à dire comme auto-questionnaire, il peut exister un biais dans les réponses qui peut fausser les résultats. Par contre, il s'agit d'un test composé de questions simples que le praticien peut poser lui-même au cours de la consultation habituelle (27). C'est d'autant plus intéressant que certains MG de notre enquête ont pointé du doigt leur frilosité à interroger les patients sur leurs capacités fonctionnelles et cognitives ayant peur de les braquer et de ne rien obtenir, d'où l'intérêt d'une évaluation au fil de la discussion plutôt que des questionnaires formels. Dans ce sens, les critères de Fried peuvent aussi être recherchés au cours des consultations habituelles, s'ils sont bien maîtrisés. Le questionnaire élaboré par le gérontopôle de Toulouse, proposé comme outil par l'HAS, se base d'ailleurs sur ces critères. (annexe n°2)

Un peu plus formelle mais facilement réalisable en médecine générale, l'échelle de fragilité d'Edmonton est aussi un outil intéressant pour le généraliste. (25) (annexe n°3)

Une autre proposition, développée au CHU d'Angers, vise à organiser une EGS graduée avec dans un premier temps la réalisation d'une EGS courte, possiblement par les MG, visant à savoir s'il y a lieu ou non de faire des explorations plus poussées avec une EGS complète, multidimensionnelle et multidisciplinaire. Cette EGS courte se base sur 6 critères facilement repérables au cours des consultations habituelles.

L'EGS courte : 6 critères

- sexe masculin
- antécédents de chute dans les 6 derniers mois
- incapable de donner le mois ou l'année en cours
- age >85 ans
- ≥ 5 médicaments différents par jour
- absence d'aide formelle ou informelle

Tableau IV : les 6 items de l'EGS courte

Concernant la recherche, non pas d'une fragilité en général, mais plus précisément de troubles cognitifs, un outil plus simple et plus court que le MMSE semble avoir fait ses preuves dans l'étude menée par G. Haubois et al. (28) : le MMSE version courte (SMMSE), n'utilisant que le test des 3 mots, avec rappel immédiat et tardif. Un score inférieur à 4 étant fortement associé à un possible diagnostic de démence.

On pourrait donc imaginer que l'intuition sur laquelle se base souvent le généraliste soit renforcée par l'utilisation de questionnaires tels que le Prisma 7, les critères de Fried ou encore l'EGS courte, utilisés comme un canevas qui structurerait les consultations habituelles. Et, l'échelle d'Edmonton ainsi que le SMMSE pourraient renforcer cette impression de façon plus précise lorsqu'ils le jugeraient nécessaire, avant d'adresser le patient aux gériatres pour une évaluation plus poussée.

4 L'étude et ses limites

4.1 Justification du choix de la méthode qualitative

Notre question de recherche portait sur les pratiques des généralistes en matière de dépistage de la fragilité du sujet âgé. Beaucoup d'articles traitent de l'évaluation gériatrique en milieu hospitalier et de son intérêt. En revanche, quelques articles pointent du doigt les spécificités de la médecine générale, qui ne permettent pas aux généralistes de réaliser une EGS telle qu'elle a été définie dans la littérature (15) (17). C'est pourquoi il nous a semblé plus approprié de mener une étude de type qualitative sur le sujet car *« par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la pratique clinique en cabinet et la pratique théorique ou hospitalière »* (18). Nous avons souhaité connaître les pratiques des médecins généralistes dans l'approche gériatrique mais aussi avoir une approche plus subjective, à savoir leur ressenti quant à ces pratiques et *« la recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à quantifier. »* (18)

4.2 Les limites de l'étude

La méthodologie de cette enquête présente des points forts non négligeables :

- En ne révélant pas le sujet de l'enquête lors de la prise de rendez vous pour l'entretien, nous avons pu éliminer au moins partiellement un biais de recrutement et obtenir des interviews de médecins dont l'intérêt pour le sujet de cette enquête était varié. Certains médecins s'intéressant peu à la gériatrie nous ont dit qu'ils n'auraient pas accepté l'entretien s'ils avaient connu le thème car ils craignaient de ne rien avoir à dire d'intéressant sur le sujet. Or ces médecins représentent aussi une partie non négligeable des médecins généralistes français. Il était donc important de ne pas méconnaître leur avis et leurs façons de faire.
- Nous avons obtenu rapidement la saturation des réponses. Cela peut traduire un certain consensus dans les manières de faire des différents généralistes interrogés. Ceci permet de penser que la généralisation de ces résultats est envisageable.

Mais ces atouts ne doivent pas masquer les points faibles de cette étude.

4.2.1 Biais d'interprétation

Cette étude n'a pas bénéficié du concept de triangulation. Il n'y a pas eu de relecture des données par une tierce personne. Seul l'enquêteur a réalisé l'analyse des résultats obtenus. Il est aussi possible, dans une étude qualitative de soumettre l'analyse des données aux participants pour vérification et avoir leurs commentaires, ce qui n'a pas non plus été réalisé. (29)

4.2.2 Limites liées au corpus de médecins interrogés

Nous avons sélectionné les médecins de notre échantillon par inter-connaissance professionnelle, parmi nos anciens maîtres de stage et parmi les médecins que nous remplaçons. Ceci a permis d'obtenir facilement des rendez-vous et d'instaurer un climat favorable pour les entretiens. Le fait d'être plus jeune et d'avoir moins d'expérience que tous les médecins interrogés ainsi que, dans certains cas, la relation « professeur-élève » pré-existante aux entretiens, ont parfois brouillé un peu le cadre de ces entretiens, certains médecins se mettant plus dans le rôle du professeur donnant des conseils à leur élève. Le discours était alors plus théorique que reflétant leur attitude pratique.

Pour des raisons pratiques et pour faciliter la réalisation des entretiens, les interviews ont été réalisées au cabinet des médecins interrogés pendant leurs heures de consultation. Le fait de réaliser ces entretiens sur le lieu de travail des participants a pu interférer avec la qualité des réponses. En effet, ceci a parfois entraîné des interruptions inopinées au cours des entretiens ou un empressement dans les réponses quand celui-ci avait lieu au cours d'une journée chargée. Les réponses ont aussi pu être de moins bonne qualité lors des entretiens de fin de journée, en lien avec la fatigue de la journée de travail.

Depuis quelques années, l'enseignement de la gériatrie fait partie intégrante du cursus des jeunes médecins, ce qui n'a pas toujours été le cas (30). Il aurait donc pu être intéressant, d'interroger des médecins de moins de 35 ans, normalement plus sensibilisés à ce domaine que leurs aînés. Le plus jeune médecin de ce corpus était âgé de 37 ans.

La question de la possibilité de généralisation des résultats se pose toujours en recherche qualitative et est régulièrement mise en doute. La revue francophone d'éducation médicale précise à ce sujet que si « *les participants et les contextes sont minutieusement sélectionnés, cela permet précisément la diversification et la saturation des données* » (29). Dans ce souci de sélection rigoureuse des participants, nous avons veillé à obtenir une répartition correcte au sein de l'échantillon concernant le genre (4 femmes / 5 hommes), l'âge (5>50 ans / 4<50 ans) et la notion de formation en gériatrie (trois médecins ayant une formation gérontologique solide – DIU de gériatrie-). En revanche, nous n'avons interrogé quasiment que des médecins exerçant en milieu urbain. Seul un médecin exerçait en milieu semi-urbain et un médecin en milieu semi-rural. Or la localisation géographique du lieu d'exercice impacte la prise en charge des patients, de par les différences de charge de travail mais aussi d'accessibilité aux réseaux de soin entre milieu rural et milieu urbain. Par exemple, un rapport de la DRESS de 2012 montrait que dans certaines régions isolées, jusqu'à 20 % des habitants résidaient à plus de 30 minutes en voiture du spécialiste le plus proche (31).

Par ailleurs, notre étude s'est principalement limitée à une région géographique, 7 médecins sur les 9 interrogés exerçaient dans les Pays de la Loire. Or la répartition de l'offre de soin en gériatrie n'est pas uniforme sur le territoire français, chaque réseau gériatrique développant actuellement son activité de façon indépendante.

4.2.3 Limites liées au sujet

Le sujet traité fait référence à la qualité des soins. Ce genre de sujet soulève automatiquement des mécanismes de défense. Lors de la réalisation des entretiens nous nous sommes placés dans une position bienveillante et non jugeante afin de faciliter le discours. Malgré tout, nous ne pouvons affirmer que les médecins interrogés font exactement ce qu'ils nous ont dit faire ou bien s'ils ont un peu édulcoré leur discours par peur du jugement.

4.2.4 Limites liées à l'enquêteur

Cette enquête qualitative était la première de ce type que nous réalisions. Ceci a pu biaiser la réalisation des entretiens ainsi que leur analyse.

Le fait d'être de la même profession que les participants a pu, ou bien favoriser le discours, ou bien le freiner par peur du jugement comme nous l'avons vu plus haut.

Le fait d'être plus jeune et moins expérimentée que les participants a aussi pu jouer comme nous l'avons vu plus haut.

V. CONCLUSION

Faisant face à une population de plus en plus vieillissante, les généralistes sont bien conscients qu'il est primordial d'avoir une prise en charge globale et adaptée de leurs patients âgés. Pour se faire, ils pointent du doigt la nécessité d'évaluer les personnes âgées au travers des différents syndromes gériatriques. Le but de ce repérage est autant d'organiser les soins que de favoriser un maintien à domicile dans de bonnes conditions, en évitant ou en retardant l'entrée dans la dépendance.

La place du généraliste est centrale dans ce repérage car il est en première ligne face au patient. Il s'agit donc pour les généralistes de cibler les personnes âgées les plus à risque afin de les orienter dans un deuxième temps vers des consultations spécialisées en vue d'une évaluation plus approfondie.

Pour ce faire, notre enquête a montré que les médecins généralistes suivent globalement dans leur démarche d'évaluation les recommandations de l'HAS. Toutefois, l'utilisation de tests ne faisait pas partie de leur pratique quotidienne. En effet, les médecins généralistes ont développé des stratégies basées sur des éléments subjectifs éveillant en eux ce que l'HAS nomme « la notion de soupçon du soignant » (20). Cela est d'ailleurs favorisé par la singularité de la relation médecin généraliste-patient qu'ils voient comme un atout pour ce repérage. En revanche, le manque de temps, de connaissance sur le sujet et sur les réseaux de soins gériatriques étaient ressentis comme des facteurs limitant cette évaluation.

Développer des outils d'évaluation simples et adaptés à la pratique des médecins généralistes pour qu'ils puissent faire ce premier repérage parmi leurs patients pourrait favoriser un repérage plus précoce et donc plus efficace. Différents outils sont en cours d'évaluation comme l'EGS courte ou le test PRISMA-7 et restent à développer puis à faire connaître aux généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 , Un tiers de la population âgée de plus de 60 ans. INSEE division Enquêtes et études démographiques, octobre 2010 ;1320.
2. Sieurin A, Cambois E, Robine M. Espérances de vie sans incapacité en France, Document de travail, INED, Janvier 2011 ; 170.
3. Duée M, Rebillard C. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. INSEE Références. Données sociales - La société française 2006 ; 7 : 613-19.
4. Weber A. Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des français entre 2000-2005. DREES Etudes et Résultats 2006 ; 491.
5. CAMPBELL A.J, DAVID M, BUCHNER I. Unstable disability and the fluctuations of frailty. Age and Ageing 1997; 26: 315-318.
6. Strubel D, Le concept du sujet âgé fragile, association pour la promotion des hopitaux de jour pour personnes âgées.
7. Philippe Bas, Plan solidarité grand-âge, 27 juin 2006 ; page 34
8. Piette F et al. La consultation de prévention à 70 ans, Fond. Nationale de Gériatologie | Gériatologie et société; 2008/2 - n° 125;pages 145 à 154.
9. Fried LP et Al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar;56(3):M146-56.
10. Rubenstein LZ. Effectiveness of a geriatric evaluation unit, A randomized clinical trial. N Engl J Med. 1984 Dec 27;311(26):1664-70.

11. Stuck AE and al. Comprehensive geriatric assessment : a meta-analysis of controlled trials. Lancet, 1993 oct 23 ; 342 (8878) : 1032 – 1036.
12. MS John Pathy et al. Randomised trial case finding and surveillance of elderly people at home. Lancet 1992 ; 340 ; 890-93.
13. Press Y et al. Benefits of active participation of family physicians in geriatric consultations ; Geriatr. Gerontol. Int. 02/2012; 12(4):725-32.
14. Reuben D.B. et al. Physician Implementation of and Patient Adherence to Recommendations from Comprehensive Geriatric Assessment. Am J Med 1996 ; 100 : 444-451.
15. CARIO C et al. Tests et échelles : freins des généralistes à leur utilisation. la revue du praticien, 2010 (60) 24-28.
16. De Lepeleire et al. Frailty : an emerging concept for general practice. Br J. Gen Pract may 1, 2009 . 59 (562) e177-e182.
17. De Lepeleire et al. Family physicians needs easy instruments for frailty. Age and Ageing 2008; 37: 484–485.
18. Aubin-Auger I et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5.
19. Évaluer les programmes socio-économiques, principales techniques et outils d'évaluation, collection MEANS, volume 3, commission européenne, p. 67
20. Comment repérer la fragilité en ambulatoire ?. fiche de synthèse des recommandations, HAS; juin 2013.
21. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?, fiche de synthèse des recommandations, HAS; déc. 2013.

22. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, synthèse des recommandations professionnelles, HAS 2007.
23. Recommandations de bonne pratique, Maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. 2011.
24. agnes giraud chapard, Pertinence d'une consultation d'évaluation gériatrique systématique dans la prise en charge de la personne âgée par le médecin traitant. Thèse d'exercice en médecine, Montpellier, 2009
25. D,B Rolfson. validity an reliability of the Edmonton frail scale, age and ageing; juin 2006, p 526-529,
26. Hoogendijk EO and al. The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. age and aging 2013 Mar;42(2):262-5.
27. guide d'utitlisation du questionnaire PRISMA-7, centre d'expertise en santé de sherbrook:https://www.expertise-sante.com/modules/AxialRealisation/img_repository/files/documents/Guide%20utilisation%20du%20PRISMA-7%20_%20CESS_v2.pdf
28. Haubois et al. Development of a short form of Mini-Mental State Examination for the screening of dementia in older adults with a memory complaint: a case control study BMC geriatr. Oct 2011 ; 11:59
29. Luc CÔTÉ, Jean TURGEON.Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine, Pédagogie Médicale, Concepts et Innovations, mai 2002, vol3 n°2, p.81 a 90.
30. collège national des enseignants de gériatrie, préface du corpus de gériatrie, tome 1, édition 2000.
31. BARLET, COLDEFY et al. L'accessibilité potentielle localisée (APL) :une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en

France ; ; DREES document de travail - série études et recherche, n°124, décembre 2012.

32. Belmin. J., Pour le praticien, gériatrie 2ème édition, Masson édition

TABLES DES MATIERES

COMPOSITION DU JURY	7
REMERCIEMENT.....	8
LISTE DES ABREVIATIONS	10
PLAN	11
I. INTRODUCTION.....	12
II. MATERIEL ET METHODE.....	17
1 Choix de la méthode.....	17
1.1 Type d'étude : une étude qualitative.....	17
1.2 Méthode de recueil de données : entretiens individuels semi-dirigés	17
2 Constitution de l'échantillon.....	18
2.1 Choix des médecins interrogés.....	18
2.2 Caractéristiques de l'échantillon.....	18
3 Recueil de données : la réalisation des entretiens individuels semi-dirigés.....	18
3.1 Cadre des entretiens.....	18
Prise de contact.....	18
Lieu des entretiens.....	18
Durée des entretiens.....	19
Les acteurs.....	19
3.2 Guide d'entretien.....	19
Principes.....	19
Grille de questionnaire.....	19
Réalisation du guide d'entretien.....	20
Notre grille d'entretien finale.....	20
3.3 Aspect déontologiques des entretiens.....	21
4 Méthode d'analyse des données.....	21
4.1 Analyse thématique entretien par entretien.....	21
4.2 Tableau comparatifs des entretiens.....	22

III. RESULTATS.....	23
1 Les entretiens et le corpus de médecins interrogés.....	23
2 Les modalités pratiques mises en œuvre de façon générale par les généralistes pour le repérage du vieillissement pathologique.....	24
2.1 Qui a l'initiative de cette évaluation ?.....	24
2.2 Les critères des MG pour cibler les patients à évaluer.....	25
2.3 L'importance du lieu de consultation.....	26
2.4 La façon de procéder : un repérage d'abord au cours de la consultation générale puis d'une consultation dédiée.....	26
2.5 La question du recours à la consultation spécialisée de gériatrie et/ou de neurologie a fait débat parmi les médecins interrogés.....	27
2.6 L'utilisation de tests et d'échelles d'évaluation par les médecins généralistes.....	29
3 Les modalités d'évaluation domaine par domaine.....	31
3.1 Les différents critères d'alerte et domaines d'évaluation de la fragilité explorés par les MG interrogés.....	31
3.2 Évaluation de l'état nutritionnel.....	31
3.3 Évaluation des troubles cognitifs.....	33
3.4 Évaluation de la vulnérabilité sociale.....	34
3.5 Évaluation du risque de chute et de la motricité.....	35
3.6 Évaluation des capacités fonctionnelles.....	37
3.7 Évaluation des comorbidités.....	37
3.7.1 La polymédication.....	37
3.7.2 Les déficits sensoriels.....	38
3.7.3 L'altération de l'état dentaire.....	39
3.7.4 Le terrain poly-pathologique.....	39
3.8 Évaluation de la thymie.....	39
4 Ressenti des MG quant à leur atouts et leurs limites dans ce repérage du sujet âgé fragile.....	40
4.1 Atouts des MG pour le dépistage du vieillissement pathologique....	40
4.2 Limites ressenties par les MG pour ce dépistage.....	41
IV. DISCUSSION.....	43
1 Mise en relation des résultats avec les recommandations actuelles.....	43

1.1 La démarche globale du médecin généraliste.....	43
1.2 L'évaluation des domaines de fragilité.....	45
1.2.1 Une évaluation multi-modale.....	45
1.2.2 Évaluation de l'état nutritionnel.....	47
1.2.3 Évaluation des troubles cognitifs.....	49
1.2.4 Évaluation du risque de chute.....	51
1.2.5 Évaluation de la vulnérabilité sociale.....	52
1.2.6 Évaluation des capacités fonctionnelles.....	52
1.2.7 Évaluation du fardeau des co-morbidités.....	53
1.2.8 Évaluation de la thymie.....	54
1.3 Conclusions sur la mise en relations des résultats de notre travail avec les recommandations actuelles sur le repérage de la personne âgée fragile.	54
2 Discussion autour des atouts et limites exprimés par les généralistes pour le repérage de la fragilité.....	55
2.1 Concernant les atouts ressentis par les MG.....	55
2.2 Propositions en rapport avec les limites ressenties par les MG.....	56
3 Proposition d'outils de repérage rapide du sujet âgé fragile pour le généraliste.....	58
4 L'étude et ses limites.....	60
4.1 Justification du choix de la méthode qualitative.....	60
4.2 Les limites de l'étude.....	61
4.2.1 Biais d'interprétation.....	61
4.2.2 Limites liées au corpus de médecins interrogés.....	61
4.2.3 Limites liées au sujet.....	63
4.2.4 Limites liées à l'enquêteur.....	63
CONCLUSION.....	64
BIBLIOGRAPHIE.....	65
TABLE DES MATIERES.....	69
ANNEXES.....	72

ANNEXE 1 : Les grilles d'analyse des entretiens

- tableau 1 : profil des médecins interrogés
- tableau 2 : les modalités pratiques générales du dépistage de la fragilité
- tableau 3 : évaluation du risque de chute
- tableau 4 : évaluation des troubles cognitifs
- tableau 5 : évaluation de l'état nutritionnel
- tableau 6 : évaluation de la vulnérabilité sociales
- tableau 7 : évaluation des capacités fonctionnelles et de la dépendance
- tableau 8 : évaluation de la thymie
- tableau 9 : évaluation du fardeau des co-morbidités
- tableau 10 : éléments spécifiques de l'interrogatoire et de l'examen aux personnes âgées de plus de 75 ans
- tableau 11 : atouts et limites ressentis par le MG pour cette évaluation
- tableau 12 : ordre de citation des critères d'alerte

Tableau 1 : profil des médecins généralistes interrogés

	Age	Sexe	Durée d'installation	Lieu d'exercice	% de patients > 75 ans	Orientation de la pratique / formations particulières	Formation en gériatrie
Dr 1	54	M	24 ans	Semi-rural	40 %	Générale	DIU gérontologie clinique
Dr 2	41	M	12 ans	Urbain	20 %	Générale	Non
Dr 3	63	M	35 ans	Urbain	60 %	Générale	Certificat optionnel de gériatrie
Dr 4	48	F	15 ans	Urbain	5 à 10 %	Générale Gynécologie	Non
Dr 5	60	M	34 ans	Urbain	30 %	Générale	D.U. gériatrie
Dr 6	40	F	7 ans	Urbain	5 à 10 %	Pédiatrie préventive	Non
Dr 7	50	F	15 ans	Urbain	30 %	Générale Médecine du sport Pédiatrie	Non
Dr 8	37	F	9 ans	Semi-urbain	20 %	Générale Gynécologie	Non
Dr 9	57	M	33 ans	Urbain	25 % ou +	Générale Médecin coordonnateur EHPAD Médecin HAD	D.I.U gériatrie

Tableau 2 : modalités pratiques du dépistage de la perte d'autonomie

Sur quel temps de consultation ?	Des consultations spécifiques pour la réalisation des tests	<p>Dr 1 : « si on veut évaluer plus précisément les troubles et dépister les troubles cognitifs, là, c'est une consultation dédiée. »</p> <p>Dr 2 : « je leur demande de revenir ... s'ils n'oublient pas » « ça prend du temps quoi, donc je fait les tests sur un temps de consultation dédié »</p> <p>Dr 5 : « Souvent quand je décide de le faire [le MMS], je leur dis de revenir pour prendre le temps de le faire. Que ce soit un temps un peu consacré à ça. »</p> <p>Dr 6 : « En général, je leur dis : on va faire ça. Voilà, puisque vous me parlez de problèmes de mémoire ou autre. Je reviendrai et puis on prendra un temps pour faire ça. »</p> <p>Dr 8 : « On programme ça une demi-heure et ensemble, on fait les tests. »</p> <p>Dr : « Je case ça le jeudi. La secrétaire elle sait, quand je lui dit « consultation mémoire », elle prévoit une plage plus longue, d'une demi-heure au moins »</p>
	Une évaluation dans la globalité de la consultation générale	<p>Dr1 : « on peut déjà en parler avec le patient en lui demandant ce qu'il arrive à faire, ce qu'il n'arrive plus à faire et s'il en a conscience... »</p> <p>Dr 2 : « je ne fais pas d'évaluation au sens strict mais après, tu es quand même attentif. »</p> <p>Dr 2 : « ce qui nous alerte, c'est un tout. Je n'ai pas de truc d'évaluation gériatrique, enfin de grille dans ma tête qui m'alerte. »</p> <p>Dr 5 : « on peut s'en rendre compte dans l'entretien »</p> <p>Dr 5 : « J'essaie quand même un peu d'évaluer les choses, enfin, je suis vigilant au cours de la consultation. »</p> <p>Dr 7 : Alors, d'abord, je ne reconvoque jamais ! Et deuxièmement, je ne pars pas comme ça car j'ai un peu peur de les choquer et qu'il viennent en claquant des genoux et que ça ne marche pas du tout. Ça va les stresser et je ne vais rien obtenir. » « au cours de la consultation , ça coule mieux. »</p> <p>Dr 9 : « c'est la mettre dans une situation d'échec que de les envoyer voir quelqu'un qu'il ne connaissent pas, qui va leur poser des questions : « allez, je lis ma question, j'attends une réponse » Au lieu de poser une question un peu différemment quand vous connaissez bien l'individu. »</p>
Sur l'initiative de qui ?	À la demande de la famille	<p>Dr1 : « Ça peut être ensuite la perte d'autonomie signalée par l'entourage »</p> <p>Dr 2 : « C'est plus souvent la famille qui va te rapporter qu'il y a des troubles de la mémoire »</p> <p>Dr 4 : « Quelquefois, c'est l'entourage qui me sollicite parce qu'il trouve que leur parent va</p>

		<p>moins bien »</p> <p>Dr 5 : « souvent, chez les patients en couple, il y en a un des deux qui s'inquiète des troubles potentiellement cognitifs de son conjoint »</p> <p>Dr 6 : « ou alors qu'il y a une alerte de la part de l'entourage. »</p> <p>Dr 7 : « Parfois il y a une demande, rarement de la personne mais plutôt de l'entourage proche, soit de la femme, soit du mari, des coups de fils des enfants aussi. »</p> <p>dr 8 : « quand finalement, on peut avoir un peu de délation gentille de la part de la famille, c'est quand même intéressant pour nous parce que ça nous permet d'agir tout simplement. Donc moi, j'aime bien prendre les coordonnées des enfants, essayer de les contacter ... »</p>
	A la demande des soignants	<p>Dr 6 : « c'est les sœurs qui font beaucoup de soins à domicile, comme infirmières, elles sont super. Elles voient le patient tous les jours donc s'il y a un truc qui les embête elles vont m'appeler, en disant : "attention, il y a ça". C'est génial. »</p>
	A la demande du patient	<p>Dr 4 : « le test-là, j'ai du le faire une ou deux fois mais parce qu'ils se plaignaient de troubles de mémoire ou des trucs comme ça / Donc plutôt à la demande du patient ? /Oui. »</p> <p>Dr 5 : « Souvent quand même, il y a une plainte, soit de la personne, soit de l'entourage »</p> <p>Dr 6 : « C'est plus quand il y a une alerte, soit de la personne elle-même qui dit : "vraiment, je me souviens moins bien" »</p> <p>Dr 7 : « Rarement de la personne elle même, soit parce qu'elle ne s'en aperçoit pas, soit parce qu'elle à peur d'en parler, Car effectivement, il y a le départ de chez elle qui se profile, toute la suite... »</p> <p>Dr 8 : « parfois c'est eux qui vont venir en disant : "je perds la mémoire, ça ne va pas du tout, etc ..." »</p>
	Sur l'initiative du MG	<p>Dr 1 : « en général c'est le médecin qui dépiste quelque chose, ou la famille, plus que le patient lui-même ,, qui à plutôt tendance à minimiser »</p> <p>Dr 5 : « souvent ils me le disent spontanément quand ils ont chuté, mais sinon, je leur pose la question si j'ai un doute et si je veux préciser les choses »</p> <p>Dr 8 : « Ça m'arrive de le proposer, oui. Si c'est un non catégorique, bon, bien c'est tout. On laisse passer un peu de temps et puis on le représente de temps en temps et généralement, à un moment donné, ils disent : "d'accord" parce ce qu'ils se sont quand même bien rendu compte qu'il y a eu des problèmes. »</p> <p>Dr 9 : « on se doit d'avertir »</p>
	les événements particuliers et les symptômes	<p>Dr 9 : « on voit un peu les limites dans sa globalité, non pas seulement sur le symptôme mais</p>

	comme point d'appel	sur le symptômes et tout ce qui gravite autour dont l'environnement socio-familiales, »
Quelle cible ?	Les patients seuls à domicile	Dr 4 : « Ceux que je sais être seuls chez eux, par exemple. De temps en temps, on fait un peu le point »
	Les patients très âgés	Dr 4 : « Quand ils ont moins de 75 ans, je ne leur pose pas ce genre de questions, tu vois, c'est clair. C'est plutôt 15-20 ans après »
	Les patients vu à domicile	Dr 8 : « Des gens qui viennent au cabinet, [...]ils sont organisés, ils sont en capacité, voilà. A domicile, effectivement, là, on va être beaucoup plus regardant » Dr 6 : « quand ils viennent en consultation, et qu'après, ils me demandent de venir en visite régulièrement. Effectivement, quand c'est une fois mais qu'après ça devient régulier ... je suis plus attentive» Dr 7 : « la fréquence de la demande médicale, le passage de la consultation au cabinet à la visite à domicile m'alertent »
Utilisation d'outils d'évaluation	Pas de tests	Méconnaissance des tests Dr 2 : « je fais pas de tests.(d'évaluation de la motricité). D'abord parce que je connais pas assez bien les tests. » Dr 3 : « ça me ferait peut-être du bien d'avoir une piqûre de rappel. » Dr 4 : « Je ne connais pas bien non plus les tests. » Dr 6 : « les tests qu'ils font en gériatrie, j'avoue que je ne les fais pas. Je ne sais pas les faire. » Dr 6 : « J'avoue, je ne sais pas les normes, en plus. J'ai pas quelque chose de bien précis dans la tête à savoir comment on évalue un état nutritionnel chez une personne âgée. Je ne sais absolument pas. »
		Autre façon de faire Dr 2 : « Tu peux arriver à évaluer ton patient sans en passer par des grilles strictes parce que tu le connais, tu parles avec lui » Dr 3 : « Globalement je le fais mais je sais pas très bien si j'ai une méthode bien particulière. » Dr 3 : « vous ne faites pas de tests particuliers ? / Non, pas vraiment, non. Je les fais pas tenir sur un pied ou des choses comme ça mais on pourrait, c'est vrai. » Dr 6 : « pour les troubles de l'équilibre, je regarde, rapidement c'est vrai, ce que ça donne au niveau de l'équilibre quoi, mais je ne fais pas un examen poussé ... » Dr 1 : « En complément, il y a aussi es test de dépistage de l'état dépressif... Mais bon, on peut aussi faire la même chose avec un interrogatoire bien mené pour savoir si le patient est dépressif ou pas. »

			Dr 9 : « Et puis en médecine, il y a le pif, et bien connaître ses patients » Dr 9 : « il faut voir sans avoir l'air de regarder et entendre sans écouter. »
		Le suivi plutôt que les tests	Dr 3 : « Ça se fait un peu au fil des consultations. C'est pas forcément un bilan bien précis à chaque fois. » Dr 7 : « C'est très personnalisé, je pense qu'il faut vraiment connaître son patient, surtout que nous on a la chance de le faire, on est pas quelqu'un qui vient ponctuellement pour poser des questions. »
		N'y pense pas	Dr 4 : « Spontanément, ça ne me viendrait pas à l'idée de leur faire faire, de leur dire : « où est-ce que vous en êtes ? »
		Regrets de ne pas faire les tests	Dr 4 : « Ça serait peut-être bien d'ailleurs parce que des fois, ça dépisterait peut-être des choses. »
		Manque de temps	Dr 5 : « Des fois, je remets du jour au lendemain parce que je suis à la bourre, j'ai une demi-heure de retard, j'ai pas le temps de faire un MMS. »
	Réalisation de tests	Évaluer l'intensité des troubles	Dr 2 : « MMS, horloge... si je pense que pour arriver à savoir il y en a besoin, je le fait » « Pour arriver à jauger où est-ce qu'il en est, pour savoir si au moins, dans la vie de tous les jours, ça va pouvoir passer » Dr 7 : « le MMS, à chaque fois quand j'ai un doute je le fait » Dr 8 : « C'est le test de la mémoire basique, avec la montre, avec les dessins... C'est vraiment le premier test qui me permet d'obtenir un MMS chiffré et de là, s'il y a un gros problème effectivement, on embraye de toute façon vers un institut. » Dr 9 : « je les fait car j'ai une formation gériatrique mais je suis pas sure que tous mes collègues sachent les faire. Faire un test, ça permet d'avoir un élément chiffré qui permet le suivi, de voir l'évolution et de se dire, là on en arrive à ce stade là, qui m'alerte d'autant plus. » Dr 9 : « ces tests là, je pense qu'il faut les faire »
Adresser le patient au spécialiste	Questionnement sur l'intérêt des consultations spécialisées		Dr 2 : « je me pose souvent la question de l'intérêt de les envoyer » « Ça sert à quoi de faire plein d'exams puisqu'il n'y a pas de traitement ? » « C'est sûrement quelque chose qui coûte cher à l'hôpital enfin, et puis à la société ... »
	Pas d'intérêt		Dr 2 : « Ça débouche sur rien objectivement » Dr 4 : « Ça n'a pas abouti sur grand chose »

	<p>Dr 5 : « Même si ça débouche jamais sur trop grand chose parce que même après les bilans, il déambule quand même. Mais au moins, on a un bilan cognitif complet de fait et puis ... on sait qu'il y a pas grand chose à faire malheureusement. »</p> <p>Dr 8 : « - on peut discuter avec les gériatres et tout ça, il n'y a pas de problème- mais on n'a pas beaucoup ... pas plus que ça, de conseils finalement pour bien faire cet encadrement-là qui est quand même un encadrement très spécifique. »</p>
Peur que ça déstabilise le patient	Dr 9 : « dans l'ensemble, j'organise plutôt ça moi même. Parce que l'expérience du terrain est là et parfois c'est re-déstabiliser la personne, la mettre dans une situation d'échec que de les envoyer voir quelqu'un qu'il ne connaissent pas, qui va leur poser des questions . »
Un œil extérieur	<p>Dr 3 : « j'aime bien quelquefois que les patients aillent à l'hôpital parce qu'ils retirent la moitié des médicaments. Ils remettent à neuf les trucs et c'est pas mal quelquefois. »</p> <p>Dr 3 : « on les connaît bien mais un œil neuf, c'est pas mal non plus. On est habitué, on les voit vieillir et comme on vieillit aussi, peut-être qu'on est moins pressant. »</p> <p>Dr 9 : « Mais il faut savoir aussi connaître ses limites et passer la main ou prendre conseil auprès de untel ou untel... Le service de gériatrie par exemple... »</p>
Pour établir un « état des lieux »	<p>Dr 3 : « Je trouve que les évaluations qu'ils font au CHU sont de vachement bonne qualité. [...] Je suis très satisfait, je les trouve très compétents, et puis c'est vraiment un état des lieux de la vieillesse, sociale, familiale, mentale et physique. »</p> <p>Dr 4 : « elle était toute seule chez elle, du coup, besoin de se rassurer. Je m'étais dit : on va faire un peu le point ... » « je pense que ce n'était pas idiot de le faire une fois, d'avoir un truc de base. »</p> <p>Dr 5 : « Quand on sent qu'il y a un Alzheimer qui débute, là oui, je me documente quand même par un neuro. Ne serait-ce que pour après étiqueter la maladie un peu officiellement et faire éventuellement une demande de prise en charge à 100 %, enfin etc ... »</p>
Sur la demande du patient, de la famille ou de la maison de retraite	<p>Dr 4 : « Oui, ça m'arrive de temps en temps [d'adresser en consultation de gériatrie], quand vraiment ... mais ... La patiente que j'ai adressée, je pense que c'était plus à sa demande à elle »</p> <p>Dr 5 : « en géranto, oui, je fais ça quand souvent ils déconnectent beaucoup et que c'est plus gérable par la famille ou par la maison de retraite dans laquelle ils se trouvent ... » « le personnel soignant a besoin d'une réponse un peu officielle. »</p>
Adresser d'emblée ou bien après un premier débrouillage ?	Dr 2 : « Je fait les tests de mémoire, MMS, horloge [...] Après, s'il y a besoin, je les envoie en gériatrie. Moi, je fais le scanner souvent quand même parce qu'ils demandent souvent le scanner

		<p>et après je les envoie en gériatrie. »</p> <p>Dr 5 : « quand j'ai fait ça [MMS, horloge...], si je vois qu'il y a des anomalies quand même notables, j'adresse à un neurologue »</p> <p>Dr 5 : « je laisse un peu le soin au neurologue de déclencher une imagerie s'il le juge utile. »</p> <p>Dr 6 : « s'il y a des troubles de la mémoire importants associés, je commence le bilan. Enfin, un scanner cérébral, le bilan thyroïdien, vitamines B9, B12... »</p> <p>Dr 8 : « Les gens que je ne sens pas dès le début, je vais les orienter vers un spécialiste, vers un gériatre, d'emblée. Sinon, les gens qui restent eux-mêmes dans la plainte, dans ces cas-là, on programme ça une demi-heure et ensemble, on fait les tests. »</p> <p>Dr 8 : « c'est vraiment le premier test qui me permet d'obtenir un MMS chiffré et de là, s'il y a un gros problème effectivement, on embraye de toute façon vers un institut. »</p> <p>Dr 1 : « j'essaie de débrouiller le problème avant, c'est-à-dire : un, éliminer un état dépressif qui peut avoir un retentissement sur l'état cognitif, deux, s'il y a des troubles cognitifs, je fais l'évaluation. Ensuite, je mets en route un traitement si ça me paraît adéquat. Voilà. Et puis après, le gériatre, en fait, les voit quand ils sont hospitalisés parce qu'il y a eu un problème et que la perte d'autonomie est telle qu'il a fallu les hospitaliser. »</p>
Le mode de consultation facilite / incite au dépistage	Plus à l'aise au cabinet	Dr 2 : « c'est beaucoup plus difficile à évaluer en maison de retraite. » « parce qu'on n'est pas dans notre élément, tu vois ... »
	Plus en alerte en visite à domicile / à domicile, le dépistage est plus facile	<p>Dr 8 : « tout ce qui est risque de chute, troubles de l'équilibre. Est-ce que c'est quelque chose auquel vous faites attention ? Comment ... ? / Oui, alors finalement, peut-être plus à domicile qu'au cabinet. » « A domicile, effectivement, là, on va être beaucoup plus regardant sur l'équipement, la rampe dans les escaliers, sur est-ce que c'est un capharnaüm ? Est-ce que c'est un espace libre ? Est-ce qu'il y a des tapis qui cornent, toutes ces petites choses-là, bon »</p> <p>Dr 4 : « pour ceux que je vais voir à la maison ... On se rend compte que ça devient compliqué d'être tout seul à la maison, de faire le ménage... Voilà ce qui m'alertent en dehors de ce qu'ils peuvent en dire. »</p> <p>Dr 4 : « Je fais attention quand je vais chez eux par exemple et que je vois un tapis ou qu'ils sont dans des espèces de chaussons, pattes nues, ou en petites savates. Je leur dis : non, ce n'est pas très adapté. Mais quand ils viennent au cabinet, non, je fais pas ... non ... »</p> <p>Dr 9 : « quand vous les voyez à domicile, je remarque quand il y a déjà une modification vestimentaire ou bien que c'est toujours les mêmes vêtements et qu'ils ne sont pas très propres : c'est déjà un avertissement. Sachant que la fragilité à mon avis elle commence au sein du domicile et que l'individu qui se présente à vous n'est pas du tout le même individu que celui</p>

		<p>que vous allez pouvoir rencontrer à domicile. » « Donc, c'est bien connaître le patient, connaître leur environnement, quand on va les voir à domicile »</p> <p>Dr 9 : « Quand on va à domicile, c'est de voir si le frigo est plein ou pas, si il y a des choses qui traînent, qui sont périmées, l'hygiène de la maison. »</p> <p>Dr 9 : « si vous prodiguez des conseils, vous savez qu'ils vont être suivis, si ces conseils ne sont pas suivis, on va s'en rendre compte rapidement, d'où l'intérêt d'aller de temps en temps à domicile. »</p>
--	--	---

Tableau 3 : évaluation du risque de chute par les médecins généralistes

A l'examen : recherche de facteurs de risques de chute intrinsèques	Examen neurologique	Dr 1 : « on fait un examen neurologique standard qui permet de voir s'il y a soit des troubles à déficit neurologique ou des troubles de l'équilibre » Dr 5 : « je fais un examen neurologique complet, On va voir s'il y a un syndrome pyramidal, l'état des réflexes ou s'il y a une polyneuropathie qui est en train aussi de se mettre en place avec une abolition des réflexes par exemple. Et puis souvent je fais un électromyogramme aussi, après. »
	Recherche de déficit musculaire, amyotrophie	Dr 4 : « je vais plus regarder au niveau de la masse musculaire, au niveau des jambes par rapport au risque de chutes, des trucs comme ça, mais je ne prends pas de mesures par exemple. » Dr 9 : « La motricité ça peut aussi se définir par la masse musculaire . Il faut regarder si il y a une sarcopénie, avec le poids, le diamètre du biceps et un dosage de l'albumine. »
	Ne fait pas d'examen particulier ou de tests	Dr 2 : « je fais pas de tests. D'abord parce que je connais pas assez bien les tests. » Dr 3 : « Je les fais pas tenir sur un pied ou des choses comme ça mais on pourrait, c'est vrai. » Dr 6 : « pour les troubles de l'équilibre, je regarde, rapidement c'est vrai, ce que ça donne au niveau de l'équilibre quoi, mais je ne fais pas un examen poussé ... Les tests qu'ils font en gériatrie, j'avoue que je ne les fais pas. Je ne sais pas les faire. »
	Tests d'évaluation de la marche et de l'équilibre	Dr 9 : « Souvent c'est des tests qui le montrent, rien que le get up and go test, la vitesse de la marche, demander si il n'y a pas eu de chute . »
Évaluation subjective	Observation de la marche	Dr2 : « tu les vois arriver au cabinet, que la marche est difficile » Dr 4 : « le fait de voir qu'ils ont un peu plus de mal à se déplacer, qu'ils ont un peu plus de mal à se déshabiller, qu'ils prennent plus de temps pour se déshabiller. » Dr5 : « Des fois, c'est évident qu'il y a difficulté à marcher, une marche un peu différente qui veut dire qu'il y a une pathologie neurologique qui est en train de se mettre en place. » Dr 9 : « Un autre critère physique de fragilité, ça peut être la difficulté à marcher. » Souvent c'est des tests qui le montrent, rien que le get up and go test, la vitesse de la marche, demander si il n'y a pas eu de chute . La motricité ça peut aussi se définir par la masse musculaire . Il faut regarder si il y a une sarcopénie, avec le poids, le diamètre du biceps et un dosage de l'albumine. »
	Difficultés à monter sur la table d'examen	Dr 2 : « l'escabeau pour monter sur ma table, tu vois. Ça te permet d'évaluer un peu les choses quoi. C'est un peu périlleux quoi. Même si c'est pas très pratique en définitive, ça permet aussi de voir... »
Recherche de signes de	À l'interrogatoire	Dr 5 : « souvent ils me le disent spontanément quand ils ont chuté, mais sinon, je leur pose la question si

chutes récentes		j'ai un doute et si je veux préciser les choses, je leur demande ... Mais ça, c'est quelque chose qu'ils disent. » Dr 9 : « demander si il n'y a pas eu de chutes »
	A l'examen clinique	Dr 2 : « Tu vois bien avec les bleus... les machins ... ce qui est en train de se passer » Dr 7 : « Les ecchymoses qui n'ont pas lieu d'être à certains endroits. Parce que spontanément, ils ne cherchent pas forcément à le dire. on n'a pas forcément l'occasion de les déshabiller entièrement à chaque fois, donc quand on a la possibilité, je pense qu'on fait tous attention à ça »
Valeur prédictive des chutes		Dr 3 : « C'est important. Les troubles de l'équilibre, la manière dont il marche. C'est vrai que les chutes à domicile, c'est souvent le début de la fin. » « des chutes un peu spontanées, sur un terrain plat ou il n'y a pas de tapis, d'escalier, des choses comme ça, c'est souvent mauvais signe. » « Je crois que ça met en jeu le cervelet, le cerveau, la motricité, les déficits musculaires etc ... C'est vraiment important, ça. »
Recherche de facteur de risque de chute extrinsèques	Observation du domicile et du chaussage	Dr 4 : « Je fais attention quand je vais chez eux par exemple et que je vois un tapis ou qu'ils sont dans des espèces de chaussons, pattes nues, ou en petites savates. Je leur dis : non, ce n'est pas très adapté. » Dr 6 : « Comment c'est aménagé chez eux au niveau tapis, au niveau salle de bain ? » Dr 8 : « A domicile, effectivement, là, on va être beaucoup plus regardant sur l'équipement, la rampe dans les escaliers, sur est-ce que c'est un capharnaüm ? Est-ce que c'est un espace libre ? Est-ce qu'il y a des tapis qui cornent, toutes ces petites choses-là » Dr 9 : « bien connaître le patient, connaître leur environnement, quand on va les voir à domicile » « il faut avertir pour pouvoir prendre des décisions adéquates type changement ou adaptation de logement. Parfois, ce qui pourrait être intéressant, malheureusement ça n'existe pas en libéral, serait d'avoir des ergothérapeutes... » Dr 9 : « On regarde un peu le chaussage, c'est important dans les troubles de l'équilibre. »
	iatrogénie	Dr 6 : « Les médicaments, effectivement : au niveau tensionnel, voir les possibles retentissements »

Tableau 4 : évaluation des troubles cognitifs

indicateurs de troubles cognitifs	Suivi du traitement : mauvaise observance, erreurs dans les dates de renouvellement	<p>Dr 2 : « C'est un tout qui va commencer à me faire dire : "tiens, il ne se rappelle plus ce que je lui ai dit la dernière fois", "tiens, il oublie ses médicaments". Tu vois. "tiens, il revient à deux mois alors que j'avais fait un renouvellement pour trois mois". »</p> <p>Dr 3 : « Savoir s'il se trompe un peu dans ses médicaments »</p> <p>Dr 8 : « Tu vas le voir par rapport aux médicaments. Tu vas le voir sur la bonne observance des médicaments. Parfois, dans les foyers-logements, avec la permission du patient, tu vas aller regarder dans le placard et tu te rends compte qu'il y a quinze boîtes de Doliprane qui traînent. Ça veut dire qu'il ne le consomme pas et pourtant, il te le demande tous les mois etc... Qu'est-ce que ça peut cacher ? »</p> <p>Dr 9 : « On peut avoir des oublis thérapeutiques un peu involontaires »</p> <p>Dr 1 : « Le suivi du traitement déjà. On peut se rendre compte si les gens prennent bien ou pas leur traitement. Si on fait un renouvellement de trois mois et qu'ils viennent au bout de cinq mois en disant : "je l'ai tout le temps pris" mais qu'il y a eu cinq mois au lieu de trois, on est quasiment sûr que l'observance n'est pas adéquate. Je regarde ça systématiquement »</p>
	Des réponses moins claires à l'interrogatoire	<p>Dr 3 : « s'il y a une altération du plan cognitif : sa présence, sa manière de répondre aux questions, ses troubles de mémoire. La manière dont il se juge lui-même aussi quelquefois. »</p> <p>Dr 3 : « On explore un peu la mémoire. On demande quel jour on est, ce qu'il a mangé hier, combien il a de petits enfants etc ... on voit si ça se dégrade ou pas »</p> <p>Dr 5 : « on peut s'en rendre compte dans l'entretien »</p> <p>Dr 7 : « je vais lui poser des questions plutôt type numéro de téléphone, adresse de ses enfants... des choses qu'ils est censé connaître et qu'il arrivait à me sortir avant, sous prétexte de remplir mon dossier administratif et des choses comme ça quoi. C'est très personnalisé »</p> <p>Dr 8 : « des questions sur l'actualité. Sur finalement le suivi de par exemple, tout simplement, qui est le Président de la République ... des questions sur les petits-enfants ... « comment ils s'appellent vos petits-enfants ? » Etc ... Tout ce qui est un petit peu à proximité ou un peu plus éloigné, pour voir si la personne est au courant ou pas au courant, voire un peu déstabilisée. Et dans ce cas ça va entraîner des tests justement de la mémoire qu'on peut faire éventuellement en cabinet ou alors après en institut spécialisé. »</p>
	Erreurs dans les dates de RDV	<p>Dr 4 : « il a appelé la veille pour venir le lendemain matin, il est pas venu, il est venu à 16 heures au lieu de 9 heures le matin, enfin. Je me dis : « bon, comment ça se passe à la maison » »</p>
utilisation d'échelles	Tests réalisés	<p>Dr 2 : « un test mémoire avec le MMS, le test des cinq mots, l'horloge et puis déjà, c'est pas mal. »</p>

d'évaluation		<p>Dr 3 : Quelquefois je fais un test MMS. Autrement, par l'interrogatoire quoi »</p> <p>Dr 5 : « Un MMS et puis le test des cinq mots avec rappel. Éventuellement, un test de l'horloge, on peut tester un peu les capacités ... enfin faire un débrouillage des troubles cognitifs. »</p> <p>Dr 8 : « le test de la mémoire basique, avec la montre, avec les dessins, avec ... Moi, c'est vraiment le premier test qui me permet d'obtenir un MMS chiffré »</p> <p>Dr 9 : « e fais les tests, je fais le MMS, L'horloge, les 5 mots de Dubois, tous ces trucs là, à domicile »</p> <p>Dr 1 : « le dépistage du déclin cognitif ou de l'affaiblissement cognitif, on peut faire le MMS donc qui est un test global. »</p> <p>Dr 1 : « Alors, la consultation mémoire, il y a le MMS, il y a le test de l'horloge et puis le test des cinq mots. En complément, il y a aussi le test... les test de dépistage de l'état dépressif... »</p>
	Pas de tests	<p>Dr 4 : « Spontanément, ça ne me viendrait pas à l'idée de leur faire faire, de leur dire : « où est-ce que vous en êtes » »</p>
rapport de troubles du comportement par entourage, aides a domicile...		<p>Dr 2 : « C'est plus souvent la famille qui va te rapporter qu'il y a des troubles de la mémoire, qu'il fait un peu n'importe quoi »</p> <p>Dr 3 : « comment il se comporte avec les siens »</p> <p>Dr 4 : « sa fille qui m'appelait en disant : "mon père, il a l'air de louper des trucs, là, il y a un truc qui ne va pas" »</p> <p>Dr 5 : « Ce qui m'alerte, c'est le comportement par exemple, les petites incohérences, les troubles de la mémoire qui vont me montrer qu'il y a des troubles cognitifs qui s'installent. »</p> <p>Dr 5 : « souvent, chez les patients en couple, il y en a un des deux qui s'inquiète des troubles potentiellement cognitifs de son conjoint »</p>
consultation spécialisée		<p>Dr 5 : « Après, quand j'ai fait ça, (MMS, Horloge, 5 mots) si je vois qu'il y a des anomalies quand même notables, j'adresse à un neurologue. Je fais faire un bilan neurologique. Ne serait-ce que pour ... je laisse un peu le soin au neurologue de déclencher une imagerie s'il le juge utile. Par contre, il faut que ce soit significatif quand même parce que pour les petits troubles je pousse pas trop les investigations, enfin si c'est vivable, quoi. »</p> <p>Dr 6 : « je vais téléphoner pour avoir un rendez-vous soit en géronto soit en consult mémoire, peu importe. Ça dépend de l'âge effectivement des gens mais chez des personnes âgées, c'est plutôt en géronto. »</p> <p>Dr 8 : « de là, s'il y a un gros problème effectivement, on embraye de toute façon vers un institut. »</p>
recherche de diagnostics		<p>Dr 6 : « s'il y a des troubles de la mémoire importants associés, je commence le bilan. Enfin, un scanner cérébral, le bilan thyroïdien, vitamines B9, B12... »</p>

différentiels et de co-morbidités		
-----------------------------------	--	--

Tableau 5 : évaluation de l'état nutritionnel

Surveillance du poids	rythme	<p>Dr 2 : « Peut-être pas à chaque fois, mais je les pèse souvent. Si c'est pas tous les trois mois, tous les six mois. Ça c'est sûr qu'ils sont pesés au moins deux fois par an. »</p> <p>Dr 3 : « Déjà, le peser. On a des ordinateurs, donc on a à peu près le suivi du poids. Ils montent assez facilement sur ma balance parce qu'elle est relativement facile d'accès »</p> <p>Dr 1 : « et puis le poids, la perte de poids. On surveille régulièrement à chaque consultation. »</p>
	intérêt	<p>Dr 3 : « La dénutrition, les choses comme ça, c'est un bon signe quand même. C'est important. »</p> <p>Dr 5 : « L'état nutritionnel, eh bien, je les pèse. Je vois bien s'il y a tout d'un coup un décrochage, un changement de poids. »</p>
Recherche de difficulté dans la préparation des repas	Sur point d'appel	<p>Dr 2 : « si il y a une perte de poids ou quelque chose qui se passe qui m'alerte, [...] si à la biologie, il y a des choses qui vont pas, là, je vais leur demander comment ils se débrouillent pour cuisiner, sinon non. »</p> <p>Dr 4 : « Si il y a une perte de poids par exemple, je me dis : "comment est-ce qu'ils mangent ?" »</p> <p>Dr 5 : « Il y a l'aspect extérieur comme ça, et puis, c'est sûr que quelqu'un qui va s'amaigrir, je vais m'intéresser de plus près à son alimentation. Il faut qu'il y ait un signe d'appel un peu comme ça. »</p>
	Systématique à l'interrogatoire	<p>Dr 4 : « comment ils se dépatouillent pour les repas ? S'ils ont besoin, je leur dis qu'ils peuvent faire venir les repas, déjà une fois par jour, le midi, des choses comme ça. Ceux que je sais être seuls chez eux, par exemple. De temps en temps, on fait un peu le point là-dessus. »</p> <p>Dr 6 : Je leur demande comment ils mangent, comment ils se font à manger »</p> <p>Dr 6 : « Comment est-ce qu'ils vont faire leurs courses ? Parce que souvent, c'est ça effectivement ... souvent il n'y a pas d'aide, donc, voilà. Est-ce qu'ils y vont en bus ? Est-ce qu'ils y vont à pied ? Avec un caddy, sans caddy enfin... Combien de fois, ils y vont dans la semaine ou est-ce qu'ils demandent à quelqu'un quand il y a de la famille</p>

				proche de faire les courses ou pas ? » Dr 8 : « C'est de se rendre compte comment la personne mange. Est-ce qu'elle se fait livrer ses repas ? Auquel cas, est-ce qu'elle les mange ? Pourquoi pas regarder dans le frigo ? »
critères biologiques	Surveillance basée sur le bilan lipidique			Dr2 : « si tu as le cholestérol, les triglycérides qui font n'importe quoi, tu te dis : "tiens, qu'est-ce qu'il est en train de manger ?" »
	Dosage albumine	Non prescrit	Ça coûte cher	Dr 2 : « je dose pas l'albumine la préalbumine, pas en systématique, d'autant plus que ça coûte un peu d'argent quand même »
			Ne sait pas l'interpréter	Dr 6 : « L'albumine et tout ça, non je ne fais pas ... J'avoue, je ne sais pas les normes, en plus. J'ai pas quelque chose de bien précis dans la tête à savoir comment on évalue un état nutritionnel chez une personne âgée. Je ne sais absolument pas. »
		prescrit		Dr 7 : « albumine, iono, régulièrement non, mais quand je commence à m'apercevoir qu'il y a une perte de poids oui, une perte d'envie aussi. Voilà quoi, on le sent quoi. » Dr 8 : « Annuellement, ils ont droit à leur prise de sang et après, en fonction des pertes de poids, éventuellement, de toute façon, on le glisse entre deux. » Dr 9 : « C'est rien une albumine, ça coûte rien et ça donne beaucoup de renseignements, ainsi que de les peser a chaque consultation. » Dr 1 : « ça se fait par le dosage des protéines... »
	Surveillance basée sur la fonction rénale			Dr 3 : « Oui, le iono, la créatinémie. Je crois beaucoup en la clairance qui est, à mon avis, assez prédictive de la santé des gens. J'ai remarqué que souvent les gens toniques, les grands vieillards ont une bonne fonction rénale. Je trouve que c'est un bon marqueur de l'espérance de vie, je crois. A mon avis, hein ! »
Pas de bilan biologique			Dr 4 : « est-ce que vous dosez des choses, les protides ou des choses comme ça ? / Non, pas plus que ça, juste le suivi du poids	
Observation du patient	Amaigrissement visible			Dr 3 : « on voit s'il se dégrade un petit peu, s'il a maigri. C'est important, l'amaigrissement, je crois. »
Prescription de compléments alimentaires				Dr 8 : « on est assez prompt à proposer aussi des compléments alimentaires, des choses comme ça, pour les personnes justement très âgées ou qui ne se nourrissent pas très bien, histoire justement qu'ils ne se carencent pas. »

Recherche de co-morbidités ou de facteurs de risque	Isolement social et familial	Dr 5 : « ça fait partie des choses relativement importantes qui peuvent être liées d'ailleurs à l'alimentation. Quelqu'un d'isolé à plus de risques de moins bien s'alimenter que quelqu'un qui a une bonne situation sociale et familiale. »
	Troubles cognitifs	Dr 7 : « le côté cognitif retenti sur beaucoup de chose, sur l'appétit, sur la perte des repères complète »
	État dentaire	Dr 8 : « je vais effectivement plus insister sur les douleurs, sur les dents. On sait que s'ils ont mal aux dents, ils vont moins bien manger, ils vont s'altérer, »

Tableau 6 : Évaluation de la vulnérabilité sociale

Évaluation de l'isolement social	Connaissance du patient et de son réseau	Dr 5 : « je l'évalue un peu naturellement, c'est-à-dire, je vois bien si socialement ... s'ils sont en couple, si ils vivent seule. On détecte assez volontiers la personne isolée socialement. On s'en aperçoit d'autant plus qu'on va des fois les voir en visite. »
	Dans le discours du patient	Dr 5 : « Mais même dans le discours, on se rend compte quand même si les gens ont peu de contacts ou s'ils ont une vie sociale ... » Dr 6 : « Je leur demande, si tu veux, c'est même eux qui en parlent, enfin, qui fait quoi ? "c'est mon petit-fils qui vient me faire les courses deux fois par semaine, le ménage, j'ai quelqu'un, j'ai personne, j'ai essayé mais j'ai pas réussi" »
	La famille est un pilier de choix sur lequel s'appuyer	Dr 6 : « La solitude. L'isolement, plutôt. Ça, effectivement, c'est important à évaluer parce que dès qu'il y a un petit truc qui ne va pas, si la personne est isolée, tout s'effondre ... » Dr 7 : « Ce que je vais avoir tendance à regarder, finalement, c'est l'isolement, l'encadrement, l'environnement du patient. Est-ce qu'il est seul ? Est-ce qu'il a une famille au contraire bien disponible ? Quel est du coup l'investissement de la famille qui peut nous venir en aide également pour gérer le quotidien finalement. Le but du jeu, c'est après, finalement, d'établir des aides à domicile, aide ménagère, pour la toilette, toutes ces choses-là. » Dr 8 : « ce qui est intéressant, c'est quand même de s'entourer des familles quand c'est possible, quand les enfants s'entendent bien avec leurs parents parce que ça va quand même être un pilier important pour le bon suivi, pour nous mettre en alerte »
	Recherche de facteurs de risque d'isolement	Dr 6 : « Le logement. Ça dépend où ils habitent effectivement, s'ils sont au troisième étage sans ascenseur...Là, tout de suite, on se retrouve coincé parce que c'est quelqu'un qui ne peut plus sortir de chez lui rapidement donc ... voilà. C'est un petit peu compliqué surtout quand il n'y a pas d'entourage » Dr 9 : « Et qui dit isolement dit risque de majoration du déclin cognitif. Car les gens qui sont isolés, avec le déclin cognitif qui se fait, il y a le côté social qui se majore. »
	Important pour avoir une vision globale	Dr 9 : « A partir du moment, on voit un peu les limites dans sa globalité, non pas seulement sur le symptôme mais sur les symptômes et tout ce qui gravite autour dont l'environnement socio-familiales, là, on peut parler de fragilité de la personne de plus de 75 ans. »

Évaluation de la situation économique	Des situations précaires qui compliquent les prises en charge	Dr 9 : « Mais parfois, on se heurte à des situations financières ou socio-économiques. »
---------------------------------------	---	--

Tableau 7 : évaluation des capacités fonctionnelles et de la dépendance

Indicateurs d'altération des capacités fonctionnelles	Changement dans la présentation et l'hygiène	Dr 2 : « tu vois bien les patients qui ont une perte ... pas de style ... mais une perte d'hygiène de vie. Enfin, tu vois... qui commencent à mal se raser, après qui s'habillent moins bien. » Dr 3 : « on voit si il est mal habillé » Dr 6 : « L'hygiène est quand même un bon indicateur » « J'arrive encore à faire ma toilette ou j'y arrive pas mais je veux pas forcément demander et puis quand on me propose » Dr 8 : « La perte d'autonomie, tu vas la voir éventuellement dans une propreté, sur l'état sanitaire. » Dr 9 : « je remarque quand il y a déjà une modification vestimentaire ou bien que c'est toujours les mêmes vêtements et qu'ils ne sont pas très propres :c'est déjà un avertissement. » Dr 1 : « Quelqu'un qui a une tenue un peu plus négligée que précédemment, on arrive à penser qu'il a peut-être des difficultés »
	Dégradation de l'état de la maison	Dr 4 : « pour ceux que je vais voir à la maison, on se rend compte que ça devient compliqué d'être tout seul à la maison, de faire le ménage » Dr 9 : « Quand on va a domicile, c'est de voir si le frigo est plein ou pas, si il y a des choses qui traînent, qui sont périmées, l'hygiène de la maison. »
Alerte de la famille		Dr 3 : « si sa femme ou son mari dit qu'il commence à perdre un peu son autonomie. » Dr 1 : « Ça peut être ensuite la perte d'autonomie signalée par l'entourage avec les difficultés à sortir de chez lui, à se prendre en charge soit pour la nourriture, soit pour l'habillement et l'hygiène. »
interrogatoire		Dr 4 : « Comment ça se passe dans le quotidien pour les repas, pour les déplacements ? » Dr 6 : « quand on discute avec eux, qu'ils sortent moins de chez eux, qu'ils ne vont plus faire leurs commissions, qu'ils n'arrivent plus à prendre le bus. » Dr 6 : « de temps en temps, oui, j'essaie de savoir comment ils vivent et ce qu'ils font, ce qu'ils ne font plus. » Dr 1 : « Pour la perte d'autonomie physique on va dire, on peut déjà en parler avec le patient en lui demandant ce qu'il arrive à faire, ce qu'il n'arrive plus à faire et s'il en a conscience... »
Grille AGIR		Dr 1 : « si on veut une évaluation de la perte d'autonomie standardisée, c'est la grille AGIR, voilà. »

Tableau 8 : évaluation de la thymie

Signe de fragilité		Dr 6 : « dans les choses qui alertent, c'est le syndrome dépressif. »
Le sd dépressif : cause ou conséquence d'une dégradation de l'état cognitif ou de la motricité ?		<p>Dr 6 : « on peut voir un syndrome dépressif dans beaucoup de chose y compris dans les problèmes cognitifs mais bon, il y a des patients où il n'y a pas du tout de problème cognitif. Il y a aussi le fait de mal supporter cet isolement, de moins pouvoir se déplacer en bus, voilà, de moins aller voir les autres. Du coup, ça peut être aussi une perte d'autonomie qui fait qu'ils se retrouvent un peu isolés chez eux. »</p> <p>Dr 1 : « un, éliminer un état dépressif qui peut avoir un retentissement sur l'état cognitif, deux, s'il y a des troubles cognitifs, je fais l'évaluation »</p>
		Dr 1 : il y a aussi le test... les test de dépistage de l'état dépressif... Mais bon, on peut aussi faire la même chose avec un interrogatoire bien mené pour savoir si le patient est dépressif ou pas. »

Tableau 9 : évaluation du fardeau des co-morbidités

polymédication	Être attentif au nombre de médicaments		Dr 2 : « Au-dessus de trois médicaments je crois, on ne sait plus trop ce qu'on fait. Donc, alors à partir de cinq, c'est n'importe quoi » Dr 3 : « A chaque fois que je vois une ordonnance longue comme ça, je me dis que je devrais le faire. (simplifier l'ordonnance) Je le fais de temps en temps ... pas assez souvent je crois »
	Difficile à éviter	À cause du terrain poly-pathologique	Dr 2 : « si tu as un diabétique, déjà il aura ses anti-diabétiques oraux, il aura son aspirine, il aura son IEC, il aura sa statine. S'il a 95 ans, tu vas commencer à pouvoir faire un peu le ménage mais avant ... enfin, tu vois, on est déjà à cinq. S'il a une hypertension, s'il a un infarctus, tu vois ... ça va vite. »
		Par accumulation au gré des symptômes	Dr 3 : « souvent on rajoute un truc parce qu'ils ont une douleur un jour et puis on laisse, et puis ils ont une douleur à l'estomac alors on laisse l'omeprazole alors qu'on pourrait le retirer. On fait des renouvellements. »
		Négociations avec le patient	Dr 3 : « De temps en temps, je suis effrayé, c'est très dur. C'est pour ça que j'aime bien quelquefois que les patients aillent à l'hôpital parce qu'ils retirent la moitié des médicaments. Ils remettent à neuf les trucs et c'est pas mal quelquefois. » Dr 3 : « Il faut faire attention aux somnifères parce qu'ils sont très attachés à leur somnifère. Il faudrait les diminuer, ils sont pourvoyeurs de chutes et de fractures certainement et tous les tanakan et machins comme ça qu'on a donné à tour de bras. » Dr 6 : « avec des médicaments qui sont là depuis un certain temps, enfin, qu'on a bien du mal à changer, enfin c'est compliqué, je trouve. C'est pas si simple que ça alors qu'ils vont un coup à l'hôpital, "oh, ils m'ont enlevé ça, ça, ça". Ils n'en font pas un cas plus que ça alors que nous, on se bat ... »
Déficit sensoriels			Dr 5 : « ce que j'évalue aussi, c'est l'état sensoriel un peu. J'essaie toujours d'avoir cet aspect là en tête. » « je suis vigilant au cours de la consultation. J'essaie de voir si il y a des troubles visuels ou auditifs. Auditifs on s'en rend compte assez vite et puis, je fais faire un bilan ORL si je vois qu'il y a besoin d'appareillage. Pour la vision... souvent, les gens organisent leur suivi mais je peux un petit peu veiller à ce que ça soit fait correctement. » Dr 8 : « la vue également qui fera partie de mes recherches un petit peu spécifiques. » Dr 9 : « il y a aussi les déficiences auditives, visuelles. Quelqu'un qui a une DMLA, on sait qu'il devient fragile. » « déficience auditive aussi avec toutes ces conséquences sur la communication, qui majorent encore plus les troubles cognitifs, car on se « désocialise ». Tout ça fait que d'un machin vous partez à un autre puis à un autre et un autre...et après ça se rejoint avec les troubles physiques, c'est le cercle infernal... et puis la dessus viennent se greffer plein de choses et toutes les conséquences que ça comporte, avec cette notion de fragilité. »

État dentaire		Dr 8 : « je vais effectivement plus insister sur les douleurs, sur les dents. On sait que s'ils ont mal aux dents, ils vont moins bien manger, ils vont s'altérer »
Terrain poly pathologique		Dr 9 : « la personne qui fait des pneumopathie inhabituelles, tout de suite on pense aux fausses routes. Il y a plein d'éléments, les personnes qui vont faire des problèmes cutanés ou bien digestifs... Ces personnes fragiles sont souvent pluri-pathologiques : la moyenne des pathologies après 75 ans c'est entre 5 et 6 pathologies par individus ! Ces pathologies et leur traitement s'additionnent avec des complications qui peuvent être létales. »

Tableau 10 : Éléments de l'interrogatoire et de l'examen spécifiques au plus de 75 ans

Pas de schéma de consultation spécifique au plus de 75 ans		Dr 2 : « Je n'ai pas de truc d'évaluation gériatrique, enfin de grille dans ma tête » Dr 5 : « selon les symptômes exprimés que ça va peut-être orienter mon interrogatoire dans telle ou telle direction. » Dr 6 : « c'est en fonction de la demande ou du pourquoi ils viennent effectivement, s'il s'est passé quelque chose de particulier ou pas, un événement mais autrement, non. Il n'y a pas de schéma ... »
À l'examen	Suivi du poids	Dr 2 : « Je les pèse plus souvent »
	Examen de la masse musculaire	Dr 4 : « je vais plus regarder au niveau de la masse musculaire, au niveau des jambes par rapport au risque de chutes »
	Examen des dents	Dr 8 : « je vais effectivement plus insister sur les douleurs, sur les dents. On sait que s'ils ont mal aux dents, ils vont moins bien manger, ils vont s'altérer »
	Examen de la vue	Dr 8 : « la vue également qui fera partie de mes recherches un petit peu spécifiques »
A l'interrogatoire	Évaluation de la mémoire par des questions simples, à chaque consultation	Dr 3 : « On explore un peu la mémoire. On demande quel jour on est, ce qu'il a mangé hier, combien il a de petits enfants etc ... on voit si ça se dégrade ou pas, quoi. » Dr 8 : « dans l'interrogatoire ... non ... je vais en rester là, je vais demander classiquement sur les troubles de la mémoire : "est-ce que vous trouvez que vous êtes moins compétente, etc ..." Même si la personne me dit non, je vais poser deux-trois petites questions pour vérifier ... »
Para-clinique	Suivi biologique plus assidu	Dr 8 : « on est plus assidu mais ça, on l'est globalement sur le suivi para-clinique, les prises de sang, les choses comme ça pour voir justement s'il n'est pas dénutri, avec l'albumine, des choses comme ça. » « Annuellement, ils ont droit à leur prise de sang et après, en fonction des pertes de poids, éventuellement, de toute façon, on le glisse entre deux. » Dr 9 : « une fois par an, ça fait parti du bilan gériatrique. »

Tableau 11 : Atouts et limites ressentis par les médecins généralistes pour le dépistage de la fragilité de leur patients âgés

Atouts	Une vision globale du patient	<p>Dr 1 : « l'atout qu'on a, c'est de connaître les gens dans leur milieu, premièrement »</p> <p>Dr 2 : « je vois le patient dans sa globalité et donc, du coup, on le connaît dans sa vie de tous les jours. » « Tu peux arriver à évaluer ton patient sans en passer par des grilles strictes parce que tu le connais, tu parles avec lui. Je veux dire, on n'est pas là pour faire que de la technique, quoi. On ne prend pas que la tension. »</p> <p>Dr 3 : « on les voit souvent, on les connaît bien »</p> <p>Dr 7 : « ce sont des gens qu'on suit depuis très longtemps donc on connaît la famille, l'habitat, »</p> <p>Dr 7 : « C'est très personnalisé, je pense qu'il faut vraiment connaître son patient, surtout que nous on a la chance de le faire, on est pas quelqu'un qui vient ponctuellement pour poser des questions. »</p>
	Une relation de confiance	<p>Dr 1 : « Deuxièmement, d'avoir un relationnel au long cours, donc... un lien de confiance à priori un peu plus... sans doute un peu plus fort que lors d'une consultation chez un praticien qu'il ne connaîtrait pas »</p> <p>Dr 9 : « Et puis en médecine, il y a le pif, et bien connaître ses patients. Il y a aussi le côté relationnel avec son patient, si la confiance est mutuelle, si vous prodiguez des conseils, vous savez qu'ils vont être suivis »</p>
	Connaissance de l'entourage	<p>Dr 1 : « Troisièmement, on connaît aussi, au moins dans certains cas, la famille et l'entourage ce qui peut faciliter les choses pour avoir une évaluation du problème. »</p> <p>Dr 3 : « On connaît un petit peu tout l'environnement familial, c'est surtout ça notre atout. »</p> <p>Dr 8 : « e qui nous aide, c'est la proximité encore une fois et le fait, éventuellement, de connaître l'entourage parce que parfois, ce sont des familles toute entières que l'on va suivre, donc c'est facile de pouvoir interagir sur tel individu parce qu'on connaît la fille et puis qu'on va pouvoir tout de suite réagir grâce à elle. »</p>
	Suivi au long cours : suivi de l'évolution du patient dans le temps	<p>Dr 2 : « On connaissait le patient, il y a deux ans, on le connaît maintenant, et on le connaîtra dans un an. Donc tu vois l'évolutivité de ton patient » « L'avantage, c'est que tu ne le vois pas à un moment X et puis qu'après, tu ne le vois plus. C'est le suivi. »</p> <p>Dr 4 : « le voir régulièrement et de le voir se dégrader ou de voir apparaître des choses nouvelles qu'il n'y avait pas avant »</p> <p>Dr 9 : « l'intérêt en médecine générale d'être médecin de famille et de connaître ses patients depuis 10 ou 15 ans voire plus et de voir leur évolution. »</p>
	La formation gériatrique : Les MG ayant une formation gériatrique ressentent beaucoup moins de limite dans ce dépistage	<p>Dr 9 : « Non, je ne me sens pas limité. Je suis médecin généraliste depuis 33 ans, j'ai une fibre gériatrique depuis que j'ai fait cette formation. Mais, je ne me sens pas limité car c'est un domaine que je connais, que je pense maîtriser. »</p> <p>Dr 5 : « Non, qu'est-ce qui pourrait me limiter ? »</p>

Limites	Manque d'intérêt pour le sujet	Dr 4 : « Je fais peu de prévention dans ce domaine car je ne m'y intéresse pas, sans dire que c'est inutile, au contraire. »	
	Ne voit pas l'intérêt de faire ce dépistage	Dr 2 : « [Je ne fait pas le dépistage] parce que je ne vois pas trop l'intérêt en fait. Je sais pas mais en même temps, je ne connais pas tous les tests ... »	
	Évaluation moins rigoureuse / technique que les gériatres	Dr 2 : « Le désavantage, par rapport au gérontologue? on est sûrement moins technique et effectivement, on n'utilise pas leur table "diagnostic" »	
	Bilan du MG ressenti comme non considéré par les spécialiste	Dr 1 : Commentaires hors enregistrement faits sur le sentiment de non prise en compte des examens réalisés par le médecin généraliste en amont de la consultation gériatrique. Ressenti d'un problème de considération des généralistes et d'un problème de communication généraliste – gériatre.	
	Difficile de mettre en place des choses adaptées quand un terrain fragile est détecté	Réticence de la famille ou de la personne	Dr 2 : « le plus dur, c'est d'anticiper pour le placement, c'est ça le problème. Que ça se fasse pas dans l'urgence malgré que dans la majorité des cas, ça se passe comme ça parce que les enfants, ils n'arrivent pas à assumer le fait que leur père ou leur mère, il faut les placer, » Dr 6 : « Mais après, quand effectivement, il y a des petites choses et qu'on essaie d'aller plus loin. De l'autre côté, ça répond pas. Et parfois, même au niveau familial, ça ne répond pas. Et de faire toute seule ... » Dr 7 : « forcément quand ils sont tous seuls, bon, déjà ils sont tous seuls donc on a un peu plus de poids. Mais quand ils sont à deux, le binôme n'est pas forcément d'accord pour accélérer les choses ... » Dr 7 : « on attends un peu la dernière limite, enfin moi j'ai attendu la dernière limite parce que je ne vois pas de quel droit je le pousserais...De quel droit ? »
		Des aides complexes à mettre en place	Dr 7 : « Ce compartimentage de toute activité, ça devient impressionnant et en plus ça complexifie la mise en place de tout ça. C'est dommage... »
		Ne sait pas quoi mettre en place	Dr 6 : De voir les signes d'alerte, oui mais pour faire plus, non. C'est extrêmement compliqué. Ils vont me livrer les problèmes mais après, changer les choses, ça, c'est vraiment très compliqué. Je ne dis pas que les autres médecins y arrivent mieux que moi. J'ai vraiment l'impression de ne pas arriver à grand chose de ce côté-là. Je me sent démunie de ce côté là »
	Manque de temps	Dr 3 « Ça prends du temps, déjà » Dr 5 : « les personnes âgées sont toujours lentes. Des fois, on manque un peu de temps, quoi. C'est un peu ça,	

		l'écueil donc, ils mettent du temps à s'exprimer, ils mettent du temps à se déshabiller, ils mettent du temps ... » Dr 8 : « Ça prend beaucoup de temps et c'est toujours un peu pareil, on est toujours un petit peu à la recherche du temps »
	Manque de connaissances théoriques sur le sujet Manque de conseils pratiques des spécialistes Manque de formations	Dr 3 : « Si j'avais un petit QCM la-dessus, ça me ferait peut-être du bien d'avoir une piqure de rappel. C'est toujours pas mal de se maintenir. » Dr 4 : « le manque de formation. Ça m'aiderait peut être si on avait une grille toute simple de surveillance ou quelque chose comme cela. » Dr 6 : « De pas savoir faire d'évaluation plus globale. » « C'est pas mon domaine de prédilection. C'est vrai que je me sens un peu démunie par rapport à ça mais au moins de faire, savoir faire une évaluation, oui ... plus globale, prendre un temps de consultation, voilà, pour ça et puis après, savoir aussi quel réseau joindre. C'est de l'aide dont on a besoin, je pense. Mais oui, apprendre à faire une évaluation. » Dr 8 : « on peut discuter avec les gériatres et tout ça, il n'y a pas de problème, mais on n'a pas beaucoup ... pas plus que ça, de conseils finalement pour bien faire cet encadrement-là qui est quand même un encadrement très spécifique. » Dr 8 : « même ordinairement voilà, on mange de la pédiatrie, on mange de la gynéco, on devrait manger de la gériatrie parce que ça sera notre quotidien bientôt. Dr 8 : « Ça vous intéresserait d'avoir des petites formations, des choses très courtes sur des points forts etc...? /Sur des points précis, oui, oui, tout-à-fait. »
	Un regard trop impliqué, manque de recul	Dr 3 : « un œil neuf, c'est pas mal non plus. On est habitué, on les voit vieillir et comme on vieillit aussi, peut-être qu'on est moins pressant » Dr 7 : « [ce qui me limite] d'abord c'est le cote affectif qu'on peut avoir avec les gens, je pense que c'est quelque chose qui n'est pas simple à gérer quand même. »
	Méconnaissance des réseaux médico-sociaux	Dr 8 : « Ce qui est compliqué ... je pense qu'on ne connaît pas forcément, surtout quand on va s'installer, tout ça, tous les réseaux qui peuvent s'organiser autour des personnes âgées, toutes les possibilités. »

Tableau 12 : Critères d'alerte et d'évaluation de la fragilité, par ordre de citation dans les entretiens

	Med n°9	Med n°8	Med n°7	Med n°6	Med n°5	Med n°4	Med n°3	Med n°2	Med n°1
Conditions socio-familiales	6	1	1	6	(*)	5	4		
Capacités fonctionnelles/ dépendance	2			2		4			3
Motricité, chute, équilibre	5	(*)	(*)	4	2	1	(*)	(*)	
État nutritionnel / alimentation / poids	3	4	5	3	(*)	2	2	5	(*)
Fonctions cognitives	10	5	3	(*)	1	6	5	2	1
thymie				8					6
Fardeau des co-morbidités	7				5				
polymédication	9			5			(*)	6	
hygiène, présentation générale	1	2		7			1	3	2
Observance médicamenteuse	4	3					3	4	4
Fréquence de la demande médicale / mode de consultation (cabinet/visite)	11		2	1					
État sensoriel (vue, audition)	8	6			4				5
Alerte de l'entourage		7	4		3	3		1	

(*) = critères cités de façon non spontanée, seulement après relance de la part de l'interviewer

critères évalués par la plupart des médecins :

- conditions socio familiales 8/9
- motricité chute équilibre 8/9
- état nutritionnel 9/9
- fonction cognitives 9/9

critères évalués par peu de médecins :

- état sensoriel 4/9
- polymédication 4/9
- thymie 2/9
- fardeau des co-morbidités 2/9
- capacités fonctionnelles, dépendance 4/9

ANNEXE n° 2 : questionnaire du gérontopôle de Toulouse

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

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

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

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

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : ☐ OUI ☐ NON

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

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

ANNEXE n°3 : échelle de fragilité d'Edmonton

EDMONTON FRAIL SCALE ¹ Entourer l'évaluation faite et additionner les points				
Score : /17 (0-3 : non fragile ; 4-5 : légèrement fragile ; 6-8 : modérément fragile ; 9-17 : sévèrement fragile)				
Domaine	Item	0 point	1 point	2 points
Cognitif	Imaginez que ce cercle est une horloge. Je vous demande de positionner correctement les chiffres et ensuite de placer les aiguilles à 11h10.	Pas d'erreurs	Erreurs mineures de positionnement	Autres erreurs
Santé générale	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été admis(e) à l'hôpital ?	0	1-2	3 ou plus
	En général comment appréciez-vous votre santé	Excellente, très bonne, bonne	Correcte, passable	Mauvaise
Indépendance fonctionnelle	Pour combien des 8 activités suivantes avez-vous besoin de l'aide : déplacements, courses, préparation des repas, faire le ménage, téléphoner, gérer vos médicaments, gérer vos finances, la lessive	0-1	2-4	5-8
Support social	Si vous avez besoin d'aide, pouvez-vous compter sur quelqu'un qui est d'accord de vous aider et en mesure de vous aider	Toujours	Parfois	Jamais
Médicaments utilisés	Prenez-vous régulièrement 5 médicaments prescrits ou plus ?	Non	Oui	
	Vous arrive-t-il d'oublier de prendre un médicament prescrit ?	Non	Oui	
Nutrition	Avez-vous récemment perdu du poids au point d'avoir des vêtements trop larges	Non	Oui	
Humeur	Vous sentez-vous souvent triste ou déprimé ?	Non	Oui	
Continence	Perdez-vous des urines sans le vouloir ?	Non	Oui	
Performance fonctionnelle	Test « Up and go » chronomètre. (Asseyez-vous tranquillement sur cette chaise, levez-vous, marchez trois mètres jusqu'au repère et venez vous rasseoir)	0-10sec	11-20sec	>20 sec, ou Assistance, ou refus

ANNEXE n°4 : le test PRISMA-7

consignes : Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, votre réponse est la bonne. Répondez spontanément par oui ou non.

QUESTIONS :

1/ Avez-vous 85 ans ou plus ?

2/ sexe masculin ?

3/ En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ?

4/ Avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider régulièrement ?

5/ En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison ?

6/ Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ?*

7/ Utilisez-vous régulièrement une canne ou une manchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ?

* La réponse positive à la question 6 constitue vraiment un risque contrairement à ce qu'on pourrait penser à priori.

Notes : Pour les questions 3 à 7, il n'y a aucune interprétation à faire. Noter la réponse de la personne sans juger si la réponse devrait être oui ou non. Si la personne hésite entre oui ou non, il faut l'inciter à choisir l'une des deux réponses. Si malgré plusieurs tentatives elle persiste à répondre « un peu » ou « des fois », à ce moment indiquer la réponse « oui ».

interprétation : Si 3 ou 4 réponse positive, il y a risque de fragilité qui nécessite de poursuivre l'évaluation de manière plus approfondie.

ÉVALUATION GÉRIATRIQUE : PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES POUR LE REPÉRAGE DU SUJET ÂGÉ FRAGILE.

RÉSUMÉ

Dans notre société vieillissante, le repérage de la fragilité pour mettre en place des mesures préventives et curatives adaptées constitue un enjeu majeur de politique de santé dont le médecin généraliste est au centre. L'intérêt de l'EGS a été démontré mais en pratique, les généralistes l'utilisent peu. Nous avons voulu déterminer les procédures de repérage et de prise en charge du sujet âgé fragile mises en place par les médecins généralistes ainsi que les stratégies d'adaptation développées afin de s'intégrer à leur pratique quotidienne. Cette étude qualitative a été menée auprès de 9 médecins généralistes par entretiens individuels semi-dirigés. L'échantillon a été constitué de manière à être représentatif des différentes pratiques des généralistes. L'analyse des données a été effectuée par analyse thématique entretien par entretien puis par réalisation de tableaux comparatifs pour les différents thèmes. Il ressort de nos entretiens que l'évaluation de la fragilité d'un patient âgé pouvait avoir lieu suite à la demande du patient lui-même ou de la famille ou bien suite à des signes d'alerte. Ce repérage se faisait d'abord au cours de la consultation générale puis en cas d'alerte soit grâce à une consultation plus dédiée soit en ayant recours aux consultations spécialisées. Les fonctions cognitives, l'état nutritionnel, les conditions socio-familiales et la motricité étaient les domaines les plus fréquemment évalués. Les tests formalisés étaient peu utilisés. Ils utilisaient par contre de nombreux critères subjectifs qui s'ajoutaient aux critères objectifs pour confirmer leur soupçon sur l'état de fragilité d'un patient. La connaissance globale du patient et de son environnement social et familial, le suivi au long cours et la confiance que leurs accordent les patients étaient reconnus comme leur principaux atouts pour ce dépistage. En revanche, le manque de temps et de connaissances théoriques sur le sujet limitaient fréquemment les généralistes dans ce repérage. Beaucoup plébiscitaient la proposition de formations brèves et d'outils adaptés à leur pratique.

MOTS-CLÉS

- évaluation gériatrique
- sujet âgé
- dépistage
- recherche qualitative
- médecine générale
- fragilité
- prévention

FORMAT

☐ Mémoire

☒ Article¹ :

publié,

☒ à soumettre

suivi par : LAUNAY Cyrille

☐ soumis

☐ accepté pour publication

☐

¹ statut au moment de la soutenance

