Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2013 ; 11 (1) : 21-31

Quelle utilisation les médecins généralistes font-ils des tests et échelles à visée gériatrique ?

What use general practitioners do they tests and scales referred to geriatric?

Paolo Di Patrizio[1,2,3]
Emmanuelle Blanchet[2]
Christine Perret-Guillaume[1,3]
Athanase Benetos[1,3]

[1] Département de médecine, Université de Lorraine, Vandœuvre-Les-Nancy, France

[2] Médecine générale, Nancy, France

[3] Service de gériatrie, CHU de Nancy, France
<paolo.di-patrizio@orange.fr>

Tirés à part :
P. Di Patrizio

Résumé. *Justification :* des outils de dépistage, de diagnostic et de suivi des polypathologies ont été élaborés et validés par les gériatres, et sont recommandés par la Haute autorité de santé. *Objectif :* déterminer la place, les intérêts et obstacles d'utilisation des tests et échelles à visée gériatrique en consultation de médecine générale. *Méthode :* enquête transversale par voie postale auprès de 84 médecins généralistes (MG) Meurthe-et-Mosellans s'intéressant à la fréquence d'utilisation de 12 instruments d'évaluation gériatrique ; l'intérêt que leur portent les MG et les obstacles à leur utilisation. *Résultats :* parmi les MG enquêtés, 34,5 % n'ont jamais recours à ces outils, 37 % en utilisent régulièrement. Les plus utilisés sont le MMSE, la grille Aggir, le test de l'horloge et le test de Dubois. Dans les médecins formés 85,5 % en font usage, avec une fréquence plus soutenue. Dans cet échantillon, 51 % les jugent inadaptés à leur pratique. Les principaux obstacles à leur utilisation sont le temps nécessaire, le défaut de formation, le recul du rôle du généraliste et l'absence de cotation. *Conclusion :* les outils à visée gériatrique sont sous-utilisés par les MG qui les jugent inadaptés à leur pratique. L'absence de cotation et le défaut de formation sont des freins à leur usage.

Mots clés : gériatrie, médecine générale, troubles cognitifs, malnutrition, tests neuropsychologiques

Abstract. Justification: *the complexity of the elderly's cares justifies to set up tools of screening, diagnosis and follow-up of multiple pathologies. Numerous tests and scales were elaborated and validated, and are recommended by the Haute autorité de santé (HAS). Are these tools useful and are they adapted to the consultation of general medicine? What are the obstacles to their appropriation by the general practitioners?* Objective: *to determine the frequency of use of a series of twelve tests and scales to geriatric aim by the general practitioners. Secondary objective: interests of these tests and obstacles to their use in practice.* Method: *transverse survey by mail way, with a representative sampling of general practitioners of Meurthe-et-Moselle concerning the use of 12 tests or scales validated.* Results: *84 general practitioners on 145 requested participated in the survey (rate of answers 58%). The most used tests are the MMSE, the AGGIR, the test of the clock and the test of five words of Dubois (respectively 48, 43, 38 and 36% of regular users). Thirty five percent of the general practitioners never use tests or scales, while 37% use them at least once a month. 85.5% of the trained practitioners use it more frequently. A practitioner on two (51%) considers that these tools are unsuitable for his practice while almost totality of the general practitioners (90%) admits an interest about these tools in the screening, the diagnosis and the follow-up of the geriatric pathologies. The obstacles are essentially connected to the very time-consuming character, to the absence of specific quotation and to the lack of training.* Conclusion: *in the absence of tests and scales conceived by geriatricians and general practitioners, the existing tests although recognized useful are underused by the general practitioners of Meurthe-et-Moselle.*

Key words: *geriatrics, general practice, cognition disorders, malnutrition, neuropsychological tests*

doi:10.1684/pnv.2013.0392

Pour citer cet article : Di Patrizio P, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. Quelle utilisation les médecins généralistes font-ils des tests et échelles à visée gériatrique ? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2013; 11(1) :21-31 doi:10.1684/pnv.2013.0392

La part gériatrique dans la patientèle d'un médecin généraliste devient de plus en plus conséquente. Cette population très hétérogène, parfois polypathologique nécessite de prendre en compte l'âge physiologique et les facteurs de fragilité du patient dont les critères de Cohen [1] ou les critères de l'étude Paquid particulièrement discriminants [2].

Cette fragilité se définit comme un état médico-social instable, lié à une perte des réserves physiologiques consécutive au vieillissement physiologique et pathologique, responsable d'une baisse de la capacité d'adaptation au stress qu'il soit médical, psychologique ou social. Ainsi, en cas de situation aiguë intercurrente, l'individu peut basculer dans un état déficitaire.

La fragilité concerne 10 à 20 % des personnes âgées de 65 ans ou plus ; cette proportion augmente rapidement jusqu'à atteindre 46 % des plus de 84 ans [3]. Son dépistage fait appel à l'évaluation gérontologique standardisée, difficilement réalisable en totalité par le médecin généraliste.

La complexité de la prise en charge de la personne âgée a justifié et justifie encore une réflexion sur la prévention, le dépistage et le suivi des pathologies de nature gériatrique. Ainsi, différents tests et échelles ont été élaborés dans ce sens, permettant une relative standardisation des pratiques.

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), la population française au 1er janvier 2010 se chiffre à 62 793 432. On compte 10 566 273 personnes âgées de 65 ans et plus, soit 17 % de la population française, dont 59 % de femmes. Les personnes âgées de 75 ans et plus sont au nombre de 5 601 926, soit 9 % de la population française, dont 63 % de femmes. Les personnes âgées en France représentent donc une part importante de la population [4].

Il en est de même en consultation de médecine générale, en effet, plus de 90 % des personnes âgées de 60 à 74 ans consultent leur médecin traitant au moins une fois dans l'année, c'est également le cas pour 95 % des personnes âgées de 80 ans et plus [5].

Notons que, selon l'Insee, on estime qu'en 2050 les personnes âgées de 60 ans et plus seraient au nombre de 22,3 millions et représenteraient alors un tiers de la population française [6].

Le médecin généraliste se trouve confronté quotidiennement aux problématiques suivantes de la personne âgée en situation de fragilité :

– la dépendance (les personnes âgées dépendantes seraient actuellement au nombre de 1,2 million, ce chiffre devrait croître de 1 à 2 % par an [7] ;

– le syndrome démentiel (selon le groupe européen Euroderm, la prévalence des syndromes démentiels chez les personnes âgées de 65 ans et plus avoisinerait les 6,4 % [8]). Le rapport Opeps évalue actuellement à 850 000 le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus souffrant de démence d'Alzheimer [9]. Concernant la maladie d'Alzheimer qui représente 70 % des démences, selon les données de l'étude Paquid, la prévalence s'élève à 17,8 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus, 13,2 % pour les hommes et 20.5 % pour les femmes. D'après une étude française réalisée auprès de 505 médecins généralistes sentinelles concernant la maladie d'Alzheimer, ceux-ci déclarent avoir diagnostiqué 1,5 nouveau cas et avoir suivi 4 patients au cours de l'année 2002, alors que l'on s'attendrait, selon la prévalence et l'incidence de la pathologie, à la découverte d'au moins 2 nouveaux cas et le suivi d'au moins 9 patients par an et par médecin [10] ;

– la dépression (une étude [11] réalisée en 2000 auprès de plus de 4 500 personnes âgées à domicile révélait une prévalence du syndrome dépressif majeur de 4,4 % chez les femmes et de 2,7 % chez les hommes). Ces résultats concordent avec l'ensemble des études réalisées se basant sur les critères du DSM-IV. Néanmoins notons que ces taux varient fortement en fonction des critères utilisés, avoisinant 11 à 16 % en utilisant des outils spécifiques de la personne âgée. Ces taux augmentent chez les personnes âgées institutionnalisées, approchant les 50 % ; en cas d'hospitalisation, ils sont évalués entre 15 et 30 % [11]. De ce dépistage insuffisant il découle une sous-prescription des traitements adaptés, voire parfois une sur-prescription de benzodiazépines devant la prédominance des symptômes anxieux. D'après le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), les suicides chez les plus de 65 ans représentaient 30 % des suicides en France en 1999, soit plus de 4 000 décès [11]. On note par ailleurs que le taux de suicide chez les hommes monte en flèche après 70 ans [11] ;

– la dénutrition (les données chiffrées sur la prévalence de la dénutrition recensées par la HAS proviennent essentiellement d'études européennes et américaines [12]). Les données retrouvées sont très variables, mais la HAS retient que la dénutrition protéino-énergétique concernerait 4 à 10 % des personnes âgées vivant à domicile, 15 à 38 % de celles institutionnalisées en Ehpad et 30 à 70 % de celles qui sont hospitalisées [12]. L'étude Paquid a montré sur un groupe de 245 personnes qu'un IMC (indice de masse corporelle) inférieur à 22,8 et une hypoalbuminémie inférieure à 36 g/L étaient liés à une augmentation de la mortalité à 6 ans avec un risque relatif respectivement de 2,3 et 2,1 [13]. Une autre étude publiée dans le *Jama* en 1994 incluant plus de 4 000 sujets a également mis en évidence une

augmentation de la mortalité en cas d'hypoalbuminémie avec un risque relatif de 1,9 pour les hommes et 3,7 pour les femmes [13] ;
– les chutes (il existe très peu de données en France, mais l'Anaes retient que la prévalence des chutes répétées est estimée entre 10 et 25 % [14, 15]. Ainsi les chuteurs de 65 ans et plus arrivant dans un service d'accueil des urgences représentaient 84 % des accidentés de la vie courante en 2004, soit un total de 450 000 chutes par an avec une incidence de 3 % pour les hommes et 5,6 % pour les femmes. Plus d'un tiers relève d'une hospitalisation. Dans près de 80 % des cas, la chute survient à domicile [16]. D'après une méta-analyse citée par la HAS, 5 à 10 % des personnes âgées qui chutent présenteront une complication traumatique grave par an [14].

La complexité de la prise en charge de la personne âgée a justifié et justifie encore une réflexion sur la prévention, le dépistage et le suivi des pathologies de nature gériatrique. Ainsi différents tests et échelles ont été élaborés dans ce sens par des gériatres. Ces tests et échelles sont utilisés dans le cadre de l'évaluation gérontologique standardisée.

En médecine générale, et plus particulièrement dans le domaine gériatrique, il existe une multitude d'échelles et tests. Ceux-ci peuvent être des outils précieux dans l'aide à la décision diagnostique et/ou thérapeutique. Certains ont été validés par les experts français voire internationaux pour leur intérêt et leur fiabilité, leur utilisation est d'ailleurs parfois même recommandée dans le cadre de la prise en charge de la personne âgée. Pour la plupart, ils ont été conçus par des médecins gériatres.

Mais qu'en est-il de leur utilité en consultation de médecine générale ? Sont-ils adaptés à la pratique des médecins généralistes ? Quels sont les obstacles à leur intégration dans le déroulement d'une consultation de médecine générale ? Notre étude tente de répondre à ces questions. Ainsi nous avons sélectionné une douzaine de tests et échelles à visée gériatrique qui nous paraissaient particulièrement utiles dans la prise en charge de la personne âgée en médecine générale, tous validés, fiables et recommandés par les experts de la Haute autorité de santé (HAS).

Méthode

Une enquête transversale par questionnaire envoyé par voie postale auprès de 84 MG de Meurthe-et-Moselle a été réalisée. Ce questionnaire visait à évaluer les pratiques d'utilisation des tests et échelles gériatriques auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle.

Notre échantillonnage de médecins généralistes enquêtés a été réalisé de la façon suivante.

Après tirage au sort du chiffre sept, nous avons retenu tous les septièmes médecins dans la liste des pages jaunes de l'annuaire téléphonique de Meurthe et Moselle. En une journée, ils ont été contactés téléphoniquement afin d'obtenir leur consentement. Sur quatre-vingt-dix-huit appels nous avons pu contacter soixante-deux médecins, quarante et un ont accepté de nous communiquer des coordonnées de type mail, neuf ont préféré recevoir le questionnaire par courrier, huit ont refusé de participer à l'étude (faute de temps ou faute d'activité gériatrique), quatre ont écourté l'appel en raison d'une surcharge de travail concomitante. Le questionnaire a été envoyé à cinquante médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle

Le questionnaire comportait une enveloppe pré-timbrée pour ceux qui souhaitaient le recevoir par courrier. Étant donné le petit nombre de réponses par mail, y compris après relance, nous avons envoyé le questionnaire par courrier à vingt-deux médecins et avons repoussé la date de recueil.

Un premier retour de seulement trente-deux réponses, rendant l'analyse statistique non significative, nous a conduits à refaire un deuxième échantillonnage dans les modalités identiques au premier mais en tirant au sort le chiffre huit. Un nouveau panel de quatre-vingt-dix-huit médecins de Meurthe-et-Moselle a été ainsi constitué.

Pour la deuxième partie de notre enquête nous avons directement envoyé les courriers sans contacter les médecins au préalable.

Le deuxième retour nous a permis d'obtenir cinquante-deux réponses supplémentaires.

Nous avons ainsi recueilli quatre-vingt-quatre réponses au total sur cent quarante-six questionnaires envoyés soit une participation de près de 57 %, ce qui laisse à penser que notre enquête a suscité l'intérêt des médecins généralistes interrogés.

Les réponses étaient recueillies sur deux périodes, l'une entre le 25 mai et le 25 juin 2010 et l'autre entre le 18 octobre et le 27 novembre 2010 (pour éviter la période des vacances estivales).

Le choix de ces douze outils gériatriques s'est porté respectivement pour :
– le MMS, conçu par Folstein *et al.*, a été validé, en 1975, par ses auteurs anglo-saxons et européens. Le MMSE (*mini-mental status examination*) est la version consensuelle du MMS établie par le Greco (Groupe de recherche et d'évaluations cognitives), cette version française est disponible depuis 1998. Ce test a une sensibilité de 63 % et une spécificité de 89 % pour le diagnostic de démence selon le DSM-III [17, 18] ;
– le test des cinq mots de Dubois s'intéresse à la mémoire à court terme et à l'encodage. Il s'agit d'un test fiable pour

le dépistage de la maladie d'Alzheimer puisqu'il a une sensibilité de 63 % et une spécificité de 91 % lorsque l'on retient le seuil de 10/10, mais celui-ci est beaucoup moins performant pour le dépistage des autres démences. Notons que la pondération des mots sans indiçage améliore encore les performances de ce test avec pour un seuil de 18/20 une sensibilité à 83,6 % et une spécificité de 84,9 % [19, 20] ;
– le test de l'horloge est un outil d'une grande fiabilité avec une sensibilité de 88,5 % et une spécificité de 94,9 % [21-32] ;
– la GDS (*geriatric depression scale*) a été élaborée par Yesavage *et al.* en 1982 [33]. Le score obtenu permet d'évaluer l'état thymique du sujet âgé : sévèrement dépressif de 20 à 30, légèrement dépressif de 10 à 19, et normal de 0 à 9. La GDS est un test de référence fiable avec une sensibilité allant de 85 à 96 %, et une spécificité de 62 à 69 % ;
– il existe plusieurs versions réduites de la GDS [33], avec notamment la mini-GDS en 4 items, d'une durée d'exécution de l'ordre de la minute, et d'une grande fiabilité, avec une sensibilité avoisinant les 70 % et une spécificité variant de 80 à 88 % selon les études ;
– la grille Aggir [34] s'intéresse à dix-sept actes de la vie courante cotés A (acte fait seul spontanément), B (acte partiellement effectué) ou C (acte non réalisé). Ils permettent d'évaluer le besoin de soins requis ;
– le Codex [35] comprend les sous-items les plus pertinents du MMSE et le test de l'horloge simplifié pour une meilleure discrimination du syndrome démentiel selon les critères du DSM-IV. Il s'agit d'un test très performant puisqu'il a une sensibilité de 92 % et une spécificité de 85 % pour l'ensemble des pathologies démentielles, il est facile et est réalisable en 2 à 3 minutes, malheureusement il est encore relativement méconnu ;
– l'échelle ADL (*activities of daily living*) a été élaborée par Katz *et al.* en 1963 [36-38]. Elle comporte 6 items évaluant les activités de la vie quotidienne : toilette, habillage, locomotion, prise des repas, continence, utilisation des toilettes ;
– l'échelle IADL (*instrumental activities of daily living*) a été conçue par Lawton *et al.* en 1969 [39]. Elle comporte 8 items et explore les activités instrumentales de la vie quotidienne : faire les courses, téléphoner, faire le ménage et la blanchisserie, préparer les repas, utiliser les moyens de transport, prendre des médicaments, gérer un budget et les obligations administratives ;
– le MNA (*mini nutrition assessment*) a été conçu par Guigoz et Vellas en 1991 pour le dépistage et l'évaluation de la dénutrition chez la personne âgée [40, 41]. Il s'agit d'un questionnaire comprenant 18 items correspondant à un interrogatoire complété par des mesures anthropométriques simples. Ce test est réalisable en dix à quinze minutes. Il est validé depuis 1994 et est très fiable puisqu'il a une sensibilité de 96 % et une spécificité de 98 %. Selon deux études, une toulousaine et une mexicaine, il est prédictif de la mortalité à un an qui est de 48 % pour les personnes ayant un score inférieur à 17, de 24 % pour celles ayant un score entre 17 et 23,5, et de 0 % pour celles au statut nutritionnel correct ;
– le MNA simplifié ou MNA-sf n'est utile qu'au dépistage. Il comporte 6 items, notés chacun de 0 à 3. Un score inférieur à 12/14 indique une possibilité de malnutrition. Celui-ci est réalisable en seulement quatre minutes. Il est également d'une grande fiabilité avec une sensibilité de 85,2 % et une valeur prédictive négative de 79,1 % [40, 41] ;
– le *timed up and go test* [42] est la version chronométrée du *get up and go test*. Celui-ci est recommandé pour évaluer le risque de chute, bien qu'il n'ait pas encore été validé. Il consiste à faire se lever le patient pour se rendre à un point situé à trois mètres, faire demi-tour puis revenir s'asseoir sur la chaise. Notons que la réalisation d'une double tâche, c'est-à-dire la réalisation concomitante d'une tâche cognitive, peut faire révéler une certaine fragilité.

Ce test est réalisable en moins de cinq minutes. Il est d'une grande fiabilité avec une sensibilité de 87 % et une spécificité de 87 %.

Le questionnaire s'articulait autour des points suivants :
– les huit premières questions permettaient d'analyser l'échantillon avec identification de l'âge et du sexe des médecins interrogés, le lieu d'exercice, le type d'activité, les formations suivies notamment à visée gériatrique, la part de l'activité gériatrique et des visites à domicile ;
– les cinq questions suivantes, essentiellement ouvertes, concernent l'analyse quantitative déclarative de l'utilisation en consultation d'une série de douze tests et échelles à visée gériatrique, et une analyse qualitative de l'intérêt que leur portent les médecins interrogés ainsi que des obstacles qu'ils soulèvent quant à leur utilisation.

Le recueil informatique a été réalisé sur tableur Excel. Tous nos calculs statistiques sont basés sur le test du Chi2.

Résultats

Nous avons ainsi pu exploiter quatre-vingt-quatre questionnaires au total sur cent quarante-six questionnaires envoyés soit une participation de près de 57 %.

Notre cohorte est représentative en termes de sexe, âge, milieu d'activité, mode d'exercice, intensité de l'activité (*figure 1*).

Notre échantillon comprenait 69 hommes et 14 femmes, 13 sont âgés de moins de 45 ans, 31 ont de 45 à

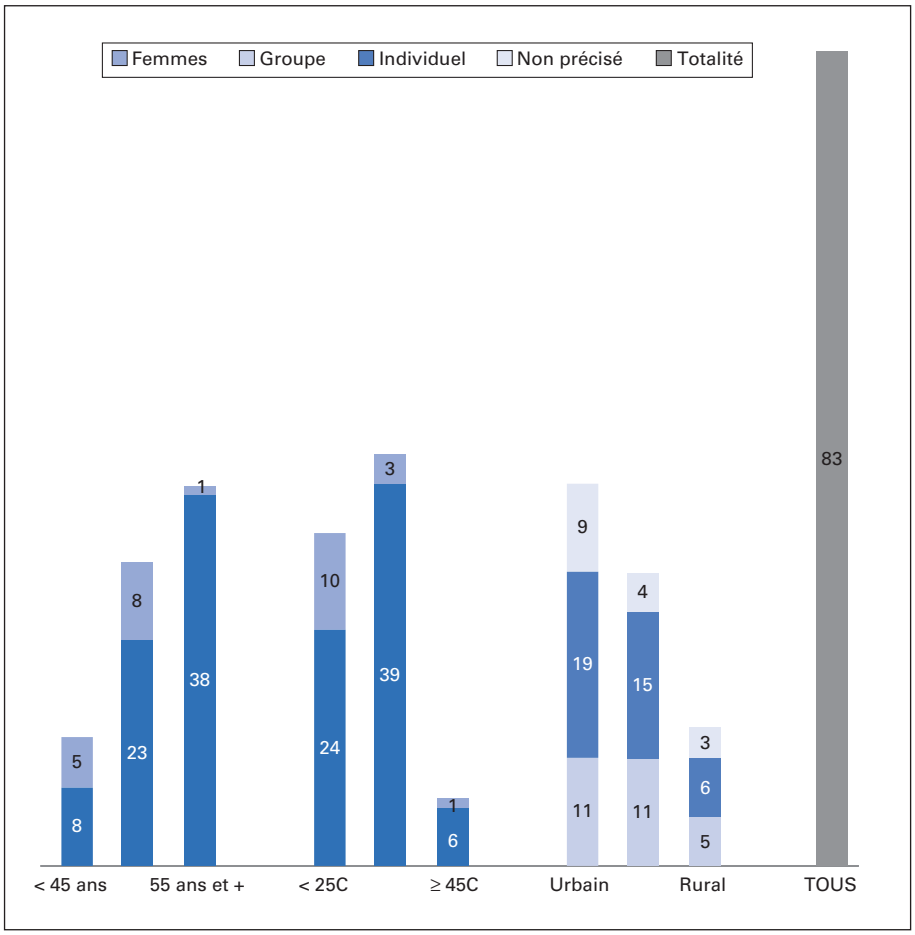

Figure 1. Age, sexe, nombre d'actes quotidien, milieu d'activité et mode d'exercice des médecins interrogés.
Figure 1. *Age, sex, daily number of acts, environment of activity and mode of exercise of the questioned practitioners.*

54 ans et 39 plus de 55 ans. Quant à leur lieu d'exercice, 47 % sont installés en milieu urbain, 36 % en semi-urbain et 17 % en rural. Le mode d'exercice est majoritairement individuel pour 48 %, alors que pour l'exercice en groupe il n'est retrouvé que pour 32,5 % (sachant que 16 médecins soit 19 % ont omis de répondre à cette question).

Leur activité quotidienne en nombre de consultations se répartit de la manière suivante : 0,5 % moins de 14, 37,5 % de 15 à 24, 35 % de 25 à 34, 15,5 % de 35 à 44 et 8,5 % plus de 45.

Parmi nos médecins interrogés, 84 % déclarent suivre une formation médicale continue (FMC) avec une fréquence supérieure ou égale à une session tous les deux mois pour 74 % d'entre eux. Cinquante-six médecins ont suivi une FMC sur le thème de la gériatrie, parmi ceux-ci, 34 (41 %) ont été sensibilisés à l'utilisation de tests et échelles gériatriques. Notons que deux des médecins interrogés sont coordonnateurs en Ehpad.

Un tiers (32,5 %) des médecins n'ont jamais reçu de formation concernant la gériatrie.

Utilisation des tests et échelles à visée gériatrique

La fréquence d'utilisation de ces outils est indépendante du sexe (p = 0,187), de l'âge (p = 0,590) des MG, du lieu d'activité (p = 0,685) et du mode d'exercice (p = 0,758) (*figure 2*). En croisant nos analyses, nous constatons qu'elle est inversement proportionnelle à l'intensité de l'activité des MG (p = 0,033), et que les MG sensibilisés au préalable à leur usage les utilisent spontanément plus et plus souvent (p = 0,003). Ainsi 85,5 % d'entre eux les utilisent *versus* 51 % pour les médecins non éduqués à ces outils, et 59 % s'en servent au moins une fois par mois versus 20 % pour les autres. Dans notre étude, 14,5 % des MG y ont recours au moins une fois par semaine, dont deux tiers ont

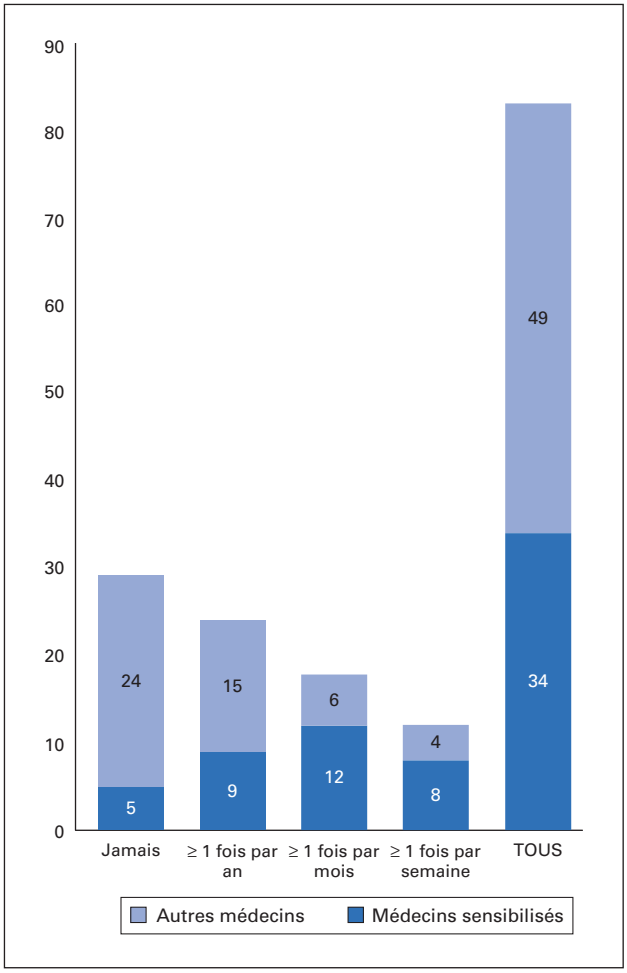

Figure 2. Fréquence d'utilisation des échelles gériatriques et formations suivies.
Figure 2. *Frequency of use of the geriatric scales and followed trainings.*

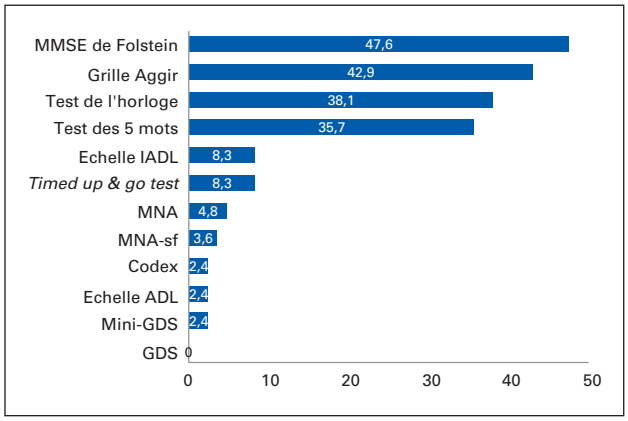

Figure 3. Pourcentage de médecins utilisant ces outils.
Figure 3. *Practioners' percentage using these tools.*

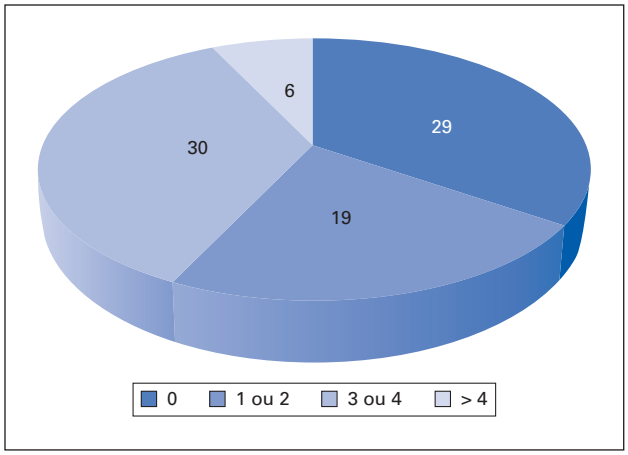

Figure 4. Nombre de tests et échelles utilisés par médecin.
Figure 4. *Number of tests and scales used by practitioner.*

bénéficié d'une formation concernant ces tests. Les instruments utilisés majoritairement sont le MMSE de Folstein (48 %), la grille Aggir (43 %), le test de l'horloge (38 %) et le test des 5 mots de Dubois (36 %) (*figure 3*). Trente pour cent de notre population utilisent de 3 à 4 tests (*figure 4*).

Les intérêts des tests et échelles à visée gériatrique

Les MG de notre échantillon ont recours à ces tests, notamment pour dépister et évaluer un éventuel trouble cognitif (38 %) et pour évaluer la nécessité d'une demande de structure d'accueil ou aides à domicile (18 %) (*figures 5 et 6*). Le dépistage et l'évaluation de l'autonomie sont cités préférentiellement par les médecins sensibilisés à ces outils (p = 0,005).

Ils trouvent l'usage de ces outils inadaptés à leur pratique pour 51,2 %, seuls 35,7 % les jugent adaptés, qu'ils y aient été préalablement formés ou non (p = 0,516) (*figure 6*).

Les obstacles à l'utilisation des tests et échelles à visée gériatrique

Les obstacles allégués à leur utilisation sont le temps excessif nécessaire (76,2 %), le manque de formation et de pratique quant à leur usage (28,6 %), l'absence de cotation CCAM (Classification commune des actes médicaux) (13,1 %), le risque d'altération de leur relation médecin/patient et de rupture de confiance (10,7 %), le rôle croissant du médecin spécialiste au détriment de celui du médecin traitant (22,6 %), voire leur manque d'intérêt (9,5 %) cité plus fréquemment par les MG non formés à ces outils (p = 0,05) (*figure 7*). Seuls 9,5 % des médecins interrogés ne voient aucun obstacle à leur usage.

Il n'y a pas de différence significative de perception des obstacles à l'utilisation de ces outils selon le sexe et l'âge des MG, leur milieu d'activité, leur mode d'exercice, l'intensité de leur activité et leur formation.

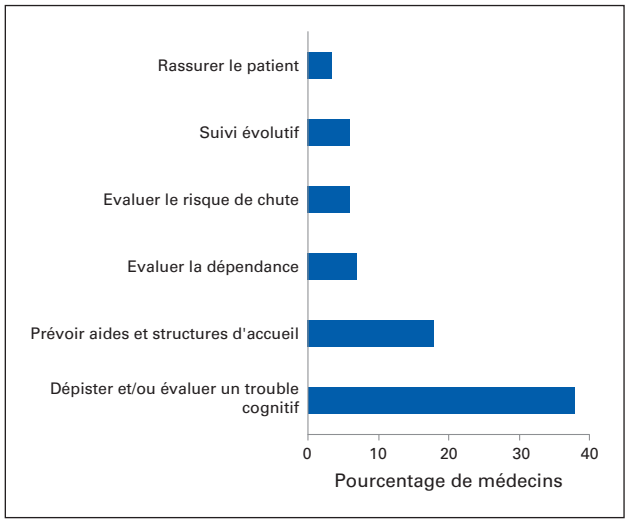

Figure 5. Intérêts de l'usage de ces tests et échelles.
Figure 5. *Interests of the use of these tests and scales.*

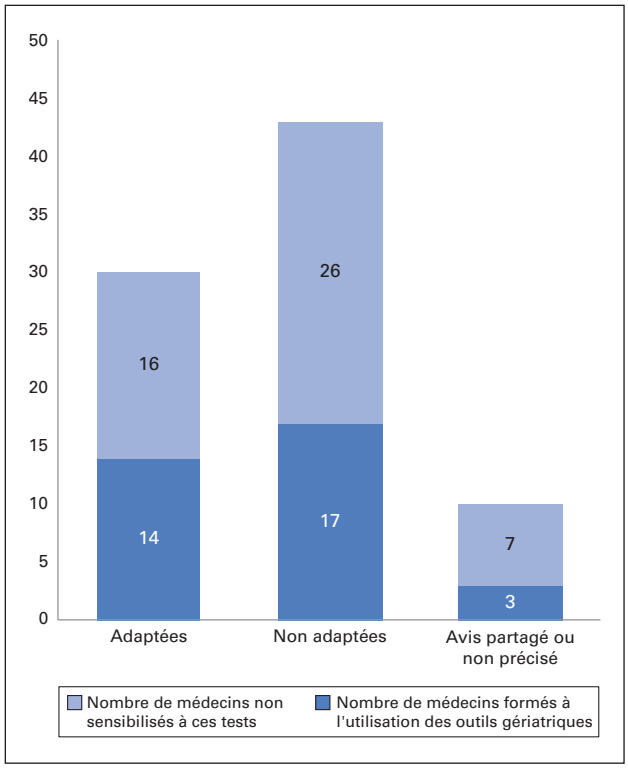

Figure 6. Les échelles gériatriques sont-elles adaptées à la pratique des MG ?
Figure 6. *Are the geriatric scales adapted to the practice of the general practitioners ?*

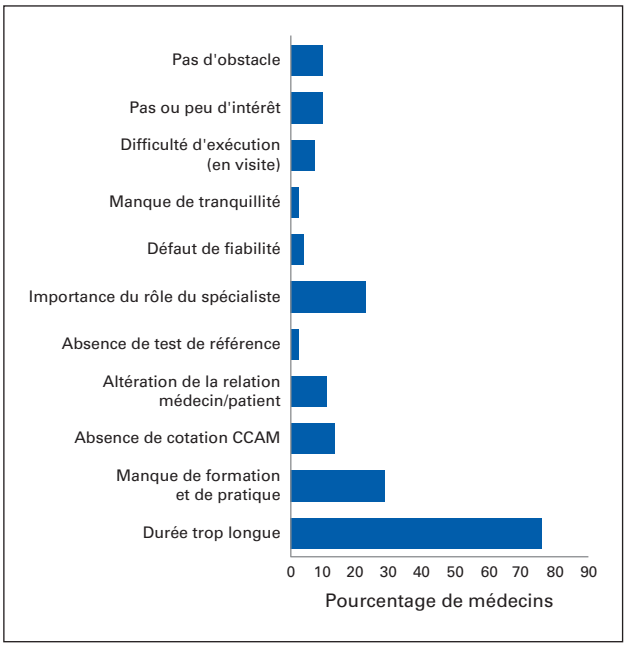

Figure 7. Obstacles perçus à l'utilisation de ces outils en consultation de médecine générale.
Figure 7. *Perceived obstacles to the use of these tools in consultation of general medicine.*

Suggestions émises par certains médecins interrogés

Pour optimiser l'usage de ces tests, les MG suggèrent la conception d'un outil informatique permettant l'émission d'alerte automatique par reconnaissance de certains mots clés par exemple, une planification d'une consultation dédiée, ou la conception d'un test unique de référence. Certains MG préfèrent le recours au spécialiste gériatre ou neurologue ainsi qu'au réseau gériatrique.

Discussion

Les données nationales et départementales permettent de constater que notre échantillon, bien que limité, est représentatif des médecins généralistes installés [43-48].

Peu d'études se sont intéressées à l'utilisation effective des tests et échelles à visée gériatrique en médecine générale.

Les douze outils sélectionnés, validés, permettent d'évaluer l'autonomie globale, la dépendance, les fonctions cognitives, l'état nutritionnel, la thymie et la marche. Seuls quatre sont utilisés fréquemment en pratique par les MG interrogés : le MMSE de Folstein, le test de l'horloge et le test des 5 mots de Dubois, explorant surtout l'autonomie, la dépendance, les fonctions cognitives, la grille Aggir

évaluant le besoin de soins requis en fonction de l'état de dépendance. Moins de 10 % des MG interrogés évaluent l'état nutritionnel et la marche. Quant au Codex, au MNA, au MNA-sf, aux échelles ADL et IADL, au *timed up and go test*, et à la GDS, ils sont souvent méconnus. Un tiers des MG de notre échantillon n'a jamais recours à ce type d'instruments, et un tiers en fait usage au moins une fois par mois. Notre étude révèle deux critères discriminants du profil type de médecin utilisant ces instruments : l'intensité de l'activité et la formation préalable à leur usage.

Dans notre étude, analysons respectivement la dépendance, les troubles cognitifs, la dépression et la dénutrition.

Concernant la dépendance et plus particulièrement les troubles cognitifs, le MMSE est utilisé par 48 % des médecins enquêtés, le test de l'horloge par 38,5 %, le test des 5 mots par 36 %, l'échelle IADL et ADL par 10 %, et l'ADL seule par 2,5 %. Nos résultats sont inférieurs à ceux retrouvés dans le travail du réseau Sentinelles [9], puisque 76 % des 505 médecins déclaraient avoir recours au MMSE, et 32 % affirmaient utiliser une échelle de type ADL ou IADL. Toutefois, cette enquête [9], réalisée à plus grande échelle, présentait un biais de sélection : l'appartenance au réseau Sentinelles incluant des praticiens férus d'évaluation. Malgré cela, elle révélait une sous-utilisation de ces outils. Une autre étude [49] auprès de 14 MG volontaires s'est intéressée à l'utilisation de quatre tests ou échelles dans le dépistage de troubles cognitifs en soins primaires : le MMSE utilisé par 73 % d'entre eux, le test de l'horloge par 54 %, le test des 5 mots par 45 % et l'échelle ADL par 9 %. Aucun ne réalisait d'usage systématique auprès de leurs patients âgés.

S'intéressant à la dénutrition, dans une étude [50] réalisée auprès de 1 540 médecins généralistes incluant 78 511 personnes âgées amaigries, ce risque était évoqué dans 67 % des cas, pourtant le MNA-sf n'avait été utilisé que pour 15 % des patients, révélant alors un risque élevé de malnutrition (95,9 %). Ces résultats suggèrent outre la sous-utilisation, l'utilisation tardive de cet outil simple.

Quant à la dépression, une étude rétrospective [51] réalisée auprès de 30 médecins après formation à l'utilisation de la mini-GDS montre que, parmi les 16 médecins ayant répondu à l'enquête, 13 trouvent que leur compétence est améliorée pour le dépistage de la dépression chez la personne âgée, et neuf d'entre eux avouent avoir changé leur attitude thérapeutique.

D'après les MG interrogés, ces tests et échelles sont employés dans le cadre du dépistage, de l'évaluation, et du suivi des pathologies du sujet âgé comme préconisé dans les recommandations professionnelles actuelles, mais également dans le but de rassurer les patients et/ou leur entourage.

Points clés

- La gériatrie représente une part importante de l'activité de médecine générale.
- Une multitude de tests et échelles d'aide au dépistage, au diagnostic et au suivi évolutif ne permet pas d'en extraire les plus pertinents pour la pratique du médecin généraliste (MG).
- Très peu d'études se sont intéressées à l'emploi de ce type d'instruments en soins primaires par les MG.
- Face à la pléthore de tests et échelles, il serait utile qu'un petit nombre d'outils soit retenu pour le dépistage des principaux troubles en médecine générale avec la participation des MG à la conception de ces instruments.

La moitié des MG interrogés (51 %) les trouvent inadaptés à leur pratique, indépendamment du fait qu'ils y aient été formés ou non ; un peu plus du tiers (35,7 %) les jugent adaptés.

Pour certains MG, le dépistage se fait implicitement par l'observation clinique sur le long terme et ce type d'outil serait plus approprié à un usage ponctuel par un intervenant extérieur.

L'obstacle majeur à l'intégration de ces tests au cours d'une consultation de médecine générale est le temps nécessaire à leur réalisation, ce que confirme le rapport inversement proportionnel entre l'intensité de l'activité des MG interrogés et leur usage. Pourtant, certains tests ont une durée effective de passation de quelques minutes à peine.

Une partie des MG de notre étude (13 %) dénonce l'absence de cotation de ce type d'acte. La CCAM identifie les codes ALQP006 pour l'évaluation d'un déficit cognitif et ALQP003 pour l'évaluation d'une dépression, mais aucun des douze tests sus-cités n'y est mentionné explicitement. Il est probable qu'une codification adaptée de ces actes lèverait le frein « temps » à leur emploi, voire l'encouragerait.

Leur usage est jugé difficile par 7 % des médecins, notamment à domicile, il n'existe aucune différence significative selon le milieu d'activité ($p = 0,479$) et le mode d'exercice ($p = 0,918$).

Près de 30 % des MG déplorent le manque de formation et de pratique. Les médecins non formés sont demandeurs d'une formation et les médecins sensibilisés sollicitent une mise à jour régulière des acquis.

Toutefois, une méta-analyse publiée par le groupe Cochrane [52] en 1997 dénonçait l'absence de modification significative des pratiques médicales après formation sur les recommandations et bonnes pratiques.

Certains MG déplorent le recul du rôle du généraliste au profit de celui du gériatre et/ou du neurologue. Ils se sentent dépossédés de cette prise en charge. Rappelons que le médecin généraliste traitant reste en première ligne pour le dépistage, le diagnostic et le suivi rapproché.

D'après certains MG, ces explorations menacent la relation médecin/patient.

La conception d'un outil d'aide informatique paraît tout à fait accessible afin d'optimiser une telle consultation.

Favoriser la collaboration avec les réseaux gériatriques est un point clé de l'accès à des compétences multidisciplinaires. Le MG a alors une place de chef d'orchestre.

Biais de notre étude

Quelques biais doivent être pris en compte dans l'interprétation de ces résultats. La taille modeste de notre échantillon rend certains calculs statistiques peu fiables. S'agissant d'un questionnaire, les résultats obtenus sont soumis à un biais déclaratif.

Nous avons choisi d'étudier l'utilisation globale d'une douzaine de tests et non l'usage individuel de chacun d'eux. Le biais le plus important est lié à la méconnaissance de l'activité gériatrique des MG interrogés. Néanmoins, précisons que certains médecins ont refusé d'emblée de participer à l'étude faute de « patientèle gériatrique », tous ceux ayant accepté de répondre s'estimaient concernés par la gériatrie.

Conclusion

La gériatrie représente une part importante de l'activité de médecine générale. Dans ce domaine, il existe une multitude de tests et échelles. Cette multiplicité des instruments d'aide au dépistage, au diagnostic et au suivi évolutif ne permet pas d'en extraire les plus pertinents pour la pratique du MG. Parmi ceux-ci, nous avons aujourd'hui à disposition des outils d'une grande valeur sémiologique, validés par les experts. Concernant ceux que nous avons choisi d'intégrer à notre questionnaire, leur utilisation est pour la plupart recommandée par la HAS (Haute autorité de santé) et la SFGG (Société française de gériatrie et gérontologie). L'impact de l'utilisation de ces instruments a été étudié en hospitalisation, un bénéfice a clairement été démontré.

Très peu d'études se sont intéressées à l'emploi de ce type d'instruments en soins primaires par les MG.

Force est de constater qu'ils sont nettement sous-utilisés puisque près de 35 % des MG de notre enquête n'y ont jamais recours. Pour plus de 50 % d'entre eux, ces outils conçus par des gériatres ne sont pas adaptés à la pratique de la médecine générale en cabinet, et seulement un tiers d'entre eux les jugent adaptés. Selon certains, ils sont conçus pour une intervention ponctuelle spécialisée, et perturbent la relation entre le patient et son médecin traitant. D'après notre étude, le profil du médecin ayant recours à ces outils, est un médecin formé à leur usage.

La majorité dénonce la durée nécessaire pour une telle exploration, le manque de pratique et de formation, l'absence de cotation CCAM de la réalisation de ces tests et échelles.

L'essor d'une prise en charge trop spécialisée risque de provoquer le désinvestissement des médecins généralistes alors qu'ils restent en première ligne pour le dépistage, le diagnostic, et le suivi évolutif avec l'aide possible de ces tests et échelles.

Face à la pléthore de tests et échelles, il serait utile qu'un petit nombre d'outils soit retenu pour le dépistage des principaux troubles en médecine générale. Les MG devraient participer à la conception de ces instruments dont la promotion serait plus aisée. Les outils plus pertinents seraient intégrés dans les logiciels informatiques. Leurs utilisations pourraient être réalisées au cours de plusieurs consultations aboutissant au besoin vers une prise en charge plus précoce et plus collaborative avec les confrères gériatres et les réseaux de santé de proximité.

Liens d'intérêts : aucun.

Références

1. Cohen HJ, Saltz CC, Samsa G, McVey L, Davis D, Feussner JR. Predictors of two-year post-hospitalization mortality among elderly veterans in a study evaluating a geriatric consultation team. *J Am Geriatr Soc* 1992 ; 40 : 1231-5.

2. Dartigues JF, Gagnon M, Baberger-Gateau P, Letenneur L, Commenges D, Sauvel C, *et al.* The PAQUID epidemiological program on brain ageing. *Neuroepidemiology* 1992 ; 11 S1 : 14-8.

3. Institut national de la statistique et des études économiques. Population par groupe d'âge. Disponible à partir de : URL : http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=2, consulté le 31102012.

4. MG France. Le médecin généraliste traitant, manager des maladies chroniques. Disponible à partir de : URL : http://www.mgfrance.org/content/view/480/762/, consulté le 31 10 2012.

5. Institut national de la statistique et des études économiques. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. Disponible à partir de : URL : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1089, consulté le 31102012.

6. Leclair A. Personnes âgées : le plan français contre la dépendance. Le Figaro [en ligne] 2010. Disponible à partir de : URL : http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2010/02/17/01016-20100217ARTFIG00880-personnes-ageesle-plan-francais-contre-la-dependance-.php, consulté le 31 10 2012.

7. Le Bouler S, Bentoglio G, Chambaretaud S, Doutreligne S, Lecerf M, Marcadier C, *et al*. Prospective des besoins d'hébergement en établissements pour les personnes âgées dépendantes. Premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025. Paris : La Documentation Française, 2005.

8. Berr C, Akbaraly T, Fati Nourashemi F, Andrieu S. L'épidémiologie des démences. *Presse Med* 2007 ; 36 : 1431-41.

9. Cantegreil-Kallen I, Lieberherr D, Garcia A, Cadilhac M, Rigaud AS, Flahault A. La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste : résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles. *La revue de médecine interne* 2004 ; 25 : 548-55.

10. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, *et al*. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population. *Arch Gen Psychiatry* 2000 ; 57 : 601-7.

11. Jougla E, Péquignot F, Le Toullec A, Bouvet M, Mellah M. Epidémiologie et histoire de la prévention du suicide. *Adsp* 2003 ; 45 : 31-4.

12. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, Recommandations professionnelles - Argumentaire, avril 2007, pages 15, 16, 19. Disponible à partir de : URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_argumentaire.pdf, consulté le 31 10 2012.

13. Corti MC, Guralnik J, Salive M, Sorkin J. Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons. *JAMA* 1994 ; 272 : 36-42.

14. Société française de gériatrie et gérontologie. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, avril 2009, pages 17, 18, 20-25. Disponible à partir de : URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf, consulté le 31 10 2012.

15. Ricard C, Thelot B. Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2008 ; 5 (Suppl. 1) : 264.

16. Société française de documentation et de recherche en médecine générale. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Argumentaire, novembre 2005, p 19. Disponible à partir de : URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf, consulté le 31 10 2012.

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

18. Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitrenaud J. Standardisation et étalonnage français du « *mini mental state* » (MMS) version Greco. *Rev Neuropsycol* 2003 ; 13 : 209-36.

19. Dubois B, Touchon J, Portet F, Ousset PJ, Vellas B, Michel B. « Les 5 mots, épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *Presse Med* 2002 ; 31 : 1696-9.

20. Cowppli-Bony P, Fabrigoule C, Letenneur L, Ritchie K, Alpérovitch A, Dartigues JF, *et al*. Le test des 5 mots : validité dans la détection de la maladie d'Alzheimer dans la population générale. *Rev Neurol* 2005 ; 161 : 1205-12.

21. Borson S, Brush M, Gil E, Scanlan J, Vitaliano P, Chen J, *et al*. The clock drawing test : utility for dementia detection in multiethnic elders. *J Gerontolol A Biol Sci Med Sci* 1999 ; 54 : 534-40.

22. Esteban-Santillan C, Praditsuwan R, Ueda H, Geldmacher DS. Clock drawing test in very mild Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1998 ; 46 : 1266-9.

23. Friedman PJ. Clock drawing in acute stroke. *Age Ageing* 1991 ; 20 : 140-5.

24. Gruber NP, Varner RV, Chen YW, Lesser JM. A comparison of the clock drawing test and the Pfeiffer short portable mental status questionnaire in a geopsychiatry clinic. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996 ; 12 : 526-32.

25. Heinik J, Vainer-Benaiah Z, Lahav D, Drummer D. Clock drawing test in elderly schizophrenia patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997 ; 12 : 653-5.

26. Heinik J, Lahav D, Drummer D, Vainer-Benaiah Z, Lin R. Comparison of a clock drawing test in elderly schizophrenic and Alzheimer disease patients : a preliminary study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000 ; 15 : 638-43.

27. Lam LCW, Chiu HFK, Ng KO, Chan C, Chan WF, Li Sw, *et al*. Clock-face drawing, reading and setting test in the screening of dementia in Chinese elderly adults. *J Gerontol* 1998 ; 53 : 353-7.

28. Lee L, Lawlor BA. State dependent nature of the clock-drawing task in geriatric depression. *J Am Geriatr Society* 1995 ; 43 : 796-8.

29. Mendez MF, Ala T, Underwood KL. Development of scoring criteria for the clock drawing task in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Society* 1992 ; 40 : 1095-9.

30. Shulman KI. Clock-drawing : is it the ideal cognitive screening test ? *Int J Geriatr Psychiatry* 2000 ; 15 : 548-61.

31. Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA, *et al*. Clock drawing in Alzheimer's disease : a novel measure of dementia severity. *J Am Geriatr Society* 1989 ; 37 : 725-9.

32. Wolf-Klein GP, Silverstone FA, Levy AP, Brod MS. Screening for Alzheimer's disease by clock drawing. *J Am Geriatr Society* 1989 ; 37 : 730-4.

33. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, *et al*. Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-1983 ; 17 : 37-49.

34. Vetel JM. Aggir : guide pratique pour la codification des variable. Principaux profils des groupes iso-ressources. *La revue de gériatrie* 1994 ; 19 : 249-59.

35. Belmin J, Pariel-Madjlessi S, Surun P, Bentot C, Feteanu D, Lefebvre des Noettes V, *et al*. The cognitive disorders examination (Codex) is a reliable 3-minute test for detection of dementia in the elderly (validation study on 323 subjects). *Presse Med* 2007 ; 36 : 1183-90.

36. Katz S. Assessing self-maintenance : activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *JAGS* 1963 ; 31 : 721-6.

37. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged : the index of ADL : a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963 ; 185 : 914-9.

38. Katz S, Down TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970 ; 10 : 20-30.

39. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969 ; 9 : 179-86.

40. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini nutritional assessment : a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol* 1994 ; (Suppl. 2) : 15-59.

41. Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y, Vellas B. Comprehensive geriatric assessment (CGA) and the MNA : an overview of CGA, nutritional assessment, and development of a shortened version of the MNA. In : Vellas B, Garry PJ, Guigoz Y, eds. *Mini nutritional assessment (MNA) : research and practice in the elderly*. Nestlé nutrition workshop series. Clinical & Performance Programme, Bâle (CH) : Karger, 1999. vol. 1.

42. Podsiadlo D, Richardson S. The timed « up and go » : a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriat Soc* 1991 ; 39 : 142-8.

43. Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Atlas de la démographie médicale en Région Lorraine – Situation au 1er janvier 2009. Disponible à partir de : URL : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Lorraine_0.pdf, consulté le 20 09 2011.

44. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé* 2010 ; 157 : 1-6.

45. Drass (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) de Lorraine. Fiches descriptives de la démographie des médecins en Lorraine, 2009. Disponible à partir de : URL : http://www.lorraine.sante.gouv.fr/statetu/etud/doc/sante/demo_med.pdf, consulté le 15 03 2011.

46. Evrard C. Villes, campagnes, région, Europe... les champs du problème – La médecine dans les campagnes du Nord de la France. *Adsp* 1999 ; 29 : 25-6.

47. Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boisnault P, SFMG (Société française de médecine générale). Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? *Rev Prat Med Gen* 2004 ; 18 : 781-4.

48. Dang Ha Doan B, Levy D, Teitelbaum J, Allemand H. Les médecins libéraux en France : opinions à propos de leur exercice professionnel (hiver 2007-printemps 2008). *Cahier de sociologie et démographie médicale* 2006 ; 49 : 73-5.

49. Preux PM, Bernikier D, Tabaraud F, Wereminski N, Ponsard S, Ferley JP, *et al.* Repérer précocement les troubles cognitifs ? Une étude de faisabilité en médecine générale en Limousin. *Médecine* 2007 ; 3 : 425-9.

50. Brocker P, Giret D'Orsay G, Meunier JP. Utilisation des indicateurs cliniques de dénutrition en pratique de ville chez 7851 sujets âgés : l'enquête *Agena. L'année gérontologique* 2003 ; 17 : 73-86.

51. Clément JP, Preux PM, Fontanier D, Léger JM. Mini-GDS chez les patients âgés suivis en médecine générale. *L'Encéphale* 2001 ; 27 : 329-37.

52. Casassus P. Optimiser les pratiques – et le vérifier, voire le prouver. *Médecine* 2009 ; 5 : 436.