



Comment dépister les syndromes gériatriques au cabinet ?



Rev Med Suisse 2009; 5: 2205-10

S. Monod

Dr Stéphanie Monod
Service de gériatrie et réadaptation
gériatrique
PMU, CHUV, 1011 Lausanne
Stefanie.Monod-Zorzi@chuv.ch

How to screen geriatric conditions in primary care?

The ongoing aging of the population will lead to an increasing prevalence of chronic diseases and functional limitation. Preventative measures need to be promoted to prevent health care utilization and health costs explosion. Among these measures, those aimed at promoting early recognition of chronic conditions associated with functional decline, will have to be reinforced. This paper proposes simple, feasible, and efficient procedures to screen, in primary care practices, common geriatric conditions, as cognitive impairment, gait impairment, hearing and vision impairment or functional limitation.

En raison du vieillissement démographique, une augmentation importante de la prévalence des maladies chroniques et de la dépendance fonctionnelle est attendue. Des mesures de prévention devront être renforcées pour freiner l'utilisation du système de santé et l'explosion des coûts liés à la santé. Parmi ces mesures, l'identification précoce et la prise en charge des pathologies et syndromes «générateurs» de dépendance fonctionnelle chez les personnes âgées devront donc être encouragées. Cet article propose des mesures simples et efficaces pour dépister, en cabinet, les grands syndromes gériatriques tels que les troubles cognitifs, les troubles de la marche, les troubles sensoriels et la dépendance fonctionnelle.

INTRODUCTION

Du fait du vieillissement démographique, la prévalence des maladies chroniques va augmenter de manière importante ces prochaines années. En conséquence, la prévalence de la dépendance fonctionnelle s'accroîtra de plus de 80% d'ici 2030...

Un des enjeux majeurs de santé publique sera donc le renforcement des mesures de prévention. Parmi ces mesures, l'identification précoce et la prise en charge des pathologies et syndromes «générateurs» de dépendance fonctionnelle devront donc être encouragées.

Aujourd'hui, les pathologies les plus prévalentes associées à la survenue d'une dépendance fonctionnelle sont les pathologies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, les fractures de hanche, l'arthrose et les troubles cognitifs.¹ Or, contrairement au dépistage des pathologies habituelles de médecine interne, le dépistage des syndromes gériatriques (troubles cognitifs, troubles de la marche, incontinence urinaire, etc.) est déficitaire. A titre indicatif, le **tableau 1** résume quelques taux d'adhésion à des indicateurs qualité de dépistage des syndromes gériatriques chez des personnes âgées vulnérables aux Etats-Unis.² Un effort doit donc être consenti par les médecins de premier recours pour améliorer le dépistage des syndromes fréquents chez les personnes âgées.

L'objectif de cet article est de proposer des mesures simples et efficaces pour dépister ces syndromes en cabinet. L'approche proposée est basée sur l'utilisation de tests dont la validité prédictive a été étudiée dans des populations âgées ainsi que de tests n'ayant pas bénéficié d'une telle approche. Dans ce second cas, le choix s'est porté sur la simplicité d'utilisation et la faisabilité au cabinet.

QUOI, CHEZ QUI, ET QUAND ?

Les syndromes gériatriques qui devraient être dépistés de manière systématique sont ceux dont l'association avec la survenue de la dépendance fonctionnelle a été clairement démontrée. En outre, les syndromes, dont les liens avec le déclin fonctionnel sont plus indirects (tels que les troubles auditifs) mais dont l'impact sur la qualité de vie est important, méritent également un dépistage systématique.

Il n'existe pas de recommandations précises concernant l'âge auquel débiter



Tableau 1. Taux d'adhésion des médecins de premier recours à des indicateurs qualité de prise en charge de personnes âgées vulnérables²

Exemples d'indicateurs qualité	Taux d'adhésion à l'indicateur qualité
Pour tous les nouveaux patients âgés, une évaluation cognitive devrait être faite et documentée par le médecin de premier recours	52%
Pour tous les nouveaux patients âgés, une évaluation gériatrique multidimensionnelle devrait être faite et documentée dans les six mois	14%
Un relevé annuel concernant la survenue de chute devrait être systématiquement présent dans le dossier de toute personne âgée	25%
Un relevé annuel concernant l'apparition ou non d'une incontinence urinaire devrait être systématiquement présent dans le dossier de toute personne âgée	31%
Toutes les personnes âgées devraient bénéficier d'un dépistage des troubles auditifs	0%
La présence de directives anticipées ou d'un représentant thérapeutique devrait être documentée dans le dossier médical de toute personne âgée	4%

un dépistage. Néanmoins, la valeur prédictive positive de tout test de dépistage dépend de la probabilité prétest de présenter la maladie (prévalence). La prévalence de la plupart des syndromes gériatriques augmentant rapidement au-delà de 75 ans, on recommande leur dépistage à partir de cet âge. Un dépistage devrait se faire plus tôt chez les patients déjà fragiles, présentant de nombreuses comorbidités, ou une dépendance fonctionnelle.

Ce dépistage devrait être réalisé une fois par année si la situation du patient est stable. Sinon, il devrait être fait à chaque nouvelle péjoration de l'état de santé du patient.

DÉPISTAGE DES SYNDROMES GÉRIATRIQUES PAR LE MÉDECIN DE PREMIER RECOURS

Troubles cognitifs (tableau 2)

Il existe une association significative entre troubles cognitifs et déclin fonctionnel,³ et la démence avec ses complications comportementales reste le principal motif d'institutionnalisation chez les personnes âgées.

Le dépistage des troubles cognitifs est souvent contesté par les médecins de premier recours qui se posent la question de la pertinence du diagnostic précoce d'une maladie qui ne pourra ni être traitée, ni même stabilisée. Or, si l'efficacité des traitements procognitifs est modeste en termes cliniques,⁴ de nombreuses autres interventions peuvent être proposées aux patients⁵ (revue de la médication, traitement d'une dépression ou de troubles du comportement) et à leurs proches⁶ (soutien) pour améliorer leur qualité de vie, diminuer le risque de morbidité et d'institutionnalisation.

Plusieurs tests de dépistage des troubles cognitifs sont à la disposition des médecins de premier recours. En ca-

Tableau 2. Dépistage des troubles cognitifs

Mini Cog

1. Demandez au patient de retenir trois mots (assurez-vous qu'il les ait bien enregistrés)
2. Demandez au patient de dessiner une horloge. Après qu'il ait inscrit les chiffres, demandez-lui d'inscrire **11 h 10** ou **8 h 20**
Les instructions peuvent être répétées mais aucune autre consigne ou aide ne doit être apportée. Si le patient est incapable de réaliser l'horloge au bout de trois minutes, arrêtez
3. Demandez au patient de répéter les trois mots

Score

Horloge: 2 points si les chiffres sont correctement disposés et l'heure correcte; sinon 0 point

Rappel des trois mots: 1 point par mot correctement rapporté

Interprétation

0-2 points: Probable présence de troubles cognitifs

3-5 points: Probable absence de troubles cognitifs

binet, nous proposons d'utiliser le *Mini Cog* qui combine un test de mémoire récente et le test de l'horloge (tableau 2). Ce test a une sensibilité de 99% et une spécificité de 93% dans une population de personnes âgées vivant dans la communauté.⁷

En cas de dépistage positif au *Mini Cog*, un *Mini mental state examination* (MMSE) devrait être réalisé. Si le score est $\leq 24/30$, ou s'il y a une perte de points par rapport à un précédent MMSE, il faut adresser le patient pour un bilan mémoire.

Dépression

La dépression est associée de manière significative au déclin fonctionnel,³ y compris après ajustement pour des facteurs confondants (comorbidités, status cognitif ou consommation d'alcool). De plus, les troubles dépressifs peuvent aggraver le pronostic d'autres comorbidités (troubles cognitifs, pathologies cardiovasculaires) auxquelles la dépression est fréquemment associée.

Chez la personne âgée, les symptômes dépressifs sont souvent atypiques, et peuvent se manifester par des plaintes physiques ou cognitives. La pathologie reste ainsi souvent non diagnostiquée. Deux questions sont proposées (tableau 3). Ces deux questions ont une sensibilité de 81-96% et une spécificité de 51-72% selon les populations étudiées.⁸

En cas de dépistage positif, il est important de compléter par une anamnèse ciblée.

Troubles de la marche et chutes (tableau 4)

Les troubles de la marche et les chutes sont associés à un risque augmenté de mortalité, de morbidité, de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation.⁹ Des interventions multi-

Tableau 3. Dépistage de la dépression

Deux questions

- Au cours des deux dernières semaines, vous est-il arrivé de vous sentir déprimé(e), triste ou découragé(e)?
- Au cours des deux dernières semaines, avez-vous ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir dans vos activités?

Interprétation

Suspicion de dépression dès une réponse positive



Tableau 4. Dépistage des troubles de la marche et des chutes

Dépister les chutes

- Avez-vous chuté durant cette dernière année?

Identifier les troubles de la marche

- Lorsque vous allez chercher votre patient en salle d'attente, observez :
- Comment le patient se lève de sa chaise (utilise ou non les accoudoirs, fait plusieurs essais)
 - Son équilibre debout (saisit un support, vacille, élargissement du polygone de sustentation)
 - Sa marche (symétrie du pas, continuité du pas, déviation par rapport à une trajectoire)
 - S'il doit s'arrêter de marcher lorsque vous engagez la conversation
 - Comment le patient s'assied (se laisse tomber en arrière)

Interprétation

Risque de chute si réponse positive à la question ou si présence d'un item anormal

factorielles pour améliorer la marche et diminuer le risque de chutes, telles que la prescription d'exercice physique, la mise en place de moyen auxiliaire, ou la revue de la médication, ont été bien documentées en termes d'efficacité.⁹ Mais les troubles de la marche sont rarement documentés par les médecins de premier recours. De plus, les chutes, si elles n'ont pas eu de conséquences, sont rarement rapportées spontanément par les patients à leur médecin. Or, l'antécédent de chute est associé à un risque augmenté de nouvelle chute dans l'année qui suit (rapport de vraisemblance positif de 2,8, IC 95% 2,1-3,8).¹⁰

Le test de dépistage proposé comprend une question unique et une observation de la marche et de l'équilibre. Les items d'observation proposés sont basés sur ceux du test de Tinetti¹¹ et du test de double tâche «Stops walking when talking». ¹² Ces tests ont une sensibilité respectivement de 80% et 48% et une spécificité de 74% et 95% pour la prédiction de chutes à six mois.

En cas de dépistage positif, il faut faire une évaluation neurologique, ostéo-articulaire, cardiovasculaire et un test de Schellong. Revoir également la médication et prévoir une évaluation des barrières architecturales au domicile. Eventuellement adresser le patient à une consultation spécialisée (gériatrie, neurologie).

Malvoyance (tableau 5)

Il existe une association significative entre malvoyance et dépendance fonctionnelle (difficultés dans les activités de la vie quotidienne et la mobilité). De plus, la malvoyance a un impact direct sur la qualité de vie et est associée à une fréquence accrue de dépression. En Suisse, un tiers des personnes de plus de 65 ans ne bénéficieraient pas de contrôles réguliers de leur vue ou de la présence de microangiopathie.¹³

Le test proposé est un test d'acuité visuelle simplifié qui

Tableau 5. Dépistage de la malvoyance

Faire lire le journal au patient!

Testez successivement chaque œil

Interprétation

Acuité visuelle anormale si le patient n'est pas capable de lire ou lit avec difficulté

permet d'objectiver la présence de troubles visuels.

En cas de dépistage positif, référer le patient à un ophtalmologue.

Troubles auditifs (tableau 6)

Les liens directs entre troubles auditifs et dépendance fonctionnelle sont faibles. Néanmoins, les associations entre hypoacousie et dépression ou baisse de la qualité de vie ont été bien démontrées. On estime que seuls 25 à 50% des patients avec hypoacousie traitable seraient pris en charge.

Le test de dépistage proposé est une version simplifiée du test de la voix chuchotée qui comprend un test de voix parlée puis chuchotée, successivement à 30 puis à 60 cm de chaque oreille. Ce test a une sensibilité de 100% et une spécificité de 84%.¹⁴

En cas de dépistage positif, faire un examen otoscopique! Une impaction de cérumen serait présente chez 30 à 40% des personnes âgées et pourrait être responsable jusqu'à 10% des cas d'hypoacousie!¹⁵ Evaluer ensuite la nécessité de référer le patient pour une audiométrie.

Tableau 6. Dépistage des troubles auditifs

Chuchoter une question!

Chuchotez successivement une question (par exemple: «dites-moi votre nom») devant chaque oreille du patient en vous plaçant derrière lui et en appuyant en même temps sur l'auricule de l'oreille opposée

Interprétation

Suspicion de trouble auditif si le patient est incapable de répondre à la question

Incontinence urinaire (tableau 7)

L'incontinence urinaire est associée au déclin fonctionnel et au risque d'institutionnalisation. Dans certaines études, sa présence augmentait de 70% le risque d'être institutionnalisé au cours d'un suivi de deux ans.¹⁶ L'incontinence urinaire est également associée à d'autres facteurs de risque de déclin fonctionnel (risque de chutes, dépression) et à une baisse de la qualité de vie, de l'estime de soi, et des activités sociales.

Or, on estime que seules 50% des personnes souffrant d'une incontinence urinaire s'en plaindraient spontanément à leur médecin.

Les questions proposées permettent d'identifier une incontinence urinaire et de suspecter le type d'incontinence (stress ou urgence).

En cas de dépistage positif, compléter l'anamnèse (recherche d'une sensation de vidange incomplète, d'une dysurie, d'une pollakiurie, d'opérations uro-gynécologiques).

Tableau 7. Dépistage de l'incontinence urinaire

Quatre questions

- Avez-vous des difficultés à retenir les urines ou des sentiments d'urgence?
- Avez-vous parfois de la peine à arriver à temps aux toilettes?
- Avez-vous des pertes d'urine lors d'effort ou de toux?
- Devez-vous parfois porter des protections?

Interprétation

Probable incontinence urinaire si une réponse positive



Tableau 8. Dépistage de la dénutrition

Documenter le poids à chaque consultation

Interprétation

Perte de poids significative si $> 5\%$ en 1 mois ou $> 10\%$ en 6 mois

Faire un status ciblé à la recherche d'un globe ou d'un prolapsus, effectuer un toucher rectal (tonus sphinctérien, taille de la prostate, fécalome).

Dénutrition (tableau 8)

Il existe peu d'études fournissant des données de bonne qualité sur l'association entre IMC abaissé et déclin fonctionnel. Par contre, la perte de poids involontaire est fortement corrélée avec un moins bon pronostic fonctionnel. Une documentation du poids à chaque consultation est donc recommandée.¹⁷

En cas de dépistage positif: réaliser un bilan digestif et dentaire; rechercher une dépression, des troubles cognitifs ou des difficultés de mobilité; faire une revue de la médication.

Ostéoporose (tableau 9)

Les fractures vertébrales et de la hanche augmentent de manière exponentielle avec l'âge et sont associées à une importante morbidité. Or, seule une minorité des patients à risque de fractures sont dépistés, évalués et correctement traités.

Une perte de taille de plus de 4 cm chez les femmes (par rapport à l'âge de 25 ans) est associée à un risque 2,8 fois plus élevé de présenter une fracture vertébrale.¹⁸ Une distance paroi-occiput non nulle et une distance côtes-bassin de moins de deux travers de doigts ont également été associées à la présence de fractures vertébrales (rapports de vraisemblance positifs respectivement de 4,6 (IC 95% 2,9-7,3) et de 3,8 (IC 95% 2,9- 5,1)).¹⁹

En cas de dépistage positif: réaliser une ostéodensitométrie.

Dépendance fonctionnelle (tableau 10)

La dépendance fonctionnelle est en soi un marqueur pronostique important chez la personne âgée. Il est important d'être attentif à la survenue d'une dépendance fonctionnelle afin de pouvoir mettre en œuvre précocement des mesures de soutien (proches et soins à domicile), ainsi que de prévention tertiaire qui viseront à freiner le déclin.

Le test de dépistage proposé est basé sur des items des scores d'activités de la vie quotidienne de base et intermédiaires.^{20,21}

En cas de dépistage positif: compléter l'évaluation par la mesure des activités de base et instrumentales de la vie quotidienne. Compléter également l'anamnèse avec un proche.

CONCLUSION

Les outils de dépistage des syndromes gériatriques présentés dans cet article sont simples à utiliser et devraient être facilement intégrés dans la prise en charge des patients âgés au cabinet. Néanmoins, pour avoir une chan-

Tableau 9. Dépistage de l'ostéoporose

Une question

- Votre taille a-t-elle diminué par rapport à celle que vous aviez à 25 ans?

Interprétation

Suspicion d'ostéoporose si perte de taille ≥ 4 cm chez les femmes et ≥ 6 cm chez les hommes

Deux mesures

- Mesure de la distance paroi-occiput: Le patient est dos au mur, les talons touchant le mur et la tête droite (ligne horizontale entre le coin des yeux et la partie supérieure de l'oreille). Normalement, il doit être capable d'appuyer également l'occiput contre le mur

Interprétation

Suspicion d'ostéoporose si distance > 0 cm

- Distance côtes-bassin: L'examineur se tient derrière le patient. Il place ses mains sur la ligne axillaire médiane, les index en contact sous les dernières côtes palpables. Il estime la distance entre la partie inférieure des côtes et le bassin

Interprétation

Suspicion d'ostéoporose si distance < 2 travers de doigts

Tableau 10. Dépistage de la dépendance fonctionnelle

Quatre questions

- Pouvez-vous vous habiller seul?
- Pouvez-vous préparer vos repas seul?
- Pouvez-vous faire vous-même vos commissions?
- Pouvez-vous faire vos paiements seul?

Interprétation

Dépendance fonctionnelle si une réponse positive

ce de freiner le déclin fonctionnel, ce dépistage des syndromes gériatriques doit obligatoirement s'accompagner de la mise en œuvre d'interventions reconnues comme efficaces. Or, ces interventions sont la plupart du temps multidimensionnelles et requièrent l'implication de plusieurs professionnels. Ainsi, il reste à savoir si le médecin traitant, compte tenu du temps à sa disposition, pourra assumer adéquatement un rôle de coordinateur et assurer un suivi rigoureux de l'implémentation des recommandations. ■

Implications pratiques

- > Le vieillissement démographique va s'accompagner d'une augmentation importante de la prévalence des maladies chroniques et de la dépendance fonctionnelle
- > Faire un dépistage précoce des syndromes gériatriques permet de mettre en place des mesures de préventions secondaire et tertiaire dont le but est de freiner le déclin fonctionnel
- > La prévalence de la plupart des syndromes gériatriques augmentant rapidement au-delà de 75 ans, on recommande un dépistage systématique au-delà de cet âge
- > Un dépistage des troubles cognitifs et des troubles de la marche devrait être réalisé impérativement de manière annuelle



Bibliographie

- 1 Monod S, Seematter-Bagnoud L, Büla C, Pellegrini S, Jaccard Ruedin H. Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Observatoire Suisse de la Santé 2007; Report N°: 25.
- 2 ** Wenger NS, Solomon DH, Roth CP, et al. The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older patients. *Ann Intern Med* 2003;139:740-7.
- 3 Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, et al. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999;48:445-69.
- 4 Raina P, Santaguida P, Ismaila A, et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: Evidence review for a clinical practice guideline. (see comment) (summary for patients in *Ann Intern Med* 2008;148:141;PMID:18316749). Review 133 refs. *Ann Intern Med* 2008;148:379-97.
- 5 * Spijker A, Vernooij-Dassen M, Vasse E, et al. Effectiveness of non pharmacological interventions in delaying the institutionalization of patients with dementia: A meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:1116-28.
- 6 Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:657-64.
- 7 Borson S, Scanlan J, Brush M, et al. The Mini-Cog: A cognitive «vital signs» measure for dementia screening in multi-lingual elderly. References. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:1021-7.
- 8 Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12:439-45.
- 9 * Guideline for the prevention of falls in older persons. American geriatrics society, British geriatrics society, and American academy of orthopaedic surgeons panel on falls prevention. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:664-72.
- 10 Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, et al. Will my patient fall? Review 51 refs. *JAMA* 2007;297:77-86.
- 11 Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med* 1986;80:429-34.
- 12 Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. Stops walking when talking as a predictor of falls in elderly people. *Lancet* 1997;349:617.
- 13 Blotzik E, Meyer K, Simmet A, et al. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt. Observatoire Suisse de la Santé; 2007.
- 14 Pirozzo S, Papinczak T, Glasziou P. Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: Systematic review. *BMJ* 2003;327:967.
- 15 Yueh B, Shapiro N, MacLean CH, et al. Screening and management of adult hearing loss in primary care: Scientific review. *JAMA* 2003;289:1976-85.
- 16 Holroyd-Leduc JM, Mehta KM, Covinsky KE. Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline. References. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:712-8.
- 17 Pirlich M, Lochs H. Nutrition in the elderly. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001;15:869-84.
- 18 Vogt TM, Ross PD, Palermo L, et al. Vertebral fracture prevalence among women screened for the fracture intervention trial and a simple clinical tool to screen for undiagnosed vertebral fractures. Fracture intervention trial research group. *Mayo Clin Proc* 2000;75:888-96.
- 19 Krieg MA, Cuenot S, Lamy O. Should we detect osteoporosis, and how? *Rev Med Suisse* 2005;1:2248-50,2252-3.
- 20 Katz S. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* 1983;31:721-7.
- 21 Lawton MP, Casten R, Parmelee PA, et al. Psychometric characteristics of the minimum data set II: Validity. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:736-44.

* à lire

** à lire absolument