

QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

SUJET : LA SARCOPENIE DANS LA POPULATION DES PATIENTS HOSPITALISES A KINSHASA (RDC)

La sarcopénie est une conséquence physique du vieillissement. Ce terme a été utilisé pour la première fois par Rosenberg signifiant une diminution de la masse squelettique liée à l'âge.

Le but de notre étude est de déterminer la prévalence de la sarcopénie chez les personnes âgées hospitalisées à Kinshasa.

Les critères d'inclusion

- Personne hospitalisée âgée de 60 ans et plus
- Capable de marcher sans aide extérieure ni appareils auxiliaires
- Avec autorisation médicale de marcher (sans problème de dyspnée, de douleur)
- Personne acceptant de participer à l'étude et de donner son consentement éclairé.

➤ **Données médico-sociales**

- Age :
- Sexe :
- Taille :
- Poids (kg) :
- BMI :
 - BMI < 22 kg/m² insuffisance pondérale
 - BMI compris entre 22 et 27 kg/m² poids normal
 - BMI > 27 kg/m² surpoids
- Niveau d'étude
- Tabagisme : Est-ce que vous fumez ?
 - OUI
 - NON
- Raison d'hospitalisation.....

➤ **Antécédents médico-chirurgicaux**

Parmi la liste suivante : (à remplir avec le dossier médical)

- Diabète
- Hypertension artérielle
- Pathologies respiratoires Si oui, lesquelles
- Pathologies cardiovasculaires Si oui lesquelles.....
- Autres.....

➤ **Médicaments**

- AINS
- Corticoïdes
- IEC
- Statines
- Anti diabétiques oraux
- Insuline
- Autres

➤ **Echelle d'évaluation de l'autonomie par ADL-index de Katz**

1. Hygiène corporelle : autonomie 1 aide partielle 0,5 dépendance 0
2. Habillage : autonomie 1 aide partielle 0,5 dépendance 0
3. Allez aux toilettes : autonomie 1 aide partielle 0,5 dépendance 0
4. Locomotion : autonomie 1 aide partielle 0,5 Grabataire 0
5. Continence : continent 1 incontinence occasionnelle 0,5 incontinent 0
6. Repas : autonomie 1 aide partielle 0,5 dépendance 0

Score total :/ 6 points

➤ **Echelle des activités instrumentales de la vie quotidienne-IADL**

1. Utiliser le téléphone
Autonome 1 Aide partielle 0,5 Dépendance 0
2. Faire des courses
Autonome 1 Aide partielle 0,5 Dépendance 0

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| 3. Préparer le repas | Autonome 1 <input type="checkbox"/> | Aide partielle 0,5 <input type="checkbox"/> | Dépendance 0 <input type="checkbox"/> |
| 4. Faire le ménage | Autonome 1 <input type="checkbox"/> | Aide partielle 0,5 <input type="checkbox"/> | Dépendance 0 <input type="checkbox"/> |
| 5. Faire la lessive | Autonome 1 <input type="checkbox"/> | Aide partielle 0,5 <input type="checkbox"/> | Dépendance 0 <input type="checkbox"/> |
| 6. Utiliser le transport | Autonome 1 <input type="checkbox"/> | Aide partielle 0,5 <input type="checkbox"/> | Dépendance 0 <input type="checkbox"/> |
| 7. Prendre des médicaments | Autonome 1 <input type="checkbox"/> | Aide partielle 0,5 <input type="checkbox"/> | Dépendance 0 <input type="checkbox"/> |
| 8. Gérer ses finances | Autonome 1 <input type="checkbox"/> | Aide partielle 0,5 <input type="checkbox"/> | Dépendance 0 <input type="checkbox"/> |
| 9. Bricoler et Entretienir la maison | Autonome 1 <input type="checkbox"/> | Aide partielle 0,5 <input type="checkbox"/> | Dépendance 0 <input type="checkbox"/> |

Score total :/ 9 points

➤ **Echelle MNA**

A. Dépistage

1. Présentez-vous une perte d'appétit ?
 - Anorexie sévère : 0
 - Anorexie modérée : 1
 - Pas d'anorexie : 2
2. Perte récente de poids (inférieur à 3 mois)
 - Perte de poids > 3 kg : 0
 - Ne sait pas : 1
 - Perte de poids entre 1 et 3 kg : 2
 - Pas de perte de poids : 3
3. Motricité
 - Se déplace du lit au fauteuil : 0
 - Autonome à l'intérieur : 1

- Sort du domicile : 2

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

- Oui : 0
- Non : 2

5. Problèmes neuropsychologiques

- Démence ou dépression sévère : 0
- Démence ou dépression modérée : 1
- Pas de problèmes psychologiques : 2

6. Indice de masse corporelle : poids / (taille)² en kg/m²

- $IMC > 19 \text{ kg/m}^2$: 0
- $19 \text{ kg/m}^2 \geq IMC > 21 \text{ kg/m}^2$: 1
- $21 \text{ kg/m}^2 \geq IMC > 23 \text{ kg/m}^2$: 2
- $IMC \geq 23 \text{ kg/m}^2$: 3

Score total :..... /14 points

N.B. Si plus de 12 points normaux pas besoin de continuer l'évaluation. Si moins de 11 points possibilité de malnutrition, continuer l'évaluation.

B. Evaluation globale

7. Vivez-vous de façon indépendante

- Non : 0
- Oui : 1

8. Prenez-vous plus de 3 médicaments ?

- Oui : 0
- Non : 1

9. Escarres ou plaies cutanées ?

- Oui : 0
- Non : 1

10. Combien de véritables repas prenez-vous par jour ?

- Repas : 0
- Repas : 1
- Repas : 2

11. Consommez-vous ?

- ✓ Une fois par jour au moins des produits laitiers ? Oui Non
- ✓ Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses ? Oui Non
- ✓ Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ? Oui Non
 - Si 0 ou 1 oui : 0
 - Si 2 oui : 0,5
 - Si 3 oui : 1

12. Consommez-vous deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ?

- Non : 0
- Oui : 1

13. Combien de verres de boissons consommez-vous par jour (eau, jus, café, lait, thé, vin, bière ...) ?

- Moins de 3 verres : 0
- De 3 à 5 verres : 0,5
- Plus de 5 verres : 1

14. Manière de se nourrir

- Nécessite une assistance : 0
- Se nourrit seul avec difficulté : 1
- Se nourrit seul sans difficulté : 2

15. Considérez-vous être bien nourri ?

- Malnutrition sévère : 0
- Ne sait pas ou malnutrition sévère : 1
- Pas de problème de nutrition : 2

16. Sentez-vous en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de votre âge ?

- Moins bonne : 0
- Ne sait pas : 0,5
- Aussi bonne : 1
- Meilleur : 2

➤ **17. Circonférence brachiale (CB en cm)**

- $CB < 21 \text{ cm}$: 0
- $21 \text{ cm} \leq CB \leq 22 \text{ cm}$: 0,5
- $CB > 22 \text{ cm}$: 1
- $CM < 31 \text{ cm}$: 0
- $CM > 31 \text{ cm}$: 1

Score total : /16 points

Score général /30 points

Evaluation de la masse musculaire

Circonférence du mollet

$CM < 31 \text{ cm}$ La sarcopénie est définie

$CM \geq 31 \text{ cm}$ La sarcopénie est non définie

Evaluation de la force musculaire (la force de préhension)

A l'aide d'un dynamomètre

	Main gauche (force en kg)	Main droite (force en kg)
1 ^{er} essai		
2 ^{ème} essai		
3 ^{ème} essai		

Score est la moyenne des deux derniers essais

Evaluation de la performance physique (avec Short Physical Performance Battery : SPPB)

1. Test de lever de chaise (t en secondes)

- $t \leq 11,19$ 4 points
- $11,2 < t < 13,69$ 3 points
- $13,70 < t < 16,69$ 2 points temps mis / 4 pts
- $t > 16,7$ 1 point
- $t > 60$ ou incapacité 0 point

2. Test de vitesse de marche sur 3 mètres (t en secondes)

- $t < 4,82$ 4 points
- $4,82 < t < 6,20$ 3 points
- $6,21 < t < 8,70$ 2 points temps mis/ 4 pts
- $t > 8,70$ 1 point
- Incapacité 0 point

3. Test de l'équilibre (t en secondes)

	Temps mis en secondes	Points	Point du patient
Pieds joints	< 10	0	
	≥ 10	1	

	Temps mis	Points	Point du patient
Pieds décalés	< 10	0	
	≥ 10	1	

	Temps mis	Points	Point du patient
Pieds l'un derrière l'autre	< 3	0	
	≥ 3 et < 10	1	
	≥ 10	2	

Temps mis / 4 pts

Score total / 12 pts

SPPB 0-6 Faible performance (< 8 risques de sarcopénie)

SPPB 7-9 Performance intermédiaire

SPPB 10-12 Hautes performances

Le score de SARQOL (la qualité de vie dans la sarcopénie)

Cocher la réponse appropriée

1. Ressentez-vous pour le moment une diminution :

	Beaucoup	Moyennement	Peu	Pas du tout
De la force dans le bras ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la force dans les jambes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la masse musculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des capacités physiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la souplesse musculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Ressentez-vous des douleurs musculaires ?

Souvent De temps en temps Rarement Jamais

2. Lors de la réalisation d'efforts physiques faibles (marcher lentement, repasser le linge, prendre les poussières, laver la vaisselle, faire du bricolage, ramasser les pommes de pins dans le jardin, arroser le jardin, etc.), ressentez-vous :

	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais	Je ne réalise jamais d'effort physique de ce type
De la difficulté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la fatigue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Lors de la réalisation d'efforts physiques modérés (marcher rapidement, laver les vitres, passer l'aspirateur, laver la voiture, arracher les mauvaises herbes dans le jardin, etc.), ressentez-vous :

	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais	Je ne réalise jamais d'effort physique de ce type
De la difficulté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De la fatigue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Lors de la réalisation d'efforts physiques importants (courir, faire une randonnée, soulever des objets lourds, déménager, bêcher le jardin, etc.), ressentez-vous :

	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais	Je ne réalise jamais d'effort physique de ce type
De la difficulté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la fatigue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Actuellement, avez-vous le sentiment d'être « vieux/vieille » ?

Oui, tout à fait Oui, moyennement Oui, peu Non, pas du tout

6. Si oui, qu'est-ce qui vous donne cette impression ? (Plusieurs réponses peuvent être cochées)

- Je tombe plus facilement malade Je prends plus de médicaments
- Je ressens une faiblesse musculaire J'ai des problèmes de mémoire
- J'ai été confronté(e) au décès de plusieurs personnes proches
- J'ai moins d'énergie, je suis plus souvent fatigué J'ai une moins bonne vue
- Autre.....

8. Vous sentez –vous physiquement faible ?

Tout à fait Moyennement Peu Pas du tout

9. Ressentez-vous actuellement une limitation de :

	Beaucoup	Moyennement	Peu	Pas du tout
Votre temps de marche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre nombre de sorties à pied ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos distances de marche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre vitesse de marche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La longueur de vos pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Lorsque vous marchez ...

	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais	Je ne marche plus
Ressentez-vous une fatigue importante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous besoin de vous asseoir régulièrement pour récupérer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rencontrez-vous des	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

difficultés à traverser une route ou une rue suffisamment vite ?					
Rencontrez-vous des difficultés sur un terrain irrégulier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Avez-vous des problèmes de l'équilibre ?

- Souvent De temps en temps Rarement Jamais

12. Vous arrive-t-il de tomber ?

- Souvent De temps en temps Rarement Jamais

13. Pensez-vous que votre aspect physique a changé ?

- Oui, tout à fait Oui, moyennement Oui, peu Non, pas du tout

14. Si oui, de quelle(s) manière(s) ? Plusieurs réponses peuvent être cochées

- Modification du poids (prise de poids ou perte de poids) Apparition de rides
 Diminution de la taille (hauteur) Perte de masse musculaire Perte de cheveux
 Apparition de cheveux blancs/gris Autre

15. Si oui, êtes-vous perturbé(e) par ce changement ?

- Beaucoup Moyennement Peu Pas du tout

16. Avez-vous le sentiment d'être fragile ?

- Tout à fait Un peu Pas du tout

17. Actuellement, ressentez-vous des difficultés à réaliser ces activités de la vie quotidienne :

	Incapacité totale	Beaucoup de difficultés	Peu de difficultés	Aucune difficulté	Je ne réalise jamais cette activité
Monter un étage d'escalier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter plusieurs étages d'escalier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter une ou plusieurs marche(s) sans rampe de soutien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous accroupir ou vous mettre à genoux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous abaisser ou vous pencher pour ramasser un objet sur le sol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous relevez d'un fauteuil bas ou d'une	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

chaise sans accoudoir ?					
Passer, de manière générale, de la position assise à debout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porter des objets lourds (gros sac de courses, casserole remplie d'eau, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrir une bouteille ou un bocal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les transports en commun ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter dans une voiture ou en descendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller faire vos courses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser les tâches ménagères telles que refaire le lit, passer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

l'aspirateur, repasser le linge, laver la vaisselle, etc. ?					
Vous relevez du sol sans appui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Etant donné votre faiblesse musculaire, limitez-vous vos mouvements ?

- Oui, beaucoup Oui, moyennement Oui, peu Non, pas du tout

19. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses peuvent être cochées)

- Par peur de vous faire mal Par peur d'être fatigué(e) après ces activités
 Par peur de ne pas y arriver Par peur de tomber Autre

20. Votre faiblesse musculaire vous empêche-t-elle de mener une vie sexuelle qui vous semble satisfaisante ?

- Je n'ai pas / plus l'occasion d'avoir une vie sexuelle Tout à fait Moyennement
 Peu Pas du tout

21. Votre pratique d'activités physiques ou sportives a-t-elle été modifiée ?

- Elle a augmenté Elle a diminué Elle n'a pas été modifiée
 J'ai n'ai jamais pratiqué d'activités physiques ou sportives

22. Votre pratique d'activités de loisir (sorties au restaurant, jardinage, bricolage, chasse/pêche, clubs séniors, bridge, promenades, etc.) a-t-elle été modifiée ?

- Elle a augmenté Elle a diminué Elle n'a pas été modifiée Je n'ai jamais pratiqué d'activités de loisir.