

# Enquête de santé chez les personnes âgées par interview à domicile: Etude de quelques indicateurs

Astrid Stuckelberger, Ueli Tecklenburg, Théodore Hovaguimian, Bernard Grab

Institutions Universitaires de Gériatrie, Genève

De nombreuses études cherchant à évaluer le niveau de santé d'une population, l'efficacité d'un programme d'intervention ou la prévalence de problèmes particuliers se basent sur des enquêtes de santé par interview à domicile. Les informations récoltées dans ces enquêtes sont très diversifiées: elles portent généralement sur les soins médicaux et paramédicaux reçus, les examens subis et les médicaments prescrits pendant une période déterminée [1, 2]. De plus, les participants sont souvent invités à (a) signaler les problèmes physiques dont ils souffrent et (b) procéder à une auto-évaluation de leur niveau de santé et bien-être général. Ces derniers indicateurs sont marqués par la subjectivité liée à la conception de santé propre à chaque individu et leur analyse demeure délicate. Leur intérêt est cependant reconnu [1] et ils ont, par ailleurs, l'avantage de constituer une source d'information facile à atteindre. Selon Bocquet et al [3], «l'auto-appréciation par l'individu de son état de santé pourrait être considérée comme un indicateur global, permettant d'approcher conjointement la morbidité, ses conséquences dans le fonctionnement du sujet, son acceptation sur le plan psychologique».

Par ailleurs, Raymond et al [4] ont observé que le jugement global porté sur leur santé par les personnes âgées était étroitement associé à la déclaration de troubles somatiques.

La présente étude se propose en premier lieu d'évaluer, chez les personnes âgées, le degré de liaison observé entre quatre indicateurs de santé, mesurés au cours d'une enquête à domicile: l'auto-évaluation de la santé globale, le nombre de plaintes somatiques rapportées, la fréquence des visites médicales et le nombre de médicaments prescrits dans une période donnée. Le deuxième objet de ce travail est l'identification des plaintes physiques plus spécifiquement corrélées avec le niveau de santé auto-apprécié.

## Matériel et méthode

Les données de l'étude proviennent d'une recherche subventionnée par le Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique (projet FNRS no 3.891-0.85) et conduite par une équipe des Institutions Universitaires de Gériatrie de Genève (IUGG) auprès des personnes âgées ayant récemment perdu leur conjoint,

en vue d'évaluer les effets adverses du deuil conjugal sur la santé physique et d'identifier les modes d'intervention susceptibles de les atténuer.

Les sujets remplissant les conditions d'éligibilité pour entrer dans l'étude ont été recrutés sur une période de six mois à partir de la liste officielle des décès publiée chaque semaine par le Service de l'état civil du Canton de Genève. Environ 3 mois après le début du veuvage, leur participation a été sollicitée d'abord par correspondance puis par appel téléphonique. Parmi les 284 personnes effectivement atteintes, 132 n'étaient pas disponibles dans les délais imposés par le plan de travail ou ne souhaitaient pas participer à l'étude. Les raisons invoquées lors des refus témoignaient souvent du désir de couper tout contact extérieur et reflétaient probablement un repli sur soi consécutif au deuil [5].

La population participante s'est montée à 50 veufs et 102 veuves âgés de 65 ans ou plus, soit 53.5% de la population éligible contactée par téléphone. Au cours d'un entretien à domicile, les enquêteurs ont récolté et reporté sur un questionnaire structuré des renseignements relatifs aux circonstances du décès du conjoint d'une part, au statut social, au support social et à la santé des veufs et veuves interrogés d'autre part. Les mesures retenues pour l'évaluation de la santé ont été les suivantes:

### 1. Deux indicateurs quantitatifs reflétant l'utilisation des services de santé:

- le nombre de visites médicales (et paramédicales) au cours des trois mois précédant l'interview
- le nombre de médicaments prescrits pendant la même période.

### 2. Deux indicateurs qualitatifs d'auto-évaluation de la santé:

- la présence de problèmes physiques tels qu'ils étaient ressentis par les participants et identifiés à partir d'une liste de 45 symptômes courants, adaptée du «Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE)» [6] et qui leur était soumise à l'interview
- l'auto-évaluation globale de l'état de santé et de bien-être général mesurée sur une échelle à 5 niveaux, allant de «Excellent» (score 1) à «Très mauvais» (score 5).

Le seuil de signification des tests statistiques appliqués pour l'évaluation des résultats a été fixé au niveau de probabilité de 0.05.

### Résultats

Le tableau 1 résume les informations obtenues au moment de l'enquête sur les quatre indicateurs de santé retenus pour une période de trois mois. Le nombre moyen de visites médicales a atteint pratiquement 2.50 par trimestre chez les veuves et 1.75 chez les veufs (différence proche du seuil de signification:  $t_{150}=1.73$ ;  $0.05 < P < 0.10$ ). En moyenne, un peu plus de 3 médicaments (3.17) ont été prescrits aux veuves, alors que la moyenne correspondante était légèrement inférieure à 3 chez les veufs (2.72; différence non-significative). Le nombre moyen des plaintes physiques rapportées a aussi été sensiblement plus élevé chez les veuves (presque 11 plaintes par veuve) que chez les veufs (7.5 plaintes par veuf); la différence pour cet indicateur a largement dépassé le seuil de signification ( $t_{150}=3.46$ ;  $P < 0.001$ ). Le niveau moyen de la santé auto-évaluée s'est situé entre «Bon», dont le score est 2, et «Moyen», dont le score est 3. Le score moyen était légèrement moins favorable chez les veuves (2.35) que chez les veufs (2.28), la différence restant cependant en-dessous du seuil de signification.

Comme le tableau ne fait pas apparaître d'effets d'âge sur les résultats, un ajustement relatif à cette variable n'est pas nécessaire, bien que la proportion des participants ayant atteint ou dépassé l'âge de 75 ans était sensiblement plus élevée chez les veufs (62%) que chez les veuves (52%). Les valeurs relativement élevées des

Tab. 1. Valeur moyenne et précision des indicateurs retenus pour la mesure de l'utilisation des services de santé, des plaintes physiques rapportées et de l'auto-perception du niveau de santé selon le sexe et le groupe d'âge

Indicateurs de santé	Veuves			Veufs		
	65-74	75 +	Total	65-74	75 +	Total
Visites médicales <sup>a</sup>						
Nombre moyen	2.47	2.47	2.47	1.58	1.84	1.74
Ecart-type	2.31	2.61	2.46	1.47	2.86	2.41
Médicaments prescrits <sup>a</sup>						
Nombre moyen	3.10	3.23	3.17	3.05	2.52	2.72
Ecart-type	2.79	2.52	2.64	2.01	2.29	2.19
Plaintes physiques rapportées <sup>a</sup>						
Nombre moyen	10.49	10.98	10.75	8.68	6.84	7.54
Ecart-type	5.53	6.21	5.87	4.24	3.99	4.15
Niveau de santé auto-évaluée <sup>b</sup>						
Score moyen	2.33	2.38	2.35	2.21	2.32	2.28
Ecart-type	0.75	0.74	0.74	0.71	0.87	0.81
Nombre de participants	49	53	102	19	31	50

<sup>a</sup> Pour les 3 mois qui ont précédé l'enquête.

<sup>b</sup> Au moment de l'enquête. La correspondance entre niveau et score de la santé auto-évaluée est donnée dans le tableau 4.

écart-types reflètent la grande variabilité des observations individuelles, mais l'examen des moyennes montrent néanmoins clairement que les quatre indicateurs analysés sont cohérents entre eux.

Le tableau 2 montre que le nombre moyen de plaintes physiques rapportées augmentait régulièrement avec le nombre de visites médicales, l'accroissement étant plus prononcé chez les veuves. L'analyse de variance a effectivement confirmé l'existence d'une régression linéaire hautement significative chez les veuves ( $F_{1,100}=17.03$ ;  $P < 0.001$ ), mais non significative chez les veufs.

Tab. 2. Relation entre le nombre de plaintes physiques rapportées et le nombre de visites médicales par sexe

Nombre de visites médicales <sup>a</sup>	Veuves			Veufs		
	Nombre de veuves	Nombre moyen	Ecart-type	Nombre de veufs	Nombre moyen	Ecart-type
Aucune	29	8.38	5.58	16	7.00	4.40
1 ou 2	31	9.13	4.97	23	7.39	3.97
3 ou plus	42	13.57	5.60	11	8.64	4.32
Total	102	10.75	5.87	50	7.54	4.15

<sup>a</sup> Au cours des 3 mois qui ont précédé l'enquête.

Le niveau de santé auto-évaluée par les participants était nettement corrélé avec l'utilisation des services de santé, telle qu'elle était mesurée par les nombres moyens des visites médicales et des médicaments prescrits (tableau 3), qui ont été pratiquement deux fois

Tab. 3. Relation entre l'utilisation des services de santé et l'auto-appréciation globale de la santé par sexe

Utilisation des services de santé	Veuves			Veufs		
	Santé auto-évaluée <sup>1</sup>		Total	Santé auto-évaluée <sup>1</sup>		Total
	Haute	Basse		Haute	Basse	
Visites médicales <sup>2</sup>						
Nombre moyen	1.77 <sup>a</sup>	3.55 <sup>a</sup>	2.47	1.32 <sup>b</sup>	2.63 <sup>b</sup>	1.74
Ecart-type	2.15	2.54	2.46	1.41	3.67	2.41
Médicaments <sup>3</sup>						
Nombre moyen	2.31 <sup>c</sup>	4.50 <sup>c</sup>	3.17	2.44 <sup>d</sup>	3.31 <sup>d</sup>	2.72
Ecart-type	2.27	2.66	2.64	1.85	2.75	2.19
Nombre de participants	62	40	102	34	16	50

<sup>1</sup> Haute = Score 1 ou 2; Basse = Score 3, 4 ou 5.

La correspondance entre niveau et score de la santé auto-évaluée est donnée dans le tableau 4

<sup>2</sup> Au cours des 3 mois qui ont précédé l'enquête

<sup>a</sup>  $t_{100} = 3.79$ ;  $P < 0.001$

<sup>b</sup>  $t_{48} = 1.82$ ;  $P = 0.08$

<sup>3</sup> Prescrits au cours des 3 mois qui ont précédé l'enquête

<sup>c</sup>  $t_{100} = 4.46$ ;  $P < 0.001$

<sup>d</sup>  $t_{48} = 1.33$ ;  $P = 0.19$

plus élevés chez les participants se jugeant en moins bon état de santé. Les contrastes entre les deux niveaux de santé auto-évaluée étaient hautement significatifs chez les veuves ( $P < 0.001$  aussi bien pour les visites médicales que pour les médicaments prescrits), mais n'ont pas atteint le seuil de signification chez les veufs.

Le degré de concordance entre le nombre moyen de plaintes physiques rapportées et le niveau de santé auto-évaluée est analysé dans le tableau 4. Alors que le nombre moyen des plaintes physiques s'est monté à 5 environ chez les veuves et les veufs se déclarant parfaitement satisfaits de leur santé, il progressait régulièrement à mesure que les participants jugeaient leur santé globale de moins en moins bonne, pour atteindre une moyenne de 20 plaintes chez les veuves et de 13 plaintes chez les veufs des niveaux de santé les plus bas.

Tab. 4. Relation entre le nombre de plaintes physiques rapportées et l'auto-appréciation globale de la santé par sexe

Santé auto-évaluée Niveau	Nombre de veuves	Nombre moyen de plaintes physiques	Nombre de veufs	Nombre moyen de plaintes physiques
Excellent	1	10	6	5.33
Bon	2	52	28	6.57
Moyen	3	34	13	9.38
Mauvais	4	6	2	13.00
Très mauvais	5	-	1	-
Total	102	10.75	50	7.54

L'analyse de variance confirme la haute signification de la régression linéaire du nombre moyen des plaintes physiques rapportées sur le niveau de la santé auto-évaluée ( $F_{1,100}=38.96$ ;  $P < 0.001$  pour les veuves et  $F_{1,48}=10.79$ ;  $P < 0.002$  pour les veufs).

Le degré de relation avec le niveau de santé auto-évaluée n'est pas nécessairement le même pour chacune des 45 plaintes physiques susceptibles d'être signalées par les participants. Il est au contraire probable que la présence ou l'absence de plaintes dont la gravité est communément reconnue jouent un rôle prépondérant dans l'appréciation subjective du niveau de santé général. Le tableau 5 liste les plaintes physiques rapportées, pour lesquelles la différence de prévalence entre les niveaux de santé auto-évaluée s'est révélée statistiquement significative chez les veuves (à cause de leur faible effectif, les veufs n'ont pas été inclus dans cette analyse). Le contraste le plus prononcé ( $P=0.004$ ) a été observé pour l'«Essoufflement à l'effort»: alors que dans l'ensemble 23.5% des veuves ont rapporté cette plainte, la prévalence n'était que de 12.9% chez celles qui estimaient jouir d'une bonne santé générale, mais s'élevait à 40.0% (soit 3 fois plus) chez les veuves qui jugeaient leur santé déficiente. Par

ailleurs, comme l'indique la dernière ligne du tableau 5, pratiquement 3 veuves sur 4 se sont plaintes de «Troubles du sommeil»; toutefois ces derniers ont constitué la plainte la moins liée à l'auto-appréciation de la santé ( $P=0.043$ ), parmi toutes celles dont le contraste des prévalences a atteint le seuil de signification.

Tab. 5. Taux de prévalence (%) des plaintes physiques rapportées par les veuves selon leur niveau de santé auto-évaluée

Plaintes physiques rapportées par les veuves <sup>a</sup>	Santé auto-évaluée			Signification statistique	
	Haute n=62	Basse n=40	Total n=102	$\chi^2$ [1]	P
Essoufflement à l'effort	12.9	40.0	23.5	8.47	0.004
Faiblesse musculaire	11.3	37.5	21.6	8.38	0.004
Vertiges	12.9	37.5	22.5	7.07	0.008
Fourmillements	19.4	45.0	29.4	6.52	0.011
Tremblements	14.5	37.5	23.5	5.91	0.015
Incontinence	4.8	22.5	11.8	5.70	0.017
Points thoraciques	8.1	27.5	15.7	5.55	0.019
Oppression	12.9	32.5	20.6	4.58	0.032
Transpirations	21.0	42.5	29.4	4.44	0.035
Troubles du sommeil	64.5	85.0	72.5	4.15	0.042

<sup>a</sup> Seules les plaintes dont la différence de prévalence entre les niveaux de santé auto-évaluée était significative apparaissent dans le tableau.

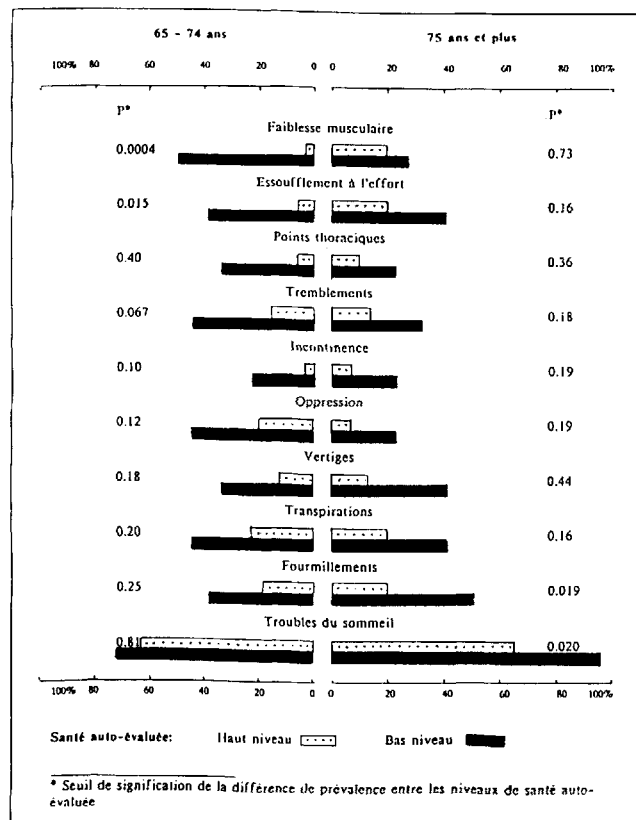


Fig. 1. Plaintes physiques rapportées par les veuves: prevalence (%) selon le groupe d'âge et le niveau de santé auto-évaluée

Lorsque l'analyse présentée dans le tableau 5 tient compte de l'âge des veuves, il est constaté que, pour les plaintes physiques les plus significatives, l'impact de leur présence ou absence sur l'auto-appréciation de la santé est essentiellement répercutée par les veuves les moins âgées (65-74 ans). La figure 1 montre en effet que, pour les six premières plaintes physiques listées, la signification statistique de la différence de prévalence entre les veuves à haut et à bas niveau de santé auto-évaluée a été plus élevée chez les veuves de 65 à 74 ans que chez celles de 75 ans ou plus. Par contre, pour les «Vertiges», les «Fourmillements» et les «Troubles du sommeil», la différence de prévalence entre les niveaux de santé auto-évaluée a atteint le seuil de signification chez les veuves plus âgées (75 ans ou plus).

### Discussion

Il faut rappeler que les informations étudiées ont été obtenues auprès de personnes âgées ayant récemment perdu leur conjoint. Très probablement, l'auto-appréciation de la santé, de même que le recours aux soins médicaux ont été influencés par le deuil et, par conséquent, les niveaux de prévalence atteints par les indicateurs observés ne sont pas applicables à la population générale [7, 8]. Par contre, il est raisonnable d'admettre que les circonstances ayant conduit au choix du collectif interrogé n'ont pas eu d'impact sur le degré de cohérence entre les mesures de santé comparées dans la présente recherche.

Les résultats ont révélé une forte concordance entre les différents indicateurs retenus. En particulier, un bon accord a été noté entre la perception subjective globale du niveau de santé et les nombres rapportés de visites médicales ou de traitements prescrits. Ce résultat n'est cependant pas surprenant en soi: il est en effet naturel que le recours aux services médicaux soit plus fréquent chez les personnes qui jugent défavorablement leur état de santé. Une étude plus approfondie des attitudes et comportements face aux problèmes de santé conduirait à l'analyse des processus sociaux par lesquels s'édifient différentes représentations de la maladie, liées à différents schèmes de comportement [9].

En général, la concordance entre les différents indicateurs de santé est plus nette chez les femmes que chez les hommes [10, 11, 12]. La relation entre le nombre moyen de plaintes physiques rapportées et le nombre de visites médicales n'a atteint le seuil de signification statistique que chez les veuves (tableau 2). Il semblerait que chez les hommes la symptomatologie conduisant à la demande de soins médicaux soit moins étroitement liée à l'auto-évaluation subjective du niveau de santé globale. La relation entre le niveau de santé auto-évaluée et l'utilisation des services médicaux (tableau 3) n'atteint pas non plus le seuil de signification chez les veufs. En d'autres termes, le recours au traitement médical serait, pour les hommes, moins

souvent associé à un sentiment de mauvaise santé. Par ailleurs, toujours chez les hommes, le niveau de santé auto-évaluée est également moins directement lié au nombre de plaintes rapportées (tableau 4). Des études antérieures ont déjà démontré qu'en général la femme est plus à l'écoute de son corps que l'homme [13, 14].

Pour tous les indicateurs étudiés, les résultats n'ont pas fait apparaître de différences significatives entre les enquêtés les plus jeunes (65 à 74 ans) et les plus âgés (75 ans ou plus). Cependant, l'examen détaillé des plaintes physiques rapportées par les veuves a montré que la manifestation de symptômes graves (en particulier ceux qui sont liés aux troubles circulatoires ou neurologiques) ou susceptibles d'être interprétés comme les signes d'un vieillissement prématuré a un impact sur la santé subjective beaucoup plus prononcé chez les veuves les moins âgées et probablement aussi les moins enclines à accepter la détérioration de leur santé et la mort. Pour l'ensemble des six premières plaintes physiques listées dans la figure 1, le coefficient de corrélation ( $r$ ) entre leur prévalence et le niveau de santé auto-évaluée se montait à 0.73 pour les veuves de 65 à 74 ans et à 0.48 seulement pour les veuves âgées de 75 ans ou plus.

### Conclusion

L'analyse des informations recueillies au cours d'une enquête de santé par interview dans une population de veuves et veufs âgés a montré que les différents indicateurs étudiés atteignaient un haut niveau de concordance entre eux. Les résultats se sont révélés homogènes, plus particulièrement chez les veuves, aussi bien entre les deux indicateurs mesurant le niveau de santé perçue (auto-évaluation de la santé globale et nombre de plaintes physiques rapportées) qu'entre les deux indicateurs mesurant la fréquence du recours aux services de santé (nombre de visites médicales et nombre de traitements prescrits). Cependant, le plus remarquable est la bonne corrélation observée entre les deux catégories d'indicateurs, objectivant ainsi dans une certaine mesure la valeur de l'auto-appréciation de la santé chez les personnes âgées en deuil.

La proportion des veuves jugeant le niveau de leur santé insatisfaisant ne paraît pas liée à l'âge; toutefois chez les plus jeunes (65-74 ans) la perception défavorable est fortement corrélée avec la manifestation de symptômes dont la gravité est reconnue. Comme il a été démontré que la perception d'une mauvaise santé est effectivement prédictive [15, 16], les veuves moins âgées jugeant leur santé globale insatisfaisante pourraient constituer un groupe à risque élevé qui devrait faire l'objet d'une attention particulière.

### Résumé

Les questions posées lors des enquêtes de santé à domicile portent généralement sur la fréquence des visites médicales et la consommation de médicaments, mais souvent aussi sur les plaintes physiques rapportées et l'auto-appréciation du niveau de santé globale. Les

informations collectées par interview auprès d'une population de veuves et veufs âgés ont révélé un niveau de concordance élevé entre ces divers indicateurs de santé, justifiant en particulier l'intérêt porté à l'auto-évaluation subjective dans l'évaluation du niveau de santé globale.

**Zusammenfassung**

**Gesundheitsbefragung mittels Interview zu Hause: Vergleich ausgewählter Indikatoren in einer Gruppe betagter, kürzlich verwitweter Männer und Frauen**

In zu Hause durchgeführten Befragungen zum Gesundheitszustand werden im allgemeinen die Häufigkeit von Arztbesuchen und der Medikamentenkonsum erhoben, oft aber auch Angaben über körperliche Beschwerden und eine Selbsteinschätzung des gesundheitlichen Gesamtbefindens durch die Befragten. Die in einer Gruppe betagter Witwen und Witwer durch Befragung erhobenen Informationen zeigen einen hohen Übereinstimmungsgrad zwischen den verschiedenen Gesundheitsindikatoren. Für die Evaluation des gesundheitlichen Gesamtbefindens kommt daher der Selbsteinschätzung der Gesundheit eine besondere Bedeutung zu.

**Summary**

**Health Survey by Home Interview: A Comparative Study of Selected Indicators Measured in Recent Widows and Widowers**

Questions asked on the occasion of health survey at home usually refer to frequency of medical consultations and prescribed drugs, but often also to reported somatic symptoms and self-evaluated general health status. Interview data collected in a population of aged widows and widowers revealed a high degree of concordance between these various health indicators, justifying in particular the value assigned to the subjective appreciation of the level of general health.

**Bibliographie**

[1] *Fillenbaum GG*. Troisième âge et bien-être, approches d'une évaluation multidimensionnelle. WHO Offset Publ 1986; no 84. OMS:Genève, 1986.

[2] *Kane RA, Kane RL*. Assessing the elderly: a practical guide to measurement. Lexington: Lexington Books, 1981.

[3] *Bocquet H, Grosclaude P, Grand A, Albarède JL, Pous J*. La santé auto-évaluée chez les plus de 60 ans: enquête longitudinale sur 4 ans dans une population rurale de la Haute-Garonne. Rev Géiatr 1988; 13: 175-180.

[4] *Raymond L, Christie E, Clemence A, Jeanneret O, Lalive d'Epinay C*. Validité du jugement global sur leur santé chez les personnes âgées, d'après une enquête en Suisse. Colloques de l'INSERM: Santé publique et vieillissement 1981; 101: 367-378.

[5] *Worden JW*. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. New York: Springer, 1982.

[6] *Gurland B, Kuriansky J, Sharpe L, Simon R, Stiller P, Birkett P*. The comprehensive assessment and referral evaluation (CARE) - rationale, development and reliability. Int J Aging Hum Dev 1977-78; 8: 9-42.

[7] *Parkes CM*. Effects of bereavement on physical and mental health: a study of the medical records of widows. Br Med J 1964; 2: 274-279.

[8] *Maddison D, Viola A*. The health of widows in the year following bereavement. J Psychosom Res 1968; 12: 297-306.

[9] *Herzlich C*, ed. Médecine, maladie et société. Les textes sociologiques (IV). Paris: Maloine, 1970.

[10] *Kaufman M, Bernstein S*. A psychiatric evaluation of the private patient: a study of a thousand cases from a consultation service. JAMA 1957; 163: 108-111.

[11] *Engel G*. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-136.

[12] *Kleinmann A, Eisenberg L, Good B*. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Ann Intern Med 1978; 88: 251-258.

[13] *Waldron I*. Why do women live longer than men? Soc Sci Med 1976; 10: 349-362.

[14] *Gognalons-Nicolet M, Ferrero F, Piletta-Zanin S, Blochet-Bardet A*. La santé de la population genevoise âgée de 40 à 65 ans. Genève: Institutions Universitaires de Psychiatrie de Genève (IUPG), 1988.

[15] *Havighurst RJ*. Health problems in aging. In: Kolker A, Ahmed PI, eds. Coping with medical issues: aging. New York: Elsevier, Biomedical, 1982.

[16] *Bocquet H, Grosclaude P, Cayla F, Grand A, Albarède JL, Pous J*. Incapacités, santé subjective et mortalité à 3 ans dans une population rurale âgée. Rev Epidémiol Santé Publique 1987; 35: 151-156.

**Remerciements**

Les auteurs remercient le Professeur Jean-Pierre Michel, Médecin-chef des Institutions universitaires de gériatrie de Genève de ses suggestions et conseils avisés. Ils rappellent avec reconnaissance l'aide financière reçue du Fonds national suisse de la recherche scientifique dans le cadre du projet no 3.891-0.85.

**Adresse pour correspondance:**

Astrid Stuckelberger  
Institutions Universitaires de Gériatrie  
Hôpital de Gériatrie  
Route de Mon-Idée  
CH-1226 Thonex/Genève