

# **Evaluation gériatrique globale**

## **Guide de poche**

Hôpital Riviera, site de Mottex  
Association de soins coordonnés  
de la Riviera et du Pays-d'Enhaut  
ASCOR

Dr E. Rivier

Première édition – Vevey 2003



---

## Evaluation gériatrique globale

La publication par le Dr E. RIVIER, avec l'aide de NOVARTIS Pharma, de ce petit opuscule de poche consacré à l'évaluation gériatrique globale est une rare opportunité de souligner une fois de plus la spécificité de la médecine de l'âge avancé. Le principe majeur de la gériatrie (la plus jeune des grandes disciplines cliniques) est d'essayer d'appréhender l'adulte vieillissant, âgé ou très âgé, sous 3 aspects que le parcours de vie rend indissociables:

- le fonctionnement du corps lui-même et bien sûr de chacun des organes qui le composent,
- les activités déployées dans la vie quotidienne,
- enfin, l'intégration de cette personne vieillissante, âgée ou très âgée, dans la société.

Cela explique pourquoi la démarche gériatrique implique l'intégration de 5 concepts fondamentaux et complémentaires:

- bio-médical, base indispensable d'une bonne médecine (interne ou générale),
- fonctionnel, fondement de la réhabilitation et de la gériatrie moderne,
- environnemental, tant humain qu'architectural et technologique,
- éthique de la pratique clinique, dont les implications deviennent majeures,
- sans oublier la qualité de vie ou la qualité de fin de vie des adultes âgés.

Dans ce contexte extrêmement vaste et ambitieux, il est indispensable que le médecin prenant soin d'adultes vieillissants, âgés ou très âgés, ait à disposition une série d'instruments d'évaluation simples et pratiques, afin de dépister le plus précocement possible les dysfonctionnements organiques pour les corriger ou en retarder

les conséquences. Cette batterie d'instruments est à disposition pour affiner l'approche de telle ou telle anomalie, mais aussi pour suivre de façon satisfaisante son évolution avec le temps, en fonction des interventions thérapeutiques entreprises.

**Le cycle:** évaluation, intervention, contrôle de l'efficacité de l'intervention pour éventuellement poursuivre, ajuster ou compléter l'acte thérapeutique, est réellement d'importance majeure pour la pratique gériatrique, le but de toute cette approche étant «simple-ment» d'éviter, de retarder ou de minimiser le déclin fonctionnel, ce qui représente, en soi, un objectif prioritaire de la pratique médicale auprès des adultes vieillissants, âgés ou très âgés.

Merci au Dr E. RIVIER pour ce rappel des bonnes pratiques cliniques et des objectifs de soins tant individuels que communautaires.

Professeur Jean-Pierre Michel  
Hôpitaux Universitaires de Genève  
Département de Gériatrie

---

## Introduction

Les travaux d'A. Stuck<sup>1</sup> ont bien montré l'intérêt de l'évaluation gériatrique globale (EGG), et tout récemment H.-J. Cohen et al. dans le NEJM<sup>2</sup> confirment que l'EGG suivie d'une prise en charge dirigée, si elle n'améliore pas la survie, permet une réduction significative du déclin fonctionnel et une amélioration de la santé mentale (mental health), sans coûts supplémentaires.

Le présent guide s'inspire largement du guide de la clinique de gériatrie et de réadaptation du Stadtspital Waid de Zurich et de l'expérience quotidienne du Centre de traitement et de réadaptation (CTR) de Mottex de l'Hôpital Rivera. Il a pour objectif de donner en français les définitions et les échelles – validées – couramment utilisées dans le CTR de Mottex.

Il paraît opportun de rappeler qu'une telle démarche doit être pratiquée dans le respect de la personne et dans un esprit de solidarité intergénérationnelle au moment où l'autonomie et, par conséquent, la qualité de vie d'une personne âgée commencent à décliner. La définition donnée en page 3 est donc essentielle à la compréhension de l'EGG.

Dr E. Rivier

---

*1 The Lancet 1993; 342: 1032–1036  
Arch Intern Med 2000; 160: 977–986  
JAMA 2002; 287: 1022–1028*

*2 N Engl J Med 2002; 346: 905–912*

## Données épidémiologiques

<b>Espérance de vie à la naissance en Suisse</b>	<b>Hommes (années)</b>	<b>Femmes (années)</b>
En 1900	45	48
En 2000	76,9	82,6
<b>Espérance de vie à 65 ans</b>		
En 1900	10	10
En 2000	16,9	20,7
<b>Espérance de vie de la population vaudoise, 1998–2001</b>		
A 65 ans	17,02	21,11
A 75 ans	10,39	12,99
A 85 ans	5,47	6,53
A 95 ans	2,67	2,89

<b>Vaud</b>	<b>En 2000</b>	<b>En 2010</b>
Population résidente	616 708	679 363
> 65 ans	96 581 (15,7%)	116 191 (17,1%)
Pensionnaires EMS	5 074 (0,8%)	5 714 (0,8%)

Réf.: La Santé publique en Suisse – Pharma Information, Edition 2002  
SCRIS, Lausanne (Menthonnex J.)

---

## Evaluation gériatrique globale: définition

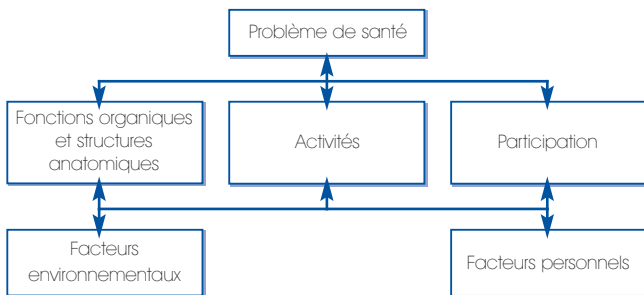
(Conférence de consensus en 1988)

Evaluation multidisciplinaire au cours de laquelle les problèmes d'une personne âgée sont mis en évidence, décrits, et si possible expliqués, et dans laquelle les ressources et les capacités de la personne sont évaluées, de même que les besoins en termes d'aide; un plan de soins coordonné est développé pour centrer les interventions sur les problèmes du patient.

---

*Réf.: National Institutes of Health Consensus Development Conference  
Statement: Geriatric assessment methods for clinical decision-making.  
J Am Geriatr Soc. 1988; 36: 342 / traduction ER*

## Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)



La **déficience** est une perte ou une anomalie d'une structure anatomique ou d'une fonction organique.

Une **activité** désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. Les **limitations d'activité** désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités.

La **participation** désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle. Les **restrictions de participation** désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.

Le **fonctionnement** est un terme générique couvrant les fonctions organiques, les structures anatomiques, les activités et la participation. Il désigne les aspects positifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels face auxquels il évolue (facteurs personnels et environnementaux).

Le **handicap** est un terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. Il désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels face auxquels il évolue (facteurs personnels et environnementaux).

---

## Le status fonctionnel

Repose sur l'évaluation de

- La **pathologie**: anomalies biologiques et physiologiques qui sont détectées et désignées en termes de maladie, de blessure ou d'anomalie congénitale.
- La **déficienc**e (impairment): repose sur l'examen clinique et les examens complémentaires (laboratoire, radiologie, etc.). Permet de quantifier la sévérité de la pathologie.
- La **limitation fonctionnelle**: restrictions dans la réalisation d'activités physiques et mentales de base, utilisées dans la vie de tous les jours (indépendamment du milieu), telles que troubles de la vision, de la communication, de la mémoire à court terme, etc.
- L'**incapacité** (disability): difficultés rencontrées dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ) ou les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) dans un contexte social donné.

---

## Le déclin du status fonctionnel

### Se caractérise par

1. Des difficultés à la fois dans les activités de la vie quotidienne et dans les activités poussées de la vie quotidienne.\*
2. Des limitations fonctionnelles physiques avec restrictions dans les activités physiques de base, incluant la fonction des membres supérieurs et inférieurs.

---

**Réf.: AE Stuck et al Social Science & Medicine 1999; 48: 445–469**

\* Correspondent au fait de: faire son jardin, faire du tennis, voyager, participer à des groupes sociaux ou religieux, etc.

*Réf.: Reuben DB et al. JAGS 1990; 38: 855–861*

## Facteurs de risque pouvant influencer le déclin du status fonctionnel

Domaine	Définition spécifique	Importance du facteur de risque dans le déclin du status fonctionnel
<b>Etat affectif</b>	Anxiété Dépression	(+) +++
<b>Cognition</b>	Troubles cognitifs	+++
<b>Comorbidité</b>		+++
<b>Chute</b>		++
<b>Limitation fonctionnelle</b>	Diminution des performances des extrémités inférieures	+++
<b>Audition</b>	Diminution de l'audition	(+)
<b>Médicaments</b>	Importance de la médication	++
<b>Nutrition</b>	BMI haut ou bas	+++
<b>Evaluation personnelle de sa santé</b>	Santé personnelle mauvaise	+++
<b>Tabac</b>		+++
<b>Alcool</b>	Forte / absence	++ / +++
<b>Social</b>	Contacts sociaux peu fréquents	+++
<b>Vision</b>	Diminution de l'acuité visuelle	++

---

## Le patient âgé fragile

«La fragilité: condition de l'âge avancé qui résulte d'une combinaison de maladies et se caractérise par une vulnérabilité aux facteurs de stress et par une diminution de la capacité à maintenir l'homéostasie.»

---

Réf.: Fretwell MD: *Acute hospital care for frail older patients*. In Hazzard WR, Andres R, Berman EC, et al (eds): *Principals of Geriatric Medicine and Gerontology*, ed 2. NewYork, McGraw-Hill, 1990, cité par Walston J and al: *Frailty and the Older Man*. *Medical Clinics of North America*. 1999; 83: 1173-1194

---

## La fragilité

La «**fragilité**» se manifeste au terme d'un long processus de «**fragilisation**». Cette «**fragilisation**» correspond à la dégradation progressive, insidieuse des capacités fonctionnelles d'un individu. La réduction des réserves physiologiques avec l'âge, les comorbidités et les déficiences d'organes s'accumulent insidieusement à un point tel, qu'il devient progressivement impossible à l'organisme atteint de faire face à une quelconque agressivité externe.

---

Réf.: Michel J.- P. Vilème Congrès International Francophone de Gérontologie. *Revue médicale de Bruxelles* 2002; 23-S 1: 0.076

---

# Repérer le patient âgé fragile en milieu hospitalier

Trois catégories cliniques sont définies a priori:

## 1. Indépendance dans toutes les activités de la vie quotidienne avec une maladie aiguë d'évolution brève

## 2. Dépendance sévère

- Démence sévère et dépendance dans les AVQ (activités de la vie quotidienne) sévères
- Maladie terminale

## 3. Fragilité (présence de n'importe lequel des critères suivants)

- Accident cérébro-vasculaire
- Maladie chronique «invalidante»
- Etat confusionnel
- Dépendance dans les AVQ
- Dépression
- Chute
- Troubles de la mobilité
- Incontinence
- Malnutrition
- Polypragmasie
- Alitement prolongé
- Contention
- Escarres de décubitus
- Troubles sensoriels
- Problèmes socio-économiques/familiaux

## Index de comorbidité

Détermination des pathologies concomitantes:	oui
Infarctus du myocarde	1
Insuffisance cardiaque congestive	1
Maladie vasculaire périphérique	1
Maladie cérébro-vasculaire	1
Démence	1
Maladie pulmonaire chronique	1
Problèmes articulaires («rhumatisme»)	1
Maladie ulcéreuse	1
Hépatopathie d'importance faible	1
Diabète	1
Hémiplégie	2
Insuffisance rénale modérée à sévère	2
Diabète avec lésions au niveau des organes cibles	2
Tumeurs	2
Leucémie	2
Lymphome	2
Hépatopathie moyenne ou sévère	3
Métastases	6
SIDA	6
<b>SCORE TOTAL</b>	<b>0 à 37</b>

**Evaluation** 3 ou > points: risque élevé d'une évolution défavorable

Interprétation	Score	Mortalité à 1 an
	0	12%
	1-2	26%
	3-4	52%
	5 ou >	85%

**Remarque:** l'index de Charlson est encore utilisé dans la littérature. A noter qu'il date de 1987 et les pondérations devraient être revues (p.ex. du fait de l'amélioration du pronostic du SIDA) ainsi que les définitions des termes «faible, moyen, modéré et sévère». Il reste utile pour montrer l'importance de la notion de comorbidité par rapport à la mortalité et à la fragilité.

---

Réf.: Charlson ME. *J.Chronic Dis* 1987; 40: 373–383

---

## Les grands syndromes gériatriques

- Troubles de la vision et de l'audition
- Incontinence des urines et/ou des selles
- Dénutrition
- Troubles de l'équilibre (les chutes)
- Inactivité
- Déficits cognitifs (délire et démence)
- Dépression
- Insomnie
- Complications iatrogènes (particulièrement la polypragmasie)
- Pauvreté

---

Réf.: Kane RL, Ouslander JG, Abrase IB. *The Is of Geriatric Syndromes. Essentials of Clinical Geriatrics*, ed 2. New York, McGraw-Hill, 1989

## Evaluer la vision

### Table de lecture de Jaeger

**Utilisation:** tenir la carte à une distance de lecture normale.

64		0,025	
307		0,05	
5290		0,1	
7 6 4	Ш Э М	О О О	0,2
5 0 3 9 2	М Э Ш Е	О О С О	0,4
2 9 7 5 3 6	Э Ш Е М Ш	О О С О О	0,6
9 7 8 5 4 6 3	М Е Э Ш М Э	О О О О С	0,8
4 2 3 9 7 8 5	Ш Ш Ш Ш Ш Ш	О О О О О О	1,0

**Interprétation:** une lecture impossible en dessous de 20/40 soit 5/10 doit faire suspecter des troubles de la vue.

Il en va de même pour la vision à distance mise en relation avec la mobilité et les AVQ. Les patients, avec une vision à distance inférieure à 20/40, ont un risque relatif trois fois plus haut de troubles dans la mobilité ou dans les AVQ que les patients avec une acuité visuelle plus haute.

---

Réf.: Salive ME et al. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 287–292

**Remarque:** 87% des Suisses âgés de 55 à 74 ans portent des aides visuelles et 90% entre 75 et 99 ans

---

Réf.: OFS/Publitest

---

## Grille d'Amsler

### Pour dépister une dégénérescence maculaire liée à l'âge

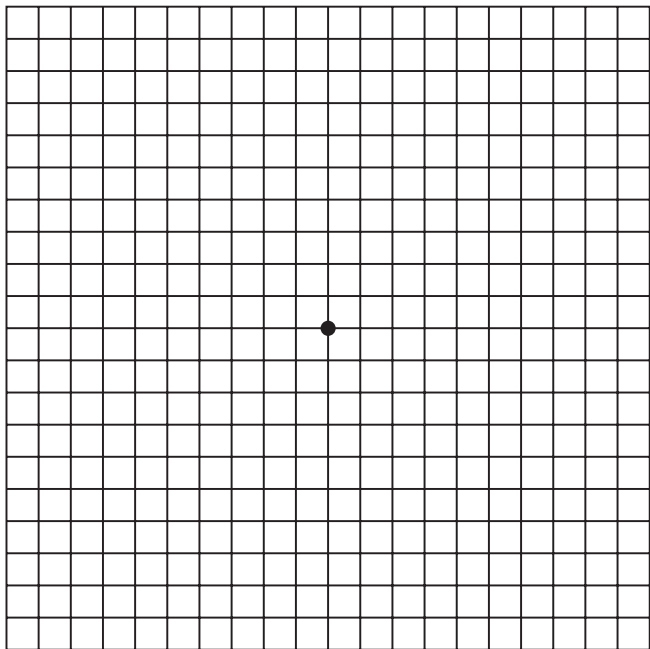
Pour effectuer le test, procéder de la façon suivante:

1. Porter les lunettes ou les lentilles habituelles
2. Se placer à 30 centimètres de distance de la grille
3. Recouvrir un œil
4. De l'autre, fixer le point central de la grille
5. Attention aux irrégularités: les lignes sont-elles droites?  
Tous les carrés ont-ils la même taille? Les quatre coins de la figure sont-ils visibles? Des zones vides ou floues, des distorsions ou des lignes ondulées apparaissent-elles?  
Si oui, un contrôle ophtalmique est nécessaire sans délai!
6. Répéter le test avec l'autre œil

---

Réf.: CIBA Vision AG

## Grille d'Amsler (mode d'emploi page 13)



---

## Presbyacousie ou sénescence de l'oreille

### Signes d'appel

- j'entends, mais je ne comprends pas
- les interlocuteurs parlent trop vite
- l'intensité de la télévision est forte pour l'entourage
- je comprends mieux les hommes que les femmes
- les bruits m'empêchent de comprendre
- les acteurs et mes proches ne savent plus articuler
- je n'ai plus d'intérêt pour les activités sociales
- etc.

---

Réf.: Bizoguet E. «Réadaptation» 1995; 422: 23–30

---

## Test du chuchotement

### (Whisper Test)

Technique: se tenir à environ 0,6 m de l'oreille et chuchoter:

«2 / 7 / 3»                      à droite

«6 / 1 / 9»                      à gauche

**Interprétation:** la restitution fautive de 1 chiffre ou plus doit faire évoquer un probable trouble de l'audition.

**Cave:** en gériatrie, toujours penser à un bouchon de cérumen.

---

Réf.: Macphée GJ et al. *Age and Ageing* 1988; 17: 347–351

## Evaluation ostéo-articulaire fonctionnelle

	Position à évaluer	Fonction
<b>RACHIS</b>	Projection de la tête vers l'avant	Horizontalité du regard
	Projection du tronc vers l'avant	Déplacement du centre de gravité pour conserver l'équilibre
	Projection du tronc vers l'arrière	Idem
	Translation latérale du tronc	Idem
<b>MEMBRES SUPÉRIEURS</b>	Possibilité d'amener la / les main(s) – à la bouche	Manger, laver les dents, mettre des lunettes
	– sur la tête	Se coiffer, mettre / enlever un chapeau
	– dans le dos	
	Main: Enroulement des longs doigts	Préhension grossière
	Pince polici-digitale	Préhension fine
	Opposition du pouce	Préhension, notamment aide de marche
	Prosupination – supination du coude/poignet Global	Maniement des couverts Utilisation des accoudoirs, de l'aide à la marche

<b>MEMBRES INFÉRIEURS</b>	Longueur et largeur du pas	Equilibre debout
	Flexion (flexum des hanches/genoux)	Equilibre debout, marche dans les escaliers, lacer les chaussures, se relever d'un siège
	Varus/valgus des genoux	Equilibre debout, marche
	Equinisme de la cheville	Equilibre debout, se relever d'un siège
	Position du talon	Equilibre debout, chaussage
	Avant-pied/orteil: souplesse, cors	Idem

## Evaluer la fonction des membres inférieurs

### Maintien de l'équilibre en position debout

**Consigne:** demander au patient de se maintenir debout durant 10 secondes:

1. les pieds côte à côte
2. un pied l'un devant l'autre, le talon de l'un à la hauteur du gros orteil de l'autre (semi-tandem)
3. un pied l'un devant l'autre, le talon de l'un devant les orteils de l'autre (tandem)

Pieds côte à côte	Semi-tandem	Tandem	Score
≥ 10 sec	≥ 10 sec	≥ 10 sec	0
≥ 10	≥ 10	3-9	1
≥ 10	≥ 10	0-2	2
≥ 10	< 10	-	3
< 10	-	-	4

### Se lever d'une chaise

**Consigne:** le patient croise ses bras devant sa poitrine et doit se lever d'une chaise: si correctement réalisé, le patient doit répéter le geste 5 fois de suite le plus rapidement possible. Le temps pour réaliser cette consigne est mesuré.

Temps en secondes	Score
≥ 16,7	1
13,7 à 16,6	2
11,2 à 13,6	3
≤ 11,1	4

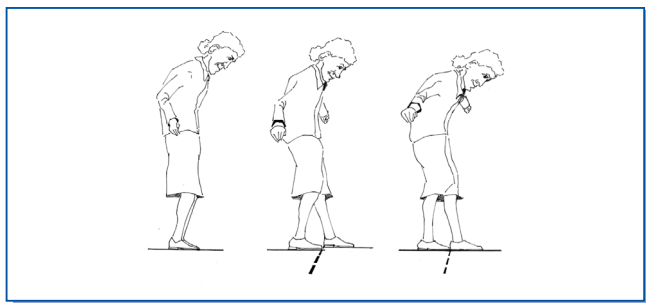
## Marcher

**Consigne:** parcourir d'un pas normal 2,4 m (prendre le temps le plus rapide de deux essais).

Temps en secondes	Score
$\geq 5,7$	1
4,1 à 5,6	2
3,2 à 4,0	3
$\leq 3,1$	4

**Interprétation:** calculer un score global en faisant la somme des trois scores. Il permet de définir un risque relatif (RR) d'incapacité à quatre ans de la façon suivante:

Score total	Incapacité en lien avec la mobilité: RR (95% IC)
4-6	4,9 (3,1-7,8)
7-9	1,8 (1,3-2,5)
10-12	1,0



---

## Evaluer l'équilibre par le «Get up and Go» Test

**Matériel:** fauteuil avec accoudoirs, espace permettant une évolution de trois mètres, chronomètre (pour être réussie, l'épreuve doit être accomplie en 20 secondes).

**Etape 1:** asseoir le patient, mettre une bande adhésive à distance de trois mètres du fauteuil

**Etape 2:** demander au patient de se lever

- il se rejette en arrière au lieu de se pencher en avant: -4
- il est obligé d'utiliser les accoudoirs: -2
- il se penche en avant de manière normale: 0
- il a besoin de 2 ou 3 essais: -1
- il se lève d'un seul élan: 0

**Etape 3:** le patient marche droit devant lui sur trois mètres: 0  
Il fait des méandres: -1

**Etape 4:** le patient fait demi-tour rapidement: 0  
Il est obligé d'exécuter plusieurs pas successifs: -3

**Etape 5:** le patient retourne au fauteuil et s'assied:

- il descend avec un contrôle de la flexion des genoux: 0
- il se laisse tomber dès que la flexion des genoux atteint 30°: -4

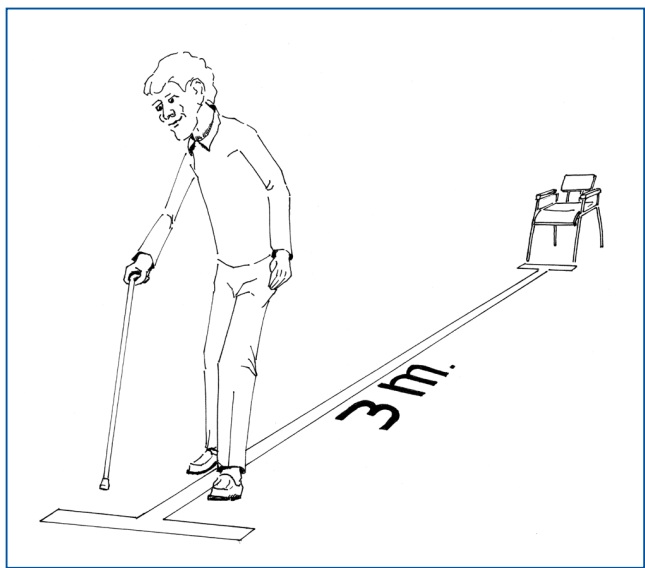
### Interprétation

- score  $\leq -3$ : nécessite une rééducation des membres inférieurs
- score  $> -3$ : quasi normalité si patient âgé de plus de 70 ans
- score = 0: parfait si accompli dans la limite des 20 secondes; à partir de 30 secondes la lenteur devient un péril et reflète l'impossibilité de sortir sans aide

---

Réf.: adapté de Mathias S et al. *Arch Phys Med Rehabil* 1986; 67: 387-389, Podsiadlo D et al. *JAGS* 1991; 39: 142-148, et pratique du site de Mottex

## Le «Get up and Go» Test



## Evaluer le risque de chute

### Test de Tinetti

	Score
<b>Equilibre assis sur la chaise</b>	
– se penche sur le côté, glisse de la chaise	0
– sûr, stable	1
<b>Se lever</b>	
– impossible sans aide	0
– possible, mais nécessite les bras	1
– possible sans les bras	2
<b>Tentative de se lever</b>	
– impossible sans aide	0
– possible, mais plus d'un essai	1
– possible lors du premier essai	2
<b>Equilibre immédiat debout (5 premières secondes)</b>	
– instable	0
– sûr, mais nécessite un moyen auxiliaire	1
– sûr sans moyen auxiliaire	2
<b>Equilibre lors de la tentative debout pieds joints</b>	
– instable	0
– stable, mais pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite de l'aide	1
– pieds joints, stable	2
<b>Poussée (pieds joints, l'examineur pousse trois fois avec la paume sur le sternum du patient)</b>	
– tomberait sans aide	0
– fait des pas d'esquive, mais ne tombe pas	1
– stable	2

<b>Yeux fermés (les pieds aussi joints que possible)</b>	
– instable	0
– stable	1
<b>Retournement de 360°</b>	
– pas discontinus	0
– pas continus	1
<b>Marche</b>	
– non sûre, nécessite des moyens auxiliaires	0
– sûre	1
<b>Début de la marche</b>	
– hésitations	0
– pas d'hésitation	1
<b>Longueur et hauteur du pas: le pied droit balance</b>	
– ne passe pas au-delà du pied gauche	0
– passe au-delà du pied gauche	1
<b>Le pied droit</b>	
– ne décolle pas complètement du sol	0
– décolle complètement du sol	1
<b>Longueur et hauteur du pas: le pied gauche balance</b>	
– ne passe pas au-delà du pied droit	0
– passe au-delà du pied droit	1
<b>Le pied gauche</b>	
– ne décolle pas complètement du sol	0
– décolle complètement du sol	1
<b>Symétrie de la marche</b>	
– la longueur des pas droit et gauche ne semble pas semblable (estimation)	0
– la longueur des pas droit et gauche semble être la même	1

<b>Continuité des pas</b>	
– arrêt ou discontinuité de la marche	0
– les pas paraissent continus	1
<b>Stabilité du tronc</b>	
– balancement net, ou utilise un moyen auxiliaire	0
– pas de balancement, mais penché ou balancement des bras	1
– pas de balancement, ne doit se tenir nulle part	2
<b>Largeur des pas</b>	
– polygone de marche élargi	0
– les pieds se touchent presque lors de la marche	1
<b>S'asseoir</b>	
– incertain (estime mal la distance, tombe de la chaise)	0
– utilise les bras ou fait des mouvements grossiers	1
– sûr, avec des mouvements libres	2

**Interprétation:** calcul du score (maximum de 28 points)

- score <20 points: risque de chute élevé
- score de 20 à 23 points: risque légèrement élevé
- score de 24 à 27 points: existe-t-il un autre problème?  
(p. ex. une jambe plus courte que l'autre)

---

Réf.: Tinetti ME, J Am Geriatr Soc 1986; 34: 119-126

voir aussi Wettstein A et al. Checklist Gériatrie, p 26

© Editions Vigot, 1998 et © Georg Thieme Verlag, 1997

## Évaluer les facteurs de risque de chute

Facteurs de risque	RR – OR	Intervalle de confiance
Faiblesse musculaire	4,4	1,5–10,3
Anamnèse de chute	3,0	1,7–7,0
Troubles de la marche	2,9	1,3–5,6
Troubles de l'équilibre	2,9	1,6–5,4
Emploi de moyens auxiliaires	2,6	1,2–4,6
Troubles visuels	2,5	1,6–3,5
Arthrose	2,4	1,9–2,9
Déficit dans les AVQ	2,3	1,5–3,1
Dépression	2,2	1,7–2,5
Déficit cognitif	1,8	1,0–2,3
Age > 80 ans	1,7	1,1–2,5

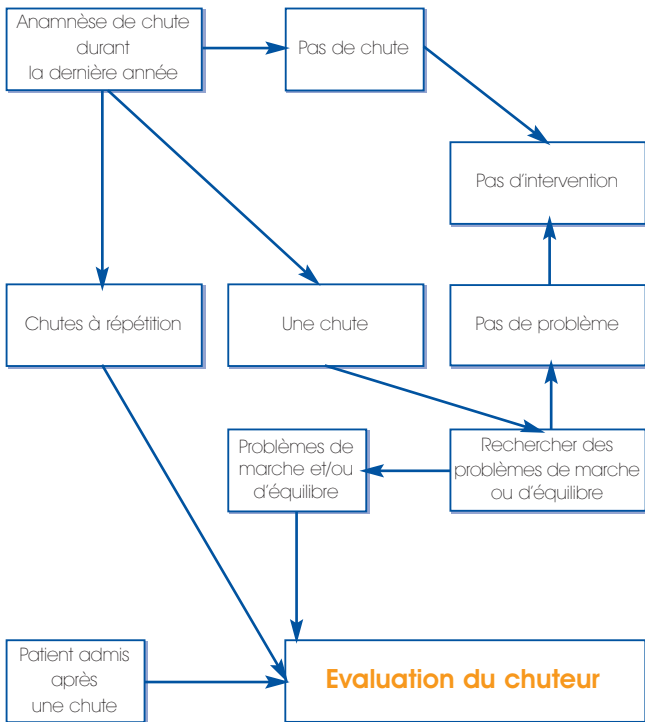
Résultats d'analyse univariée des facteurs de risque de chute les plus habituels identifiés dans 16 études, concernant des patients vivant dans la communauté. RR: risque relatif (concerne des études rétrospectives). OR: odd ratio (concerne des études prospectives).

---

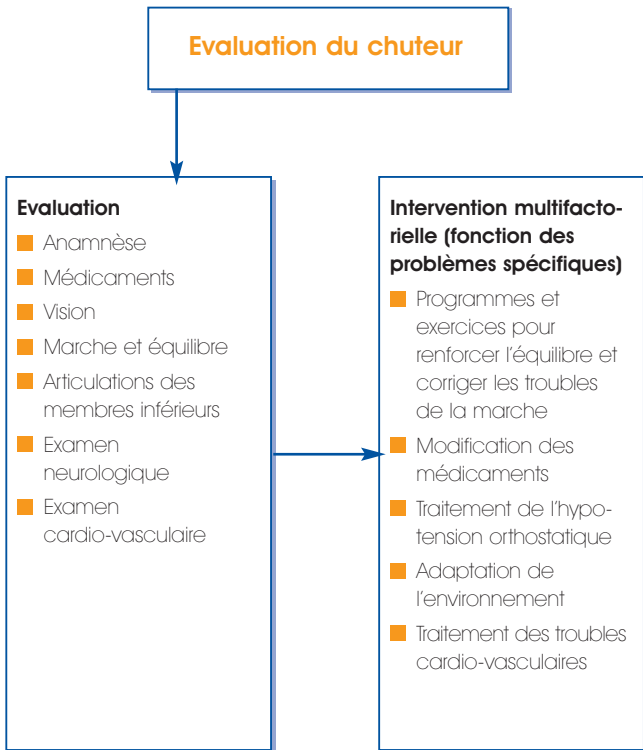
## Médicaments et risque de chute

	<b>OR poolé</b>	<b>Intervalle de confiance</b>
Antidépresseurs	1,66	1,40–1,95
– antidépresseurs tricycliques	1,51	1,14–2,00
Neuroleptiques	1,50	1,25–1,79
Hypnotiques sédatifs	1,54	1,40–1,70
– Benzodiazépines	1,48	1,23–1,77
Antiarythmiques classe 1a	1,59	1,02–2,48
Digoxine	1,22	1,05–1,42

## Evaluer le patient chuteur



## Evaluer le patient chuteur



Réf.: *Guideline for the Prevention of Fall in Older Persons, J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 664-672

---

## Evaluer une malnutrition protéino-énergétique

En termes de dépistage, les deux questions à poser sont les suivantes:

- le patient présente-t-il une perte d'appétit?
- le patient présente-t-il une perte récente (durant les trois derniers mois) de poids, de 5 à 10%?

En cas de réponse positive, risque de malnutrition protéino-énergétique.

---

Réf.: Lesourd B, Cahiers de nutrition diététique 1999; 34(5): 320-331

## Index de masse corporel ou Body mass index (BMI): poids (en kg) / taille au carré (en m)

Normes proposées pour la personne âgée:

- dénutrition: < 21
- risque de dénutrition entre 21 et 24
- poids normal: entre 24 et 27
- excès de poids: > 27

**Remarque:** le déplacement des valeurs de référence vers la droite par rapport au patient en dessous de 65 à 75 ans est lié à la diminution de la taille, ce qui abaisse artificiellement le dénominateur, donc élève le quotient.

Le BMI permet un pronostic de la mortalité à un an pour des patients gériatriques:

	<b>BMI</b>	<b>Mortalité à un an</b>
Groupe 1	≤ 20	48 %
Groupe 2	21-25	25 %
Groupe 3	> 25	18 %

**Différence significative (P < 0,001) entre le 1er et le 2ème groupe, entre le 1er et le 3ème groupe, pas de différence significative entre le 2ème et le 3ème groupe (P = 0,15).**

---

Réf.: Flodin L et al. Clinical Nutrition 2000; 19(2): 121-125

© 2000 Harcourt Publishers Ltd

---

# Evaluer la cognition – MMSE: Mini Mental State Evaluation

## Orientation

Quelle est la date complète aujourd'hui?

1. En quelle année sommes-nous?
2. En quelle saison?
3. Quel mois?
4. Quel jour du mois?
5. Quel jour de la semaine?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons:

6. Quel est le nom de la rue dans laquelle nous sommes?
7. Dans quel village se trouve-t-elle?
8. Quel est le nom du canton dans lequel est situé ce village?
9. Dans quelle région se trouve ce canton?
10. A quel étage sommes-nous?

## Apprentissage

Je vais vous dire trois mots; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir, car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare
12. Fleur
13. Porte

## Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois?

14.  $100 - 7 = 93$

15.  $93 - 7 = 86$

16.  $86 - 7 = 79$

17.  $79 - 7 = 72$

18.  $72 - 7 = 65$

## Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les trois mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure?

19. Cigare

20. Fleur

21. Porte

## Langage

22. Montrer un crayon: quel est le nom de cet objet?

23. Montrer une montre: quel est le nom de cet objet?

24. Ecoutez bien et répétez après moi: «Pas de mais, ni de si, ni de et»

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au patient en lui disant: «Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire:

25. Prenez cette feuille de papier avec la main droite

26. Pliez-la en deux

27. Et jetez-la par terre»

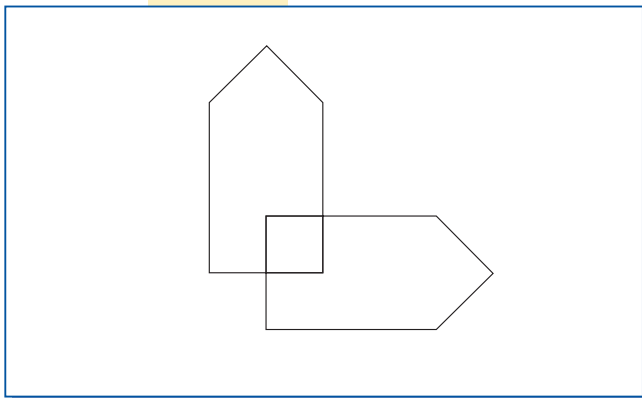
28. Tendre au patient une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères: «Fermez les yeux» et dire au patient:

«Faites ce qui est écrit»

29. Tendre au patient une feuille de papier et un stylo en disant:  
«Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais  
une phrase entière»

### Praxie constructive

30. Tendre au patient une feuille de papier et lui demander:  
«Voulez-vous recopier ce dessin?»



**Interprétation:** score global de 30. En dessous de 26, atteinte cognitive possible.

## Test de l'horloge

**Consignes:** dessinez, s.v.p., une horloge avec les chiffres et les aiguilles en faisant un cercle de 10 cm de diamètre.

1. les douze chiffres sont présents	+ 1
2. les chiffres sont à l'intérieur du cercle, le long du cercle	+ 1
3. les chiffres sont dans l'ordre correct	+ 1
4. les chiffres sont placés de façon symétrique, en particulier les axes 12-6 et 3-9 sont corrects	+ 1
5. les deux aiguilles sont présentes	+ 1
6. des chiffres additionnels sont présents, ou des chiffres sont répétés	- 1
7. des lignes de segmentation sont présentes	- 1
8. une partie des chiffres, voire tous, sont défigurés	- 1
Score (0 à 5)	

**Interprétation:** maximum 5, minimum 0 (-3, -2, -1 = 0).

≤ 3 points: troubles de la cognition probables.

---

*Réf.: Hendrikson C, 1993, Budapest, Congress of the International Association of Gerontology (source de la référence Waid-Guide, partie 1)*

**Remarque:** il existe de très nombreuses études souvent contradictoires au sujet de ce test qui, à notre avis, doit rester un dépistage des performances cognitives. Une citation plus détaillée peut être trouvée dans: Freedman M. et al. «Clock Drawing. A neuropsychological Analysis», New York, Oxford, University Press, 1994.

---

## Evaluer l'anxiété

### Sept questions clés

- Vous faites-vous beaucoup de soucis à propos de vos activités ou des événements que vous vivez?
- Ces préoccupations ont-elles duré plusieurs jours? Ont-elles duré six mois consécutifs ou plus?
- Avez-vous de la difficulté à contrôler ces préoccupations?
- Vous sentez-vous souvent agité? fatigué? irritable?
- Avez-vous des difficultés à vous concentrer? Des tensions musculaires? Des problèmes d'endormissement?
- Etes-vous affligé par vos préoccupations ou votre angoisse?
- L'anxiété ou les préoccupations perturbent-elles votre fonctionnement social, votre travail ou autre activité?

**Interprétation:** test non validé à notre connaissance. Ces questions servent d'aide à l'anamnèse.

---

Réf.: American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition (text in revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000. Adapted with permission by Dugue M, Heugroschi J., *Anxiety disorders. Geriatrics* 2002; 57: 27-31 / traduction ER

---

## Evaluer la dépression

### Evaluation brève

**Consigne:** cocher la réponse

	oui	non
■ Etes-vous heureux la plupart du temps?	–	<input type="radio"/>
■ Votre situation est-elle désespérée?	<input type="radio"/>	–
■ Vous sentez-vous souvent découragé ou triste?	<input type="radio"/>	–
■ Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	<input type="radio"/>	–

**Interprétation:** un score d'un  ou plus doit inciter le clinicien à poursuivre l'évaluation clinique.

## Evaluation gériatrique de la dépression (15 points)

	Oui	Non
Etes-vous globalement satisfait(e) de votre vie?		<input type="radio"/>
Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités et intérêts?	<input type="radio"/>	
Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	<input type="radio"/>	
Vous ennuyez-vous souvent?	<input type="radio"/>	
Etes-vous en général de bonne humeur?		<input type="radio"/>
Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive?	<input type="radio"/>	
Etes-vous heureux/se la plupart du temps?		<input type="radio"/>
Vous sentez-vous souvent délaissé(e)?	<input type="radio"/>	
Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire de nouvelles choses?	<input type="radio"/>	
Avez-vous l'impression que vous avez plus de problèmes de mémoire ces derniers temps que d'habitude?	<input type="radio"/>	
Pensez-vous qu'il est merveilleux d'être en vie maintenant?		<input type="radio"/>
Avez-vous l'impression que la façon dont vous vivez actuellement ne vaut rien?	<input type="radio"/>	
Vous sentez-vous plein(e) d'énergie?		<input type="radio"/>
Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée?	<input type="radio"/>	
Pensez-vous que la plupart des gens sont bien mieux que vous?	<input type="radio"/>	

**Interprétation:** un score de **> 5 0** indique la possibilité d'une dépression.

Réf.: adapté de Sheikh JI et Yesavage JA, *Geriatric depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version.* In Brink TL ed. *Clinical Gerontology. A Guide to Assessment and Intervention*; New York. The Haworth Press 1986

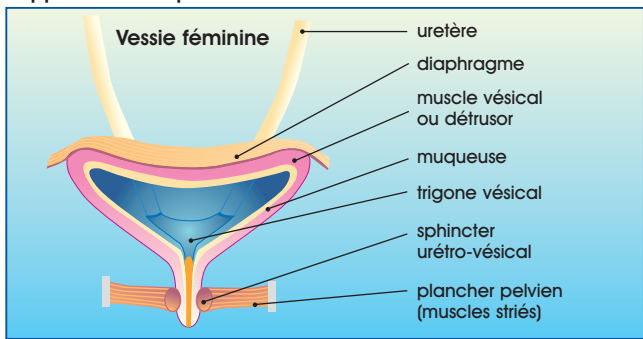
## Evaluer l'incontinence urinaire

Diagnosics	Symptômes	Etiologie (en relation avec la gériatrie)	Traitements possibles (en relation avec la gériatrie)
Incontinence d'urgence et vessie hyperactive (chez la femme)	Pollakiurie, Nycturie Dysurie Besoin impérieux	Infections urogénitales récidivantes Carence en œstrogènes Affections neurologiques	Traitement de l'infection Médicaments destinés à relaxer le détrusor (anticholinergiques, antispasmodiques) CEstrogènes locaux non résorbés
Incontinence d'effort (chez la femme)	Perte d'urine lors d'un effort physique, toux, éternuements, rires, sauts, montées d'escaliers	Fragilité du tissu conjonctif Muscles du plancher pelvien non entraînés Carence en œstrogènes Grossesse et accouchements multiples	Rééducation Electrostimulation Médicaments destinés à accroître le tonus sphinctérien (sympaticomimétiques- $\alpha$ ) CEstrogènes locaux Opération de soutien du col (Burch) ou de l'urètre (TVT)
Formes mixtes (chez la femme)			Association prudente des deux formes de traitement

Diagnostic	Symptômes	Etiologie (en relation avec la gériatrie)	Traitements possibles (en relation avec la gériatrie)
Incontinence par regorgement (surtout chez l'homme)	Obstacle à l'écoulement		Chirurgie (lever l'obstacle p. ex. adénome ou ca de la prostate, sténose urétrale) Mise en place d'une sonde urinaire ou cystostomie
Sur fistule vésicovaginale		Postopération gynécologique ou cancer	Intervention chirurgicale

Réf.: Adapté de Groupe de travail interdisciplinaire Urologie /Gynécologie, 2001, Pharmacia, Dübendorf

### Rappel anatomique



## Médicaments utilisés dans l'incontinence urinaire

Anticholinergiques	Detrusitol®* Ditropan®* Cetiprin®
Spasmolytiques	Urispas®* Spasmo-Urgénine®
$\alpha$ -sympaticomimétiques	Kontexin®
Œstrogènes locaux	Ortho-Gynest Crème®*

\* Ces médicaments se trouvent dans l'assortiment de la pharmacie centrale des hôpitaux de l'Est lémanique (PhEL)





---

## Evaluer les plaies (1)

### Quatre questions

1. Aspect et pourtour de la plaie:
  - nécrose (noir)
  - fibrine (jaune)
  - granulation (rouge)
  - épithélialisation (rose)
2. Caractère de l'exsudation:
  - fortement exsudative
  - humide
  - sèche
3. Profondeur de la lésion:
  - < 3–5 mm
  - > 3–5 mm
4. Odeur?

## Evaluer les plaies (2)

Type de plaie	Objectif principal: maintien du milieu humide	TTT Rinçage par NaCl 0,9% Pas de désinfectant à long terme
<b>Nécrose</b> 	Ramollir Déterger Débrider	Débridement chirurgical Débridement autolytique par hydrogel + pansement occlusif ou semi-occlusif
<b>Fibrine</b> 	Déterger Débrider Favoriser la granulation	Selon aspect: hydrogel + pansement occlusif ou semi-occlusif; hydrofibre; alginate de Ca Si surinfection: charbon actif + argent Aspiration par pression négative (voir littérature spécialisée)
<b>Granulation</b> 	Protéger Favoriser la granulation	Pansement occlusif ou semi-occlusif Grefe Pansement interface siliconé
<b>Epithélialisation</b> 	Protéger Eviter la macération Favoriser la cicatrisation	Pansement occlusif ou semi-occlusif fin Pansement interface siliconé

## Evaluer les plaies (3)

Produits à disposition	Propriétés
<b>Alginates:</b> enchevêtrement de fibres de polysaccharides de calcium extraites d'algues brunes (en plaque pour les plaies de surface et en mèche pour les plaies profondes).	Pouvoir absorbant et humidification par gélification.
<b>Hydrofibres:</b> carboxyméthyl-cellulose (en compresses).	Pouvoir absorbant et humidification par gélification. Préservent le pourtour de la plaie.
<b>Hydrogels:</b> polymères très hydratés.	Pouvoir humidifiant et action autolytique.
<b>Pansements hydrocellulaires (semi-occlusifs):</b> composés de trois couches (une couche non adhésive au contact de la plaie, une couche absorbante hydrophile composée de polyuréthane, une couche imperméable aux liquides et aux bactéries).	Pouvoir absorbant et humidifiant. Ne laissent pas d'odeur.
<b>Pansements hydrocolloïdes (occlusifs):</b> polymères de carboxyméthylcellulose avec un film polyuréthane et un adhésif.	Gélification au contact de l'exsudat. Assurent un milieu chaud et humide.
Compresses au <b>charbon actif + argent</b> (surtout pour plaies surinfectées).	Action antibactérienne. Réduisent les odeurs désagréables.
Pansements interface siliconés.	Non adhérents à la plaie. Microadhérence sur la peau périlésionnelle.

Réf.: Augeraud C et al. Soins 2000; 642: 21–24, et équipe de soins, Riviera, site de Mottex

## Evaluer l'incapacité

### Activités de la vie quotidienne (AVQ)

Activités de la vie quotidienne (Barthel)		Score	Date
1) Déplacement	Indépendant (peut utiliser une aide de marche)	15	
	Marche avec l'aide d'une personne (verbale ou physique)	10	
	Indépendant en fauteuil roulant	5	
	Marche impossible	0	
2) Escaliers	Indépendant (éventuellement avec cannes)	10	
	A besoin d'une aide (verbale ou physique) ou de surveillance	5	
	Impossible	0	
3) Transfert lit-fauteuil	Indépendant	15	
	Aide partielle (verbale ou physique légère)	10	
	Aide majeure, peut s'asseoir, aide ferme d'une personne	5	
	Position assise impossible, aide de deux personnes	0	

Activités de la vie quotidienne (Barthel)		Score	Date
4) Bain, douche	Indépendant	5	
	Dépendant	0	
5) Habillement	Indépendant (yc. boutons, lacets, etc.)	10	
	Aide nécessaire, mais en fait la moitié	5	
	Dépendant	0	
6) Soins personnels	Se lave le visage, se coiffe, se brosse les dents, se rase	5	
	Besoin d'aide pour les soins personnels	0	
7) Alimentation	Indépendant	10	
	Aide pour couper ou tartiner	5	
	Dépendant	0	
8) Rectal	Aucun accident (si stomie, le patient s'occupe seul de sa poche et plaque)	10	
	Accidents occasionnels (moins d'une fois par 24 heures, idem pour stomie)	5	
	Incontinent (si stomie, changement de plaque > une fois par semaine)	0	
9) Urinaire	Aucun accident (si patient porteur de SU ou de stomie, il s'en occupe entièrement)	10	

Activités de la vie quotidienne (Barthel)		Score	Date
	Accidents occasionnels (moins d'une fois par 24 heures, idem pour stomie)	5	
	Incontinent ou incapable de s'occuper de sa sonde ou de sa stomie	0	
10) Toilettes (W.-C.)	Indépendant	10	
	A parfois besoin d'aide	5	
	Dépendant	0	
	<b>Total</b>		

**Interprétation:** un score de 100 indique un patient indépendant d'autrui, de 0 à 20, dépendance totale, de 21 à 60 dépendance sévère, de 61 à 90 dépendance modérée, de 91 à 99 dépendance légère.

## Evaluer les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

«La perte d'une performance indépendante dans les AIVQ est un «drapeau rouge» qui indique que le patient a une maladie cognitive ou physique qui demande une évaluation urgente.»

Réf.: Palmer RP, *Geriatric Assessment. Medical Clinics of North America. 1999; 83: 1503-1523*

AIVQ	Sans aide	Avec un peu d'aide	Avec une aide maximale	Score
1) Pouvez-vous téléphoner?	3	2	1	
2) Prenez-vous les transports publics?	3	2	1	
3) Faites-vous vos courses?	3	2	1	
4) Préparez-vous vos repas?	3	2	1	
5) Faites-vous votre ménage?	3	2	1	
6) Faites-vous les petits travaux d'entretien (jardinage, ampoule, etc.)	3	2	1	
7) Faites-vous votre lessive?	3	2	1	
8) Gérez-vous vos médicaments?	3	2	1	
9) Gérez-vous votre argent, vos paiements?	3	2	1	
<b>Total</b>				

Pour chaque question, la première réponse indique l'autonomie, la seconde la capacité avec assistance et la troisième la dépendance totale. Le score maximal est de 27.

Réf.: Lawton MP, Brody EM, *The Gerontologist 1969; 9: 179-186*

## Evaluer la situation sociale

Relations sociales et ressources	Score
1) Comment vivez-vous?	
– seul depuis longtemps	1
– seul depuis < un an	0
– avec un(e) compagnon(ne) en bonne santé	1
– avec un(e) compagnon(ne) qui a besoin d'aide	0
2) Pouvez-vous compter sur des personnes (également professionnelles) qui vous aident régulièrement?	
– personne de référence disponible	1
– aucune personne de référence	0
3) Fréquence des visites de la personne de référence?	
– plusieurs fois par jour / chaque jour	1
– une / plusieurs fois par semaine	1
– rarement (1 à 2x/mois) – presque jamais	0
4) Quel rapport entretenez-vous avec la(les) personne(s) de référence susnommée(s)?	
– relation de confiance et harmonieuse	1
– relation tendue/conflictuelle	0
5) Comment avez-vous développé votre vie relationnelle ces derniers temps?	
– fait de nouvelles connaissances	1
– pas de changement	1
– renoncé à quelques contacts	0
– perdu récemment des contacts importants (p. ex. décès du conjoint)	0
6) Etes-vous satisfait de votre situation?	
– dans l'ensemble, je me sens bien pris en charge	1
– ça va, on doit être content de ce que l'on a	0
– je me sens seul et abandonné	0
<b>Total Relations</b>	

<b>Activités sociales</b>	<b>Score</b>
1) Quelle profession avez-vous exercée?	
2) Quels hobbies (travail manuel, bricolage, musique, jardinage, collection de timbres, etc.) ou intérêts (conférences, excursions, théâtre, sport, lecture, activité religieuse, rencontre de seniors, garde de petits-enfants, etc.) avez-vous et pratiquez-vous encore régulièrement?	
– hobbies / intérêts pratiques	1
– aucun hobby / intérêt	0
3) Activités à l'extérieur (courses, obligations, promenades, visites, jardin, etc.)	
– chaque jour	1
– au moins 1 à 2x/semaine	1
– moins d'une fois par semaine	0
– rarement	0
4) Ces derniers temps, comment avez-vous développé votre activité?	
– fait de nouveaux projets	1
– pas de changement	1
– j'ai dû renoncer à quelques activités	0
– j'ai (presque) perdu tout intérêt	0
5) Etes-vous satisfait de cet état de chose?	
– tout à fait, je n'ai pas d'inquiétude	1
– je me sens limité, mais je dois m'en satisfaire	0
– non, je me sens amoindri par l'âge/la maladie	0
<b>Total Activités</b>	
<b>Logement</b>	
1) Escaliers	
– logement au rez-de-chaussée ou ascenseur	1
– un certain nombre de marches, 1er ou plus haut	0
2) Confort	
– logement sur un niveau, avec espace, accessible à un fauteuil roulant (F. R.)	1
– proportions étroites, seuils, beaucoup de tapis	0
– plusieurs niveaux, non accessibles à un F. R.	0

	Score
3) Chauffage	
– agréable et aisé (mazout ou gaz)	1
– mauvais et pénible (charbon, poêle)	0
4) Eau	
– eau chaude à la cuisine et/ou à la salle de bains	1
– pas d'eau chaude à disposition	0
5) Bain / W.-C.	
– dans l'appartement, accessible à un F. R.,	1
– petit, inaccessible à un F. R., hors de l'appartement	0
6) Téléphone	
– installé	1
– non installé	0
7) Eclairage	
– corridors et cage d'escaliers bien éclairés, suffisamment d'interrupteurs	1
– corridors et cage d'escaliers sommairement éclairés, peu d'interrupteurs	0
8) Achats	
– tous les commerces pour les besoins journaliers sont proches	1
– boulangerie/boucherie sont dans le voisinage	0
– commerces éloignés	0
9) Moyens de transport	
– halte à < 1 km	1
– halte éloignée	0
10) Domicile	
– habite au même endroit depuis > 5 ans	1
– a changé de domicile au cours des 5 dernières années	0
11) Vous sentez-vous à l'aise dans votre environnement?	
– très satisfait de ma situation actuelle	1
– ça va, il faut s'en contenter	0
– je ne suis pas satisfait	0
<b>Total Logement</b>	

Situation économique	Score
1) Quel revenu mensuel avez-vous à disposition?	
2) Votre revenu est-il suffisant?	
– oui	1
– ça va juste, j'arrive à me débrouiller	0
– non, c'est difficile	0
3) Avez-vous de l'épargne, de la fortune (maison)?	
– oui, suffisamment	1
– assez peu	0
– non	0
4) Gérez-vous vous-même vos finances?	
– oui	1
– non	0
<b>Total Economie</b>	
<b>Total</b>	

**Interprétation:** nombre total de points: 25, en dessous de 16/17 points, une enquête sociale poussée est indiquée, p. ex. visite à domicile.

---

Réf.: Nikolaus T et al. *Z Gerontol* 1994; 27: 240–245

---

## Evaluer la douleur

La douleur chez les personnes âgées est largement sous-évaluée encore actuellement. Ce thème sera repris dans Soins palliatifs – guide de poche, à paraître ultérieurement.

---

## Deux définitions utiles

*Tiré de la Loi vaudoise sur la santé publique  
(modifications: loi (rsv 5.1) du 19 mars 2002):*

### Directives anticipées

Principes Art. 23a: toute personne capable de discernement peut rédiger des directives anticipées sur le type de soins qu'elle désire recevoir ou non dans des situations données où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté. Elle doit les rendre facilement accessibles aux professionnels de la santé.

### Mesures de contrainte

En général Art. 23d: par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite. Le droit pénal et civil en matière de mesures de sûreté et de privation de liberté à des fins d'assistance est réservé. A titre exceptionnel et, dans la mesure du possible, après en avoir discuté avec le patient, son représentant thérapeutique, respectivement son représentant thérapeutique ou ses proches, le médecin responsable d'un établissement sanitaire peut, après consultation de l'équipe soignante, imposer pour une durée limitée des mesures de contrainte strictement nécessaires à la prise en charge d'un patient;

- a) si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas et
- b) si le comportement du patient présente un danger grave pour sa sécurité ou sa santé ou pour celle d'autres personnes. Le médecin responsable d'un établissement sanitaire peut déléguer cette prérogative à un autre professionnel de la santé compétent.

---

## Table des matières

Données épidémiologiques	2
Evaluation gériatrique globale	3
Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé	4
Le status fonctionnel	5
Le déclin du status fonctionnel	6
Facteurs de risque pouvant influencer le déclin du status fonctionnel	7
Le patient âgé fragile	8
La fragilité	8
Repérer le patient âgé fragile en milieu hospitalier	9
Index de comorbidité	10
Les grands syndromes gériatriques	11
Evaluer la vision	12
Grille d'Amstler	13
Presbyacousie ou sénescence de l'oreille	15
Test du chuchotement	15
Evaluation ostéo-articulaire fonctionnelle	16
Evaluer la fonction des membres inférieurs	18
Se lever d'une chaise	18
Evaluer l'équilibre par le «Get up an Go» Test	20
Evaluer le risque de chute	22
Evaluer les facteurs de risque de chute	25
Médicaments et risque de chute	26
Evaluer le patient chuteur	27
Evaluer une malnutrition protéino-énergétique	29
Evaluer la cognition – MMSE: Mini Mental State Evaluation	30
Test de l'horloge	33
Evaluer l'anxiété	34
Evaluer la dépression	35
Evaluation gériatrique de la dépression (15 points)	36
Evaluer l'incontinence urinaire	37

Evaluer les plaies	40
Evaluer l'incapacité	43
Evaluer les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)	46
Evaluer la situation sociale	47
Evaluer la douleur	50
Deux définitions utiles	51

**Conception:** Dr E. Rivier

**Collaboration:**

Mmes S. Colombey, D. Früh, C. Galmes,  
E. Playoust, A.-K. Valentini, N. Zwahlen  
MM Dr J.-A. Pfister, Dr J.-J. Boillat, F. Janz,  
Dr P.F. Kaeser, P. Quinet, Dr A. Rivier,  
et toute l'équipe interdisciplinaire de l'Hôpital Riviera, site de Mottex

**Dessins:** P. Quinet

**Documentaliste:** A. Monnier

**Administration:**

Association de soins coordonnés de la Riviera  
et du Pays-d'Enhaut (ASCOR) p.a. V. Matthys  
Av. de l'Île Heureuse 23  
1800 Vevey

© E. Rivier

Hôpital Riviera,  
site de Mottex  
CH-1807 Blonay  
erivier@bluewin.ch

**En préparation:**

Soins palliatifs – guide de poche  
Médecine et gériatrie – guide de poche

[www.healthandage.com](http://www.healthandage.com)



ascor

Association de soins coordonnés  
de la Riviera et du Pays-d'Enhaut

 **EXELON**  
(rivastigmine)

Avec le soutien de

 **NOVARTIS**

10646.007.0503.1500