

□ LE BILAN GÉRIATRIQUE

Pr Frédéric Bloch
Service de Gériatrie – Pôle Autonomie
CHU Amiens-Picardie

- **Le bilan gériatrique:**
 - Pourquoi?
 - Pour qui?
 - Quand?
 - Comment?

- **Les éléments du bilan gériatrique**

- **Conclusion**



Le bilan gériatrique, Pourquoi?

□ **Evaluation globale médico-psycho-fonctionnelle et sociale**

- Qui permet de distinguer:
 - Le vieillissement physiologique,
 - des maladies chroniques, et des facteurs aigus.

□ **3 écueils:**

- La surmédicalisation: norme=adulte jeune
- La sous médicalisation= banaliser les symptômes, mettre sur le compte de l'âge
- Dymédicalisation= ignorer dans le raisonnement la spécificité du sujet âgé.

Le bilan gériatrique, Pourquoi?

□ **La démarche médicale traditionnelle centrée sur la maladie est insuffisante:**

- L'état de santé des personnes âgées dépend aussi de facteurs sociaux, psychiques et environnementaux

□ **Le bilan gériatrique:**

- Résultat de compromis:
 - Ce qui est souhaitable et/ou faisable
 - Ce qui est raisonnable ou non
- Recherche du juste soin: au-delà du concept de guérison
- Mais s'adapte à la qualité de vie

Le bilan gériatrique, Pourquoi?

□ Des objectifs différents:

□ Rechercher la fragilité

- Mesurer les situations de fragilité pour mieux les prendre en charge
- Etablir en fonction un plan de prévention
- Education thérapeutique

□ Proposer une prise en charge plus globale

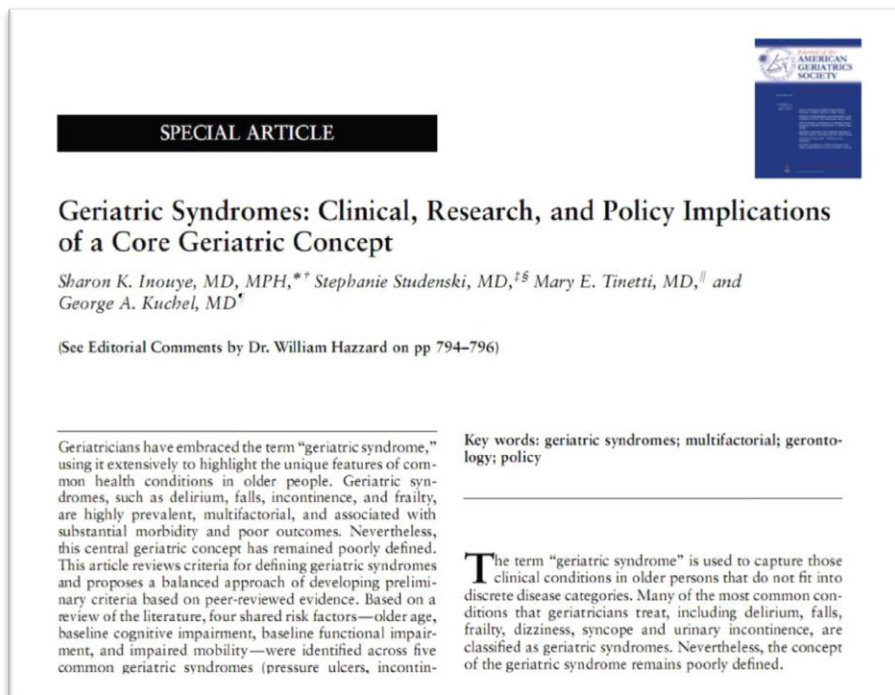
- Améliorer la connaissance de l'état de santé du patient
- Hiérarchiser les problèmes de santé
- Apprécier les facteurs de risque pouvant gêner la prise en charge
- Proposer des actions correctives ou préventives vis-à-vis des comorbidités et pour les problèmes sociaux

Le bilan gériatrique, Pourquoi?

□ Proposer un bilan sous l'angle des syndromes gériatriques

- Apparaît dans la littérature médicale dans les années 1980
- Précisée par plusieurs articles dans les années 1990

□ Souvent mal identifiés par soignants



Cigolle et al. Ann Intern Med. 2007

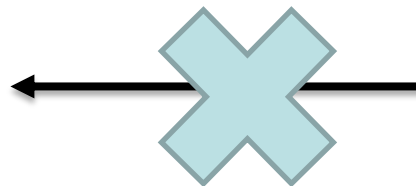
Le bilan gériatrique, Pourquoi?

- Proposer un bilan sous l'angle des syndromes gériatriques



Chez le sujet âgé?

Symptômes multiples
Symptômes multiples
Symptômes multiples
Symptômes multiples
Symptômes multiples



**Processus
physiopathologique
spécifique**

Le bilan gériatrique, Pourquoi?

- Proposer un bilan sous l'angle des syndromes gériatriques



Chez le sujet âgé?

Symptômes multiples
Symptômes multiples
Symptômes multiples
Symptômes multiples
Symptômes multiples



**vieillesse physiologique
maladies chroniques
facteurs aigus**

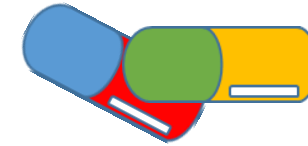
Le bilan gériatrique, Pourquoi?

- Proposer un bilan sous l'angle des syndromes gériatriques



Chez le sujet âgé:

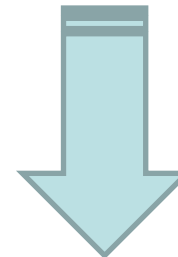
Processus physiopathologiques multiples
Processus physiopathologiques multiples
Processus physiopathologiques multiples
Processus physiopathologiques multiples
Processus physiopathologiques multiples



Traitements et
prise en
charge
multifactoriels



Symptôme spécifique



Syndrome gériatrique

Le bilan gériatrique, Pourquoi?

□ **Une façon différente d'envisager l'analyse des signes cliniques:**

- La polypathologie / La dépendance / L'iatrogénie / La dénutrition / La sarcopénie / La dépression / troubles du comportement / La confusion / Les troubles cognitifs / démence / Les troubles de la marche et de l'équilibre/ ostéoporose / chutes / Les complications du décubitus / Les troubles sphinctériens / Les troubles neurosensoriels / Les douleurs/soins palliatifs

□ **Prise en charge des syndromes gériatrique : multifactorielle**

- 1. correction des facteurs étiologiques modifiables,
- 2. prise en charge non médicamenteuse,
- 3. parfois, traitement médicamenteux à visée symptomatique ou à visée préventive.

Le bilan gériatrique, pour qui?

- **La population âgée est hétérogène**

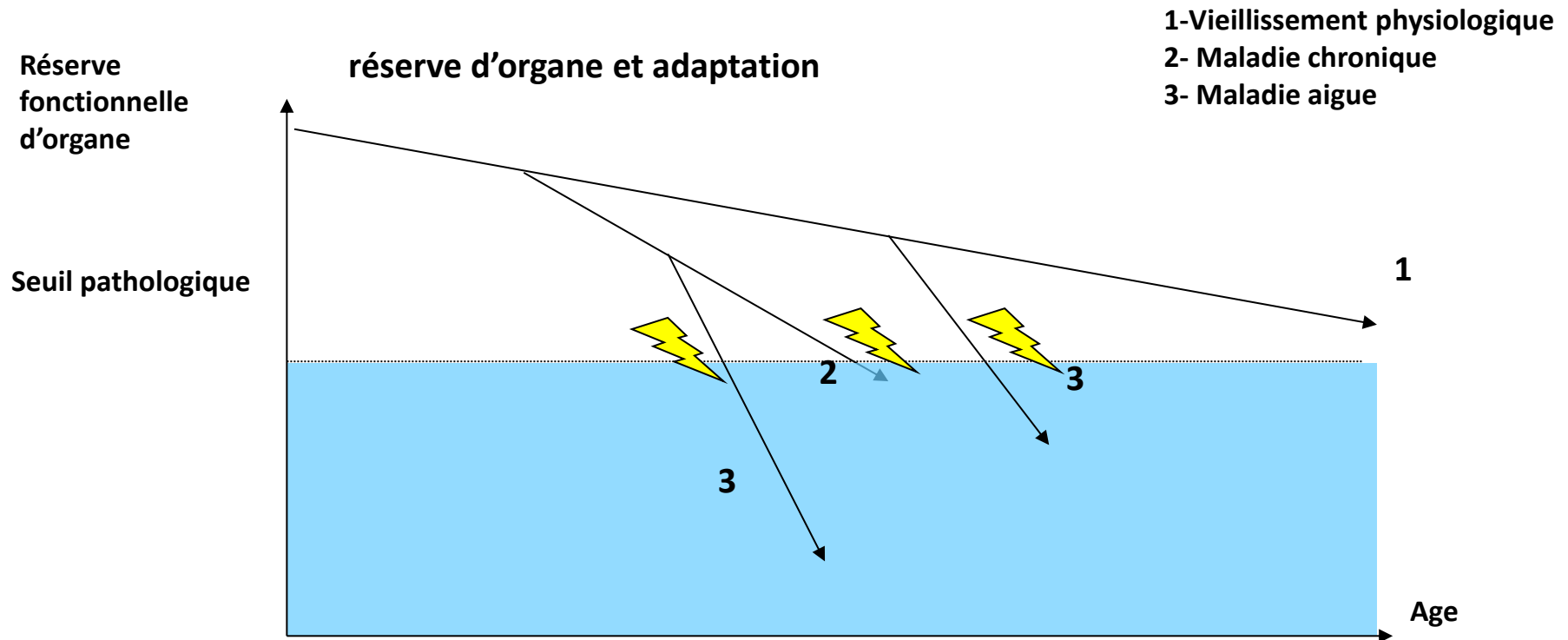


Le bilan gériatrique, pour qui?

□ Le vieillissement pathologique

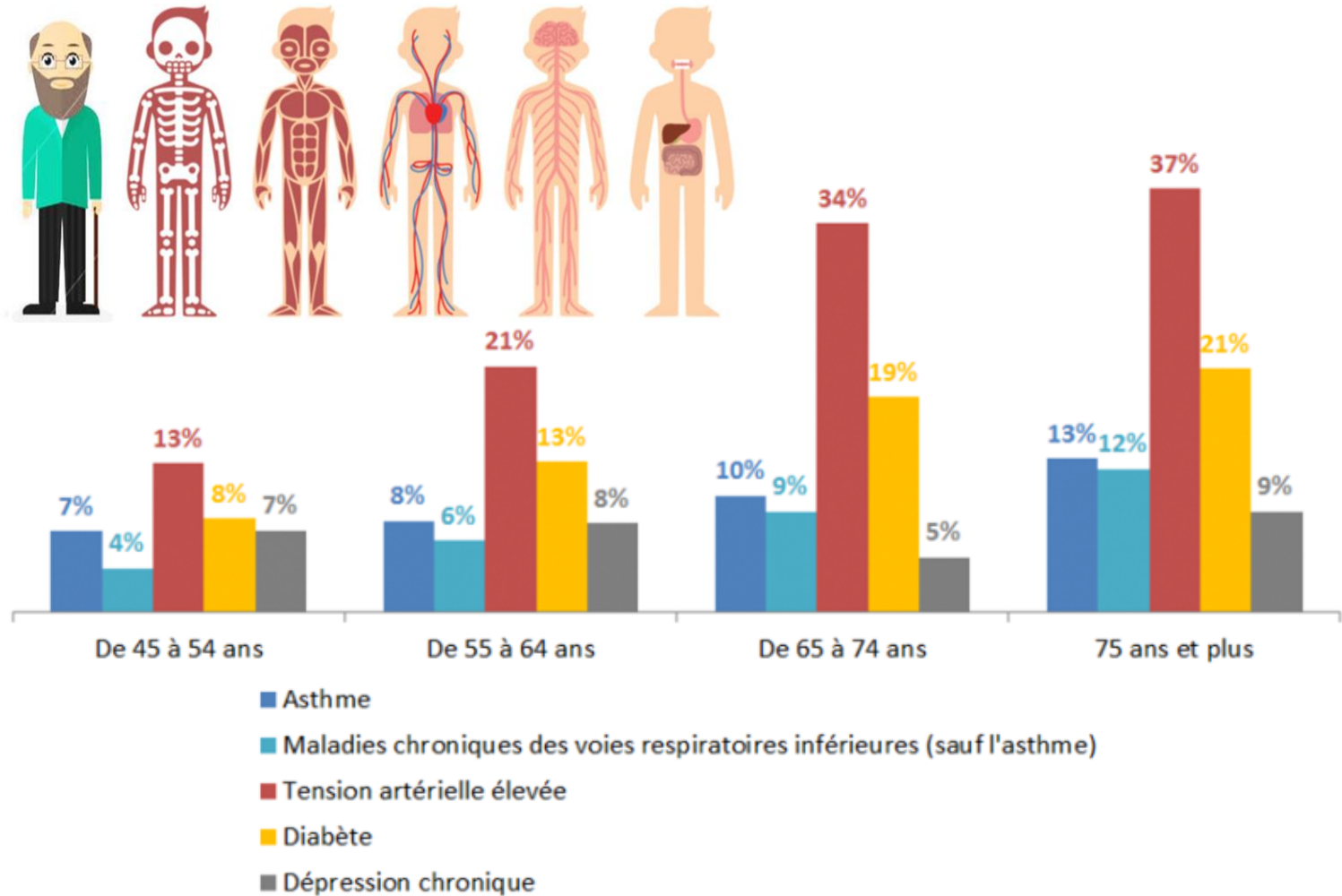
- Le retentissement du vieillissement physiologique associé à l'accumulation de comorbidités se traduit par une détérioration pathologique.
- Le vieillissement est aggravé par les accidents et les maladies.

□ Inégalité inter-individuelle



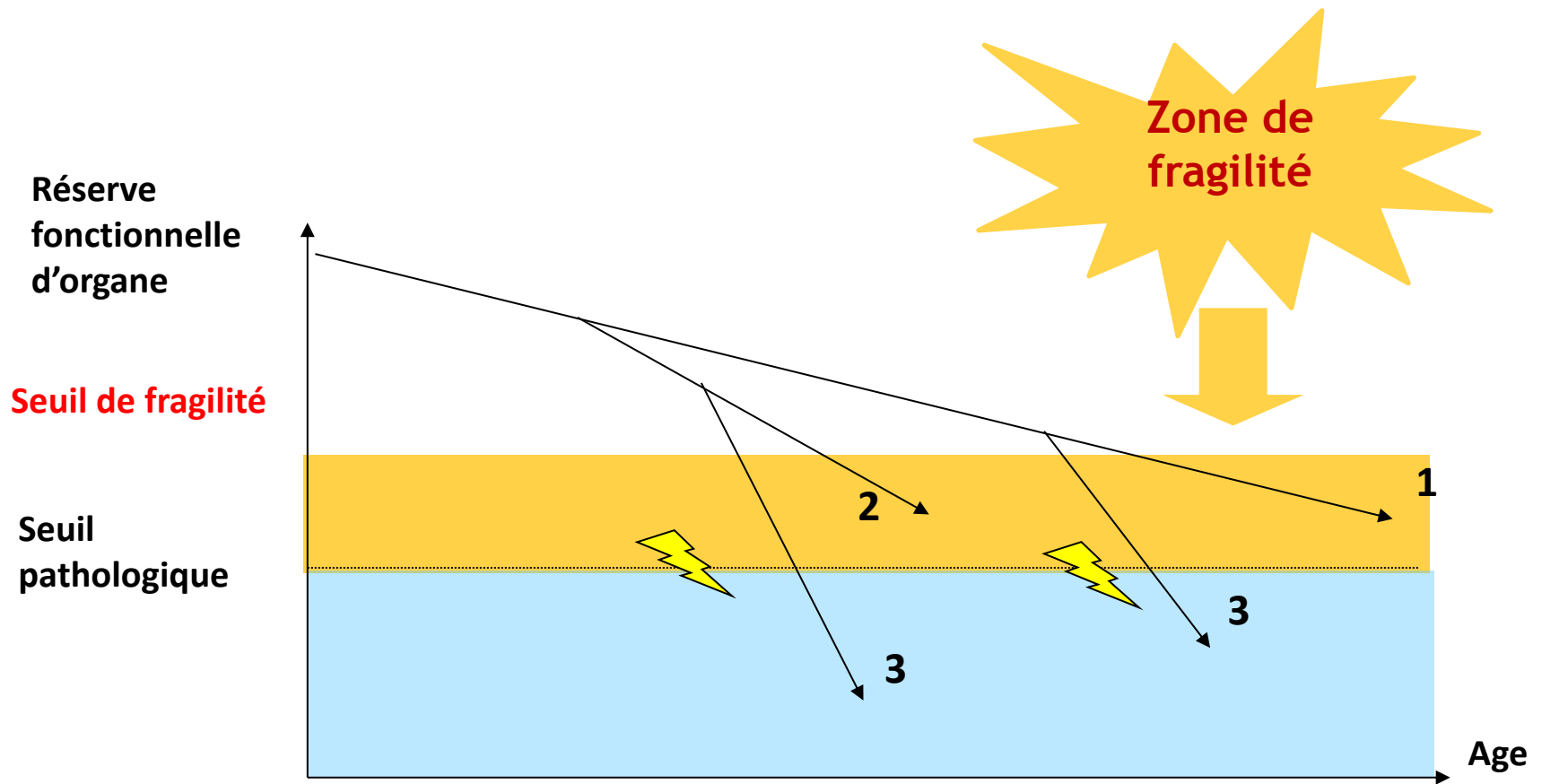
Le bilan gériatrique, pour qui?

□ Inégalité intra-individuelle



Le bilan gériatrique, pour qui?

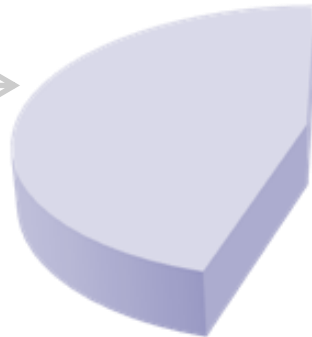
- Des critères discriminants: les facteurs de fragilité



Le bilan gériatrique, pour qui?

Personnes âgées en bonne santé

50% des > 65 ans



Personnes âgées fragiles

40% des > 65 ans

Signes de fragilité: fatigue, lenteur à la marche, perte de poids, sédentarité, troubles de la mémoire ou difficultés pour se déplacer

Personnes âgées dépendantes

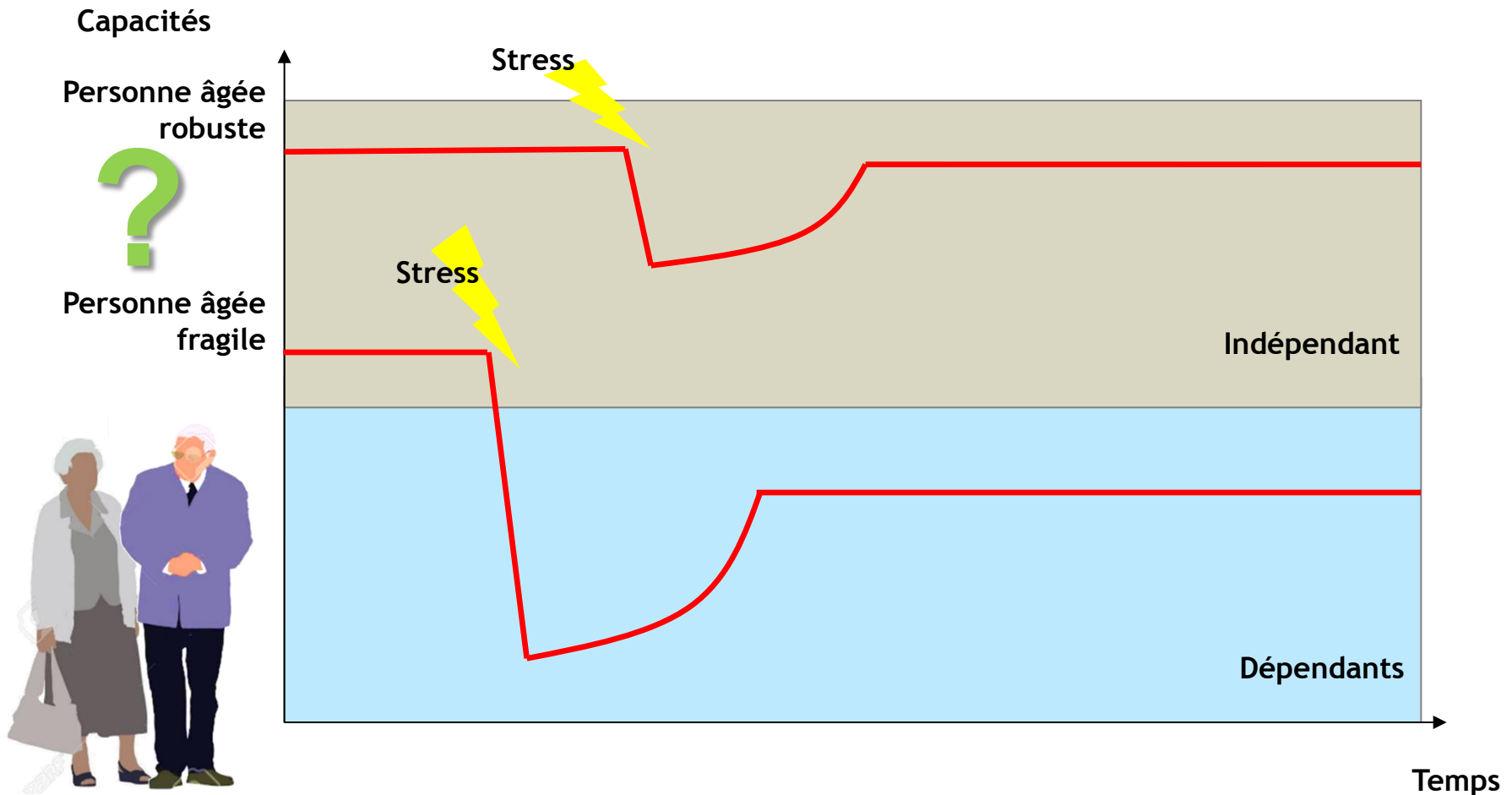
10% des > 65 ans



Le bilan gériatrique, pour qui?

□ Des critères discriminants: les facteurs de fragilité

D'après: Clegg A et al. Frailty in elderly people. Lancet. 2013 Mar 2;381(9868):752-62.



Le bilan gériatrique, quand?

□ **Peut être réalisée:**

- En consultation gériatrique ou hôpital de jour,
- Lors d'une hospitalisation en gériatrie,
- Lors d'une hospitalisation dans un autre service par l'équipe mobile de gériatrie,
- Par le médecin coordonnateur d'EHPAD,
- Par les réseaux à domicile.

□ **Il nécessite d'être adapté aux objectifs de soins poursuivis selon le lieu de l'intervention sous peine d'être inefficace:**

- Dépistage
- Recherche des syndromes gériatriques

Le bilan gériatrique, comment?

□ **Grâce à l'évaluation gériatrique standardisée:**

- Méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile,
- dans le but de développer un plan de soin coordonné et intégré, et un suivi à long terme

Rubenstein et al, NEJM 1984

□ **Approche globale du patient c'est-à-dire médico-psycho-sociale**

Le bilan gériatrique, comment?

□ L'évaluation gériatrique standardisée = Née dans les années 80 aux USA

- Comprehensive Geriatrics Assessment

Epstein et al. Ann Intern Med 1987

□ Objectif:

- dépistage précoce des déficits afin de prévenir les décompensations ultérieures susceptibles d'assombrir le pronostic vital et fonctionnel
- Diminution de la morbidité, mortalité, de l'institutionnalisation et du cout de la santé à moyen et long terme
- Pas d'intérêt si pas améliorables

Le bilan gériatrique, comment?

□ Intérêt de l'évaluation gériatrique standardisée : L'étude SEPULVEDA

- étude randomisée de 1 an en milieu hospitalier : comparaison de la prise en charge de sujets âgés par une équipe d'évaluation gériatrique à une prise en charge standard

□ □ Mortalité = 24% vs 48% à 1 an

- □ Réhospitalisation = 35% vs 50%, 17j vs 23j
- □ Institutionnalisation 27% vs 47%, 26j vs 56 j
- □ Coûts 22 000\$ vs 28 000\$/an survie

- □ ADL 42% vs 24% amélioré à 1 an
- □ Humeur 42% vs 24% amélioré à 1 an

Rubenstein et al, NEJM 1984

Le bilan gériatrique, comment?

□ Intérêts de l'évaluation gériatrique standardisée

- A-t-elle un intérêt chez les sujets âgés admis à l'hôpital en situation d'urgence?
- 22 RCT entre 1980 et 2010?
- 10315 patients: EGS versus soins usuels
- Suivi à 12 mois

□ Principaux résultats dans le groupe intervention/

- de maintien à domicile +16% ($p=0.003$)
- d'institutionnalisation – 21% ($p<0.0001$)
- de décès -24% ($p=0.001$)
- Mais significatif seulement dans les unités gériatriques (comparée à équipes mobiles ou patients ambulatoires)

Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review)

Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D



This is a report of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2011, Issue 7

<http://www.thecochranelibrary.com>

Le bilan gériatrique, comment?

□ Intérêt de l'évaluation gériatrique standardisée

- Langage commun (interdisciplinarité)
- Suivi de l'évolution (score)
- Pour ne rien oublier (en tout cas des grandes problématiques gériatriques)

□ Part d'un bon principe:

- Évaluation précise des différentes dimensions du sujet âgé.
- Identifier problèmes médicaux, sociaux, fonctionnels et les FdR.
- Utilisation d'échelles validées.
- Définition d'un projet/niveau de soins adapté.

Le bilan gériatrique, comment?

□ **Limites de l'évaluation gériatrique standardisée**

- Procédure longue
- Mauvais reflet de la réalité clinique
- Pseudo-approche clinique et scientifique □ Quelle validité de cette approche?

□ **Enfin, cela devrait surtout revenir à faire de la bonne médecine !**

- Faire des échelles dispense parfois trop facilement de faire de la médecine
- Dépend du niveau d'intervention mise en place, donc des moyens alloués

Le bilan gériatrique, comment?

□ **Limites de l'évaluation gériatrique standardisée** □ **Médecine « d'échelles »**

□ **Les pièges lors du choix de l'échelle:**

- Mal connaître les objectifs
- Croire qu'il existe un outil passe-partout

□ **Les pièges lors du choix de l'échelle:**

- Utiliser un outil peu répandu,
- non validé,
- trop compliqué
- peu sensible

1- La polypathologie

□ En moyenne : 7 pathologies / patient après 70 ans

- => Recherche des ATCD : interrogatoire patient, MT, courriers..
- Examen clinique L'examen clinique du patient âgé **ne relève pas d'une technique spécifique** mais doit être **patient et attentif**.
- Rechercher ce qui témoigne d'un fragilité / syndrome gériatrique

□ Echelle de Charlson

Nombre de points attribués	Conditions
1 point	Infarctus myocardique Insuffisance cardiaque Insuffisance vasculaire périphérique Maladie cérébro-vasculaire Démence Maladie pulmonaire chronique Maladie du tissu conjonctif Maladie ulcéreuse Hépatopathies Diabète
2 points	Hémiplégie Maladie rénale modérée à sévère Diabète avec lésions organiques Tumeurs de toutes origines
3 points	Hépatopathie modérée à sévère
6 points	Tumeurs solides métastatiques SIDA

2- La polymédication

- **Définie comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments »**
 - par l'Organisation mondiale de la santé
- **En cas de polymédication, un effet secondaire survient chez 28% des patients prenant 11 à 15 médicaments par jour**
 - chez 10% des patients prenant entre 6 et 10 médicaments par jour,
 - chez 54% de ceux prenant plus de 16 médicaments par jour.
- **51% des patients âgés à domicile en Europe prennent ≥ 6 médicaments par jour**

WHO, 2004

Fialova D et al. JAMA 2005

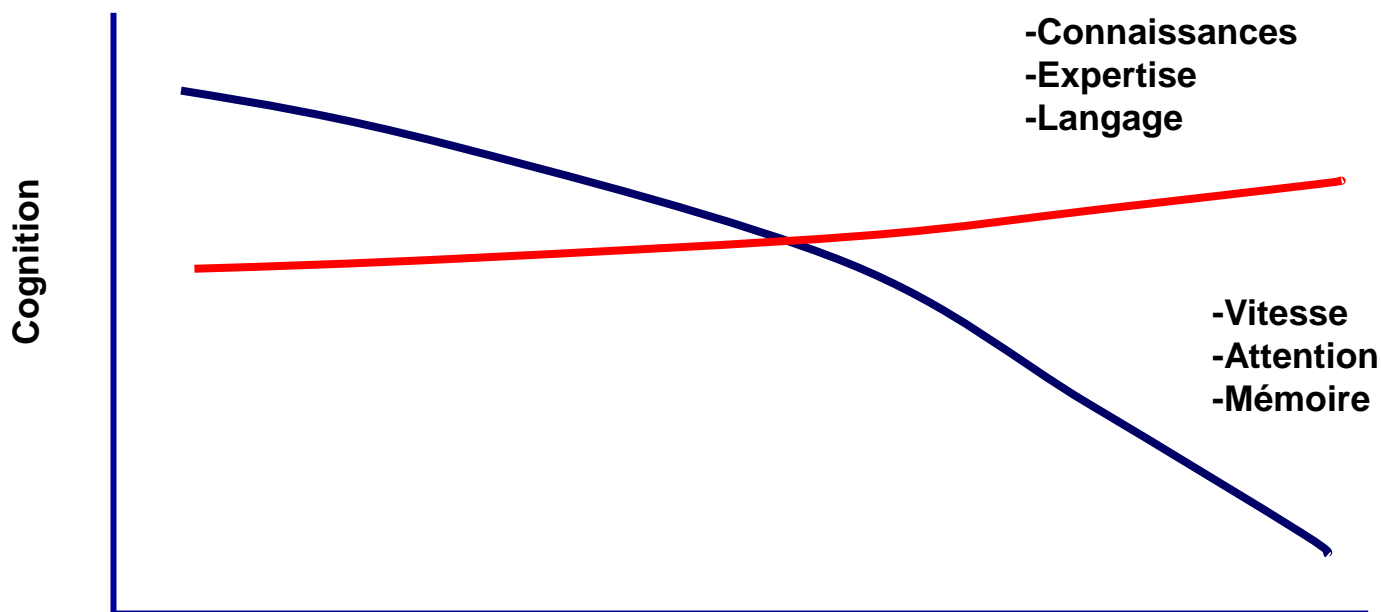
2- La polymédication

- **La conciliation médicamenteuse = démarche qui permet de prévenir et d'intercepter les erreurs médicamenteuses.**
 - démarche principalement menée par les établissements de santé et médico-sociaux mais qui implique fortement les professionnels de soins de ville, les patients, leur entourage et les aidants.



3- Les capacités cognitives

- 30% des plus de 85 ans sont atteints d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée □ 70% des plus de 85 ans sont indemnes de toute atteinte neurocognitive
 - Ne pas banaliser la présence de troubles cognitifs
 - La norme pour une personne âgée, c'est l'absence de troubles, pas l'inverse!



3- Les capacités cognitives

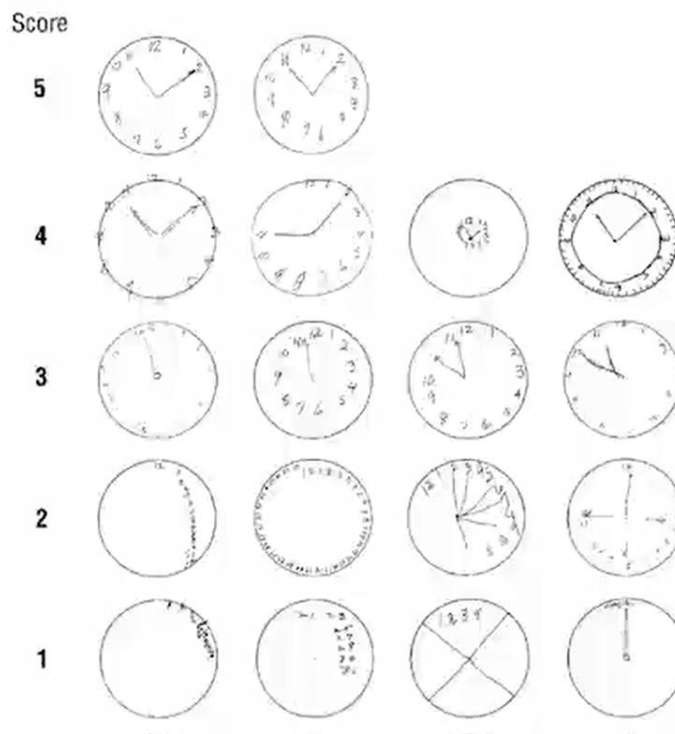
□ 30 à 50% des démences sont diagnostiquées


□ Outils validés :

- MMSE
- Horloge
- Test des 5 mots
- MoCA

□ Biologie

□ imagerie cérébrale



MINI MENTAL SCORE		Nom Prénom	Date
Examen de Folstein sur l'état mental : Mini Mental State		âge	
A - ORIENTATION			
1° - Quel est :	_____	_____	_____
	l'année	le mois	le jour
			le jour de la semaine
2° - Où sommes-nous ?	_____	_____	_____
	Région	Pays	_____
	Ville, village	Lieu (hôpital, maison, etc.)	Étage
B - APPRENTISSAGE			
3° - Dire à haute voix UN des groupes de 3 mots suivants			
Prendre une seconde pour prononcer chaque mot.	cigare, fleur, porte		
	ou		
	citron, clé, ballon		
	ou		
	chemise, bleu, honnête		
Demandez de répéter les 3 mots choisis			
Donner 1 point pour chaque bonne réponse au premier essai.			
Répéter l'exercice jusqu'à ce que le sujet retienne les 3 mots.			
Compter le nombre d'essais et le noter ; pour information seulement.	Nombre d'essais _____		
C - ATTENTION et CALCUL (cocher l'un ou l'autre test)			
4° <input type="checkbox"/> Faire la soustraction par intervalles de 7 à partir de 100			
	100-7 = () 93-7 = () 86-7 = () 79-7 = () 72-7 = () 65		
	Donner 1 point pour chaque bonne réponse.		
ou, si le maximum de point n'est pas obtenu			
<input type="checkbox"/> Épeler le mot "MONDE" à l'envers. (EDNOM) :	_____		
Retenir la meilleure réponse.	(écrire les lettres)		
D - RAPPEL - Rétention mnésique			
5° Répéter les trois mots déjà mentionnés	cigare, fleur, porte		
	ou		
	citron, clé, ballon		
	ou		
	chemise, bleu, honnête		
E - LANGAGE			
6° - Montrer au sujet un crayon () une montre () et demander de nommer l'objet.			
7° - Répéter la phrase suivante :	« Pas de MAIS, de SI, ni de ET »		
8° - Obéir à un ordre en 3 temps :	« Prenez mon papier de la main droite, pliez-le en deux, jetez-le par terre »		
	(Demander au sujet droitier de prendre de la main gauche et vice versa)		
	(Poser la feuille à portée, ne pas la tendre à la main ; éviter les indices non verbaux)		
9° Lire et faire	FERMEZ LES YEUX (voir feuille suivante)		
10° - Écrire une phrase	(voir feuille suivante)		
	Une phrase comprend au minimum un sujet, un verbe et un complément		
F - PRAXIES CONSTRUCTIVES			
11° - Copier le dessin	 (voir feuille suivante)		
• Nombre d'années de scolarité : _____ Max: = 30			
• Niveau de conscience () vigilant () somnolent			
• Indiquer les conditions ayant pu influencer l'évaluation			
			Total

3- Les capacités cognitives

□ **Apprécier réellement les capacités cognitives du patient:**

- Entourage banalise,
- Tenir compte des modifications des besoins cognitifs, notamment sur les fonctions exécutives
- Mode de vie structurant avec repères = fausse impression que « tout va bien ».

□ **Interrogatoire détaillé et poussé du patient et entourage,**

□ **Recherche les informations chez:**

- Médecin traitant
- Passages précédents aux urgences ou à l'hôpital

3- Les capacités cognitives

Monsieur R, il a toute sa tête....



- Passage d'une IDE pour la toilette et distribuer les médicaments,
- Ne fait plus ses courses,
- Ne sort plus seul,
- Il a un curateur...

□ **Derrière la dépendance... rechercher les troubles neurocognitifs!**

4- La dépendance

- **La dépendance est définie comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie,**
 - qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales,
 - et de s'adapter à son environnement

- **L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même.**
 - Capacité à réaliser une tâche... mais aussi capacité à décider pour soi-même

- **Autonomie ≠ indépendance**
 - On peut être autonome et dépendant



4- La dépendance

□ **L'évaluation est indispensable pour :**

- Evaluer l'état général du patient : pronostic ? Choix thérapeutiques?
- Fixer des objectifs de stimulation pour reprise de l'autonomie
- Mettre en place aides à domicile / entrée en EHPAD
- Evaluer la « lourdeur du service » : charge en nursing, nombre prise en charge en binôme

□ **Vision globale et pertinente du patient : est-ce que le patient est plus dépendant? va-t-il pouvoir retrouver son niveau de dépendance antérieure ?**

- Entre les jours précédents, au domicile et/ou en EHPAD et une hospitalisation,
- Entre l'entrée dans le service et à sa sortie

4- La dépendance

□ L'échelle de KATZ (AVQ/ADL)

- Echelle internationale la plus fréquemment utilisée dans la recherche chez le sujet âgé.
- Facteur pronostic de mortalité.

□ Echelles d'activités instrumentales (AVQ-I / IADL)

Activités		Cotation femmes	Cotation hommes
1. Téléphone	Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro	1	1
	Compose quelques numéros connus	1	1
	Décroche mais ne compose pas seul	1	1
	N'utilise pas le téléphone	0	0
2. Faire les courses	Achète seul la majorité des produits nécessaires	1	1
	Fait peu de courses	0	0
	Nécessite un accompagnement lors des courses	0	0
	Incapable de faire ses courses	0	0
3. Faire la cuisine	Prévoit et cuisine les repas seul		1
	Cuit les repas après préparation par une tierce personne		0
	Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés		0
	Nécessite des repas préparés et servis		0
4. Ménage	S'occupe du ménage de façon autonome		1
	Fait seul des tâches ménagères légères		1
	Fait les travaux légers mais de façon insuffisante		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers		1
5. Linge	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers quotidiens		0
	Lave tout son linge seul		1
	Lave le petit linge		1
	Tout le linge doit être lavé à l'extérieur		0
6. Transport	Utilise les moyens de transport de manière autonome	1	1
	Commande et utilise seul un taxi	1	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	0	0
	Parcours limités en voiture, en étant accompagné	0	0
7. Médicaments	Ne voyage pas	0	0
	Prend ses médicaments correctement et de façon responsable	1	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0	0
	Ne peut pas prendre les médicaments correctement	0	0
8. Argent	Règle ses affaires financières de façon autonome	1	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements et dépôts	1	1
	N'est plus capable de se servir de l'argent	0	0

Activités	Définition d'une activité indépendante	Indépendant	
		Oui	Non
Soins corporels	Ne reçoit pas d'aide ou ne reçoit de l'aide uniquement pour se laver une partie du corps		
Habillement	Peut s'habiller sans aide à l'exception de laçer ses souliers		
Toilette	Se rend aux toilettes, utilise les toilettes, arrange ses vêtements et retourne sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur, un bassin ou un urinal pendant la nuit)		
Transfert	Se met au lit et se lève du lit et de la chaise sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur)		
Continence	Contrôle fécal et urinaire complet (sans accidents occasionnels)		
Alimentation	Se nourrit sans aide (sauf pour couper la viande ou pour beurrer du pain)		

4- La dépendance

- **4 items des IADL sont discriminants sur les troubles cognitifs (executifs) débutants**
 - = téléphone, budget, transport, médicament

Jekel et al. *Alzheimer's Research & Therapy* (2015) 7:17
DOI 10.1186/s13195-015-0099-0



RESEARCH

Open Access

Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: a systematic review

Katrin Jekel^{1,2*}, Marinella Damian², Carina Wattmo³, Lucrezia Hausner², Roger Bullock⁴, Peter J Connelly⁵, Bruno Dubois⁶, Maria Eriksdotter⁷, Michael Ewers⁸, Elmar Graessel⁹, Milica G Kramberger¹⁰, Emma Law¹¹, Patrizia Mecocci¹², José L Molinuevo¹³, Louise Nygård¹⁴, Marcel GM Olde-Rikkert¹⁵, Jean-Marc Orgogozo¹⁶, Florence Pasquier¹⁷, Karine Peres^{18,19}, Eric Salmon²⁰, Sietske AM Sikkes²¹, Tomasz Sobow²², René Spiegel²³, Magda Tsolaki²⁴, Bengt Winblad²⁵ and Lutz Frölich²

5- L'état thymique

□ Dépression souvent méconnue :

- 20 % personnes âgées à domicile, jusqu'à 50 % en institution.
- traitement médicamenteux et soutien psychologique

□ Des symptômes:

- moins visibles: vieillissement normal
- masqués: difficulté d'exprimer sa douleur morale □Plainte somatique, Conduites addictives.
- trompeurs: formes pseudo-démentielle ou délirante

□ GDS (Geriatric Depression Scale): mini 4 items, 15 items, 30 items

- Echelle appréciant l'intensité:
pas échelle diagnostique

Etes-vous dans l'ensemble satisfait de votre vie ?	Oui
Avez-vous renoncé à nombre de vos activités et intérêts ?	Oui
Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui
Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui
Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Oui
Avez-vous peur qu'il ne vous arrive quelque chose de mauvais ?	Oui
Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	Oui
Vous sentez-vous souvent faible et dépendant ?	Oui
Préférez-vous rester chez vous, plutôt que de sortir et faire quelque chose de nouveau ?	Oui
Estimez-vous avoir plus de troubles de la mémoire que la plupart des gens ?	Oui
Vous dites vous qu'il est merveilleux d'être vivant en ce moment ?	Oui
Vous sentez-vous inutile tel que vous êtes aujourd'hui ?	Oui
Vous sentez-vous plein d'énergie ?	Oui
Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui
Croyez-vous que la plupart des gens soient plus à l'aise que vous ?	Oui

6- L'état nutritionnel

60% personnes âgées institutionnalisées ou hospitalisées sont dénutries

- Etre attentif à l'état bucco dentaire, au dépistage des fausses routes
- Surveillance poids
- Bio: albuminémie et préalbuminémie

MNA:

- 2 versions: global & screening form
- Validé chez le sujet âgé,
- Mais: Perte d'information / Long

Évaluation rapide de l'état nutritionnel (Mini Nutritional Assessment - MNA - 1998)

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Date : _____
 Âge : _____ Poids, kg : _____ Taille en cm : _____ Hauteur du genou, cm : _____

MNA (Mini Nutritional Assessment)

DÉPISTAGE		K - Consomme-t-il ? • Une fois par jour au moins des produits laitiers ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des oeufs ou des légumes ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ? 0,0 = si 0 ou oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui
A - Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie	<input type="checkbox"/>	L - Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui
B - Perte récente de poids (< 3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	<input type="checkbox"/>	M - Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres
C - Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>	N - Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté
D - Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ? 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>	O - Le patient se considère-t-il comme bien nourri ? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition
E - Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>	P - Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure
F - Indice de masse corporelle (IMC = poids/taille ² , en kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>	Q - Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22 1,0 = CB > 22
Score de dépistage: (sous-total max. 14 points) 12 points ou + = normal pas besoin de continuer l'évaluation 11 points ou moins = possibilité de malnutrition. Continuez l'évaluation pour obtenir une appréciation précise.	<input type="checkbox"/>	R - Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31
ÉVALUATION GLOBALE		Évaluation globale: (max 18 points) Score de dépistage: Score total: (max 30 points)
G - Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 0 = non 1 = oui	<input type="checkbox"/>	Appréciation de l'état nutritionnel de 17 à 23,5 points : risque de malnutrition <input type="checkbox"/> moins de 17 points : mauvais état nutritionnel <input type="checkbox"/>
H - Prend plus de 3 médicaments 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>	
I - Escarres ou plaies cutanées ? 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>	
J - Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	<input type="checkbox"/>	

Source: Lette gerontologique n° 91 - Eisenstein L. (Los Angeles), Velho B. (Toronto) congrès American Geriatrics Society, Seattle, 1998.

6- L'état nutritionnel

□ GNRI= (1.489 x alb[g/l]) + 41,7 x (PA/PI)

- En gériatrie, on remplace le poids habituel par PI= poids idéal
- $PI = t - 100 - [(t - 150)/4]$

Bouillanne et al. Am J Clin Nutr

□ Permet des prises en charges adaptées:

- Modification régime, textures,
- Compléments nutritionnels,
- Traitements d'une mycose,
- Adaptation de l'appareil..



7- La marche, l'équilibre et le risque de chute

□ Chutes: 1ere cause décès accidentelle après 65 ans

- Après 80 ans, un sujet sur deux chute chaque année

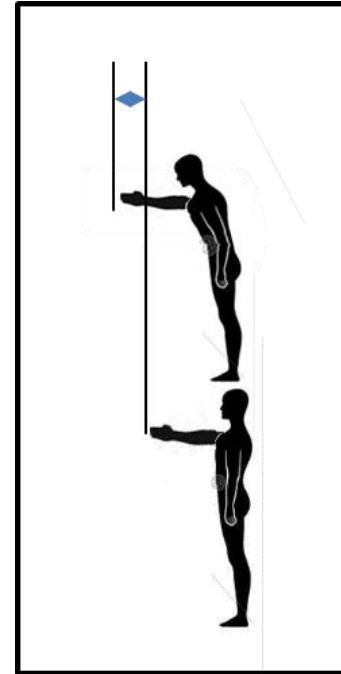
□ Plus de 400 facteurs de risque!



7- La marche, l'équilibre et le risque de chute

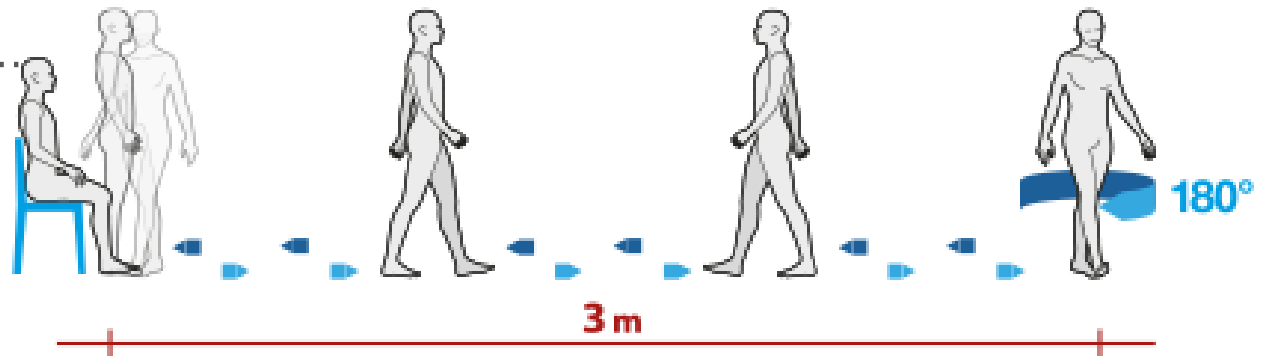
□ Recherche instabilité posturale

- Appui monopodal
- Get up and go
- Recherche hypoTA ortho
- Functional Reach Test
- Stop walking when talking



□ Prise en charge multidisciplinaire

- Chaussage, tapis..
- Aide technique adaptée, kiné
- Visite à domicile, ergo...



8- Les fonctions sensorielles

□ Troubles de la vue et de l'audition

- Rôle dans les chutes et la désocialisation, fonctions cognitives
- Evaluation acuité visuelle, lunettes, cataracte..
- Evaluation de l' audition : otoscope, test voix chuchotée

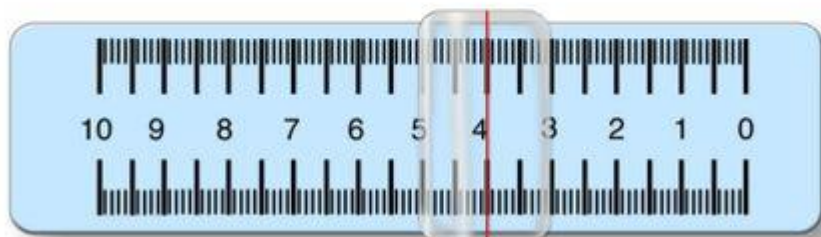
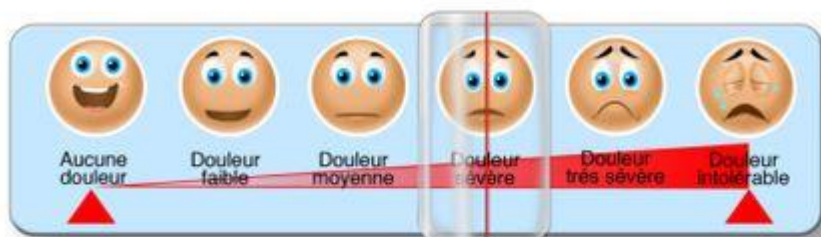
□ Evaluation cutanée



9- La douleur

□ Souvent sous estimée

- Peut générer chutes et dépression
- Outils adaptés sujets non communicants (algotplus..)



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Date de l'évaluation de la douleur/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Heurehhh	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.						
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.						
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.						
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.						
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.						
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5	

10- Les conditions de vie

□ Evaluation coordonnée avec assistante sociale

- Domicile adapté?
- Bilan aides humaines: familiales, voisinage, professionnelles
- Bilan aides financières
- Nécessité de protection juridique?

□ Intérêt à la prise en charge des aidants

- Fardeau de Zarit
- Conditionne le maintien à domicile
- Groupes d'aide aux aidants et structures de répit

Echelle de pénibilité de Zarit

Aide à un parent malade: échelle de pénibilité de Zarit

Objectifs: ce test reflète la surcharge de travail et ses répercussions sur l'état d'esprit d'une personne prenant soin d'un parent

A quelle fréquence vous arrive-t-il de...

	Jamais	Rarement	Quelquefois	Assez souvent	Presque toujours
1-Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-Vous sentir travaillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités familiales ou professionnelles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5-Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7-Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8-Sentir que votre parent est dépendant de vous?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-Vous sentir tendu en présence de votre parent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10-Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11-Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12-Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13-Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14-Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15-Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16-Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17-Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18-Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19-Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20-Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21-Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22-En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOTAL					

RÉSULTATS:

- score inférieur à 20 indique une charge de travail faible ou nulle
- score inférieur à 40 indique une charge de travail légère
- score inférieur à 60 indique une charge de travail modérée
- score supérieur à 60 indique une charge de travail importante

Le bilan gériatrique: en conclusion

- **Le bilan gériatrique est une pratique pluridisciplinaire désormais bien codifiée mais requiert savoir faire, temps et expérience.**
 - Il nécessite d'être adapté aux objectifs de soins poursuivis selon le lieu de l'intervention sous peine d'être inefficace

- **Suivant la pathologie principale et les procédures envisagées, il peut être réalisée à visée pronostique, pour l'aide à la décision et à la gestion préventive des complications liées à la fragilité des patients.**

- **Quel que soit la prise en charge médicale, il doit permettre d'assurer une prise en charge globale de l'individu dans son milieu de vie.**
 - Il doit donc être partagé afin d'assurer un suivi personnalisé dans le cadre du parcours de soin.